1. INFORME COMPONENTE SST No.1 – NOVIEMBRE 2024

CONSORCIO INNOVAPARQUES

NIT:901885635-2

OBJETO DEL CONTRATO OBJETO: "CONTRATAR MEDIANTE EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS Y A MONTO AGOTABLE, EL MANTENIMIENTO, ADECUACIÓN, REPARACIÓN Y RECUPERACIÓN DE PARQUES Y CAMPOS DEPORTIVOS ADMINISTRADOS POR EL IDRD.,

Informe #1 Componente SST

Periodo de reporte del 21 al 30 de noviembre 2024

BOGOTA 2024

2

Tabla de Contenido

1. Información del Contrato 2
2. Introducción 3
3. Objetivos 3
   - General 3
   - Específicos 3
4. Alcance 3
5. Control de Personal 4
6. Maquinaria, Equipos y Vehículos 5
7. Control de Entrega de EPP y Dotación 5
8. Permisos de Trabajo 6
9. Inspecciones 6
10. Charlas y Capacitaciones 6
11. Reporte de Accidentes e Incidentes 7
12. Señalización y Demarcación 7
13. Seguimiento y Control de Comités 7
14. Conclusiones 8

Información del Contrato

Datos del Contratista

Detalle	Información
Razón Social	Consorcio Innovaparques
Representante Legal	Oscar Renan Velásquez Vigoya
Director de Obra	Edwin Javier Linares García
Número del Contrato de Obra	IDRD-SG-4041-2024
Objeto del Contrato	Contratar mediante el sistema de precios unitarios y a monto agotable, el mantenimiento, adecuación, reparación y recuperación de parques y campos deportivos administrados por el IDRD.
Dirección de la Empresa	Carrera 70B #125-03 Bogotá
Teléfonos	(601) 4325878
Correo Electrónico	licitaciones@ies.com

Datos de la Interventoría

Detalle	Información
Razón Social	Consorcio Santa Teresa 28
Representante Legal	Raúl Orlando Delgado Cabiativa
Director de Interventoría	Raúl Orlando Delgado Cabiativa
Número del Contrato de Obra	IDRD-SG-4040-2024
Objeto del Contrato	Realizar la interventoría técnica, administrativa, contable, financiera, social, ambiental, SST y jurídica a las obras de mantenimiento, adecuación, reparación y recuperación de los parques y campos deportivos administrados por el IDRD.
Dirección de la Empresa	Carrera 70C #48-55 Bogotá
Teléfonos	(601) 7653016
Correo Electrónico	proyectos2@soliunsas.com

1. Introducción

El presente proyecto tiene como objetivo el mantenimiento de parques, de grama artificiales como naturales, ubicados en las diferentes localidades de la ciudad de Bogotá. Este mantenimiento incluye actividades de adecuación, reparación y recuperación de gramados, demás estructuras de los parques. Estas labores buscan garantizar espacios seguros y agradables para la comunidad.

Durante el periodo comprendido entre el 21 y el 30 de noviembre, se ejecutaron trabajos tales como cepillado, poda, bordeo y fumigación, cumpliendo con las normativas vigentes de seguridad y salud en el trabajo. Además, se fortalecieron las actividades de inspección y control para garantizar condiciones óptimas tanto para el personal como para los usuarios de los espacios intervenidos.

2. Objetivos

Objetivo General

Asegurar el cumplimiento de las condiciones de seguridad y salud en el trabajo durante la ejecución del mantenimiento, adecuación y recuperación de parques y campos deportivos, promoviendo entornos laborales seguros y saludables.

Objetivos Específicos

- Implementar medidas de seguridad adecuadas para minimizar riesgos laborales.
- Realizar inspecciones periódicas de equipos, herramientas y condiciones del lugar de trabajo.
- Fortalecer la capacitación y sensibilización del personal en temas de seguridad y salud en el trabajo.
- Verificar el cumplimiento de normativas legales aplicables al proyecto.

3. Alcance

El alcance del informe abarca las actividades realizadas durante el periodo indicado, incluyendo el control del personal, uso de maquinaria, entrega de EPP, permisos de trabajo, inspecciones, capacitaciones y reportes relacionados con SST.

4. Control de Personal

Todo el personal que ingresó al proyecto durante el periodo comprendido entre el 21 y el 30 de noviembre de 2024 cumple con los requisitos establecidos en las normativas de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST). Para cada trabajador se verificó y documentó lo siguiente:

- **Cédula de ciudadanía**: Identificación válida y vigente.
- **Examen médico ocupacional**: Evaluación de aptitud médica acorde a las actividades a desempeñar, garantizando que el personal esté en condiciones óptimas de salud para realizar su labor.
- **Afiliaciones a seguridad social**: Inclusión en los sistemas de salud, pensión, riesgos laborales y caja de compensación familiar.
- **Inducción en SST**: Capacitación inicial sobre los riesgos específicos del proyecto, uso de elementos de protección personal (EPP) y protocolos de emergencia.

Adicionalmente, el personal laboró bajo la clasificación de **riesgo V**, realizando actividades de cepillado, poda, bordeo y fumigación, cumpliendo con todas las disposiciones legales y contractuales. **Anexo 1. Documentos de personal**

Nombre del Trabajador	Cédula de Ciudadanía	Cargo	Actividades Realizadas
LOPEZ AYALA BRANDON SEBASTIAN	1233890527	Ing. Residente	Cepillado, poda, bordeo, fumigación
SABOGAL CUERVO DANIEL ESTEBAN	1031803879	Inspector	Cepillado, poda, bordeo, fumigación
MERCADO BASILIO LUIS GULLIERMO	1007195407	Operario	Cepillado, poda, bordeo, fumigación
MUÑOZ MACETO JESUS	1007289162	Operario	Cepillado, poda, bordeo, fumigación
OVALLE BOLIVAR YEFERSON IVAN	1074414778	Operario	Cepillado, poda, bordeo, fumigación

JIMENEZ LASSO WILBER DIOMEDES	5855002	Conductor	Transporte de equipos y herramientas
LASSO CORTES DAWSON	80763102	Conductor	Transporte de equipos y herramientas
VERGARA FERNANDEZ JUAN DAVID	1033745759	Operario	Cepillado, poda, bordeo, fumigación
QUEVEDO LEGUIZAMON JOHN ALEXANDER	1123116491	Operario	Cepillado, poda, bordeo, fumigación
ALVAREZ DAVID ENRIQUE	1047395128	Operario	Cepillado, poda, bordeo, fumigación

5. Maquinaria, Equipos y Vehículos

Durante el periodo comprendido entre el 21 y el 30 de noviembre de 2024, se utilizó maquinaria, equipos y vehículos en óptimas condiciones de funcionamiento para garantizar la ejecución segura y eficiente de las actividades del proyecto.

Se realizaron las respectivas inspecciones y preoperacionales, evidenciando que tanto la maquinaria como los vehículos cumplen con los estándares de mantenimiento y operación segura establecidos en la normativa vigente. **Anexo #2 pre operacional maquinaria y vehículos.**

Los vehículos y maquinaria utilizados fueron:

Vehículos

Tipo	Placas
Móvil	EXY 115
Móvil	EXZ 737
Móvil	EXY 154

Maquinaria

Tipo	Marca	Serial (últimos dígitos)
Podadora	Husqvarna	03
Podadora	Husqvarna	85
Podadora	Husqvarna	62



6. Control de Entrega de EPP y Dotación

Durante el periodo comprendido entre el 21 y el 30 de noviembre de 2024, se realizó la entrega de elementos de protección personal (EPP) necesarios para la ejecución de las actividades del proyecto. Asimismo, se informó que algunos uniformes aún están pendientes por parte del proveedor, debido a la necesidad de bordado conforme a las especificaciones contractuales.

Los elementos entregados y observaciones al respecto son:

- Los EPP se renovarán en caso de desgaste o daño.
- La dotación completa se entregará cada cuatro meses, cumpliendo con lo establecido en el Código Sustantivo del Trabajo.

7. Permisos de Trabajo

Durante el periodo mencionado, se gestionaron permisos de trabajo relacionados con actividades específicas, como:

- **Trabajo en Alturas**: Se emitieron permisos y se realizó la inspección de andamios para la actividad de arreglo de malla.

- El personal involucrado cuenta con su respectiva certificación de curso de trabajo en alturas, cumpliendo con la Resolución 4772.

Anexos #3:

- Inspección de andamios.
- Permisos de trabajo en alturas.
- Certificaciones de trabajo en alturas.

8. Inspecciones

En el periodo comprendido, se realizaron las siguientes inspecciones:

- **Elementos de Emergencia:** Revisión de extintores y botiquines
- Debido a que en noviembre se trabajó solo dos semanas, el cronograma completo de inspecciones iniciará en diciembre, según lo planificado. **Anexo# 4: Inspección elemento de emergencia**





9. Charlas y Capacitaciones

Durante el periodo del 21 al 30 de noviembre de 2024, se llevaron a cabo charlas diarias dirigidas al personal operativo. No se realizaron capacitaciones, ya que estas comenzarán en diciembre con una frecuencia mensual. **Anexo #5 registro de charlas**

Registro de Charlas Realizadas:

Fecha	Tema	Número de Asistentes
21/11/2024	Separación en la fuente	10
22/11/2024	Qué hacer en caso de emergencia	10
23/11/2024	Orden y aseo	10
25/11/2024	Uso adecuado de EPP	10
26/11/2024	Riesgo público	10
27/11/2024	Importancia de la preparación de equipos	10
28/11/2024	Lavado adecuado de manos	10
29/11/2024	Pausas activas	10

10. Reporte de Accidentes e Incidentes

Durante el periodo comprendido, **no se presentaron ni reportaron accidentes ni incidenteslaborales.**
Se adjunta en el **Anexo 6 el certificado de siniestralidad.**

11. Señalización y Demarcación

En el periodo comprendido, **no fue necesario implementar señalización y demarcación**, ya que las áreas de trabajo eran suficientemente amplias, y las cuadrillas laboraban en grupos de mínimo dos personas. Esto garantiza que, en caso de detectar alguna anomalía, las actividades se suspendan de inmediato.

12. Seguimiento y Control de Comités

En noviembre, se comenzó la divulgación de la importancia de la participación en los comités de:

- **Convivencia**
- **COPASST**
- **Emergencia**

Se realizó una convocatoria inicial y, a partir de diciembre, se formalizarán las reuniones respectivas.

13. Conclusiones

- Las actividades realizadas durante el periodo comprendido entre el 21 y el 30 de noviembre de 2024 fueron ejecutadas de manera eficiente, pese a que el tiempo fue relativamente corto debido al inicio de operaciones en el proyecto.
- Se garantizó el cumplimiento de las disposiciones legales y contractuales relacionadas con la seguridad y salud en el trabajo, incluyendo la verificación de afiliaciones, capacitaciones e inspecciones.
- Tanto la maquinaria como los vehículos utilizados operaron en condiciones adecuadas, respaldados por las inspecciones preoperacionales realizadas.
- Durante este periodo no se reportaron accidentes ni incidentes laborales, reflejando un adecuado manejo de los riesgos y la implementación de medidas preventivas.
- Las charlas diarias realizadas contribuyeron a sensibilizar al equipo en temas clave de seguridad, fortaleciendo la cultura preventiva.
- Se reconoce que algunas actividades, como la formalización de los comités y las capacitaciones mensuales, están en proceso de estructuración y serán fortalecidas a partir del próximo mes

ELABORÓ	APROBÓ	
		**IN-SST-12** **11/1/2024**
Andrea M López	**Javier Linares**	
Profesional SST	**Director de Obra**	

2. ANEXO 1
PLANILLAS DE SEGURIDAD SOCIAL Y DOCUMENTACIÓN PERSONAL

CONSORCIO INNOVAPARQUES

RELACIÓN DE PERSONAL INFORME SST No 1
CONTRATO 4041 de 2024
PERIODO: 20 DE NOVIEMBRE AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2024

BOGOTÁ

PERSONAL INGRESADO EN EL PERIODO

No.	CONTRATISTA / SUBCONTRATISTA	NOMBRES	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FECHA INGRESO	ESTADO	FECHA DE RETIRO	ARL	FECHA DE ULTIMO PAGO Y O AFILIACIÓN	EPS	FECHA DE ULTIMO PAGO Y O AFILIACIÓN	AFP	FECHA DE ULTIMO PAGO Y O AFILIACIÓN	FECHA EMO
1	INGENIERIA CMC SAS	LOPEZ AYALA BRANDON SEBASTIAN	1233890527	AYUDANTE	21/11/2024	INGRESO	N.A	SURA	5/11/2024	FAMISANAR	5/11/2024	PORVENIR	5/11/2024	13/11/2024
2	INGENIERA CMC SAS	SABOGAL CUERVO DANIEL STEVAN	1081803879	AYUDANTE	21/11/2024	INGRESO	N.A	SURA	5/11/2024	FAMISANAR	5/11/2024	PORVENIR	5/11/2024	6/11/2024
3	INGENIERIA CMC SAS	ALVAREZ BERMUDEZ DAVID ENRIQUE	1047395128	AYUDANTE	21/11/2024	INGRESO	N.A	SURA	5/11/2024	NUEVA EPS	5/11/2024	PORVENIR	5/11/2024	9/11/2024
4	INGENIERIA CMC SAS	LASSO CORTES DAWSON	80763102	AYUDANTE	21/11/2024	INGRESO	N.A	SURA	5/11/2024	FAMISANAR	5/11/2024	COLPENSIONES	5/11/2024	9/7/2024
5	INGENIERIA CMC SAS	JIMENEZ LASSO WILBER DIOMEDES	5855002	OFICIAL	21/11/2024	INGRESO	N.A	SURA	5/11/2024	SALUD TOTAL	5/11/2024	COLFONDOS	5/11/2024	15/6/2024
6	INGENIERIA CMC SAS	MUÑOZ MACETO JESUS	1007289162	AYUDANTE	21/11/2024	INGRESO	N.A	SURA	5/11/2024	FAMISANAR	5/11/2024	COLPENSIONES	5/11/2024	1/11/2024
7	INGENIERIA CMC SAS	QUEVEDO LEGUIZAMON JHON ALEXANDER	1123116491	AYUDANTE	21/11/2024	INGRESO	N.A	SURA	5/11/2024	FAMISANAR	5/11/2024	PORVENIR	5/11/2024	9/7/2024
8	INGENIERIA CMC SAS	GARZON PINEDA JOSE ALEJANDRO	1033692776	AYUDANTE	21/11/2024	INGRESO	N.A	SURA	5/11/2024	CAPITAL SALUD	5/11/2024	PROTECCION	5/11/2024	19/10/2024
9	INGENIERIA CMC SAS	MERCADO BASILIO LUIS GUILLERMO	1007195407	AYUDANTE	21/11/2024	INGRESO	N.A	SURA	5/11/2024	SANITAS	5/11/2024	PORVENIR	5/11/2024	15/6/2024
10	INGENIERIA CMC SAS	OVALLE BOLIVAR YEFERSON IVAN	1074414778	AYUDANTE	21/11/2024	INGRESO	N.A	SURA	5/11/2024	SALUD TOTAL	5/11/2024	COLPENSIONES	5/11/2024	15/6/2024
11	INGENIERIA CMC SAS	DEVIA RODRIGUEZ JONATHAN SEBASTIAN	1012433979	AYUDANTE	27/11/2024	INGRESO	N.A	SURA	5/11/2024	SALUD TOTAL	N.A.	PORVENIR	N.A	15/6/2024

PERSONAL ANTIGUO EL PERIODO

No.	CONTRATISTA / SUBCONTRATISTA	NOMBRES	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FECHA INGRESO	ESTADO	FECHA DE RETIRO	ARL	FECHA DE ULTIMO PAGO Y O AFILIACIÓN	EPS	FECHA DE ULTIMO PAGO Y O AFILIACIÓN	AFP		FECHA EMO

DURANTE ESTE PERIODO NO HUBO PERSONAL ANTIGUO PORQUE INICIO EL CONTRATO

PERSONAL INGRESO - RETIRO

No.	CONTRATISTA / SUBCONTRATISTA	NOMBRES	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FECHA INGRESO	ESTADO	FECHA DE RETIRO	ARL	FECHA DE ULTIMO PAGO Y O AFILIACIÓN	EPS	FECHA DE ULTIMO PAGO Y O AFILIACIÓN	AFP		FECHA EMO

DURANTE ESTE PERIODO NO HUBO INGRESO - RETIRO DE PERSONAL EN EL CONTRATO

PERSONAL RETIRADO

No.	CONTRATISTA / SUBCONTRATISTA	NOMBRES	APELLIDOS	CARGO	FECHA INGRESO	ESTADO	FECHA DE RETIRO	ARL	FECHA DE ULTIMO PAGO Y O AFILIACIÓN	EPS	FECHA DE ULTIMO PAGO Y O AFILIACIÓN	AFP		FECHA EMO

DURANTE ESTE PERIODO NO RETIRO DE PERSONAL EN EL CONTRATO

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	901087132-6	INGENIERIA CMC SAS	CALLE 140 A No. 103B-09	7026556	cmcingenieriasas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		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				15	0
2024-11	2024-10	E	05/11/2024	81468628	TOTAL A PAGAR	
					$7.394.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	112.700	0		0		0	0	0	0	112.700	2
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	58.000	0		0		0	0	0	0	58.000	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	139.000	0		0		0	0	0	0	139.000	2
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	571.200	0		0		0	0	0	0	571.200	7
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	17.400	0		0		0	0	0	0	17.400	1
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	52.000	0		0		0	0	0	0	52.000	1
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	15.600	0		0		0	0	0	0	15.600	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	289.700	0	0	0	0	0	0		289.700	2
230301	Porvenir	800224808-8	1.937.300	0	0	0	0	0	0		1.937.300	8
231001	Colfondos	800227940-6	962.600	0	0	0	0	0	0		962.600	2
25-14	Colpensiones	900336004-7	673.000	0	0	0	0	0	0		673.000	3

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	1.589.200				1.589.200	0	0	1.589.200			15.892	1.589.200	15

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	976.600	0	0	976.600	15

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901087132-6	INGENIERIA CMC SAS		CALLE 140 A No. 103B-09	7026556	cmcingenieriasas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					15	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-10	E	05/11/2024	81468628	$7.394.300	

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	7	965.900	965.900
Pensión	4	3.862.600	3.862.600
Riesgos Laborales	1	1.589.200	1.589.200
CCF	1	976.600	976.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	13	7.394.300	7.394.300

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901087132-6	INGENIERIA CMC SAS		CALLE 140 A No. 103B-09	7026556	cmcingenieriasas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					15	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-10	E	05/11/2024	81468828	$7,394,300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza exterior	Exonerado	Ing	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1015396839	SABOGAL CUERVO EVA YURANY	1	0			S																230201	1,420,320	227,300	0	0	0	0	EPS017	1,420,320	56,900	14-11	1,420,320	1	7,500	CCF24	1,420,320	56,900	0	0	0	0	0
2	CC	1033692776	GARZON PINEDA JOSE ALEJANDRO	1	0			S	X															230201	390,000	62,400	0	0	0	0	EPSC34	390,000	15,600	14-11	390,000	5	27,200	CCF24	390,000	15,600	0	0	0	0	0
3	CC	79518499	TREJOS MARTINEZ ADRIAN	1	0			S	X															230301	433,334	69,400	0	0	0	0	EPS037	433,334	17,400	14-11	433,334	5	30,200	CCF24	433,334	17,400	0	0	0	0	0
4	CC	80757973	SABOGAL CUERVO JUAN MANUEL	1	0			S																231001	4,500,000	720,000	0	0	0	0	EPS017	4,500,000	180,000	14-11	4,500,000	5	313,200	CCF24	4,500,000	180,000	0	0	0	0	0
5	CC	80763102	LASSO CORTES DAWSON	1	0			S																25-14	1,606,000	257,000	0	0	0	0	EPS017	1,606,000	64,300	14-11	1,606,000	5	111,800	CCF24	1,606,000	64,300	0	0	0	0	0
6	CC	5855032	JIMENEZ LASSO WILBER DIOMEDES	1	0			S																231001	1,515,750	242,600	0	0	0	0	EPS002	1,515,750	60,700	14-11	1,515,750	5	105,500	CCF24	1,515,750	60,700	0	0	0	0	0
7	CC	1031803879	SABOGAL CUERVO DANIEL STEBAN	1	0			S																230301	1,500,000	240,000	0	0	0	0	EPS017	1,500,000	60,000	14-11	1,500,000	5	104,400	CCF24	1,500,000	60,000	0	0	0	0	0
8	CC	1007289162	MUÑOZ MACETO JESUS	1	0			S																25-14	1,300,000	208,000	0	0	0	0	EPS017	1,300,000	52,000	14-11	1,300,000	5	90,500	CCF24	1,300,000	52,000	0	0	0	0	0
9	CC	79380454	FORERO ORTEGA JULIO CESAR	1	0			S																230301	1,300,000	208,000	0	0	0	0	EPS008	1,300,000	52,000	14-11	1,300,000	5	90,500	CCF24	1,300,000	52,000	0	0	0	0	0
10	CC	1047443944	ALVAREZ BERMUDEZ ENRIQUE	1	0			S		X														230301	1,200,000	208,000	0	0	0	0	EPS041	1,300,000	52,000	14-11	1,300,000	5	90,500	CCF24	1,565,417	62,700	0	0	0	0	0
11	CC	1031186591	PIÑEROS PINZON INGRID TATIANA	1	0			S																230301	2,173,912	347,900	0	0	0	0	EPS008	2,173,912	87,000	14-11	2,173,912	5	151,400	CCF24	2,173,912	87,000	0	0	0	0	0
12	CC	1074414778	OVALLE BOLIVAR YEFERSON IVAN	1	0			S																25-14	1,300,000	208,000	0	0	0	0	EPS002	1,300,000	52,000	14-11	1,300,000	5	90,500	CCF24	1,300,000	52,000	0	0	0	0	0
13	CC	1233880527	LOPEZ AYALA BRANDON SEBASTIAN	1	0			S																230301	2,500,000	400,000	0	0	0	0	EPS017	2,500,000	100,000	14-11	2,500,000	5	174,000	CCF24	2,500,000	100,000	0	0	0	0	0
14	CC	1007195407	MERCADO BASILIO LUIS GUILLERMO	1	0			S																230301	1,450,000	232,000	0	0	0	0	EPS065	1,450,000	58,000	14-11	1,450,000	5	101,000	CCF24	1,450,000	58,000	0	0	0	0	0
15	CC	1123116491	CUEVEDO LEGUIZAMON JHON ALEXANDER	1	0			S																230301	1,450,000	232,000	0	0	0	0	EPS017	1,450,000	58,000	14-11	1,450,000	5	101,000	CCF24	1,450,000	58,000	0	0	0	0	0

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.031.803.879

SABOGAL CUERVO

APELLIDOS

DANIEL STEBAN

NOMBRES

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-NOV-2003

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73
ESTATURA

B+
G.S. RH

M
SEXO

01-DIC-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01270487-M-1031803879-20211203 0077068692A 1 8503544226

Exisalud IPS
Servicios Integrales en Salud
NIT. 901.385.351-0

PBX: 6019371020
www.exisaludsas.com
servicioalclienteexisalud@gmail.com

Sede Ppal. Av. Boyacá
Cel: 3235767391
Av. Boyacá No. 64 f 42

Sede Chapinero
Cel: 3145772197
Carrera 17 No. 68 - 58

Certificado de aptitud laboral
Examen medico ocupacional osteomuscular periódico



Fecha: 06/Nov/2024, **Hora:** 07:49:47 a.m.
Apellido: Sabogal cuervo
Nombre: Daniel steban
Tipo Doc: CC
Nro Identidad: 1031803879
Empresa: Ingenieria cmc sas
Emp. Usuaria: Ingenieria cmc sas
Cargo: Inspector de obra
Direccion: Cra 112 b #139-39
Telefono: **Celular:** 3138308780 **Email:** Danielstebancs30@gmail.com **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: Bogota d.c. - suba
Responsable: - Parentesco: - Telefono:

HC: # 42527
Edad: 20 años
Sexo: Masculino ♂
Nacim: 30/Nov/2003
Rh: B+

Examenes Realizados

☑ Audiometría tamiz	☑ Optometría	☑ Examen medico ocupacional periodico	☑ Espirometría

Recomendaciones Especificas

S.V.E.

Estilo de Vida Saludable

* Hábitos de vida saludable
* Dieta y ejercicio

Medicas

* Valoración nutricional

Laborales

* Pausas activas
* Mantener adecuada higiene postural

Concepto

Apto para el cargo con recomendaciones

Recomendaciones Personalizadas

Se recomienda uso de tapabocas y elementos de protección personal de acuerdo al cargo establecido por la empresa, seguir los protocolos de bioseguridad realizar controles médicos ocupacionales periódicos
se recomienda lavado de manos frecuente con el fin de evitar enfermedades respiratorias y gastrointestinales
se recomienda completar esquema de vacunación contra el covid, tiene 3 dosis de la vacuna contra el covid 19- 2 pfizer 1 moderna
imc 32.87

Observaciones

Consentimiento Informado

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

Firma Medico		Firma Paciente
Maria alejandra jurado ramirez Medico especialista sst **Lic. de S.O #:** 1623 **Registro #:** 11/05/2022		Daniel steban sabogal cuervo CC 1031803879

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

901051/148
9010517148

No. de Radicación: 26965143

Fecha de Radicación: 24 10 2023

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
	SABOGAL	CUERVO	DANIEL	STEBAN

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1031803879	Femenino [ ] Masculino [X]	D 30 M 11 A 2003

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad (Tipo: F N M / Condición: T P)	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
				SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia: Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular
$1.360.000			

Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona: Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna	Departamento

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

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

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo: 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 de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios: 29. Parentesco	30. Etnia
B1					D M M A A A A		
B2					D M M A A A A		
B3					D M M A A A A		
B4					D M M A A A A		
B5					D M M A A A A		

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
INGENIERIA CMC SAS	NT	901087132	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CR 113C 142A 90 BL 14 OF 254	3214431416		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 inscripción en la EPS [ ] Código [ ] 6. Reinscripción en la EPS [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [X] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
				09 10 2023

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El 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:

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de la 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 de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: INSPECTOR DE CONSTRUCCION, EDIFICACIONES

71. Firma del funcionario

Vigilado Supersalud

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

Cambio Empleo

INTERNET

02/2018

DANIEL STEBAN SABOGAL CUERVO
C.C. No. 1.031.803.879
Carrera 112 D No. 139-37
Cel. 313-830-87-80

PERFIL LABORAL:

Me considero Una persona proactiva, de fácil aprendizaje, responsable, puntual y cumplidora de las obligaciones asignadas.
Busco una oportunidad laboral para extender mi preparación académica y poderle brindar todo mi compromiso a la compañía que me de la oportunidad de formar parte de su equipo de trabajo.

ESTUDIOS REALIZADOS

- Bachiller Académico - Colegio Alberto Ileras Camargo IED. 2020
- Técnico en Programación de Software - Sena 25 de noviembre de 2020
- Arquitectura- Universidad Gran Colombia – En curso 5 semestre

EXPERIENCIA LABORAL

INGENIERIA CMC SAS
Junio 2019 - enero 2022.
Conocimientos adquiridos: He logrado adquirir diversas habilidades en el manejo de servicio al cliente, contacto con proveedores y selección de presupuestos.
Jefe Inmediato: Elena Bustamante
Tel: 7026556 – 3194280893

ACABADOS ELECTROSTATICOS PINTORAMA SAS
Enero 2022 – marzo 2022
Conocimientos adquiridos: Organización de la logística y programación de entrega de materiales, servicio al cliente, contacto con proveedores y compras.
Jefe Inmediato: Gustavo Carranza
Tel: 3143911101

ACTIVA BPO
ABRIL 2022- Actualmente
Conocimientos adquiridos: asesor comercial en ventas, analista de calidad y backoffice
Jefe inmediato: Yhaler Felipe Ortiz
Tel: (601) 7262409

REFERENCIAS FAMILIARES

JUAN MANUEL SABOGAL CUERVO
Contratista
Cel. 3134466429

GLADYS NATALIA CUERVO
Empleada
3052927808

REFERENCIAS PERSONALES

ANA MARIA HERRERA RODRIGUEZ
Empleada
Cel. 3196908678

MARIA DEL CARMEN ORTIZ ALBAN
Contadora Publica
3124508766

Daniel Steban Sabogal Cuervo
C.C. No. 1.031.803.879

202

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

901051 7148
9010517148

No. de Radicación: 26965143

Fecha de Radicación: 24 | 10 | 2023

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
	SABOGAL	CUERVO	DANIEL	STEBAN

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo Femenino [ ] Masculino [X]	10. Fecha de nacimiento D D M M A A A A
CC	1031803879		30 / 11 / 2003

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (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
				SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia: Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular
$1.360.000			

Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona: Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Corregimiento	Departamento

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

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

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo Femenino [ ] Masculino [ ]	23. Fecha de nacimiento D D M M A A A A

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

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

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

Datos complementarios	29. Parentesco	30. Etnia
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
INGENIERIA CMC SAS	NT	901087132	

39. Ubicación		Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CR 113C 142A 90 BL 14 OF 254	3214431416		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 inscripción en la EPS [ ] Código [ ] 6. Reinscripción en la EPS [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [X] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha novedad D D M M A A A A
				09 / 10 / 2023

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El 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 [ ]

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de la 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 de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: INSPECTOR DE CONSTRUCCION, EDIFICACIONES

71. Firma del funcionario

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

Cambio Empleo

INTERNET

05/2014

VIGILADO SUPERSALUD

Q3

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

DANIEL STEBAN SABOGAL CUERVO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.031.803.879,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 29 de Noviembre del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

compensar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 3 de Julio de 2.024

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	: 1031803879
Nombre	: DANIEL STEBAN SABOGAL CUERVO
Empresa/Contratante	: INGENIERIA CMC SAS
Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901087132
Fecha de Afiliación a CCF	: 2023/10/19
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2023/10/09
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a UNIVERSIDAD LA GRAN COLOMBIA y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

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

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

ISO 9001 icontec SC 5892-14
IQNet CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM

VIGILADO SuperSubsidio

CODIGO: F-SST-006 VERSION: 01 01/05/2018	ENTREGA DE DOTACION Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CONSORCIO INNOVAPARQUES

DATOS DEL TRABAJADOR	
NOMBRE:	DANIEL STEBAN SABOGAL
CEDULA:	1.031.803.879
CARGO:	INSPECTOR
OBSERVACIONES	

MOTIVO ENTREGA: **1. PRIMERA VEZ** **2. CAMBIO POR DESGASTE** **3. CAMBIO POR PERDIDA**

FECHA			DOTACION																				FIRMA DE RECIBIDO
DIA	MES	AÑO	MOTIVO ENTREGA	CASCO DIELECTRICO	BARBUQUEJO	MONOGAFAS	PROTECCION AUDITIVA		PROTECTOR RESPIRATORIO		GUANTES			OVEROL		CHAQUETA	CHALECO REFLECTIVO	IMPERMEABLE	BOTAS PUNTA DE ACERO		OTROS	
							INSERCION	COPA	PROTECTOR DESECHABLE	RESPIRADOR CON FILTRO	GUANTES NITRILO	GUANTES BAQUETA	GUANTES CAUCHO	PANTALON	CAMISA				CUERO	PVC		
21	11	24	1	X	X	X	X				X	X		X	X				X		PAVA	

CONSORCIO INNOVAPARQUES	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	
	FORMATO N°:	FT-SST-025
	Estándar E1.2.2	
FORMATO REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SST	Fecha:	Oct 01 de 2024
	Versión:	001
	Pagina 1 de 1	

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FECHA: 20 de noviembre de 2024 INDUCCIÓN [X] REINDUCCIÓN [ ]

NOMBRE: DANIEL STEBAN SABOGAL CUERVO CEDULA: 1.031.803.879

AREA/SECCION: MANTENIMINETO Y CONSTRUCCION CARGO: Inspector

ENCARGADO DE LA INDUCCION: ANDREA LOPEZ CARGO: Profesional SST

OBJETIVO GENERAL

Con el proposito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra compañía las politicas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas y así promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:

* Misión y Visión de la empresa
P
* Bases del SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL.
* Conceptos bàsicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
* Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.
* Entrega y explicación de los ESTANDARES GENERALES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO de la empresa.
* Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa.

BIOLÓGICO	FÍSICO	QUÍMICO
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	CONDICIONES DE SEGURIDAD
FENOMEROS NATURALES		

* Procedimientos para tareas de alto riesgo.

Yo como trabajador de **CONSORCIO INNOVAPARQUES** estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor.

Duración de la inducción: 1:00 HORA

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares, procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo

Firma del Trabajador
C.C. 1031803879.

Responsable del SG-SST
C.C.1018422772


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 1.007.195.407
MERCADO BASILIO
APELLIDOS
LUIS GUILLERMO
NOMBRES
Luisguillermo


FECHA DE NACIMIENTO 04-OCT-1999
SANTA ROSA
(BOLIVAR)
1.67
ESTATURA
A+
M
SEXO
19-AGO-2018 SANTA ROSA

EPS Sanitas

No de Radicación	Fecha de Radicación
	D D M M A A A A

790084188

Lea las instrucciones que se encuentran al reverso antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3.Regimen
A. Afiliación B. Reporte de Novedades X	A. Individual Cotizante o Cabeza de Familia X Colectiva D. De Oficio Beneficiario o Afiliado adicional Institucional	A. Contributivo X Subsidiado

4. Tipo de Afiliado	5. Tipo de Cotizante	Código
A. Cotizante X B. Cabeza de Familia C. Beneficiario	A. Dependiente X B. Independiente C. Pensionado	

II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION DEL SOLICITANTE (AFILIADO)

6. Apellidos y Nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
MERCADO	BASILIO	LUIS	GUILLERMO

7. Tipo de Documento de Identidad	8. Número del Documento de Identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC X PA SC	1007195407	Femenino Masculino X	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
SURA ARL	PORVENIR AFP	$1.000.000

18. Residencia	Teléfono Fijo
CARRERA 112D No. 139-12	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3016266736	luisb.99@gmail.com

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento
BELTRAN	Urbana X Rural		Cundinamarca

IV. DATOS COMPLEMENTARIOS

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

19. Apellidos y Nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de Documento de Identidad	21. Tipo de Documento de Identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC PA SC			D D M M A A A A

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

24. Tipo de Documento de Identidad

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

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

	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	Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	32. Valor de la UPC del Afiliado Adicional(a registrar
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		
B	IPS	
B		
B		

CM-FOR-ES-147-3000-2-0-8826-1

- Original: EPS-1a Copia: EMPLEADOR-2a Copia: AFILIADO -

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 Documento de Identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
INGENIERIACMC SAS	NIT X TI CE CC PA CE	901087132	

39. Ubicación Dirección		Teléfono Fijo
	CALLE 140A No. 103B -09	7026556

Correo electrónico	Municipio/ Distrito	Departamento
yersonpai@gmail.com	BELTRAN	Cundinamarca

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
- [X] 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 colectiva
- [ ] 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo / B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen / B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de Documento de Identidad (CN TI CE CD RC CC PA SC)	Número del Documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha
				27 12 2022

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicio de Salud.
- [X] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [X] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación 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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que re			EPS Sanitas
Tipo de documento	Número de documento de identidad	71. Firma del Funcionario	

Observaciones:

30 DIC 2022

RECIBIDO POR:

Doc. Identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Status procesamiento
Construtrap Ltda. Nit. 901.047.586-5		

FORMATO AUTORIZACION DE TRATAMIENTOS DE DATOS PERSONALES

LUIS GUILLERMO MERCADO BASILIO declaro que he sido informado sobre que la Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A. en adelante EPS Sanitas, actuará como el responsable del tratamiento de mis datos personales y ha puesto a mi disposición la línea de atención en Bogotá en el número de teléfono 3759000 o fuera de Bogotá en el 018000919100, para la atención de requerimientos relacionados con el tratamiento de mis datos personales y al ejercicio de mis derechos constitucionales y legales, observando la Política de Tratamiento de Información de EPS Sanitas disponible en www.epssanitas.com.

Teniendo en cuenta lo anterior y de acuerdo con lo establecido en el artículo 15 de la Resolución 5621 de 1994 del Ministerio de Salud, en el artículo 2.1.3.8 del Decreto 780 de 2016, en los artículos 7 y 20 del Decreto 1377 de 2013, estos últimos, referidos a la estipulación a favor de otro o para otro, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a EPS Sanitas yo a quien le sean cedidos sus derechos, para tratar mis datos personales y los de mis beneficiarios, afiliados, de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales, con las siguientes finalidades, adicionales a las autorizadas por la Constitución y la ley de prestación de servicios de salud, actividades propias del Sistema de Seguridad Social en Salud y del cumplimiento de las normas que la regulan, así como de las actividades derivadas del objeto social de EPS Sanitas, incluidas pero sin limitarse a las actividades corporativas, administrativas, de información, comercialización, petición, recaudo, cobranza entre otros; contacto y envío de información relacionada con la prestación los servicios de salud y relacionados a través de medios telefónicos, electrónicos (SMS, chat, correo electrónico y demás medios considerados electrónicos) físicos y/o personales crear y gestionar bases de datos incluyendo bases de datos respecto de datos sensibles) para fines de investigación y desarrollo de nuevos productos o servicios, dar a conocer transferir y/o transmitir mis datos personales dentro y fuera del País, a cualquier empresa miembro de la Organización Sanitas Internacional, de la cual hace parte EPS Sanitas, así como a terceros a consecuencia de un contrato, ley o vínculo lícito que así lo requiera, o para implementar servicios de computación en la nube, acceder y consultar mis datos personales que reposen o este contenidos en bases de datos o archivos de cualquier Entidad Privada o Pública, consultar a cualquier médico, hospital, compañía de seguros, compañía de medicina prepagada o entidad promotora de salud (EPS) para que en cualquier momento, ya sea en vida mía o ya habiendo sucedido mi muerte, EPS Sanitas pueda acceder a la información sobre mi esto de salud; en consecuencia autorizo a dichas entidades para que entreguen a EPS Sanitas copia de toda la información que sea requerida. Por lo tanto me comprometo a leer el aviso de privacidad y la política mencionada disponible en: www.epssanitas.com. Así mismo, autorizo a EPS Sanitas a modificar o actualizar el contenido de la política, con el fin de atender reformas legislativas, políticas internas o nuevos requerimientos para la prestación u ofrecimiento de los servicios, dando aviso previo por medio de la página web de la compañía y/o correo electrónico

La presente autorización la he suministrado de forma voluntaria.

Firma: L i S M e k a d o

Nombre: LUIS GUILLERMO MERCADO BASILIO

Identificación: 1007195407

Fecha: 2022-12-27

FORMATO DE ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y CARTA DE DESEMPEÑO DE EPS SANITAS S.A.

Nombre del Afiliado: LUIS GUILLERMO MERCADO BASILIO

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	NO
Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación la EPS le hizo entrega de la Carta de desempeño donde a presenta de manera clara su puesto en el ranking	X	NO
Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiado y del paciente?	X	NO
Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	X	NO
Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	X	NO
Autoriza a EPS Sanitas envió de este documento o información relacionada con la afiliación y la prestación en servicios de salud a su correo electrónico o celular	X	NO

L i S M e k a d o

Firma del Afiliado
Documento de Identidad 1007195407

A ruego del señor(a) _____ quien se identifica con la cedula de ciudadanía NO. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo que hace en su nombre el señor(a) _____ quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que esta recibiendo.

Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella del dedo índice de la mano derecha pertenece al señor(a) _____

El firmante a ruego

Huella índice

Nombres y Apellidos:
Documento de identidad:
Edad:
Dirección de domicilio:

Nombre de la persona que no sabe firmar

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

LUIS GUILLERMO MERCADO BASILIO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.007.195.407**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 22 de Junio del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

compensar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 29 de Noviembre de 2.024

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	: 1007195407
Nombre	: LUIS GUILLERMO MERCADO BASILIO
Empresa/Contratante	: INGENIERIA CMC SAS
Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901087132
Fecha de Afiliación a CCF	: 2023/10/19
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2023/10/01
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

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

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

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

ISO 9001 icontec SC 5892-14

IQNet

FOR-PGIE-0044

VIGILADO SuperSubsidio

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

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

NIT: 830.015894-4

Código de prestador de servicios de la salud No. 11001056590
Aprobado por la Secretaria de Salud de Bogotá según Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997.
Dra. Maria Luisa Molina M. CPTP No. 13958 -T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Lic. de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo
Res. 7402 de 27/08/2019 de la Secretaria Distrital de Salud



Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 102171

FECHA : 15/06/2024 HORA:8:43			**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**		
NOMBRES: LUIS GUILLERMO MERCADO BASILIO			DOCUMENTO: 1007195407		EDAD: 24 GENERO: M
Empresa: INGENIERIA CMC SAS			Cargo: CONDUCTOR		Tel: 3016266736 -

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoración Medica Laboral	SI		Respiratorio	SI	
Espirometria	SI		Dermatologia	SI	
Audiometria	SI		Osteomuscular	SI	
Visiometria	SI		Cardiovascular	SI	
Optometria	NA		Prueba de equilibrio	SI	
Electrocardiograma	NA		Prueba Psicometrica	NA	
Psicologia Laboral	NA		Radiologia Columna	NA	
Vacunas	NA		Radiologia Torax	NA	

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

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

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

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

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

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

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

Lea este codigo QR con su celular para validar su autenticidad

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

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

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

UMED LTDA IPS MEDICINA LABORAL manejo de residuos peligrosos de bioseguridad

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá D.C.
Tels: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657

CODIGO: F-SST-006 VERSION: 01 01/05/2018	ENTREGA DE DOTACION Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CONSORCIO INNOVAPARQUES

DATOS DEL TRABAJADOR	
NOMBRE:	LUIS GUILLERMO MERCADO BASILIO
CEDULA:	10.077.195.407
CARGO:	CONDUCTOR - OPERATIVO
OBSERVACIONES	

MOTIVO ENTREGA: **1. PRIMERA VEZ** **2. CAMBIO POR DESGASTE** **3. CAMBIO POR PERDIDA**

FECHA			DOTACION																				FIRMA DE RECIBIDO
DIA	MES	AÑO	MOTIVO ENTREGA	CASCO DIELECTRICO	BARBUQUEJO	MONOGAFAS	PROTECCION AUDITIVA: INSERCION	PROTECCION AUDITIVA: COPA	PROTECTOR RESPIRATORIO: PROTECTOR DESECHABLE	PROTECTOR RESPIRATORIO: RESPIRADOR CON FILTRO	GUANTES: GUANTES NITRILO	GUANTES: GUANTES BAQUETA	GUANTES: GUANTES CAUCHO	OVEROL: PANTALON	OVEROL: CAMISA	CHAQUETA	CHALECO REFLECTIVO	IMPERMEABLE	BOTAS PUNTA DE ACERO: CUERO	BOTAS PUNTA DE ACERO: PVC	OTROS	
21	11	24	1	X	X	X	X				X	X		X	X				X		PAVA	Luis Mercado.

02

CONSORCIO INNOVAPARQUES	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	
	FORMATO N°:	FT-SST-025
	Estándar E1.2.2	
FORMATO REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SST	Fecha:	Oct 01 de 2024
	Versión:	001
	Pagina 1 de 1	

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FECHA: 20 de noviembre de 2024 INDUCCIÓN [X] REINDUCCIÓN [ ]

NOMBRE: MERCADO BASILIO LUIS GULLIERMO CEDULA: 1.007.195.407

AREA/SECCION: MANTENIMINETO Y CONSTRUCCION CARGO : Conductor-Operario

ENCARGADO DE LA INDUCCION: ANDREA LOPEZ CARGO: Profesional SST

OBJETIVO GENERAL

Con el proposito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra compañía las politicas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas y así promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:

* Misión y Visión de la empresa
P
* Bases del SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL.
* Conceptos bàsicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
* Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.
* Entrega y explicación de los ESTANDARES GENERALES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO de la empresa.
* Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa.

BIOLÓGICO	FÍSICO	QUÍMICO
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	CONDICIONES DE SEGURIDAD
FENOMEROS NATURALES		

* Procedimientos para tareas de alto riesgo.

Yo como trabajador de CONSORCIO INNOVAPARQUES estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor.

Duración de la inducción: 1:00 HORA

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares, procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo

Luis Mercado.

Firma del Trabajador
C.C. 1007495407

Responsable del SG-SST
C.C.1018422772


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 1.007.289.162
MUÑOZ MACETO
APELLIDOS
JESUS
NOMBRES
Jesus muñoz
FIRMA


ÍNDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 07-SEP-2002
CHAPARRAL
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.71
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
16-SEP-2020 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
A-1500150-01268171-M-1007289162-20211123
0076706304G 1
8502391039
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

minerva
10-03

www.formasminerva.com

HOJA DE VIDA ORIGINAL

HOJA DE VIDA
PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha D M A	Empleo o cargo al que aspira

I. INFORMACION GENERAL

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



Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante
Muñoz maceto	Jesus
Fecha de Nacimiento D 07 M 07 A 2002	**Lugar de Nacimiento** Chaparral tolima
Dirección domicilio / Barrio cl 45 A sur # 88c98 T8 Ap 204	**Ciudad** Bogotá
Teléfono	**No. Celular** 3215256707
Correo electrónico jesusmaceto71@gmail.com	**Nacionalidad** Colombiano
Profesión, ocupación u oficio Oficios Varios	**(*) Estado civil** Soltero
	Años de experiencia laboral

DOCUMENTACION

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

Cédula de ciudadanía: [X] Extranjería: [ ]	N° 1007289162 Expedida en: Bogotá	(**) Libreta militar N° Distrito N°	Primera clase: [ ] Segunda clase: [ ]
Tarjeta profesional N°	¿Tiene vehículo? Si [ ] No [ ]	Licencia de conducción N°	Categoría

II. PERFIL LABORAL

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

Soy una persona cumplida con las labores que se me asignen, honesto y responsable. aprendo con facilidad me gusta ser colaborador.

II. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si [ ] No [X]	¿En qué empresa?	Empleado [ ] Independiente [ ]	Tipo de contrato
¿Trabajó antes en esta empresa? Si [X] No [ ]	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si [X] No [ ]	Fecha D M A	¿Conoce a alguien de esta empresa? Si [X] No [ ] Nombre wilber Jimenez. Dependencia Conductor.
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si [ ] No [X]	Nombre Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio [ ] Amigo [X] Redes Sociales [ ] Por medio de agencia [ ] Otro [ ] ¿Cuál?	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si [X] No [ ]	Vive en casa: ¿Familiar? [ ] ¿Propia? [X] ¿Alquilada? [ ]	Nombre del arrendador	Teléfono / ¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 6 años
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si [ ] No [ ]	Descríbalo e indique su valor mensual	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $ 400.000	
¿Por qué conceptos? Alimentación servicios y gastos Personales.		¿Cuánto es su aspiración salarial? 1a2 Salarios.	
¿Cuál es su principal afición? El trabajo.	¿Practica algún deporte? Si [ ] No [ ] ¿Cuál(es)?		
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, entre otros? Si [ ] No [ ] ¿Cuál(es)?			

56456020

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

REV 05.2019

IV. INFORMACION FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja

Cargo actual	Dirección	Teléfono	Ciudad

N° de personas que dependen económicamente de usted	Parentesco	Edades

Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)

Nombre(s) hermanos(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACION	AÑOS CURSADOS	TITULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCION	CIUDAD
Primaria					
Bachillerato Académico ☐ Técnico ☐ Comercial ☐ Otro ☐	2018	8.°		Manuel Cepeda Vargas	Bogotá
Educación Superior Técnico ☐					
Tecnológico ☐					
Profesional ☐					
Postgrados					

Otros: cursos, diplomados, seminarios	Intensidad horaria	Nombre del programa	Institución
Otros: cursos, diplomados, seminarios	Intensidad horaria	Nombre del programa	Institución

¿Cursa estudios actualmente? Si ☐ No ☐	¿Qué tipo de estudios?	Duración (años, semestres, meses)	Año / semestre que cursa

Nombre de la institución	Horario	Diurno ☐ Nocturno ☐	Fin de semana ☐ A distancia ☐

OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio **R-Regular (50 a 60%) B- Bueno (61 a 80%) MB- Muy Bueno (81 a 100%)**

Sistemas Si ☐ No ☐	1.	R B MB	3.	R B MB			
¿Que programas maneja?	2.	R B MB	4.	R B MB			
Idiomas		Escucha	Lectura	Escritura	Habla		
Si ☐ No ☐	1.	R B MB	R B MB	R B MB	R B MB		
¿Qué idioma(s) conoce?	2.	R B MB	R B MB	R B MB	R B MB		

Nota: en caso de ser contratado (a) favor preparar toda la documentación.

VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ÚLTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO, COMENZANDO POR EL ÚLTIMO O ACTUAL. SI NECESITA DAR MÁS DETALLES UTILICE LA ÚLTIMA PÁGINA DE NOTAS ADICIONALES. ESTOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL

Nombre de la última o actual empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
Ingeniería CMC SAS		Calle 140A No 103B-09.	7026556

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso D M A	Fecha Retiro D M A	Sueldo Inicial	Sueldo Final
Oficina				$ SMLV	$

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato	Cargo
Juan Sabogal.	Dir. de Proyectos

Logros obtenidos

Tipo de contrato Indefinido ☒ ¿Cuánto tiempo? Fijo ☐ Contrato directo con la empresa ☐ Contrato por medio de agencia ☐ Otro ☐ ¿Cual?

Horario de trabajo Tiempo completo ☐ 1/2 Tiempo ☐ Por horas ☐ **Jornada:** Diurna ☐ Nocturna ☐ Otra jornada ☐

Motivo del retiro

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso D M A	Fecha Retiro D M A	Sueldo Inicial $	Sueldo Final $

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato | Cargo

Logros obtenidos

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

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

Motivo del retiro

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso D M A	Fecha Retiro D M A	Sueldo Inicial $	Sueldo Final $

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato | Cargo

Logros obtenidos

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

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

Motivo del retiro

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1.	Nombre: Wilber Jimenez.	Ocupación: Empleado.	Dirección: Cl 45 A #88c98	Teléfono: 3138841066
2.	Nombre: Briceida Aranda.	Ocupación: Hogar.	Dirección: Cl 45A #88c98	Teléfono: 3132788937
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre: Yaidira Maceto.	Ocupación: hogar	Dirección: 45A#88c98	Teléfono: 3114490111
2.	Nombre: Steven Muñoz Maceto.	Ocupación: Empleado.	Dirección:	Teléfono: 3234081199.

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción. ☒ Marque con una X

Nota importante

Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.

Certificación

Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mi, en la presente hoja de vida, son veraces (C.S.T, Art. 62 Num. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis)

Firma del solicitante

JESUS

c.c. 1006789162

minerva

ARL | sura

Medellín, 29 de Noviembre de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de INGENIERIA CMC SAS, en el centro de trabajo 0000000002 - CAMPO, clase de riesgo 5, porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1007289162	MUÑOZ MACECTO JESUS	11/10/2023		19013544	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C807579732433461434

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.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.146.116.9, 198.143.41.28, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JESUS MUÑOZ MACETO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1007289162,** se encuentra afiliado/a desde **18/12/2020** 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 22 de junio de 2024.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9010517158

9010517158

No. de Radicación: 26965171

Fecha de Radicación: 24 | 10 | 2023

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
MUÑOZ	MACETO	JESUS	

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1007289162	Femenino [ ] Masculino [X]	D 07 M 09 A 2002

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad: Tipo (F, N, M) Condición (T, P)	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
				SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia: Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular
$1.160.000			

Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona: Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna	Departamento

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
INGENIERIA CMC SAS	NT	901087132	

39. Ubicación				
CR 113C 142A 90 BL 14 OF 254	3214431416	Correo electrónico	BOGOTA (Municipio / Distrito)	DISTRITO CAPITAL (Departamento)

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha novedad (D D M M A A A A)
				09 10 2023

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El 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 [ ]
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. [ ]
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. [ ]
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

71. Firma del funcionario

Vigilado Supersalud

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

Cambio Empleo

INTERNET

01/2016

Exisalud IPS
Servicios Integrales en Salud
NIT. 901.385.351-0

PBX: 6019371020
www.exisaludsas.com
servicioalclienteexisalud@gmail.com

Sede Ppal. Av. Boyacá
Cel: 3235767391
Av. Boyacá No. 64 f 42

Sede Chapinero
Cel: 3145772197
Carrera 17 No. 68 - 58

Certificado de aptitud laboral
Examen medico ocupacional osteomuscular periódico



Fecha: 01/Nov/2024, **Hora:** 06:22:57 a.m.
Apellido: Muñoz maceto
Nombre: Jesus
Tipo Doc: CC
Nro Identidad: 1007289162
Empresa: Ingenieria cmc sas
Emp. Usuaria: Ingenieria cmc sas
Cargo: Auxiliar de obra
Direccion: Calle 45 a sur #88 c 98
Telefono: **Celular:** 3014187273 **Email:** Jesusmaceto71@gmail.com **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: Bogota d.c. - ciudad kennedy
Responsable: - **Parentesco:** - **Telefono:**

HC: # 42218
Edad: 22 años
Sexo: Masculino ♂
Nacim: 07/Sep/2002
Rh: A+

Examenes Realizados

☑ Audiometría tamiz	☑ Optometría	☑ Examen medico ocupacional periodico	☑ Espirometría

Recomendaciones Especificas

S.V.E.

Estilo de Vida Saludable

* Hábitos de vida saludable
* Dieta y ejercicio

Medicas

* Valoración nutricional
* Uso de corrección óptica permanente

Laborales

* Pausas activas
* Mantener adecuada higiene postural

Concepto

Puede continuar laborando en el cargo asignado con recomendaciones.

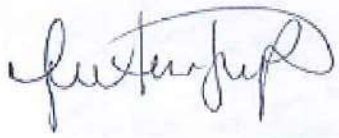
Recomendaciones Personalizadas

Se recomienda uso de tapabocas y elementos de protección personal de acuerdo al cargo establecido por la empresa, seguir los protocolos de bioseguridad realizar controles médicos ocupacionales periódicos
se recomienda lavado de manos frecuente con el fin de evitar enfermedades respiratorias y gastrointestinales
se recomienda completar esquema de vacunación contra el covid, tiene 1 dosis de la vacuna contra el covid 19- astrazeneca
imc 25.54

Observaciones

Consentimiento Informado

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

Firma Medico		Firma Paciente
		JESUS muñoz
Maria alejandra jurado ramirez Medico especialista sst **Lic. de S.O #:** 1623 **Registro #:** 11/05/2022		Jesus muñoz maceto CC 1007289162

compensar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 29 de Noviembre de 2.024

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	: 1007289162
Nombre	: JESUS MUÑOZ MACETO
Empresa/Contratante	: INGENIERIA CMC SAS
Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901087132
Fecha de Afiliación a CCF	: 2023/10/19
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2023/10/09
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a 1007289162 y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

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

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

ISO 9001 icontec SC 5692-14

IQNet CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM

FOR-PGIE-0044

VIGILADO SuperSubsidio

CONSORCIO INNOVAPARQUES	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	
	FORMATO N°:	FT-SST-025
	Estándar E1.2.2	
FORMATO REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SST	Fecha:	Oct 01 de 2024
	Versión:	001
	Pagina 1 de 1	

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FECHA: 20 de noviembre de 2024 INDUCCIÓN [X] REINDUCCIÓN [ ]

NOMBRE: MUÑOZ MACETO JESUS CEDULA: 1.007.289.162

AREA/SECCION: MANTENIMINETO Y CONSTRUCCION CARGO : Operario

ENCARGADO DE LA INDUCCION: ANDREA LOPEZ CARGO: Profesional SST

OBJETIVO GENERAL

Con el proposito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra compañía las politicas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas y asi promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:

* Misión y Visión de la empresa
P
* Bases del SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL.
* Conceptos bàsicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
* Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.
* Entrega y explicación de los ESTANDARES GENERALES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO de la empresa.
* Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa.

BIOLÓGICO	FÍSICO	QUÍMICO
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	CONDICIONES DE SEGURIDAD
FENOMEROS NATURALES		

* Procedimientos para tareas de alto riesgo.

Yo como trabajador de **CONSORCIO INNOVAPARQUES** estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor.

Duración de la inducción: 1:00 HORA

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares, procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo

Jesus Maceto Muñoz
Firma del Trabajador
C.C. 1007.289162

Responsable del SG-SST
C.C.1018422772

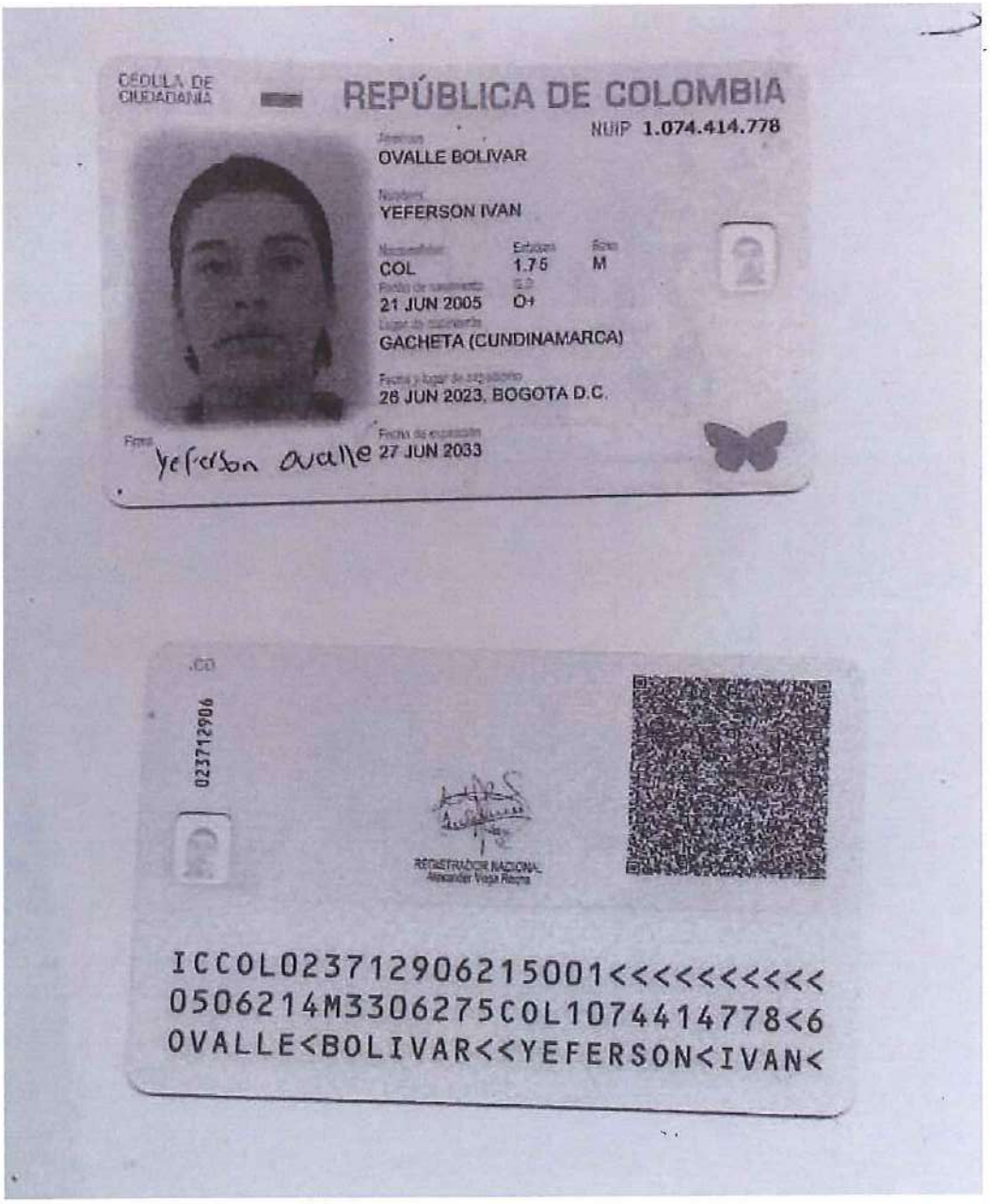
CODIGO: F-SST-006 VERSION: 01 01/05/2018	ENTREGA DE DOTACION Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CONSORCIO INNOVAPARQUES

DATOS DEL TRABAJADOR	
NOMBRE:	JESUS MUÑOZ MACETO
CEDULA:	1.007.289.162
CARGO:	AUXILIAR OPERATIVO
OBSERVACIONES	

MOTIVO ENTREGA: **1. PRIMERA VEZ** **2. CAMBIO POR DESGASTE** **3. CAMBIO POR PERDIDA**

FECHA			DOTACION																				
DIA	MES	AÑO	MOTIVO ENTREGA	CASCO DIELECTRICO	BARBUQUEJO	MONOGAFAS	PROTECCION AUDITIVA		PROTECTOR RESPIRATORIO		GUANTES			OVEROL		CHAQUETA	CHALECO REFLECTIVO	IMPERMEABLE	BOTAS PUNTA DE ACERO		OTROS	FIRMA DE RECIBIDO
							INSERCION	COPA	PROTECTOR DESECHABLE	RESPIRADOR CON FILTRO	GUANTES NITRILO	GUANTES BAQUETA	GUANTES CAUCHO	PANTALON	CAMISA				CUERO	PVC		
21	11	24	1	X	X	X	X				X	X		X	X				X		PAVA	Jesus Muñoz

th


CEDULA DE CIUDADANIA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 1.074.414.778
OVALLE BOLIVAR
YEFERSON IVAN
COL
1.75
M
21 JUN 2005
O+
GACHETA (CUNDINAMARCA)
26 JUN 2023, BOGOTA D.C.
Yeferson Ovalle
27 JUN 2033
.CO
0237129O6
REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha
ICCOL0237129O6215001<<<<<<<<<<<
0506214M3306275COL1074414778<6
OVALLE<BOLIVAR<<YEFERSON<IVAN<

YEFERSON IVAN OVALLE BOLIVAR



DATOS PERSONALES

NOMBRES Y APELLIDOS:		Yeferson Ivan Ovalle Bolivar
DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		1.074.414.778 De Bogotá (D.C)
FECHA DE NACIMIENTO:		21 de junio 2005
LUGAR DE NACIMEINTO:		Bogotá (D.C)
ESTADO CIVIL	:	Soltero
CIUDAD	:	Bogotá (Distrito Capital)
E-MAIL	:	Bolivaryeferson91@gmail.com
DIRECCIÓN	:	Calle 73 A Sur #12 C 17
CELULAR	:	320 999 0986

PERFIL

Me caracterizo por ser un hombre proactivo, responsable y honesto con capacidad de adaptación, trabajo en equipo capaz de desarrollar cualquier labor o función asignada con la mayor eficacia posible y deseo de superación, me intereso por adquirir nuevos conocimientos frente al área laboral, cumpliendo con mis expectativas.

INFORMACIÓN ACADEMICA

Primaria Básica: 05 de diciembre 2018
Institución: Sucre Santander

Educación Básica: 22 de julio 2022
Institución: Liceo el Carmelo

EXPERIENCIA LABORAL

EMPRESA: By Camila
JEFE INMEDIATO: Erika Cruz
TELEFONO: 314 342 5562
CARGO: Operario de maquina
FECHA DE INGRESO: 13 de marzo 2023
FECHA RETIRO: 06 de septiembre 2023
MOTIVO DE RETIRO: Corte de personal

EMPRESA: Fruver
JEFE INMEDIATO: Edgar
TELEFONO: 313 800 4415
CARGO: Oficio varios
FECHA DE INGRESO: 20 de junio 2022
FECHA RETIRO: 15 de diciembre 2022
MOTIVO DE RETIRO: Motivos personales

REFERENCIAS PERSONALES

Nombre: Brayan Peña
Ocupación: Plomero
Celular: 322 226 6516

Nombre: Jhon Sebastián Ariza
Ocupación: Independiente
Celular: 311 565 6337

REFERENCIAS FAMILIARES

Nombre: Claudia Patricia Parra
Ocupación: Independiente
Celular: 312 493 5603
Parentesco: Hermana

Nombre: Dany Parra Bolivar
Ocupación: Independiente
Celular: 320 999 0986
Parentesco: Hermano

Bogotá, Julio / 11 de 2024

Señor (a): YEFERSON IVAN OVALLE BOLIVAR
CC. 1074414778
CL 136A 14 86..
BOGOTÁ

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Noviembre / 27 de 2019, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.
Elaboró: *Oficina Virtual*

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

52

ARL | sura

Medellín, 29 de Noviembre de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de INGENIERIA CMC SAS, en el centro de trabajo 0000000002 - CAMPO, clase de riesgo 5, porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1074414778	OVALLE BOLIVAR YEFERSON IVAN	31/07/2024		42140183	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C807579732433461445

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.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.146.116.9, 198.143.41.28, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

compensar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 29 de Noviembre de 2.024

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	: 1074414778
Nombre	: YEFERSON IVAN OVALLE BOLIVAR
Empresa/Contratante	: INGENIERIA CMC SAS
Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901087132
Fecha de Afiliación a CCF	: 2024/10/09
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2024/07/31
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a 1074414778 y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

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

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

ISO 9001 Icontec SC 5692-14
IQNet CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM

VIGILADO SuperSubsidio

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **YEFERSON IVAN OVALLE BOLIVAR** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1074414778,** se encuentra afiliado/a desde **15/07/2023** 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 11 de julio de 2024.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

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

NIT: 830.015894-4

Código de prestador de servicios de la salud No. 110010565 90
Aprobado por la Secretaría de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997.
Dra. Maria Luisa Molina M. CPTP No. 13958 -T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Lic de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo
Res. 7402 de 27/08/2019 de la Secretaría Distrital de Salud

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 103004

FECHA : 11/07/2024 HORA:9:27		**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**	
NOMBRES: YEFERSON IVAN OVALLE BOLIVAR		DOCUMENTO: 1074414778	EDAD: 19 GENERO: M
Empresa: INGENIERIA CMC SAS		Cargo: AUXILIAR.	Tel: 3212420468 -

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoración Medica Laboral	SI		Respiratorio	SI	
Espirometria	SI		Dermatologia	SI	
Audiometria	SI		Osteomuscular	SI	
Visiometria	SI		Cardiovascular	SI	
Optometria	NA		Prueba de equilibrio	SI	
Electrocardiograma	NA		Prueba Psicometrica	NA	
Psicologia Laboral	NA		Radiologia Columna	NA	
Vacunas	NA		Radiologia Torax	NA	

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

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

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

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

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

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

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

Lea este codigo QR con su celular para validar su autenticidad

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

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

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

Firma Trabajador

C.C. No

UMED LTDA IPS MEDICINA LABORAL maneja todos los protocolos de bioseguridad para SARS COV-2,COVID 19 según resolución 666 del Ministerio de Salud del 24/Abril/2020

Realice sus exámenes en instituciones medicas aprobadas por la Secretaría Distrital de salud: UMED LTDA I.P.S Salud Ocupacional

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá D.C.
Tels.: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels: 311 265 5841 - 301 541 2992
umedltda@gmail.com- www.umedips.co

CONSORCIO INNOVAPARQUES	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	
	FORMATO N°:	FT-SST-025
	Estándar E1.2.2	
FORMATO REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SST	Fecha:	Oct 01 de 2024
	Versión:	001
	Pagina 1 de 1	

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FECHA:	20 de noviembre de 2024	INDUCCIÓN	X	REINDUCCIÓN	
NOMBRE:	OVALLE BOLIVAR YEFERSON IVAN			CEDULA:	1.074.414.778
AREA/SECCION:	MANTENIMINETO Y CONSTRUCCION			CARGO :	Operario
ENCARGADO DE LA INDUCCION:	ANDREA LOPEZ			CARGO:	Profesional SST

OBJETIVO GENERAL

Con el proposito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra compañía las politicas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas y asi promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:

* Misión y Visión de la empresa
P
* Bases del SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL.
* Conceptos bàsicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
* Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.
* Entrega y explicación de los ESTANDARES GENERALES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO de la empresa.
* Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa.

BIOLÓGICO	FÍSICO	QUÍMICO
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	CONDICIONES DE SEGURIDAD
FENOMEROS NATURALES		

* Procedimientos para tareas de alto riesgo.

Yo como trabajador de **CONSORCIO INNOVAPARQUES** estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor.

Duración de la inducción: 1:00 HORA

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, asi mismo los estandares, procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo

Yeferson Ovalle.

Firma del Trabajador
C.C. 1074414778

Responsable del SG-SST
C.C.1018422772

CODIGO: F-SST-006 VERSION: 01 01/05/2018	ENTREGA DE DOTACION Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CONSORCIO INNOVAPARQUES

DATOS DEL TRABAJADOR	
NOMBRE:	YEFERSON IVAN OVALLE BOLIVAR
CEDULA:	1.074.414.778
CARGO:	AUXILIAR OPERATIVO
OBSERVACIONES	

MOTIVO ENTREGA: **1. PRIMERA VEZ** **2. CAMBIO POR DESGASTE** **3. CAMBIO POR PERDIDA**

FECHA			DOTACION																				FIRMA DE RECIBIDO
DIA	MES	AÑO	MOTIVO ENTREGA	CASCO DIELECTRICO	BARBUQUEJO	MONOGAFAS	PROTECCION AUDITIVA		PROTECTOR RESPIRATORIO		GUANTES			OVEROL		CHAQUETA	CHALECO REFLECTIVO	IMPERMEABLE	BOTAS PUNTA DE ACERO		OTROS	
							INSERCION	COPA	PROTECTOR DESECHABLE	RESPIRADOR CON FILTRO	GUANTES NITRILO	GUANTES BAQUETA	GUANTES CAUCHO	PANTALON	CAMISA				CUERO	PVC		
21	11	24	1	X	X	X	X				X	X		X	X				X		PAVA	Yeferson Ov.

2 S



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 5.855.002
JIMENEZ LASSO

APELLIDOS
WILBER DIOMEDES

NOMBRES

Wilber Diomedes Jimenez Lasso

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-SEP-1981
NATAGAIMA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

18-SEP-1999 ATACO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00855132-M-0005855002-20161013 0051804075A 2 1504109582



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

Libertad y Orden

No. 5855002

NOMBRE

WILBER DIOMEDES JIMENEZ LASSO

FECHA DE NACIMIENTO
05-09-1981

GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR RH
O+

FECHA DE EXPEDICIÓN
28-09-2022

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR
SDM - BOGOTA D.C.



CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
B2	AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS	28-09-2032	PARTICULAR
C2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS.	28-09-2023	PUBLICO

ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC03004868489

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

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

NIT: 830.015894-4

Código de prestador de servicios de la salud No. 11001056590
Aprobado por la Secretaria de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997.
Dra. Maria Luisa Molina M. CPTP No. 13958 -T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Lic. de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo
Res. 7402 de 27/08/2019 de la Secretaria Distrital de Salud

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 102173

FECHA : 15/06/2024 HORA:9:4			**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**		
NOMBRES: WILBER DIOMEDES JIMENEZ LASSO			DOCUMENTO: 5855002		EDAD: 42 GENERO: M
Empresa: INGENIERIA CMC SAS			Cargo: CONDUCTOR		Tel: 3138841066 -

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

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

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

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

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

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

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

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

Lea este codigo QR con su celular para validar su autenticidad

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

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

NESTOR RAUL GARZON RODRIGUEZ **LICENCIA No. 6660 DE 30/07/2019** **Medico Especialista en Salud Ocupacional**	Firma Trabajador C.C. No. 1192	

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá D.C.
Tels: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657

Salud Total EPS

Bogotá, Junio 21 de 2024

Señor:
JIMENEZ LASSO WILBER DIOMEDES
CC. 5855002
Ciudad

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

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Abril 26 de 2012.

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

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
COMERCIAL CRONAPLAST LTDA	1106713379	Dependiente	CERRADO
INGENIERIA CMC SAS	1106713379	Dependiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,

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

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

COLFONDOS ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS

NIT 800.149.496-2

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) WILBER DIOMEDES JIMENEZ LASSO, identificado(a) con C.C 5.855.002, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6 y al Fondo Cesantias NIT 800.198.644-5.

Se expide la presente certificación a la fecha 21 de junio de 2024.

El presente certificado emitido 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 PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.

Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

compensar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 29 de Noviembre de 2.024

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:

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 5855002
Nombre	: WILBER DIOMEDES JIMENEZ LASSO
Empresa/Contratante	: INGENIERIA CMC SAS
Tipo Identificación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901087132
Fecha de Afiliación a CCF	: 2021/02/01
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2021/01/15
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

Con los siguientes beneficiarios inscritos:

Nombre	Identificación	Parentesco	Categoría	Recibe Subsidio	Valor Subsidio	Ult.Subsidio Recibido	Estado
BRICEIDA ARANDA HOYOS	52384890	CY	A	NO	0,00	--	AF
HAROL ALEXIS JIMENEZ ARANDA	1025536722	HI	A	SI	56.000,00	202410	AF

La presente certificación se expide con destino a 5855002 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 Familiar y la carta de radicación emitida por Transacciones en Línea, firmada directamente por el trabajador.

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró:Portal Compensar

ISO 9001 icontec SC 5892-14
IQNet CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM

FOR-PGIE-0044

VIGILADO SuperSubsidio

CODIGO: F-SST-006 VERSION: 01 01/05/2018	ENTREGA DE DOTACION Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CONSORCIO INNOVAPARQUES

DATOS DEL TRABAJADOR	
NOMBRE:	WILBER DIOMEDES JIMENEZ LASSO
CEDULA:	5.855.002
CARGO:	CONDUCTOR - OPERATIVO
OBSERVACIONES	

MOTIVO ENTREGA: **1. PRIMERA VEZ** **2. CAMBIO POR DESGASTE** **3. CAMBIO POR PERDIDA**

FECHA			DOTACION																				FIRMA DE RECIBIDO
DIA	MES	AÑO	MOTIVO ENTREGA	CASCO DIELECTRICO	BARBUQUEJO	MONOGAFAS	PROTECCION AUDITIVA		PROTECTOR RESPIRATORIO		GUANTES			OVEROL		CHAQUETA	CHALECO REFLECTIVO	IMPERMEABLE	BOTAS PUNTA DE ACERO		OTROS	
							INSERCION	COPA	PROTECTOR DESECHABLE	RESPIRADOR CON FILTRO	GUANTES NITRILO	GUANTES BAQUETA	GUANTES CAUCHO	PANTALON	CAMISA				CUERO	PVC		
21	11	24	1	X	X	X	X				X	X		X	X				X		PAVA	

9S

CONSORCIO INNOVAPARQUES	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	
	FORMATO N°:	FT-SST-025
	Estándar E1.2.2	
FORMATO REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SST	Fecha:	Oct 01 de 2024
	Versión:	001
	Pagina 1 de 1	

REGISTRO INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FECHA: 20 de noviembre de 2024 INDUCCIÓN [X] REINDUCCIÓN [ ]

NOMBRE: JIMENEZ LASSO WILBER DIOMEDES CEDULA: 5.855.002

AREA/SECCION: MANTENIMINETO Y CONSTRUCCION CARGO : Conductor-Operario

ENCARGADO DE LA INDUCCION: ANDREA LOPEZ CARGO: Profesional SST

OBJETIVO GENERAL

Con el proposito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra compañía las politicas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas y así promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:

* Misión y Visión de la empresa
P
* Bases del SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL.
* Conceptos básicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
* Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.
* Entrega y explicación de los ESTANDARES GENERALES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO de la empresa.
* Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa.

BIOLÓGICO	FÍSICO	QUÍMICO
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	CONDICIONES DE SEGURIDAD
FENOMEROS NATURALES		

* Procedimientos para tareas de alto riesgo.

Yo como trabajador de **CONSORCIO INNOVAPARQUES** estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor.

Duración de la inducción: 1:00 HORA

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares, procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo

Wilber Paredes Jimenez
Firma del Trabajador
C.C. 5855002-

Responsable del SG-SST
C.C.1018422772



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80.763.102

LASSO CORTES
APELLIDOS

DAWSON
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 10-ABR-1983
GUAMO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
05-OCT-2001 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

A-1500107-47162893-M-0080763102-20070927 04992 07270N.02 2284 6783



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

Libertad y Orden

No. 80763102

NOMBRE

DAWSON LASSO CORTES

FECHA DE NACIMIENTO

10-04-1983

FECHA DE EXPEDICION

21-02-2023

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

SDM - BOGOTA D.C.

SANGRE-RH

A+



CATEGORIAS AUTORIZADAS			
CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
B1	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBÚS.	21-02-2033	PARTICULAR
C1	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBÚS.	21-02-2026	PUBLICO

ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC03005534757

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

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

NIT. 830.015894-4

Código de prestador de servicios de la salud No. 1100105690
Aprobado por la Secretaría de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997.
Dra. Maria Luisa Molina M. CPTP No. 13958 -T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Lic. de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo
Res. 7402 de 27/08/2019 de la Secretaría Distrital de Salud

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 102933

FECHA : 9/07/2024 HORA:11:7		**EXAMEN: PERIODICO**	
NOMBRES: DAWSON LASSO CORTES		DOCUMENTO: 80763102	EDAD: 41 GENERO: M
Empresa: INGENIERIA CMC SAS		Cargo: CONDUCTOR	Tel: 3222621262 -

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

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

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

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

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

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

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

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

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

Lea este codigo QR con su celular para validar su autenticidad

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

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

CAMILO ERNESTO VELASQUEZ VELASCO
LICENCIA No. RES.7056 DE 16/08/19
Medico Especialista en Salud Ocupacional

Firma Trabajador

C.C. No 1143324642

2056

Dr. Camilo Velasquez Velasco
Médico Laboral
R.M. 46687
7056 de 16/08/2019

UMED LTDA IPS MEDICINA LABORAL maneja todos los protocolos de bioseguridad para SARS COV-2,COVID 19 según resolución 666 del Ministerio de Salud del 24/Abril/2020

Realice sus exámenes en instituciones medicas aprobadas por la Secretaria Distrital de salud: UMED LTDA I.P.S Salud Ocupacional

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá D.C.
Tels.:278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels: 311 265 5841 - 301 541 2992
umedltda@gmail.com- www.umedips.co

compensar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 29 de Noviembre de 2.024

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	: 80763102
Nombre	: DAWSON LASSO CORTES
Empresa/Contratante	: INGENIERIA CMC SAS
Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901087132
Fecha de Afiliación a CCF	: 2019/10/09
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2019/10/02
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a 80763102 y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

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

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

ISO 9001 icontec SC 5892-14

IQNet

FOR-PGIE-0044

VIGILADO SuperSubsidio

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

900615083?
9006150837

No. de Radicación: 18510123

Fecha de Radicación: 07 10 2019

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
LASSO	CORTES	DAWSON	

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	80763102	Femenino [ ] Masculino [X]	D 10 M 04 A 1983

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (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
				SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia: Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular
$1.100.000			

Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona: Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna	Departamento

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

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

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

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

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

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

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
INGENIERIA CMC SAS	NT	901087132	

39. Ubicación	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CR 113C 142A 90 BL 14 OF 254	3214431416		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 inscripción en la EPS [ ] Código [ ] 6. Reinscripción en la EPS [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [X] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [X] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino	Masculino	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
				D D M M A A A A	D 02 M 10 A 2019

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El 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 [ ]
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. [ ]
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. [ ]
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: CONDUCTOR - REPARTIDOR

71. Firma del funcionario

Vigilado Supersalud

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

Cambio Empleo

INTERNET

07/2016

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **80163102,** *no está registrado/a* en el Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 05 de junio de 2024.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Colpensiones
Dirección: Carrera 10 No.72 – 33 Torre B Piso 11, Bogotá D.C., Colombia Conmutador: (+57) 601 489 0909; Línea Gratuita: 01 8000 410909 www.colpensiones.gov.co

CODIGO: F-SST-006 VERSION: 01 01/05/2018	ENTREGA DE DOTACION Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CONSORCIO INNOVAPARQUES

DATOS DEL TRABAJADOR	
NOMBRE:	DAWSON LASSO
CEDULA:	80.763.102
CARGO:	CONDUCTOR - OPERATIVO
OBSERVACIONES	

MOTIVO ENTREGA: 1. PRIMERA VEZ 2. CAMBIO POR DESGASTE 3. CAMBIO POR PERDIDA

FECHA			DOTACION																				
DIA	MES	AÑO	MOTIVO ENTREGA	CASCO DIELECTRICO	BARBUQUEJO	MONOGAFAS	PROTECCION AUDITIVA		PROTECTOR RESPIRATORIO		GUANTES			OVEROL		CHAQUETA	CHALECO REFLECTIVO	IMPERMEABLE	BOTAS PUNTA DE ACERO		OTROS	FIRMA DE RECIBIDO
							INSERCION	COPA	PROTECTOR DESECHABLE	RESPIRADOR CON FILTRO	GUANTES NITRILO	GUANTES BAQUETA	GUANTES CAUCHO	PANTALON	CAMISA				CUERO	PVC		
21	11	24	1	X	X	X	X				X	X		X	X				X		PAVA	

57

CONSORCIO INNOVAPARQUES	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	
	FORMATO N°:	FT-SST-025
	Estándar E1.2.2	
FORMATO REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SST	Fecha:	Oct 01 de 2024
	Versión:	001
	Pagina 1 de 1	

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FECHA: 20 de noviembre de 2024 INDUCCIÓN [X] REINDUCCIÓN [ ]

NOMBRE: LASSO CORTES DAWSON CEDULA: 80.763.102

AREA/SECCION: MANTENIMINETO Y CONSTRUCCION CARGO : Conductor-Operario

ENCARGADO DE LA INDUCCION: ANDREA LOPEZ CARGO: Profesional SST

OBJETIVO GENERAL

Con el proposito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra compañía las politicas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas y asi promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:

* Misión y Visión de la empresa
P
* Bases del SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL.
* Conceptos básicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
* Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.
* Entrega y explicación de los ESTANDARES GENERALES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO de la empresa.
* Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa.

BIOLÓGICO	FÍSICO	QUÍMICO
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	CONDICIONES DE SEGURIDAD
FENOMEROS NATURALES		

* Procedimientos para tareas de alto riesgo.

Yo como trabajador de **CONSORCIO INNOVAPARQUES** estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor.

Duración de la inducción: 1:00 HORA

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares, procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo

Firma del Trabajador
C.C. 80763102

Responsable del SG-SST
C.C.1018422772

ARL | sura

Medellín, 29 de Noviembre de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de INGENIERIA CMC SAS, en el centro de trabajo 0000000002 - CAMPO, clase de riesgo 5, porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C80763102	LASSO CORTES DAWSON	02/10/2019		02141717	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C807579732433461294

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.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.146.116.9, 198.143.41.28, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA


CÉDULA DE CIUDADANÍA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 1.033.745.759
Apellidos
VERGARA FERNANDEZ
Nombres
JUAN DAVID
Nacionalidad
COL
Estatura
1.78
Sexo
M
Fecha de nacimiento
10 ABR 1992
G.S.
O+
Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)
Fecha y lugar de expedición
29 JUN 2010, BOGOTA D.C.
Fecha de expiración
05 JUL 2034
Firma


049772061
REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo
ICCOL049772061215001<<<<<<<<<<<
9204100M3407057COL10337457597<7
VERGARA<FERNANDEZ<<JUAN<DAVID<

minerva 10-03

HOJA DE VIDA ORIGINAL MINERVA 10-03

HOJA DE VIDA
PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha (D / M / A)	Empleo o cargo al que aspira

I. INFORMACIÓN GENERAL

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



Apellido(s) del aspirante: Vergara Fernandez	Nombre(s) del aspirante: Juan David
Fecha de nacimiento: 10 / 04 / 1992	Lugar de nacimiento: Bogota'. Cundinamarca
Dirección domicilio / Barrio: Diagonal 70 Bis #31-25 sur	Ciudad: Bogota
Teléfono:	N°. Celular: 321316 4817
Correo electrónico: Juan7033749+59@gmail.com	Nacionalidad: Colombiano
Profesión, ocupación u oficio: Auxiliar operario	(*) Estado civil: Soltero
	Años de experiencia laboral: 6 - años

DOCUMENTACIÓN

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

Cedula de ciudadanía: [X] No. 1033749759	(**) Libreta militar No.		Primera clase: [ ]
Extranjería: [ ] Expedida en: Bogota. Cundinamarca		Distrito No.	Segunda clase: [ ]
Tarjeta profesional No.	¿Tiene vehículo? Sí [ ] No [ ]	Licencia de conducción No.	Categoría

II. PERFIL LABORAL

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

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí [ ] No [X]	¿En qué empresa?	Empleado [ ] Independiente [ ]	Tipo de contrato
¿Trabajó antes en esta empresa? Sí [ ] No [X]	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Sí [ ] No [X]	Fecha (D / M / A)	¿Conoce a alguien de esta empresa? Sí [ ] No [ ] Nombre / Dependencia
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí [ ] No [ ]	Nombre / Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio [ ] Amigo [ ] Redes Sociales [ ] Por medio de agencia [ ] Otro [ ] ¿Cuál?	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Sí [ ] No [ ]	Vive en casa: ¿Familiar? [ ] ¿Propia? [ ] ¿Alquilada? [X]	Nombre del arrendador: olga maria Fagua	Teléfono: 2055310 — ¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?: 4 años
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí [ ] No [ ]	Describalo e indique su valor mensual		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $ 530.000
¿Por qué conceptos? arriendo, alimentacion, hijos, gastos de hogar, transpor			¿Cuánto es su aspiración salarial? $
¿Cuál es su principal afición? Leer y ejercicio y seguir aprendiendo	¿Practica algún deporte? Sí [X] No [ ]	¿Cuál(es)? micro futbol	

¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros?
Sí [ ] No [ ] ¿Cuál(es)? medalla microfutbol y brigadista x un dia

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

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja

Cargo actual	Dirección	Teléfono	Ciudad

No. de personas que dependen económicamente de usted	Parentesco	Edades
3	madre y hijos	59, 11, 16 años

Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)
Janeth Fernandez Fagua	Ventas ambulantes	323 281 33 43

Nombre(s) hermano(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)
Andres Vergara Fernandez	operario de aseo	
Jenifer Vergara Fernandez	Estudiante Sena	

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	MES CURSADO	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria					
Bachillerato Académico [X] Técnico [ ] Comercial [ ] Otro [ ]	2005	6º	Sexto grado	C.E.D. Arborizadora Alta	Bogota
Educación Superior Técnico [ ]					
Tecnológico [ ]					
Profesional [ ]					
Posgrados					

	Intensidad horaria	Nombre del programa	Institución
Otros: cursos, diplomados, seminarios.			
Otros: cursos, diplomados, seminarios.			

¿Cursa estudios actualmente? Sí [ ] No [ ]	¿Qué tipo de estudios?	Duración (años, semestres, meses)	Año / semestre que cursa

Nombre de la institución	Horario	Diurno [ ] Nocturno [ ]	Fin de semana [ ] A distancia [ ]

OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de domino **R-Regular** (50 a 60%) **B-Bueno** (61 a 80%) **MB-Muy Bueno** (81 a 100%)

Sistemas Sí [ ] No [ ] ¿Qué programas maneja?	1.	R	B	MB	3.	R	B	MB
	2.	R	B	MB	4.	R	B	MB

Idiomas Sí [ ] No [ ] ¿Qué idioma(s) conoce?		Escucha			Lectura			Escritura			Habla		
	1.	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
	2.	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

Nota: en caso de ser contratado(a) favor preparar toda la documentación

VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ÚLTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO, COMENZANDO POR EL ÚLTIMO O ACTUAL. SI NECESITA DAR MÁS DETALLES UTILICE LA ÚLTIMA PAGINA DE NOTAS ADICIONALES. ESTOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL

Nombre de la última o actual empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
aguas de Bogota Esp		Cra 11 Nº 93-92	5553676

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
operario de aseo		07 / 10 / 2016	26 / 10 / 2023	$ Minimo	$ minimo

Funciones realizadas: operario de Corales, recoleccion de Basura - Jardineria, Limpieza de humedales Cuadrillero de grupo...

Nombre de su jefe inmediato	Cargo
Juan pablo Cortez Quevedo	Gestion humana

Logros obtenidos: Experiencia en el Cargo o labor

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

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

Motivo del retiro: Termino de Contrato por obra o labor

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
eco Asistir		Cra 9a nº 6-08	317 4027904

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
Operario de poda y aseo		D 12 M 05 A 2023	D 07 M 12 A 2023	$ 620.000	$ 620.000

Funciones realizadas: recoleccion de pasto manualmente, barrido y maquina Sopladora

Nombre de su jefe inmediato: Claudia patricia Vergel Jimenes — Cargo: gerente administrativo

Logros obtenidos: Experencia en el Cargo o Labor

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

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

Motivo del retiro: Contrato por obra o Labor

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
		D M A	D M A	$	$

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato — Cargo

Logros obtenidos

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

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

Motivo del retiro

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Veronica Alvarado	Zapateria	Cra 14A nº 55-59	
2.	Juan David Rendon	diseñador. montaje	Dirección	311 258 9814

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

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Janeth fernandez fagua	Ventas ambulantes		323 281 33 43
2.	Fredy andres Vergara	operario de aseo	Dirección	310 577 7082

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción. [ ] Marque con una X

Nota importante

Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.

Certificación

Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T., Art. 62 Num. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).

Firma del solicitante

Juan David Vergara Fernandez
CC 1033 745 759

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9011564896
9011564896

No. de Radicación: 28562012
Fecha de Radicación: 25 / 11 / 2024

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

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 [ ] B. Subsidiado [X]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
Código (a registrar por la EPS)

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

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
VERGARA	FERNANDEZ	JUAN	DAVID

7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número del documento de identidad: 1033745759
9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]
10. Fecha de nacimiento: 10 / 04 / 1992

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia:
12. Discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ]
13. Puntaje SISBÉN:
14. Grupo de población especial:
15. Administradora de riesgos laborales - ARL: SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A
16. Administradora de pensiones:
17. Ingreso base de cotización - IBC: $1.300.000
18. Residencia: Dirección; Teléfono fijo; Teléfono celular; Correo electrónico; Municipio / Distrito; Zona: Urbana [ ] Rural [ ]; Localidad / Comuna; Departamento

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

19. Apellidos y nombres: Primer Apellido; Segundo Apellido; Primer Nombre; Segundo Nombre
20. Tipo de documento de identidad:
21. Número del documento de identidad:
22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
23. Fecha de nacimiento: D D / M M / A A A A

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

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

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

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social: INGENIERIA CMC SAS
36. Tipo de documento de identificación: NT
37. Número del documento de identificación: 901087132
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación: CR 113C 142A 90 BL 14 OF 254
Teléfono: 32144314
Correo electrónico
Municipio / Distrito: BOGOTA
Departamento: 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 inscripción en la EPS [ ] Código [ ] 6. Reinscripción en la EPS [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [X] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [X] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ]
16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad:
Número del documento de identidad:
Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
Fecha de nacimiento:
42. Fecha novedad: 25 / 11 / 2024
43. EPS anterior:
44. Motivo de traslado: Código
45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido; Segundo Apellido; Primer Nombre; Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad:
Número del documento de identidad:
71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES: CARGO: AYUDANTE DE CONSTRUCCION

Vigilado Supersalud

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

Cambio Empleo

INTERNET

07/2018

80

Bogotá DC. 25 de Noviembre de 2.024

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 25/11/2024, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com .

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 1033745759
Nombres y Apellidos	JUAN DAVID VERGARA FERNANDEZ
Tipo y Número de Identificación del Empleador	NIT 901087132
Razón Social Empleador	INGENIERIA CMC SAS
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	25/11/2024
Fecha de Ingreso a Compensar	25/11/2024
Cargo	AUXILIAR DE OBRA
Horas Labor Mes	180
Sueldo básico	$ 1300000

Firma del Trabajador
Identificación

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

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

ISO 9001 iconlec SC 5892-14

FOR-PGIE-044

VIGILADO SuperSubsidio

81

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JUAN DAVID VERGARA FERNANDEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.033.745.759**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 25 de Noviembre del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Exisalud IPS
NIT. 901.385.351-0
Servicios Integrales en Salud

PBX: 6019371020
www.exisaludsas.com
servicioaldienteexisalud@gmail.com

Sede Ppal. Av. Boyacá
Cel: 3235767391
Av. Boyacá No. 64 f 42

Sede Chapinero
Cel: 3145772197
Carrera 17 No. 68 - 58

Certificado de aptitud laboral
Examen medico ocupacional osteomuscular pre-ingreso



Fecha: 23/Nov/2024, **Hora:** 06:03:27 a.m.
Apellido: Vergara fernandez
Nombre: Juan david
Tipo Doc: CC
Nro Identidad: 1033745759
Empresa: Ingenieria cmc sas
Emp. Usuaria: Ingenieria cmc sas
Cargo: Auxiliar de obra
Direccion: Diag 70 bis sur #31-25
Telefono: **Celular:** 3213164817 **Email:** Juan1033745759@gmail.com **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: Bogota d.c. - ciudad bolívar
Responsable: - **Parentesco:** - **Telefono:**

HC: # 43887
Edad: 32 años
Sexo: Masculino ♂
Nacim: 10/Abr/1992

Rh: O+

Examenes Realizados

☑ Audiometría tamiz	☑ Optometría	☑ Examen medico ocupacional de pre- ingreso	☑ Espirometría

Recomendaciones Especificas

S.V.E.

Estilo de Vida Saludable

* Hábitos de vida saludable

Medicas

Laborales

* Pausas activas
* Mantener adecuada higiene postural

Concepto

Apto para el cargo

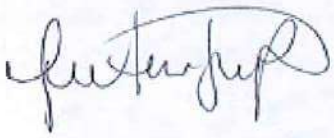
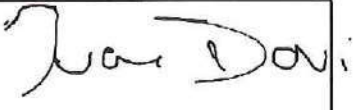
Recomendaciones Personalizadas

Se recomienda uso de tapabocas y elementos de protección personal de acuerdo al cargo establecido por la empresa, seguir los protocolos de bioseguridad realizar controles médicos ocupacionales periódicos
se recomienda lavado de manos frecuente con el fin de evitar enfermedades respiratorias y gastrointestinales
se recomienda completar esquema de vacunación contra el covid, no tiene ninguna dosis de la vacuna contra el covid 19
imc 23.12

Observaciones

Consentimiento Informado

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

Firma Medico		Firma Paciente
		
Maria alejandra jurado ramirez Medico especialista sst **Lic. de S.O #:** 1623 **Registro #:** 11/05/2022		Juan david vergara fernandez CC 1033745759

CONSORCIO INNOVAPARQUES	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	
	FORMATO N°:	FT-SST-025
	Estándar E1.2.2	
FORMATO REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SST	Fecha:	Oct 01 de 2024
	Versión:	001
	Página 1 de 1	

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FECHA: 20 de noviembre de 2024 INDUCCIÓN [X] REINDUCCIÓN [ ]

NOMBRE: VERGARA FERNANDEZ JUAN DAVID CEDULA: 1.033.745.759

AREA/SECCION: MANTENIMINETO Y CONSTRUCCION CARGO : Operario

ENCARGADO DE LA INDUCCION: ANDREA LOPEZ CARGO: Profesional SST

OBJETIVO GENERAL

Con el proposito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra compañía las politicas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas y asi promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:

* Misión y Visión de la empresa
P
* Bases del SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL.
* Conceptos bàsicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
* Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.
* Entrega y explicación de los ESTANDARES GENERALES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO de la empresa.
* Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa.

BIOLÓGICO	FÍSICO	QUÍMICO
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	CONDICIONES DE SEGURIDAD
FENOMEROS NATURALES		

* Procedimientos para tareas de alto riesgo.

Yo como trabajador de **CONSORCIO INNOVAPARQUES** estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor.

Duración de la Inducción: 1:00 HORA

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares, procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo

Juan David Vergara.

Firma del Trabajador
C.C. 1033745759.

Responsable del SG-SST
C.C.1018422772

CODIGO: F-SST-006 VERSION: 01 01/05/2018	ENTREGA DE DOTACION Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CONSORCIO INNOVAPARQUES

DATOS DEL TRABAJADOR	
NOMBRE:	JUAN DAVID VERGARA FERNANDEZ
CEDULA:	1.033.745.759
CARGO:	AUXILIAR OPERATIVO
OBSERVACIONES	

MOTIVO ENTREGA: **1. PRIMERA VEZ** **2. CAMBIO POR DESGASTE** **3. CAMBIO POR PERDIDA**

FECHA			DOTACION																				FIRMA DE RECIBIDO
DIA	MES	AÑO	MOTIVO ENTREGA	CASCO DIELECTRICO	BARBUQUEJO	MONOGAFAS	PROTECCION AUDITIVA		PROTECTOR RESPIRATORIO		GUANTES			OVEROL		CHAQUETA	CHALECO REFLECTIVO	IMPERMEABLE	BOTAS PUNTA DE ACERO		OTROS	
							INSERCION	COPA	PROTECTOR DESECHABLE	RESPIRADOR CON FILTRO	GUANTES NITRILO	GUANTES BAQUETA	GUANTES CAUCHO	PANTALON	CAMISA				CUERO	PVC		
23	11	24	1	X	X	X	X				X	X		X	X				X		PAVA	

S8

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.123.116.491**

QUEVEDO LEGUIZAMON

APELLIDOS

JHON ALEXANDER

NOMBRES

Jhon Quevedo

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-ABR-1999**

SAN CARLOS DE GUAROA
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.71 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

26-ABR-2017 SAN CARLOS DE GUAROA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-5205500-00904582-M-1123116491-20170512 0055386147A 1 47927696

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JHON ALEXANDER QUEVEDO LEGUIZAMON, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.123.116.491,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de Enero del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

7010269994

7010269994

No. de Radicación: 26584142

Fecha de Radicación: 01 08 2023

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ] • Beneficiario o afiliado adicional [ ]	A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]	A. Cotizante [X] 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			
Primer Apellido: QUEVEDO	Segundo Apellido: LEGUIZAMON	Primer Nombre: JHON	Segundo Nombre: ALEXANDER

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1123116491	Femenino [ ] Masculino [X]	D 08 M 04 A 1999

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

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

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
	Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	
Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna	Departamento

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

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

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

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

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

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

	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia Municipio / Distrito	Zona Urbana	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											

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación				
Dirección	Teléfono	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 [X] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	D D M M A A A A

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. [ ]
49. Declaración de no inscripción del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones 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

	55. El empleador o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad: [ ] NN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CR [ ] CD [ ] SC Total [ ]

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES: La activación en el régimen subsidiado está sujeta al cumplimiento de las normas legales vigentes de movilidad.
71. Firma del funcionario		

Vigilado Supersalud

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

INTERNET

03/2013

88

compensar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 22 de Enero de 2.024

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	: 1123116491
Nombre	: JHON ALEXANDER QUEVEDO LEGUIZAMON
Empresa/Contratante	: INGENIERIA CMC SAS
Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901087132
Fecha de Afiliación a CCF	: 2023/10/19
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2023/07/25
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

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

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

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

ISO 9001 icontec SC 5892-14

CERTIFIED IQNet MANAGEMENT SYSTEM

FOR-PGIE-0044

VIGILADO SuperSubsidio

89

ARL | sura

Medellín, 29 de Noviembre de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de INGENIERIA CMC SAS, en el centro de trabajo 0000000002 - CAMPO, clase de riesgo 5, porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1123116491	QUEVEDO LEGUIZAMON JHON ALEXANDER	25/07/2023		e2381672	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C807579732433461294

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.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.146.116.9, 198.143.41.28, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CODIGO: F-SST-006 VERSION: 01 01/05/2018	ENTREGA DE DOTACION Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CONSORCIO INNOVAPARQUES

DATOS DEL TRABAJADOR	
NOMBRE:	JHON ALEXANDER QUEVEDO
CEDULA:	1.123.116.491
CARGO:	AUXILIAR OPERATIVO
OBSERVACIONES	

MOTIVO ENTREGA: **1. PRIMERA VEZ** **2. CAMBIO POR DESGASTE** **3. CAMBIO POR PERDIDA**

FECHA			DOTACION																					
DIA	MES	AÑO	MOTIVO ENTREGA	CASCO DIELECTRICO	BARBUQUEJO	MONOGAFAS	PROTECCION AUDITIVA		PROTECTOR RESPIRATORIO		GUANTES			OVEROL		CHAQUETA	CHALECO REFLECTIVO	IMPERMEABLE	BOTAS PUNTA DE ACERO		OTROS	FIRMA DE RECIBIDO
							INSERCION	COPA	PROTECTOR DESECHABLE	RESPIRADOR CON FILTRO	GUANTES NITRILO	GUANTES BAQUETA	GUANTES CAUCHO	PANTALON	CAMISA				CUERO	PVC		
21	11	24	1	X	X	X	X				X	X		X	X				X		PAVA	Jhon Quevedo

9

CONSORCIO INNOVAPARQUES	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	
	FORMATO N°:	FT-SST-025
	Estándar E1.2.2	
FORMATO REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SST	Fecha:	Oct 01 de 2024
	Versión:	001
	Pagina 1 de 1	

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FECHA: 20 de noviembre de 2024 INDUCCIÓN [X] REINDUCCIÓN [ ]

NOMBRE: QUEVEDO LEGUIZAMON JOHN ALEXANDER CEDULA: 1.123.116.491

AREA/SECCION: MANTENIMINETO Y CONSTRUCCION CARGO : Operario

ENCARGADO DE LA INDUCCION: ANDREA LOPEZ CARGO: Profesional SST

OBJETIVO GENERAL

Con el proposito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra compañía las políticas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas y así promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:

* Misión y Visión de la empresa

P

* Bases del SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL.
* Conceptos básicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
* Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.
* Entrega y explicación de los ESTANDARES GENERALES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO de la empresa.
* Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa.

BIOLÓGICO	FÍSICO	QUÍMICO
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	CONDICIONES DE SEGURIDAD
FENOMEROS NATURALES		

* Procedimientos para tareas de alto riesgo.

Yo como trabajador de **CONSORCIO INNOVAPARQUES** estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor.

Duración de la inducción: 1:00 HORA

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares, procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo

JHon A. Leguizamon.
Firma del Trabajador
C.C. 1123.116491

Responsable del SG-SST
C.C.1018422772



CEDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.047.395.128

Apellidos
ALVAREZ BERMUDEZ

Nombres
DAVID ENRIQUE

Nacionalidad
COL

Estatura
1.78

Sexo
M

Fecha de nacimiento
22 AGO 1985

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
CLEMENCIA (BOLIVAR)

Fecha y lugar de expedición
17 ABR 2006, CARTAGENA

Firma

Fecha de expiración
14 FEB 2034

.CO

0418574625

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0418574250050001<<<<<<<<<<
8508225M3402144COL1047395128<0
ALVAREZ<BERMUDEZ<<DAVID<ENRIQU

minerva
10-03

www.formasminerva.com

HOJA DE VIDA ORIGINAL

HOJA DE VIDA
PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha D M A	Empleo o cargo al que aspira
	Oficios Varios

I. INFORMACION GENERAL

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



Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante
Alvarez Bermudez	David Enrique
Fecha de Nacimiento D 22 M 08 A 1985	**Lugar de Nacimiento** Clemencia bolivar
Dirección domicilio / Barrio Calle 40 sur 89c-07 Patio bonito	**Ciudad** Bogota
Teléfono	**No. Celular** 3144520938
Correo electrónico sandrabasilio565@gmail.com	**Nacionalidad** Colombiana
Profesión, ocupación u oficio Oficial de obras civiles	**(*) Estado civil** Union libre
	Años de experiencia laboral 10 años

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

Cédula de ciudadanía: ☐	N° 1.047.395.128	(**) Libreta militar N°	Primera clase: ☐
Extranjería: ☐	Expedida en: Cartagena	Distrito N°	Segunda clase: ☐
Tarjeta profesional N°	¿Tiene vehículo? Si ☐ No ☒	Licencia de conducción N°	Categoría

II. PERFIL LABORAL

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

5° Primaria My experiencia en lo laboral es que Aprendo rapidamente y pongo en practica Todo lo aprendido para dar lo mejor de my en My Trabajo para la Satisfacion de Todos

II. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si ☐ No ☐	¿En qué empresa? Independiente	Empleado ☐ Independiente ☒	Tipo de contrato	
¿Trabajó antes en esta empresa? Si ☐ No ☒	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si ☐ No ☐	Fecha D M A	¿Conoce a alguien de esta empresa? Si ☒ No ☐	Nombre Basilio Dependencia
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si ☒ No ☐	Nombre Luis Mercado Dependencia Hijastro	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio ☐ Amigo ☐ Redes Sociales ☐ Por medio de agencia ☐ Otro ☐ ¿Cuál? Hijastro		
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si ☒ No ☐	Vive en casa: ¿Familiar? ☐ ¿Propia? ☐ ¿Alquilada? ☒	Nombre del arrendador Hernestor	Teléfono 3114556252	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 2 Año
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si ☐ No ☒	Describalo e indique su valor mensual		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $ 1.200.000	
¿Por qué conceptos? Arriendo, cervicio, Alimentación.			¿Cuánto es su aspiración salarial? El minimo	
¿Cuál es su principal afición? Beisbol y Boxeo	¿Practica algún deporte? ¿Cuál(es)? Si ☐ No ☒			

¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, entre otros? Si ☒ No ☐ ¿Cuál(es)? Trofeo en beisbol y medalla de oro Boxeo

5221421 13

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

REV.05-2019

IV. INFORMACION FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja	
Sandra basilio	ama de casa		
Cargo actual	**Dirección**	**Teléfono**	**Ciudad**
ama de casa	calle 40su 89c-07		
N° de personas que dependen económicamente de usted	**Parentesco**	**Edades**	

Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)
Juan José	restaurador colonial	
Bernarda Bermudez	negociante	3117156128
Nombre(s) hermanos(s)	**Profesión, ocupación u oficio**	**Teléfono(s)**
Enrique Alvarez	restaurador colonial	3206471441
Marelis Alvarez	negociante	3115004216

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACION	AÑOS CURSADOS	TITULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCION	CIUDAD
Primaria		5°			Cartagena
Bachillerato Académico ☐ Técnico ☐ Comercial ☐ Otro ☐					
Educación Superior Técnico ☐					
Tecnológico ☐					
Profesional ☐					
Postgrados					

Otros: cursos, diplomados, seminarios	Intensidad horaria	Nombre del programa	Institución
Otros: cursos, diplomados, seminarios	Intensidad horaria	Nombre del programa	Institución

¿Cursa estudios actualmente?	¿Qué tipo de estudios?	Duración (años, semestres, meses)	Año / semestre que cursa
Si ☐ No ☒			

Nombre de la institución	Horario			
	Diurno ☐	Nocturno ☐	Fin de semana ☐	A distancia ☐

OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio R-Regular (50 a 60%) B- Bueno (61 a 80%) MB- Muy Bueno (81 a 100%)

Sistemas Si ☐ No ☐	1.	R B MB	3.	R B MB			
¿Que programas maneja?	2.	R B MB	4.	R B MB			
Idiomas		Escucha		Lectura		Escritura		Habla	
Si ☐ No ☐	1.	R B MB		R B MB		R B MB		R B MB	
¿Qué idioma(s) conoce?	2.	R B MB		R B MB		R B MB		R B MB	

Nota: en caso de ser contratado (a) favor preparar toda la documentación.

VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ÚLTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO, COMENZANDO POR EL ÚLTIMO O ACTUAL. SI NECESITA DAR MÁS DETALLES UTILICE LA ÚLTIMA PÁGINA DE NOTAS ADICIONALES, ESTOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL

Nombre de la última o actual empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso D M A	Fecha Retiro D M A	Sueldo Inicial	Sueldo Final
				$	$

Funciones realizadas	
Nombre de su jefe inmediato	**Cargo**
Logros obtenidos	

Tipo de contrato Indefinido ☐ Fijo ☐ ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa ☐ Contrato por medio de agencia ☐ Otro ☐ ¿Cual?

Horario de trabajo Tiempo completo ☐ 1/2 Tiempo ☐ Por horas ☐ **Jornada:** Diurna ☐ Nocturna ☐ Otra jornada ☐

Motivo del retiro

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso D M A	Fecha Retiro D M A	Sueldo Inicial $	Sueldo Final $

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato | Cargo

Logros obtenidos

Tipo de contrato Indefinido ☐ ¿Cuánto tiempo? Fijo ☐ Contrato directo con la empresa ☐ Contrato por medio de agencia ☐ Otro ☐ ¿Cual?

Horario de trabajo Tiempo completo ☐ 1/2 Tiempo ☐ Por horas ☐ Jornada: Diurna ☐ Nocturna ☐ Otra jornada ☐

Motivo del retiro

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso D M A	Fecha Retiro D M A	Sueldo Inicial $	Sueldo Final $

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato | Cargo

Logros obtenidos

Tipo de contrato Indefinido ☐ ¿Cuánto tiempo? Fijo ☐ Contrato directo con la empresa ☐ Contrato por medio de agencia ☐ Otro ☐ ¿Cual?

Horario de trabajo Tiempo completo ☐ 1/2 Tiempo ☐ Por horas ☐ Jornada: Diurna ☐ Nocturna ☐ Otra jornada ☐

Motivo del retiro

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Edwin Florez	Maestro de obra	Palmitas	3208728168
2.	Guillermo blanco	Contratista	Cartagena	3107265299

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

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Sandra basilio	ama de casa	Calle 40. sur 89 a 07	3144520938
2.	Bernarda	negociante	Cartagena	3117156123

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción. ☐ Marque con una X

Nota importante

Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.

Certificación

Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mi, en la presente hoja de vida, son veraces (C.S.T, Art. 62 Num. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis)

Firma del solicitante

C.C. 1.047.395.178

minerva

Bogotá DC. 12 de Noviembre de 2.024

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 12/11/2024, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com .

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 1047395128
Nombres y Apellidos	DAVID ENRIQUE ALVAREZ BERMUDEZ
Tipo y Número de Identificación del Empleador	NIT 901087132
Razón Social Empleador	INGENIERIA CMC SAS
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	13/11/2024
Fecha de Ingreso a Compensar	12/11/2024
Cargo	AUXILIAR OPERATIVO
Horas Labor Mes	184
Sueldo básico	$ 1300000

Firma del Trabajador
Identificación

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

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

ISO 9001 icontec SC 5892-14
CERTIFIED IQNet MANAGEMENT SYSTEM
VIGILADO SuperSubsidio

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

DAVID ENRIQUE ALVAREZ BERMUDEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.047.395.128**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

ARL | sura

Medellín, 12 de November de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000002 CAMPO		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1047395128	ALVAREZ BERMUDEZ DAVID ENRIQUE	13/11/2024		13614419	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 12/11/2024 09:01:33 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.146.116.9, 198.143.41.28, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4013610892	1|2|1|1|2|0|2|4

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

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

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

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

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

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

Codigo (a registrar por la EPS): 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
ALVAREZ (Primer apellido)	BERMUDEZ (Segundo apellido)	DAVID (Primer nombre)	ENRIQUE (Segundo nombre)
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1047395128	Femenino ☐ Masculino ☒	2|2|0|8|1|9|8|5

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Categoria: 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.	PROTECCION	1300000

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CR 99 A 40 29		3006758970	ALVAREZDAVID45@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona				Localidad / comuna	Departamento
BOGOTA		Urbana cabecera municipal ☒	Rural dispersa ☐		57	BOGOTA
		Urbana centro poblado ☐	Resto rural ☐			

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					

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Categoría de discpacidad	Condición T	Condición P
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona: Cabecera municipal	Zona: Centro poblado	Zona: Rural dispersa	Zona: Resto rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

Seleccion de la IPS Primaria

	C	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
B		VS OCCIDENTE - VS OCCIDENTE	VSOCCIDENT - VSOCCIDENT
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)
INGENIERIA CMC SAS	NIT	901087132	01

39.Ubicación				
CR 113 NRO 142 A 90 BL 14 OF 254 (Dirección)	4561137 (Teléfono)	CMCINGENIERIASAS@GMAIL.COM (Correo electrónico)	BOGOTA (Municipio/distrito)	BOGOTA (Departamento)

No de Radicacion
4013610892

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX.ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

Exisalud IPS
Servicios Integrales en Salud
NIT. 901.385.351-0

PBX: 6019371020
www.exisaludsas.com
servicioalclienteexisalud@gmail.com

Sede Ppal. Av. Boyacá
Cel: 3235767391
Av. Boyacá No. 64 f 42

Sede Chapinero
Cel: 3145772197
Carrera 17 No. 68 - 58

Certificado de aptitud laboral
Examen medico ocupacional osteomuscular pre-ingreso



Fecha: 09/Nov/2024, **Hora:** 06:10:25 a.m.
Apellido: Alvarez bermudez
Nombre: David enrique
Tipo Doc: CC
Nro Identidad: 1047395128
Empresa: Ingenieria cmc sas
Emp. Usuaria: Ingenieria cmc sas
Cargo: Auxiliar de obra
Direccion: Calle 40 sur #89 c 07
Telefono: **Celular:** 32035574359 **Email:**
Estado Civil: Union libre
Ciudad: Bogota d.c. - ciudad kennedy
Responsable: - **Parentesco:** - **Telefono:**

HC: # 42768
Edad: 39 años
Sexo: Masculino ♂
Nacim: 22/Ago/1985

Rh: O+

Examenes Realizados

☑ Audiometría tamiz	☑ Optometría	☑ Examen medico ocupacional de pre- ingreso	☑ Espirometría

Recomendaciones Especificas

S.V.E.

Estilo de Vida Saludable

* Hábitos de vida saludable

Medicas

* Usar correccion visual

Laborales

* Pausas activas
* Mantener adecuada higiene postural

Concepto

Apto para el cargo con recomendaciones

Recomendaciones Personalizadas

Se recomienda uso de tapabocas y elementos de protección personal de acuerdo al cargo establecido por la empresa, seguir los protocolos de bioseguridad realizar controles médicos ocupacionales periódicos
se recomienda lavado de manos frecuente con el fin de evitar enfermedades respiratorias y gastrointestinales
se recomienda completar esquema de vacunación contra el covid, tiene 2 dosis de la vacuna contra el covid 19
imc 21.22

Observaciones

Consentimiento Informado

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

Firma Medico		Firma Paciente
Maria alejandra jurado ramirez Medico especialista sst **Lic. de S.O #:** 1623 **Registro #:** 11/05/2022		David enrique alvarez bermudez CC 1047395128

CONSORCIO INNOVAPARQUES	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	
	FORMATO N°:	FT-SST-025
	Estándar E1.2.2	
FORMATO REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SST	Fecha:	Oct 01 de 2024
	Versión:	001
	Pagina 1 de 1	

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FECHA: 20 de noviembre de 2024 INDUCCIÓN [X] REINDUCCIÓN [ ]

NOMBRE: ALVAREZ DAVID ENRIQUE CEDULA: 1.047.395.128

AREA/SECCION: MANTENIMINETO Y CONSTRUCCION CARGO : Operario

ENCARGADO DE LA INDUCCION: ANDREA LOPEZ CARGO: Profesional SST

OBJETIVO GENERAL

Con el proposito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra compañía las politicas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas y así promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:

* Misión y Visión de la empresa
P
* Bases del SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL.
* Conceptos básicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
* Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.
* Entrega y explicación de los ESTANDARES GENERALES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO de la empresa.
* Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa.

BIOLÓGICO	FÍSICO	QUÍMICO
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	CONDICIONES DE SEGURIDAD
FENOMEROS NATURALES		

* Procedimientos para tareas de alto riesgo.

Yo como trabajador de **CONSORCIO INNOVAPARQUES** estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor.

Duración de la inducción: 1:00 HORA

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares, procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo

Firma del Trabajador
C.C. 1047395128

Responsable del SG-SST
C.C.1018422772

CODIGO: F-SST-006 VERSION: 01 01/05/2018	ENTREGA DE DOTACION Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CONSORCIO INNOVAPARQUES

DATOS DEL TRABAJADOR	
NOMBRE:	DAVID ENRIQUE ALVAREZ
CEDULA:	1.047.395.128
CARGO:	AUXILIAR OPERATIVO
OBSERVACIONES	

MOTIVO ENTREGA: **1. PRIMERA VEZ** **2. CAMBIO POR DESGASTE** **3. CAMBIO POR PERDIDA**

FECHA			DOTACION																				FIRMA DE RECIBIDO
DIA	MES	AÑO	MOTIVO ENTREGA	CASCO DIELECTRICO	BARBUQUEJO	MONOGAFAS	PROTECCION AUDITIVA		PROTECTOR RESPIRATORIO		GUANTES			OVEROL		CHAQUETA	CHALECO REFLECTIVO	IMPERMEABLE	BOTAS PUNTA DE ACERO		OTROS	
							INSERCION	COPA	PROTECTOR DESECHABLE	RESPIRADOR CON FILTRO	GUANTES NITRILO	GUANTES BAQUETA	GUANTES CAUCHO	PANTALON	CAMISA				CUERO	PVC		
21	11	24	1	X	X	X	X				X	X		X	X				X		PAVA	David J. Alvarez.

10h

3. ANEXO 2
INSPECCIÓN DE MAQUINAS Y EQUIPOS

CONSORCIO INNOVAPARQUES

Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	
FORMATO N°:	FT-SST-065

FORMATO INSPECCIONES PRE OPERACIONALES

Fecha: Septiembre 08 de 2019
Versión: 001
Pagina 1 de 1

DATOS DE LA INSPECCIÓN

Inspeccionado por: Diomedes Jimenez. | HRS Inicial: 92869 | HRS Final: 92999.

PLACA VEHICULO: EJJ 115 | Marca: | Serie No: LJTRCA3LB | Función: MOTOR.

Ubicación: CHICHOS | Sección: MANTENIM | Semana de: 21 | Al: 22 | Mes de: NOVIEMBRE

INSPECCIÓN

Item	Estándar	Aplica SI	Aplica No	Lun C	Lun NC	Mar C	Mar NC	Mier C	Mier NC	Juv C	Juv NC	Vie C	Vie NC	Sab C	Sab NC	Dom C	Dom NC
DOCUMENTOS																	
Licencia de tránsito	En Regla	X								X		X					
Revisión tecnico mecánica	En Regla	X								X		X					
Seguro obligatorio	En Regla	X								X		X					
Seguro contractual	Vigente	X								X		X					
Seguro extracontractual	En Regla	X								X		X					
Licencia de conducción	En Regla	X								X		X					
Planos, mapas rutas, gps.	En Regla	X								X		X					
Contactos de Emergencia	En Regla	X								X		X					
EQUIPO EMERGENCIAS																	
Linterna con pilas	En buen estado	X								X		X					
Botiquin	Completo	X								X		X					
Extintor	Pin de seguridad. Cargado, vigente	X								X		X					
PARTE EXTERNA																	
Espejos laterales	Sin roturas, sin manchas y ajustado	X								X		X					
Luces traseras	De freno: mínimo dos / de color rojo / Direccionales:	X								X		X					
Llantas	Libres de rajaduras y sin desgaste excesivo	X								X		X					
Indicadores luces frontales altas	Funcionando correctamente.	X								X		X					
Indicadores luces direccionales	Mínimo dos funcionando correctamente.	X								X		X					
Lámparas Luces delanteras	Lentes sin roturas/ funcionando / de color blanco / amarillo	X								X		X					
Indicador luces de parqueo	Mínimo dos / funcionando correctamente.	X								X		X					
Tanque de combustible	Sin fugas / ajustado / con tapa original y ajustada	X								X		X					
COMPARTIMIENTO DEL MOTOR																	
Fuente de energía (BATERIA)	Sin rajaduras/ Aislada adecuadamente	X								X		X					
Conexiones eléctricas	Firmes y en buen estado	X								X		X					
Nivel agua refrigeración / mangueras	Nivel correcto / mangueras sin fugas	X								X		X					
Estado de las líneas hidráulicas	Líneas sin fugas y en buen estado	X								X		X					
Niveles de aceite motor / hidráulico	Niveles de acuerdo al fabricante.	X								X		X					
Cableado eléctrico	Aislado / sin roturas / ajustados	X								X		X					
Botella de dirección / Nivel aceite	Sin fugas/ bien asegurado / nivel de acuerdo al fabricante	X								X		X					
INTERIOR DE LA CABINA																	
Espejos retrovisor interior	Sin roturas / sin manchas / ajustado	X								X		X					
Vidrio parabrisas/ vidrios ventanas	Sin roturas / manchas / distorsiones	X								X		X					
Plumillas limpiavidrios/ motor lavaparabrisas	Mínimo dos / empaque sin desgastes / funcionando / mínimo dos revoluciones	X								X		X					
Estado de la cabina	Protegida y en buen estado en general	X								X		X					
Indicador de combustible	La barra o indicador debe mostrar el nivel de combustible	X								X		X					
Indicador presión de aceite motor	Que se ilumine al encender el motor	X								X		X					
Sillas/ Apoyo para la cabeza	Atornilladas al piso/ apoyo para la cabeza asegurado	X								X		X					
Pedales freno / clutch / acelerador	Con forro antideslizante / sin juego excesivo	X								X		X					
Alarma de retroceso	Funcionando correctamente.	X								X		X					
Equipo de carretera	Gato con capacidad para elevar el vehículo, una cruceta, dos señales de carretera en forma de triángulo en material reflectivo y provistas de soportes para ser colocadas en forma vertical o lámparas de señal de luz amarilla intermitentes o de destello, dos tacos para bloquear el vehículo, caja de herramientas básica que como mínimo deberá contener alicate, destornilladores, llave de expansión y llaves fijas, llanta de repuesto, linterna, (Art 30 del código nacional de tránsito ley 769 de 2002)	X								X		X					
Cinturones de seguridad	De 3 puntos de apoyo	X								X		X					
Pito	Funcionando / que se oiga mínimo a 50 m.	X								X		X					
Timón o volante	Funcionando en perfectas condiciones	X								X		X					
Frenos	Pedales con antideslizante/ nivel de líquido de acuerdo al fabricante	X								X		X					
		X								X		X					

C: CUMPLE
NC: NO CUMPLE

Recomendaciones / Observaciones

Visto Bueno Supervisor

Nombre y Firma del Técnico Operador

CONSORCIO INNOVAPARQUES

Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	
FORMATO N°:	FT-SST-065
FORMATO INSPECCIONES PRE OPERACIONALES	Fecha: Septiembre 08 de 2019
	Versión: 001
	Pagina 1 de 1

DATOS DE LA INSPECCION

Inspeccionado por:	Diomedes Jimenez	HRS Inicial	92.999.	HRS Final	93.359.		
PLACA VEHICULO:	EXZ 115.	Marca:	IAC.	Serie No:		Función:	Mobil
Ubicación:	canchas	Sección:	MTO.	Semana de:	25	Al:	29	Mes de:	Noviembre 2024.

INSPECCIÓN

Item	Estándar	Aplica		Lun		Mar		Mier		Juv		Vie		Sab		Dom	
		SI	No	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC
DOCUMENTOS																	
Licencia de tránsito	En Regla	X		X		X		X		X		X					
Revisión tecnico mecánica	En Regla	X		X		X		X		X		X					
Seguro obligatorio	En Regla	X		X		X		X		X		X					
Seguro contractual	Vigente	X		X		X		X		X		X					
Seguro extracontractual	En Regla	X		X		X		X		X		X					
Licencia de conducción	En Regla	X		X		X		X		X		X					
Planos, mapas rutas, gps.	En Regla	X		X		X		X		X		X					
Contactos de Emergencia	En Regla	X		X		X		X		X		X					
EQUIPO EMERGENCIAS																	
Linterna con pilas	En buen estado	X		X		X		X		X		X					
Botiquin	Completo	X		X		X		X		X		X					
Extintor	Pin de seguridad, Cargado, vigente	X		X		X		X		X		X					
PARTE EXTERNA																	
Espejos laterales	Sin roturas, sin manchas y ajustado	X		X		X		X		X		X					
Luces traseras	De freno: mínimo dos / de color rojo / Direccionales:	X		X		X		X		X		X					
Llantas	Libres de rajaduras y sin desgaste excesivo	X		X		X		X		X		X					
Indicadores luces frontales altas	Funcionando correctamente.	X		X		X		X		X		X					
Indicadores luces direccionales	Mínimo dos funcionando correctamente.	X		X		X		X		X		X					
Lámparas Luces delanteras	Lentes sin roturas/ funcionando / de color blanco / amarillo	X		X		X		X		X		X					
Indicador luces de parqueo	Mínimo dos / funcionando correctamente.	X		X		X		X		X		X					
Tanque de combustible	Sin fugas / ajustado / con tapa original y ajustada	X		X		X		X		X		X					
COMPARTIMIENTO DEL MOTOR																	
Fuente de energía (BATERIA)	Sin rajaduras/ Aislada adecuadamente	X		X		X		X		X		X					
Conexiones eléctricas	Firmes y en buen estado	X		X		X		X		X		X					
Nivel agua refrigeración / mangueras	Nivel correcto / mangueras sin fugas	X		X		X		X		X		X					
Estado de las líneas hidráulicas	Líneas sin fugas y en buen estado	X		X		X		X		X		X					
Niveles de aceite motor / hidráulico	Niveles de acuerdo al fabricante.	X		X		X		X		X		X					
Cableado eléctrico	Aislado / sin roturas / ajustados	X		X		X		X		X		X					
Botella de dirección / Nivel aceite	Sin fugas/ bien asegurado / nivel de acuerdo al fabricante	X		X		X		X		X		X					
INTERIOR DE LA CABINA																	
Espejos retrovisor interior	Sin roturas / sin manchas / ajustado	X		X		X		X		X		X					
Vidrio parabrisas/ vidrios ventanas	Sin roturas / manchas / distorsiones	X		X		X		X		X		X					
Plumillas limpiavidrios/ motor lavaparabrisas	Mínimo dos / empaque sin desgastes / funcionando / mínimo dos revoluciones	X		X		X		X		X		X					
Estado de la cabina	Protegida y en buen estado en general	X		X		X		X		X		X					
Indicador de combustible	La barra o indicador debe mostrar el nivel de combustible	X		X		X		X		X		X					
Indicador presión de aceite motor	Que se ilumine al encender el motor	X		X		X		X		X		X					
Sillas/ Apoyo para la cabeza	Atornilladas al piso/ apoyo para la cabeza asegurado	X		X		X		X		X		X					
Pedales freno / clutch / acelerador	Con forro antideslizante / sin juego excesivo	X		X		X		X		X		X					
Alarma de retroceso	Funcionando correctamente.	X		X		X		X		X		X					
Equipo de carretera	Gato con capacidad para elevar el vehículo, una cruceta, dos señales de carretera en forma de triángulo en material reflectivo y provistas de soportes para ser colocadas en forma vertical o lámparas de señal de luz amarilla intermitentes o de destello, dos tacos para bloquear el vehículo, caja de herramientas básica que como mínimo deberá contener alicate, destornilladores, llave de expansión y llaves fijas, llanta de repuesto, linterna, (Art 30 del código nacional de tránsito ley 769 de 2002)	X		X		X		X		X		X					
Cinturones de seguridad	De 3 puntos de apoyo	X		X		X		X		X		X					
Pito	Funcionando / que se oiga mínimo a 50 m.	X		X		X		X		X		X					
Timón o volante	Funcionando en perfectas condiciones	X		X		X		X		X		X					
Frenos	Pedales con antideslizante/ nivel de líquido de acuerdo al fabricante	X		X		X		X		X		X					
		X		X		X		X		X		X					

C: CUMPLE
NC: NO CUMPLE

Recomendaciones / Observaciones

Visto Bueno Supervisor

Nombre y Firma del Técnico Operador

CONSORCIO INNOVAPARQUES

Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

FORMATO N°: FT-SST-065

FORMATO INSPECCIONES PRE OPERACIONALES

Fecha: Septiembre 08 de 2019
Versión: 001

DATOS DE LA INSPECCIÓN

Inspeccionado por: Luis Mercado. | HRS Inicial: 93572. | HRS Final: 93897.

PLACA VEHICULO: EXZ 154. | Marca: | Serie No: (VIN) B8KEC03 | Función:

Ubicación: CANCHA. | Sección: MTO. | Semana de: 25 | Al: 29 | Mes de: Noviembre /2024.

INSPECCIÓN

Item	Estándar	Aplica SI	Aplica No	Lun C	Lun NC	Mar C	Mar NC	Mier C	Mier NC	Juv C	Juv NC	Vie C	Vie NC	Sab C	Sab NC	Dom C	Dom NC
DOCUMENTOS																	
Licencia de tránsito	En Regla	X		X		X		X		X		X					
Revisión tecnico mecánica	En Regla	X		X		X		X		X		X					
Seguro obligatorio	En Regla	X		X		X		X		X		X					
Seguro contractual	Vigente	X		X		X		X		X		X					
Seguro extracontractual	En Regla	X		X		X		X		X		X					
Licencia de conducción	En Regla	X		X		X		X		X		X					
Planos, mapas rutas, gps.	En Regla	X		X		X		X		X		X					
Contactos de Emergencia	En Regla	X		X		X		X		X		X					
EQUIPO EMERGENCIAS																	
Linterna con pilas	En buen estado	X		X		X		X		X		X					
Botiquin	Completo	X		X		X		X		X		X					
Extintor	Pin de seguridad, Cargado, vigente	X		X		X		X		X		X					
PARTE EXTERNA																	
Espejos laterales	Sin roturas, sin manchas y ajustado	X		X		X		X		X		X					
Luces traseras	De freno: mínimo dos / de color rojo / Direccionales:	X		X		X		X		X		X					
Llantas	Libres de rajaduras y sin desgaste excesivo	X		X		X		X		X		X					
Indicadores luces frontales altas	Funcionando correctamente.	X		X		X		X		X		X					
Indicadores luces direccionales	Mínimo dos funcionando correctamente.	X		X		X		X		X		X					
Lámparas Luces delanteras	Lentes sin roturas/ funcionando / de color blanco / amarillo	X		X		X		X		X		X					
Indicador luces de parqueo	Mínimo dos / funcionando correctamente.	X		X		X		X		X		X					
Tanque de combustible	Sin fugas / ajustado / con tapa original y ajustada	X		X		X		X		X		X					
COMPARTIMIENTO DEL MOTOR																	
Fuente de energía (BATERIA)	Sin rajaduras/ Aislada adecuadamente	X		X		X		X		X		X					
Conexiones eléctricas	Firmes y en buen estado	X		X		X		X		X		X					
Nivel agua refrigeración / mangueras	Nivel correcto / mangueras sin fugas	X		X		X		X		X		X					
Estado de las líneas hidráulicas	Líneas sin fugas y en buen estado	X		X		X		X		X		X					
Niveles de aceite motor / hidráulico	Niveles de acuerdo al fabricante.	X		X		X		X		X		X					
Cableado eléctrico	Aislado / sin roturas / ajustados	X		X		X		X		X		X					
Botella de dirección / Nivel aceite	Sin fugas/ bien asegurado / nivel de acuerdo al fabricante	X		X		X		X		X		X					
INTERIOR DE LA CABINA																	
Espejos retrovisor interior	Sin roturas / sin manchas / ajustado	X		X		X		X		X		X					
Vidrio parabrisas/ vidrios ventanas	Sin roturas / manchas / distorsiones	X		X		X		X		X		X					
Plumillas limpiavidrios/ motor lavaparabrisas	Mínimo dos / empaque sin desgastes / funcionando / mínimo dos revoluciones	X		X		X		X		X		X					
Estado de la cabina	Protegida y en buen estado en general	X		X		X		X		X		X					
Indicador de combustible	La barra o indicador debe mostrar el nivel de combustible	X		X		X		X		X		X					
Indicador presión de aceite motor	Que se ilumine al encender el motor	X		X		X		X		X		X					
Sillas/ Apoyo para la cabeza	Atornilladas al piso/ apoyo para la cabeza asegurado	X		X		X		X		X		X					
Pedales freno / clutch / acelerador	Con forro antideslizante / sin juego excesivo	X		X		X		X		X		X					
Alarma de retroceso	Funcionando correctamente.	X		X		X		X		X		X					
Equipo de carretera	Gato con capacidad para elevar el vehículo, una cruceta, dos señales de carretera en forma de triángulo en material reflectivo y provistas de soportes para ser colocadas en forma vertical o lámparas de señal de luz amarilla intermitentes o de destello, dos tacos para bloquear el vehículo, caja de herramientas básica que como mínimo deberá contener alicate, destornilladores, llave de expansión y llaves fijas, llanta de repuesto, linterna. (Art 30 del código nacional de tránsito ley 769 de 2002)	X		X		X		X		X		X					
Cinturones de seguridad	De 3 puntos de apoyo	X		X		X		X		X		X					
Pito	Funcionando / que se oiga mínimo a 50 m.	X		X		X		X		X		X					
Timón o volante	Funcionando en perfectas condiciones	X		X		X		X		X		X					
Frenos	Pedales con antideslizante/ nivel de líquido de acuerdo al fabricante	X		X		X		X		X		X					
		X		X		X		X		X		X					

C: CUMPLE
NC: NO CUMPLE

Recomendaciones / Observaciones

Visto Bueno Supervisor

Nombre y Firma del Técnico Operador

CONSORCIO INNOVAPARQUES

Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

FORMATO N°: FT-SST-065

FORMATO INSPECCIONES PRE OPERACIONALES

Fecha: Septiembre 08 de 2019
Versión: 001
Pagina 1 de 1

DATOS DE LA INSPECCION

Inspeccionado por: Luis Mercado	HRS Inicial	93507	HRS Final	93572.	
PLACA VEHICULO: EXY 154	Marca:		Serie No: LVBV3JB88KE00	Función: MOBIL	
Ubicación: Canchas Sección: Mantenimiento Semana de:	21	Al: 22	Mes de:	Noviembre 2019	

INSPECCIÓN

Item	Estándar	Aplica		Lun		Mar		Mier		Juv		Vie		Sab		Dom	
		Si	No	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC
DOCUMENTOS																	
Licencia de tránsito	En Regla	X								X		X					
Revisión tecnico mecánica	En Regla	X								X		X					
Seguro obligatorio	En Regla	X								X		X					
Seguro contractual	Vigente	X								X		X					
Seguro extracontractual	En Regla	X								X		X					
Licencia de conducción	En Regla	X								X		X					
Planos, mapas rutas, gps.	En Regla	X								X		X					
Contactos de Emergencia	En Regla	X								X		X					
EQUIPO EMERGENCIAS																	
Linterna con pilas	En buen estado	X								X		X					
Botiquin	Completo	X								X		X					
Extintor	Pin de seguridad, Cargado, vigente	X								X		X					
PARTE EXTERNA																	
Espejos laterales	Sin roturas, sin manchas y ajustado	X								X		X					
Luces traseras	De freno: mínimo dos / de color rojo / Direccionales:	X								X		X					
Llantas	Libres de rajaduras y sin desgaste excesivo	X								X		X					
Indicadores luces frontales altas	Funcionando correctamente.	X								X		X					
Indicadores luces direccionales	Mínimo dos funcionando correctamente.	X								X		X					
Lámparas Luces delanteras	Lentes sin roturas/ funcionando / de color blanco / amarillo	X								X		X					
Indicador luces de parqueo	Mínimo dos / funcionando correctamente.	X								X		X					
Tanque de combustible	Sin fugas / ajustado / con tapa original y ajustada	X								X		X					
COMPARTIMIENTO DEL MOTOR																	
Fuente de energía (BATERIA)	Sin rajaduras/ Aislada adecuadamente	X								X		X					
Conexiones eléctricas	Firmes y en buen estado	X								X		X					
Nivel agua refrigeración / mangueras	Nivel correcto / mangueras sin fugas	X								X		X					
Estado de las líneas hidráulicas	Líneas sin fugas y en buen estado	X								X		X					
Niveles de aceite motor / hidráulico	Niveles de acuerdo al fabricante.	X								X		X					
Cableado eléctrico	Aislado / sin roturas / ajustados	X								X		X					
Botella de dirección / Nivel aceite	Sin fugas/ bien asegurado / nivel de acuerdo al fabricante	X								X		X					
INTERIOR DE LA CABINA																	
Espejos retrovisor interior	Sin roturas / sin manchas / ajustado	X								X		X					
Vidrio parabrisas/ vidrios ventanas	Sin roturas / manchas / distorsiones	X								X		X					
Plumillas limpiavidrios/ motor lavaparabrisas	Mínimo dos / empaque sin desgastes / funcionando / mínimo dos revoluciones	X								X		X					
Estado de la cabina	Protegida y en buen estado en general	X								X		X					
Indicador de combustible	La barra o indicador debe mostrar el nivel de combustible	X								X		X					
Indicador presión de aceite motor	Que se ilumine al encender el motor	X								X		X					
Sillas/ Apoyo para la cabeza	Atornilladas al piso/ apoyo para la cabeza asegurado	X								X		X					
Pedales freno / clutch / acelerador	Con forro antideslizante / sin juego excesivo	X								X		X					
Alarma de retroceso	Funcionando correctamente.	X								X		X					
Equipo de carretera	Gato con capacidad para elevar el vehículo, una cruceta, dos señales de carretera en forma de triángulo en material reflectivo y provistas de soportes para ser colocadas en forma vertical o lámparas de señal de luz amarilla intermitentes o de destello, dos tacos para bloquear el vehículo, caja de herramientas básica que como mínimo deberá contener alicate, destornilladores, llave de expansión y llaves fijas, llanta de repuesto, linterna, (Art 30 del código nacional de tránsito ley 769 de 2002)	X								X		X					
Cinturones de seguridad	De 3 puntos de apoyo	X								X		X					
Pito	Funcionando / que se oiga mínimo a 50 m.	X								X		X					
Timón o volante	Funcionando en perfectas condiciones	X								X		X					
Frenos	Pedales con antideslizante/ nivel de liquido de acuerdo al fabricante	X								X		X					
		X								X		X					

C: CUMPLE
NC: NO CUMPLE

Recomendaciones / Observaciones

Visto Bueno Supervisor

Nombre y Firma del Tecnico Operador

CONSORCIO INNOVAPARQUES	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	
	FORMATO N°:	FT-SST-065
FORMATO INSPECCIONES PRE OPERACIONALES		Fecha: Septiembre 08 de 2019 Versión: 001 Pagina 1 de 1

DATOS DE LA INSPECCIÓN

Inspeccionado por:	Dawson Jasso.	HRS Inicial	93013.	HRS Final	93408.		
PLACA VEHICULO:	EXZ 737.	Marca:		Serie No:		Función:	MOVIL.
Ubicación:	Canchas	Sección: MTTO.	Semana de: 25	Al: 29	Mes de:	Noviembre 2024.	

INSPECCIÓN

Item	Estándar	Aplica Si	Aplica No	Lun C	Lun NC	Mar C	Mar NC	Mier C	Mier NC	Juv C	Juv NC	Vie C	Vie NC	Sab C	Sab NC	Dom C	Dom NC
DOCUMENTOS																	
Licencia de tránsito	En Regla	X		✓		✓		✓		✓		✓					
Revisión tecnico mecánica	En Regla	X		✓		✓		✓		✓		✓					
Seguro obligatorio	En Regla	X		✓		✓		✓		✓		✓					
Seguro contractual	Vigente	X		✓		✓		✓		✓		✓					
Seguro extracontractual	En Regla	X		✓		✓		✓		✓		✓					
Licencia de conducción	En Regla	X		✓		✓		✓		✓		✓					
Planos, mapas rutas, gps.	En Regla	X		✓		✓		✓		✓		✓					
Contactos de Emergencia	En Regla	X		✓		✓		✓		✓		✓					
EQUIPO EMERGENCIAS																	
Linterna con pilas	En buen estado	X		✓		✓		✓		✓		✓					
Botiquin	Completo	X		✓		✓		✓		✓		✓					
Extintor	Pin de seguridad, Cargado, vigente	X		✓		✓		✓		✓		✓					
PARTE EXTERNA																	
Espejos laterales	Sin roturas, sin manchas y ajustado	X		✓		✓		✓		✓		✓					
Luces traseras	De freno: mínimo dos / de color rojo / Direccionales:	X		✓		✓		✓		✓		✓					
Llantas	Libres de rajaduras y sin desgaste excesivo	X		✓		✓		✓		✓		✓					
Indicadores luces frontales altas	Funcionando correctamente.	X		✓		✓		✓		✓		✓					
Indicadores luces direccionales	Mínimo dos funcionando correctamente.	X		✓		✓		✓		✓		✓					
Lámparas Luces delanteras	Lentes sin roturas/ funcionando / de color blanco / amarillo	X		✓		✓		✓		✓		✓					
Indicador luces de parqueo	Mínimo dos / funcionando correctamente.	X		✓		✓		✓		✓		✓					
Tanque de combustible	Sin fugas / ajustado / con tapa original y ajustada	X		✓		✓		✓		✓		✓					
COMPARTIMIENTO DEL MOTOR																	
Fuente de energia (BATERIA)	Sin rajaduras/ Aislada adecuadamente	X		✓		✓		✓		✓		✓					
Conexiones eléctricas	Firmes y en buen estado	X		✓		✓		✓		✓		✓					
Nivel agua refrigeración / mangueras	Nivel correcto / mangueras sin fugas	X		✓		✓		✓		✓		✓					
Estado de las lineas hidráulicas	Líneas sin fugas y en buen estado	X		✓		✓		✓		✓		✓					
Niveles de aceite motor / hidráulico	Niveles de acuerdo al fabricante.	X		✓		✓		✓		✓		✓					
Cableado eléctrico	Aislado / sin roturas / ajustados	X		✓		✓		✓		✓		✓					
Botella de dirección / Nivel aceite	Sin fugas/ bien asegurado / nivel de acuerdo al fabricante	X		✓		✓		✓		✓		✓					
INTERIOR DE LA CABINA																	
Espejos retrovisor interior	Sin roturas / sin manchas / ajustado	X		✓		✓		✓		✓		✓					
Vidrio parabrisas/ vidrios ventanas	Sin roturas / manchas / distorsiones	X		✓		✓		✓		✓		✓					
Plumillas limpiavidrios/ motor lavaparabrisas	Mínimo dos / empaque sin desgastes / funcionando / mínimo dos revoluciones	X		✓		✓		✓		✓		✓					
Estado de la cabina	Protegida y en buen estado en general	X		✓		✓		✓		✓		✓					
Indicador de combustible	La barra o indicador debe mostrar el nivel de combustible	X		✓		✓		✓		✓		✓					
Indicador presión de aceite motor	Que se ilumine al encender el motor	X		✓		✓		✓		✓		✓					
Sillas/ Apoyo para la cabeza	Atornilladas al piso/ apoyo para la cabeza asegurado	X		✓		✓		✓		✓		✓					
Pedales freno / clutch / acelerador	Con forro antideslizante / sin juego excesivo	X		✓		✓		✓		✓		✓					
Alarma de retroceso	Funcionando correctamente.	X		✓		✓		✓		✓		✓					
Equipo de carretera	Gato con capacidad para elevar el vehículo, una cruceta, dos señales de carretera en forma de triángulo en material reflectivo y provistas de soportes para ser colocadas en forma vertical o lámparas de señal de luz amarilla intermitentes o de destello, dos tacos para bloquear el vehículo, caja de herramientas básica que como mínimo deberá contener alicate, destornilladores, llave de expansión y llaves fijas, llanta de repuesto, linterna, (Art 30 del código nacional de tránsito ley 769 de 2002)	X		✓		✓		✓		✓		✓					
Cinturones de seguridad	De 3 puntos de apoyo	X		✓		✓		✓		✓		✓					
Pito	Funcionando / que se oiga mínimo a 50 m.	X		✓		✓		✓		✓		✓					
Timón o volante	Funcionando en perfectas condiciones	X		✓		✓		✓		✓		✓					
Frenos	Pedales con antideslizante/ nivel de líquido de acuerdo al fabricante	X		✓		✓		✓		✓		✓					
		X		✓		✓		✓		✓		✓					

C: CUMPLE
NC: NO CUMPLE

Recomendaciones / Observaciones

Visto Bueno Supervisor

Nombre y Firma del Técnico Operador

CONSORCIO INNOVAPARQUES	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	
	FORMATO N°:	FT-SST-065
FORMATO INSPECCIONES PRE OPERACIONALES	Fecha:	Septiembre 08 de 2019
	Versión:	001
	Pagina 1 de 1	

DATOS DE LA INSPECCION

Inspeccionado por:	Dawson. Lasso.	HRS Inicial	92.867.	HRS Final	93013.		
PLACA VEHICULO:	Exz 739	Marca:	FOTON	Serie No:	LU8V31B8KE0030	Función:	MOVIL
Ubicación:	Canchas.	Sección:	Mantenimiento	Semana de:	21	Al:	22	Mes de:	Noviembre

INSPECCIÓN

Item	Estándar	Aplica		Lun		Mar		Mier		Juv		Vie		Sab		Dom	
		Si	No	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC
DOCUMENTOS																	
Licencia de tránsito	En Regla	X								✓		✓					
Revisión tecnico mecánica	En Regla	X								✓		✓					
Seguro obligatorio	En Regla	X								✓		✓					
Seguro contractual	Vigente	X								✓		✓					
Seguro extracontractual	En Regla	X								✓		✓					
Licencia de conducción	En Regla	X								✓		✓					
Planos, mapas rutas, gps.	En Regla	X								✓		✓					
Contactos de Emergencia	En Regla	X								✓		✓					
EQUIPO EMERGENCIAS																	
Linterna con pilas	En buen estado	X								✓		✓					
Botiquin	Completo	X								✓		✓					
Extintor	Pin de seguridad, Cargado, vigente	X								✓		✓					
PARTE EXTERNA																	
Espejos laterales	Sin roturas, sin manchas y ajustado	X								✓		✓					
Luces traseras	De freno: mínimo dos / de color rojo / Direccionales:	X								✓		✓					
Llantas	Libres de rajaduras y sin desgaste excesivo	X								✓		✓					
Indicadores luces frontales altas	Funcionando correctamente.	X								✓		✓					
Indicadores luces direccionales	Mínimo dos funcionando correctamente.	X								✓		✓					
Lámparas Luces delanteras	Lentes sin roturas/ funcionando / de color blanco / amarillo	X								✓		✓					
Indicador luces de parqueo	Mínimo dos / funcionando correctamente.	X								✓		✓					
Tanque de combustible	Sin fugas / ajustado / con tapa original y ajustada	X								✓		✓					
COMPARTIMIENTO DEL MOTOR																	
Fuente de energía (BATERIA)	Sin rajaduras/ Aislada adecuadamente	X								✓		✓					
Conexiones eléctricas	Firmes y en buen estado	X								✓		✓					
Nivel agua refrigeración / mangueras	Nivel correcto / mangueras sin fugas	X								✓		✓					
Estado de las líneas hidráulicas	Líneas sin fugas y en buen estado	X								✓		✓					
Niveles de aceite motor / hidráulico	Niveles de acuerdo al fabricante.	X								✓		✓					
Cableado eléctrico	Aislado / sin roturas / ajustados	X								✓		✓					
Botella de dirección / Nivel aceite	Sin fugas/ bien asegurado / nivel de acuerdo al fabricante	X								✓		✓					
INTERIOR DE LA CABINA																	
Espejos retrovisor interior	Sin roturas / sin manchas / ajustado	X								✓		✓					
Vidrio parabrisas/ vidrios ventanas	Sin roturas / manchas / distorsiones	X								✓		✓					
Plumillas limpiavidrios/ motor lavaparabrisas	Mínimo dos / empaque sin desgastes / funcionando / mínimo dos revoluciones	X								✓		✓					
Estado de la cabina	Protegida y en buen estado en general	X								✓		✓					
Indicador de combustible	La barra o indicador debe mostrar el nivel de combustible	X								✓		✓					
Indicador presión de aceite motor	Que se ilumine al encender el motor	X								✓		✓					
Sillas/ Apoyo para la cabeza	Atornilladas al piso/ apoyo para la cabeza asegurado	X								✓		✓					
Pedales freno / clutch / acelerador	Con forro antideslizante / sin juego excesivo	X								✓		✓					
Alarma de retroceso	Funcionando correctamente.	X								✓		✓					
Equipo de carretera	Gato con capacidad para elevar el vehículo, una cruceta, dos señales de carretera en forma de triángulo en material reflectivo y provistas de soportes para ser colocadas en forma vertical o lámparas de señal de luz amarilla intermitentes o de destello, dos tacos para bloquear el vehículo, caja de herramientas básica que como mínimo deberá contener alicate, destornilladores, llave de expansión y llaves fijas, llanta de repuesto, linterna. (Art 30 del código nacional de tránsito ley 769 de 2002)	X								✓		✓					
Cinturones de seguridad	De 3 puntos de apoyo	X								✓		✓					
Pito	Funcionando / que se oiga mínimo a 50 m.	X								✓		✓					
Timón o volante	Funcionando en perfectas condiciones	X								✓		✓					
Frenos	Pedales con antideslizante/ nivel de líquido de acuerdo al fabricante	X								✓		✓					
										✓		✓					

C: CUMPLE
NC: NO CUMPLE

Recomendaciones / Observaciones

Visto Bueno Supervisor

Nombre y Firma del Técnico Operador

CONSORCIO INNOVAPARQUES

Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	
FORMATO N°:	FT-SST-065
FORMATO INSPECCIONES PRE OPERACIONALES	Fecha: Septiembre 08 de 2019 Versión: 001 Pagina 1 de 1

DATOS DE LA INSPECCIÓN

Inspeccionado por: Diomedes Jimenez.	**HRS Inicial**	3.095	**HRS Final**	3.113	
Maquina-Equipo: GIRO ZERO PZT -60	**Marca: HUSQVARNA**		**Serie No:** 060614B001262.	**Función: PODADORA**	
Ubicación: Canchas FT. **Sección:** MTO. **Semana de:**	21	**Al:** 22	**Mes de:**	Noviembre.	

INSPECCIÓN

GIRO ZERO PZT60	Estándar	Aplica		Lun		Mar		Mier		Juv		Vie		Sab		Dom	
		SI	No	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC
	ACEITE MOTOR	X								✓		✓					
	FILTRO ACEITE	X								✓		✓					
	FILTRO COMBUSTIBLE	X								✓		✓					
	ACEITE HIDRAULICO	X								✓		✓					
	FILTRO DE AIRE	X								✓		✓					
	CABLES Y POLEAS	X								✓		✓					
	ENGRASE	X								✓		✓					
	CUCHILLAS	X								✓		✓					
	CORREA DECK	X								✓		✓					
	CORREA TENSORA	X								✓		✓					
	CINTURON DE SEGURIDAD	X								✓		✓					
	MANDOS DE OPERACIÓN	X								✓		✓					
	FRENOS	X								✓		✓					
	LLANTAS	X								✓		✓					
	BATERIA	X								✓		✓					
	ENCENDIDO	X								✓		✓					
	SISTEMA DE ATRACCION	X								✓		✓					
	HOROMETRO	X								✓		✓					

C: CUMPLE
NC: NO CUMPLE

Recomendaciones / Observaciones

Visto Bueno Supervisor

Nombre y Firma del Tecnico Operador

112

CONSORCIO INNOVAPARQUES

Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	
FORMATO N°:	FT-SST-065

FORMATO INSPECCIONES PRE OPERACIONALES	Fecha: Septiembre 08 de 2019
	Versión: 001
	Pagina 1 de 1

DATOS DE LA INSPECCIÓN

Inspeccionado por: Diomedes Jimenez.	**HRS Inicial**	3.115.	**HRS Final**	3163.	
Maquina-Equipo: GIRO ZERO PZT -60	**Marca:** HUSQVARNA		**Serie No:** 960614000262	**Función:** PODADORA	
Ubicación: canchas **Sección:** MTO. **Semana de:**	25.	**Al:** 29	**Mes de:**	Noviembre /2024.	

INSPECCIÓN

GIRO ZERO PZT60	Estándar	Aplica		Lun		Mar		Mier		Juv		Vie		Sab		Dom	
		Si	No	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC
	ACEITE MOTOR	X		✓		✓		✓		✓		✓					
	FILTRO ACEITE	X		✓		✓		✓		✓		✓					
	FILTRO COMBUSTIBLE	X		✓		✓		✓		✓		✓					
	ACEITE HIDRAULICO	X		✓		✓		✓		✓		✓					
	FILTRO DE AIRE	X		✓		✓		✓		✓		✓					
	CABLES Y POLEAS	X		✓		✓		✓		✓		✓					
	ENGRASE	X		✓		✓		✓		✓		✓					
	CUCHILLAS	X		✓		✓		✓		✓		✓					
	CORREA DECK	X		✓		✓		✓		✓		✓					
	CORREA TENSORA	X		✓		✓		✓		✓		✓					
	CINTURON DE SEGURIDAD	X		✓		✓		✓		✓		✓					
	MANDOS DE OPERACIÓN	X		✓		✓		✓		✓		✓					
	FRENOS	X		✓		✓		✓		✓		✓					
	LLANTAS	X		✓		✓		✓		✓		✓					
	BATERIA	X		✓		✓		✓		✓		✓					
	ENCENDIDO	X		✓		✓		✓		✓		✓					
	SISTEMA DE ATRACCION	X		✓		✓		✓		✓		✓					
	HOROMETRO	X		✓		✓		✓		✓		✓					

C: CUMPLE
NC: NO CUMPLE

Recomendaciones / Observaciones

Visto Bueno Supervisor

Nombre y Firma del Tecnico Operador

113

CONSORCIO INNOVAPARQUES

Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	
FORMATO N°:	FT-SST-065

FORMATO INSPECCIONES PRE OPERACIONALES

Fecha: Septiembre 08 de 2019
Versión: 001
Pagina 1 de 1

DATOS DE LA INSPECCIÓN

Inspeccionado por: Luis Mercado — HRS Inicial: 5012 — HRS Final: 5028

Maquina-Equipo: TRACTOR TS142 — Marca: HUSQVARNA — Serie No: — Función: PODADORA

Ubicación: parques — Sección: MTO. — Semana de: 21 — Al: 22 — Mes de: Noviembre 24

INSPECCIÓN

GIRO ZERO MZ52	Estándar	Aplica		Lun		Mar		Mier		Juv		Vie		Sab		Dom	
		Si	No	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC
	ACEITE MOTOR	X								X		X					
	FILTRO ACEITE	X								X		X					
	FILTRO COMBUSTIBLE	X								X		X					
	ACEITE HIDRAULICO	X								X		X					
	FILTRO DE AIRE	X								X		X					
	CABLES Y POLEAS	X								X		X					
	ENGRASE	X								X		X					
	CUCHILLAS	X								X		X					
	CORREA DECK	X								X		X					
	CORREA TENSORA	X								X		X					
	CINTURON DE SEGURIDAD	X								X		X					
	MANDOS DE OPERACIÓN	X								X		X					
	FRENOS	X								X		X					
	LLANTAS	X								X		X					
	BATERIA	X								X		X					
	ENCENDIDO	X								X		X					
	SISTEMA DE ATRACCION	X								X		X					
	HOROMETRO	X								X		X					

C: CUMPLE
NC: NO CUMPLE

Recomendaciones / Observaciones

Visto Bueno Supervisor

Nombre y Firma del Tecnico Operador

CONSORCIO INNOVAPARQUES	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	
	FORMATO N°:	FT-SST-065
FORMATO INSPECCIONES PRE OPERACIONALES		Fecha: Septiembre 08 de 2019 Versión: 001 Pagina 1 de 1

DATOS DE LA INSPECCIÓN

Inspeccionado por: Luis Mercado			HRS Inicial	5028	HRS Final	5076.	
Maquina-Equipo: TRACTOR TS142			Marca: HUSQVARNA		Serie No: LT1842641268S	Función: PODADORA	
Ubicación: parques	Sección: MTO.	Semana de:	25	Al: 29	Mes de:	Noviembre 12084	

INSPECCIÓN

GIRO ZERO MZ52	Estándar	Aplica		Lun		Mar		Mier		Juv		Vie		Sab		Dom	
		Si	No	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC
	ACEITE MOTOR	X		✓		✓		✓		✓		✓					
	FILTRO ACEITE	X		✓		✓		✓		✓		✓					
	FILTRO COMBUSTIBLE	X		✓		✓		✓		✓		✓					
	ACEITE HIDRAULICO	X		✓		✓		✓		✓		✓					
	FILTRO DE AIRE	X		✓		✓		✓		✓		✓					
	CABLES Y POLEAS	X		✓		✓		✓		✓		✓					
	ENGRASE	X		✓		✓		✓		✓		✓					
	CUCHILLAS	X		✓		✓		✓		✓		✓					
	CORREA DECK	X		✓		✓		✓		✓		✓					
	CORREA TENSORA	X		✓		✓		✓		✓		✓					
	CINTURON DE SEGURIDAD	X		✓		✓		✓		✓		✓					
	MANDOS DE OPERACIÓN	X		✓		✓		✓		✓		✓					
	FRENOS	X		✓		✓		✓		✓		✓					
	LLANTAS	X		✓		✓		✓		✓		✓					
	BATERIA	X		✓		✓		✓		✓		✓					
	ENCENDIDO	X		✓		✓		✓		✓		✓					
	SISTEMA DE ATRACCION	X		✓		✓		✓		✓		✓					
	HOROMETRO	X		✓		✓		✓		✓		✓					

C: CUMPLE
NC: NO CUMPLE

Recomendaciones / Observaciones

Visto Bueno Supervisor

Nombre y Firma del Tecnico Operador

MS

CONSORCIO INNOVAPARQUES

Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	
FORMATO N°:	FT-SST-065

FORMATO INSPECCIONES PRE OPERACIONALES	Fecha: Septiembre 08 de 2019 Versión: 001 Pagina 1 de 2

DATOS DE LA INSPECCIÓN

Inspeccionado por: Dawson Lasso			**HRS Inicial**	3218	**HRS Final**	3266	
Maquina-Equipo: GIRO ZERO MZ54			**Marca:** HUSQVARNA		**Serie No:** F2730V095803	**Función:** PODADORA	
Ubicación: canchas	**Sección:** MTO	**Semana de:** 25	**Al:** 29	**Mes de:**	Noviembre		

INSPECCIÓN

GIRO ZERO MZ54	Estándar	Aplica		Lun		Mar		Mier		Juv		Vie		Sab		Dom	
		SI	No	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC
	ACEITE MOTOR	X		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	FILTRO ACEITE	X		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	FILTRO COMBUSTIBLE	X		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	ACEITE HIDRAULICO	X		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	FILTRO DE AIRE	X		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	CABLES Y POLEAS	X		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	ENGRASE	X		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	CUCHILLAS	X		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	CORREA DECK	X		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	CORREA TENSORA	X		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	CINTURON DE SEGURIDAD	X		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	MANDOS DE OPERACIÓN	X		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	FRENOS	X		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	LLANTAS	X		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	BATERIA	X		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	ENCENDIDO	X		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	SISTEMA DE ATRACCION	X		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	HOROMETRO	X		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	

C: CUMPLE
NC: NO CUMPLE

Recomendaciones / Observaciones

Visto Bueno Supervisor

Nombre y Firma del Tecnico Operador

CONSORCIO INNOVAPARQUES	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	
	FORMATO N°:	FT-SST-065
FORMATO INSPECCIONES PRE OPERACIONALES		Fecha: Septiembre 08 de 2019 Versión: 001 Pagina 1 de 2

DATOS DE LA INSPECCIÓN

Inspeccionado por: Dawson Lasso		HRS Inicial	3202	HRS Final	3218		
Maquina-Equipo: GIRO ZERO MZ54		Marca: HUSQVARNA		Serie No: FE730V095803		Función: PODADORA	
Ubicación: canchas	Sección: MTTO	Semana de:	21	Al:	22.	Mes de:	Noviembre /2024.

INSPECCIÓN

GIRO ZERO MZ54	Estándar	Aplica		Lun		Mar		Mier		Juv		Vie		Sab		Dom	
		Si	No	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC
	ACEITE MOTOR	X								✓		✓					
	FILTRO ACEITE	X								✓		✓					
	FILTRO COMBUSTIBLE	X								✓		✓					
	ACEITE HIDRAULICO	X								✓		✓					
	FILTRO DE AIRE	X								✓		✓					
	CABLES Y POLEAS	X								✓		✓					
	ENGRASE	X								✓		✓					
	CUCHILLAS	X								✓		✓					
	CORREA DECK	X								✓		✓					
	CORREA TENSORA	X								✓		✓					
	CINTURON DE SEGURIDAD	X								✓		✓					
	MANDOS DE OPERACIÓN	X								✓		✓					
	FRENOS	X								✓		✓					
	LLANTAS	X								✓		✓					
	BATERIA	X								✓		✓					
	ENCENDIDO	X								✓		✓					
	SISTEMA DE ATRACCION	X								✓		✓					
	HOROMETRO	X								✓		✓					

C: CUMPLE
NC: NO CUMPLE

Recomendaciones / Observaciones

Visto Bueno Supervisor

Nombre y Firma del Tecnico Operador

CONSORCIO INNOVAPARQUES	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO			CODIGO: FT-SST-087 VERSION: 01 18/01/2024
Pasos Básicos de la Tarea	**Peligros**	**Consecuencias**	**Controles requeridos**	**Cargo Responsable** personal operativo/ administrativo
PODA	Caídas al mismo o a distinto nivel Exposición a condiciones climáticas sobreesfuerzos físicos Corte y golpes por herramientas Uso indebido de herramientas de corte. Contacto con partes móviles de equipos. Exposición a polvo y partículas Exposición a ruido	Lesiones leves a graves, como esguinces, fracturas o traumatismos. Deshidratación, golpes de calor, insolación Dolores musculares, lesiones de espalda, fatiga, trastornos musculo-esqueléticos. Cortes, contusiones, heridas profundas en manos o pies. Problemas respiratorios, irritación ocular, alergias. Pérdida auditiva temporal o permanente, fatiga auditiva.	Capacitación en técnicas de levantamiento y manipulación de cargas Rotación de tareas para evitar posturas prolongadas o repetitivas Pausas activas o descansos regulares durante la jornada. Inspección previa de las herramientas para verificar su buen estado Capacitación en el uso seguro de herramientas manuales y uso correcto de EPP. Suministrar EPP (tapabocas n95, guantes de baqueta, gafas, botas de seguridad, protector auditivo de inserción) Capacitación en el uso de herramientas y manejo seguro.	Operativo
BORDEO	Caídas al mismo o a distinto nivel Exposición a condiciones climáticas sobreesfuerzos físicos Corte y golpes por herramientas Uso indebido de herramientas de corte. Contacto con partes móviles de equipos. Exposición a polvo y partículas Exposición a ruido	Lesiones leves a graves, como esguinces, fracturas o traumatismos, lesiones oculares. Deshidratación, golpes de calor, insolación Dolores musculares, lesiones de espalda, fatiga, trastornos musculo-esqueléticos. Cortes, contusiones, heridas profundas en manos o pies. Problemas respiratorios, irritación ocular, alergias. Pérdida auditiva temporal o permanente, fatiga auditiva.	Capacitación en técnicas de levantamiento y manipulación de cargas Rotación de tareas para evitar posturas prolongadas o repetitivas Pausas activas o descansos regulares durante la jornada. Inspección previa de las herramientas para verificar su buen estado Capacitación en el uso seguro de herramientas manuales y uso correcto de EPP. Suministrar EPP (tapabocas n95, guantes de baqueta, gafas, botas de seguridad, protector auditivo de inserción) Capacitación en el uso de herramientas y manejo seguro.	Operativo
DEMARCACION	Exposición a pinturas o químicos (inhalación, contacto dérmico). Malas posturas o sobreesfuerzo. Derrames accidentales de materiales. Caídas al mismo o a distinto nivel Exposición a condiciones climáticas Sobreesfuerzos físicos Exposición a polvo y partículas Exposición a ruido	Deshidratación, golpes de calor, insolación Dolores musculares, lesiones de espalda, fatiga, trastornos musculo-esqueléticos. Problemas respiratorios, irritación ocular, alergias. Irritación de las vías respiratorias, mareos, cefaleas, alergias respiratorias , Irritación cutánea, dermatitis, irritación ocular o reacciones alérgicas. Pérdida auditiva temporal o permanente, fatiga auditiva. Irritación por contacto en la piel Lesiones leves a graves, como esguinces, fracturas o traumatismos.	Capacitación en técnicas de levantamiento y manipulación de cargas Rotación de tareas para evitar posturas prolongadas o repetitivas Pausas activas o descansos regulares durante la jornada. Inspección previa de las herramientas para verificar su buen estado Capacitación en el uso seguro de herramientas manuales y uso correcto de EPP. Suministrar EPP (tapabocas n95, guantes de baqueta, gafas, botas de seguridad, protector auditivo de inserción) Capacitación de manipulacion de sustancias químicas Ficha técnica y capacitación sobre manejo de sustancias química	Operativo
FUMIGACIÓN	Exposición a pinturas o químicos (inhalación, contacto dérmico). Malas posturas o sobreesfuerzo. Derrames accidentales de materiales. Caídas al mismo o a distinto nivel Exposición a condiciones climáticas Sobreesfuerzos físicos Exposición a polvo y partículas Exposición a ruido Exposición a plaguicidas o productos químicos Inhalación de vapores tóxicos Derrames o salpicaduras	Deshidratación, golpes de calor, insolación Dolores musculares, lesiones de espalda, fatiga, trastornos musculo-esqueléticos. Problemas respiratorios, irritación ocular, alergias. Irritación de las vías respiratorias, mareos, cefaleas, alergias respiratorias , Irritación cutánea, dermatitis, irritación ocular o reacciones alérgicas. Pérdida auditiva temporal o permanente, fatiga auditiva. Irritación por contacto en la piel Lesiones leves a graves, como esguinces, fracturas o traumatismos. Intoxicación, irritación ocular o dérmica. Contaminación ambiental	Capacitación en técnicas de levantamiento y manipulación de cargas Rotación de tareas para evitar posturas prolongadas o repetitivas Pausas activas o descansos regulares durante la jornada. Inspección previa de las herramientas para verificar su buen estado Capacitación en el uso seguro de herramientas manuales y uso correcto de EPP. Suministrar EPP (tapabocas n95, guantes de baqueta, gafas, botas de seguridad, protector auditivo de inserción) Capacitación de manipulacion de sustancias químicas Ficha técnica y capacitación sobre manejo de sustancias química Capacitación sobre el uso seguro de plaguicidas (etiquetado y dosificación). Restricción de acceso al área durante y después de la fumigación. Disposición adecuada de residuos y envases.	Operativo
CEPILLADO	Caídas al mismo o a distinto nivel Exposición a condiciones climáticas sobreesfuerzos físicos Corte y golpes por herramientas Uso indebido de herramientas de corte. Contacto con partes móviles de equipos. Exposición a polvo y partículas Exposición a ruido	Lesiones leves a graves, como esguinces, fracturas o traumatismos, lesiones oculares. Deshidratación, golpes de calor, insolación Dolores musculares, lesiones de espalda, fatiga, trastornos musculo-esqueléticos. Cortes, contusiones, heridas profundas en manos o pies. Problemas respiratorios, irritación ocular, alergias. Pérdida auditiva temporal o permanente, fatiga auditiva.	Capacitación en técnicas de levantamiento y manipulación de cargas Rotación de tareas para evitar posturas prolongadas o repetitivas Pausas activas o descansos regulares durante la jornada. Inspección previa de las herramientas para verificar su buen estado Capacitación en el uso seguro de herramientas manuales y uso correcto de EPP. Suministrar EPP (tapabocas n95, guantes de baqueta, gafas, botas de seguridad, protector auditivo de inserción) Capacitación en el uso de herramientas y manejo seguro.	Operativo
MANTENIMIENTO O REPARACIÓN DE MALLA DE CERRAMIENTO DEPORTIVO	Caídas desde alturas Colapso del andamio Deslizamiento o tropiezos Caída de herramientas o materiales Contacto con estructuras eléctricas cercanas Posturas inadecuadas Falta de uso de elementos de protección personal (EPP) Condiciones climáticas adversas Exposición a polvo y partículas Exposición a ruido	Fracturas, traumatismos o muerte por caídas,Lesiones leves a graves, como esguinces, fracturas o traumatismos. Dolores musculares, lesiones de espalda, fatiga, trastornos musculo-esqueléticos. Problemas respiratorios, irritación ocular, alergias. Irritación de las vías respiratorias, mareos, cefaleas, alergias respiratorias ,Irritación cutánea, dermatitis, irritación ocular o reacciones alérgicas. Pérdida auditiva temporal o permanente, fatiga auditiva. Irritación por contacto en la piel Caída de la estructura del andamio o daño en la malla.	Realizar una evaluación de riesgos antes de iniciar. Asegurarse de que los trabajadores cuenten con certificación en trabajos en alturas. Uso de andamios certificados y revisados antes de su uso. Inspeccion de andamio Inspeccion de Arnés de seguridad con sistema de anclaje. Uso de EPPCasco, guantes, botas antideslizantes y gafas de seguridad. Colocar señales de advertencia y evitar el acceso de personas no autorizadas Suspender trabajos en caso de viento fuerte, lluvia o cualquier condición que afecte la estabilidad. Asegurar que los trabajadores tengan formación vigente en trabajos en alturas. Contar con un permiso de trabajo en alturas y procedimientos claros. Revisar el equipo y los andamios antes y durante el trabajo.	Operativo

CONSORCIO INNOVAPARQUES	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO	CODIGO: FT-SST-087 VERSION: 02' 13/08/2024
NOMBRE DE LA EMPRESA O CONTRATISTA	PROYECTO - ÁREA	FECHA DE ELABORACIÓN
		DESDE: 21/11/2024
ACTIVIDAD A REALIZAR		HASTAS: 29/11/2024
MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE CAMPOS SINTETICOS Y NATURALES		HORA INICO: 7:00 a. m.
		HORA FIN: 4:30 p. m.

Tareas de alto riesgo a realizar	Si X	Trabajo en alturas X		REPARACION DE MALLA CONTRA CHE DE NYLON
	No	Otro	Cual	

HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS Marque con X según corresponda

Cinta Metrica	Pica	Cincel	Palas	Rodillo Manual
Nivel	Asadon	Puntero	Carretillas	Rastrillo
Palas	Palin	Rodillo Manual	Picadora	Escobas
Fumigadora Manual	Titan	Tolva		Dingo
Minicargador	Giro zero	Otra Cual:		

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) Marque con X según corresponda

Casco Dielectrico	Protección auditiva de inserción	Protector respiratorio desechable	Guantes de nitrilo	Guantes de caucho
Barbuquejo	Protección auditiva de Copa	Protector respiratorio con filtro	Guantes de baqueta	Botas punta de acero
Otro	Cual:			

ANALISIS DE TRABAJO COMUNICADO A (Personal involucrado en la tarea)

	NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
1	LOPEZ AYALA BRANDON SEBASTIAN	1233890527							
2	SABOGAL CUERVO DANIEL STEBAN	1031803879							
3	MERCADO BASILIO LUIS GULLIERMO	1007195407	Luis Mercado	Luis Mercado	Luis Mercado	Luis Mercado	Luis Mercado		
4	MUÑOZ MACETO JESUS	1007289162	Jesus M	Jesus M	Jesus M	Jesus M	Jesus M		
5	OVALLE BOLIVAR YEFERSON IVAN	1074414778	Yeferson OV	Yeferson OV	Yeferson OV	Yeferson OV	Yeferson OV		
6	JIMENEZ LASSO WILBER DIOMEDES	5855002	Wilber Diomedes	Wilber Diomedes	Wilber Diomedes	Wilber Diom	Wilber Diom.		
7	LASSO CORTES DAWSON	80763102	David Lasso	David Lasso	David Lasso	David Lasso	David Lasso		
8	VERGARA FERNANDEZ JUAN DAVID	1033745759	Juan David Vergara	Juan David Vergara	Juan David Vergara	Juan David Vergara	Juan David Ver		
9	QUEVEDO LEGUIZAMON JOHN ALEXANDER	1123116491	Jhon Quevedo	Jhon Quevedo	Jhon Quevedo	Jhon Quevedo	Jhon Quevedo		
10	ALVAREZ DAVID ENRIQUE	1047395128	David A.	David A.	David A.	David A.	David A.		
11	BERNAL PALMA GERMIN JOSE	1143251290							
12	DEVIA RODRIGUEZ JONATHAN SEBASTIAN	1012433979	Jhonathan Devia	Jhonathan Devia	Jhonathan Devia	Jhonathan	Jhonathan		
13	ARBOLEDA OROZCO HAROLD FERNANDO	1000336737							
14									
15									
INSPECTOR SST:		1084227732							
OFICIAL / ENCARGADO:		1031803879	Daniel Sabogal	Daniel Sabogal	Daniel Sabogal	Daniel Sabogal	Daniel Sabogal		

4. ANEXO 3
CERTIFICACIONES ALTURAS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE
RIESGOS LABORALES

ARL | sura

HAROLD FERNANDO
ARBOLEDA OROZCO

C.C 1000336737
Nit N901853274
Afiliado DEP
Empresa ALIADOS QP SAS

ARL | sura

Medellín, 25 de November de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000004290 CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1000336737	ARBOLEDA OROZCO HAROLD FERNANDO	26/11/2024		WK206181	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 25/11/2024 12:44:51 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.59.3.30, 198.143.41.26, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

1 de 2

COSMOS SUPPORT SAS
Nit: 9005304667
Dirección: Calle 57 N 18 21
Teléfono: 321 510 9956
Email: info@clinicosmos.com
agendamiento@clinicosmos.com

Información General

No. ingreso	58942,47619	Fecha Impresión	10/05/2024
Fecha Ingreso	10/05/2024	Nombre	HAROLD FERNANDO ARBOLEDA OROZCO
CC	1000336737	Sede	COSMOS SUPPORT
Cargo	COMERCIAL E INSTALADOR	Tipo de examen	EXAMEN INGRESO
Fecha Nacimiento	16/09/2000	Edad	23
Dirección	CALLE 35 SUR # 14C-80	Teléfono	3003259654
Estado Civil	Unión libre	# Hijos	0
Empresa a Laborar	MALLAS DEPORTIVAS GYO	Fecha de salida	10/05/2024
Nombre Acompañante			



Exámenes Complementarios

Examen	Resultado	Examen	Resultado
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR / MÚSCULO ESQUELÉTICO	NORMAL	PERFIL LIPÍDICO	NORMAL
ÉNFASIS EN ALTURAS	NORMAL	GLICEMIA SIMPLE	NORMAL
ÉNFASIS EN ESPACIOS CONFINADOS	NORMAL		
TEST PARA ESPACIOS CONFINADOS	NORMAL		
VISIOMETRIA	NORMAL		
AUDIOMETRÍA	NORMAL		

Certificación de Aptitud

APTO PARA EL CARGO

Concepto de acuerdo al énfasis

ESPACIOS CONFINADOS:	APTO PARA MANEJO Y/O TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS.
ALTURAS:	APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS.
OSTEOMUSCULAR:	SIN RECOMENDACIONES NI RESTRICCIONES.

Recomendaciones Generales

- Control periódico ocupacional
- Hábitos nutricionales saludables
- Utilización de EPP Elementos de Protección personal de acuerdo al cargo Ejercicio regular 3 veces / semana

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

- **OSTEOMUSCULAR:** Pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
- **VISUAL:** Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
- **ALTURAS:** Capacitación y certificación de alturas.
- **AUDITIVO:** Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido y reposo auditivo extralaboral.

Sistema de Vigilancia Epidemiológica

Énfasis en el examen del sistema osteomuscular

En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERÍDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO

Profesional: JEICSON ALEXANDER PULIDO MONCADA
CC: 79893583
Registro médico: 9710/2005

Firma del trabajador: HAROLD FERNANDO ARBOLEDA OROZCO
CC:CC1000336737

123

AUTOMAT
LÍDERES EN TAREAS DE ALTO RIESGO

CERTIFICADO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO
CEA AUTOMAT SAS

NIT. 901.621.509 - 1

Confiere la presente certificación de capacitación y entrenamiento para trabajo en alturas a:

HAROLD FERNANDO ARBOLEDA OROZCO

Identificado con Documento No. CC 1000336737

Quien cursó y aprobó la acción de formación: TRABAJADOR AUTORIZADO

Con una intesidad Horaria de 32 Horas

Realizado en Bogotá entre el (16) del mes de Mayo de 2024 al (19) del mes de Mayo de 2024

En testimonio de lo anterior, se firma en la Cra 59 No. 17 - 71, Bogotá a los (19) dias del mes de Mayo de 2024

ANDREA CORREA VEGA
REPRESENTANTE LEGAL

JORGE ENRIQUE JARAMILLO CALDERON
ENTRENADOR
Licencia 4847 de 08/05/2017

EMPRESA: HAROLD FERNANDO ARBOLEDA OROZCO Nit: 1000336737 R.LEGAL: HAROLD FERNANDO ARBOLEDA OROZCO ARL:

De Conformidad con la Aprobación No. 08SE2023220000000037446, emitida por Ministerio de Trabajo el 25 de Julio de 2023, Certificado de CELAC bajo Norma NTC 6072, Codigo de Acreditación 18 - CPR - 002

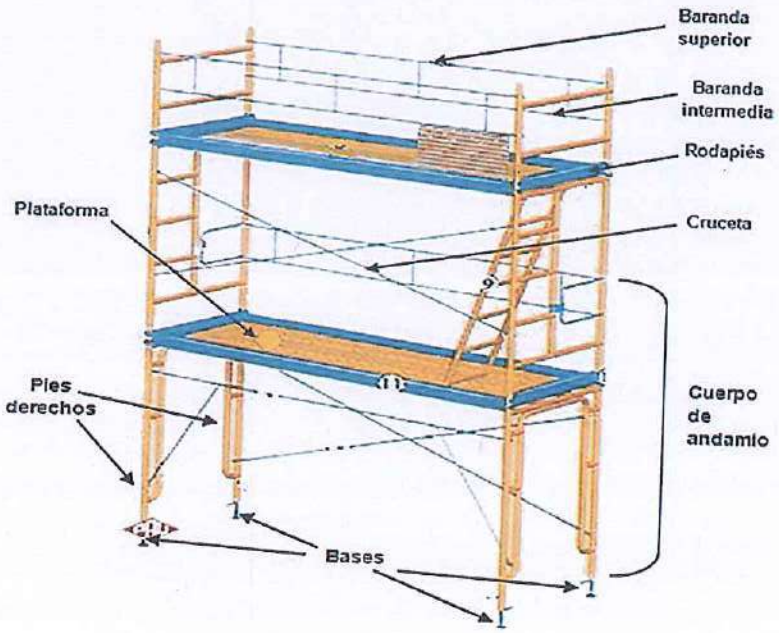
CONSECUTIVO - TA-1238

CONSORCIO INNOVAPARQUES	INSPECCIÓN PRE-USO DE ANDAMIOS	FECHA: 05/12/2017 CODIGO: SG-FMT-011 VERSION: 001

TRABAJO: Mantenimiento de Mallacerramiento FECHA: 29/Nov/2024.
UBICACIÓN: Concha Sutetica Tobern HORA: 7:00 AM.
CONTRATISTA: _____ USUARIO: _____

PARTES A EXAMINAR	ESTADO	OBSERVACIONES
Andamio es metálico y tubular	OK	
Todos los componentes del andamio sin daño	OK	
Bases niveladas, duras y rígidas	OK	
Andamio soporta 4 veces la carga que sostendrá	BR	
Estructura adecuadamente armada y asegurada (los seguros son de fábrica y no improvisados)	OK	
Andamio sujeto a una estructura estable (aplicable para andamios de 3 cuerpos a más)	OK	
No debe tener componentes mezclados de diferentes tipos de andamios	OK	
Plataformas resistentes y completas	OK	
Plataformas aseguradas y sin separaciones (no se deslizan)	OK	
Plataformas de madera se proyectan un mínimo de 30 cm. en cada extremo	OK	
Cuenta con baranda superior	OK	
Cuenta con baranda intermedia	OK	
Cuenta con rodapiés	OK	
CONCLUSIÓN: ANDAMIO APTO PARA SER USADO (SI) / (NO)	**JUSTIFICACIÓN:**	
INPECCIÓN REALIZADA POR: Daniel Saboyá	**FIRMA:**	

LEYENDA (ESTADO):	
√	Correcto
X	Incorrecto
NA	No Aplica



CONSORCIO INNOVAPARQUES	PROCESO DE CALIDAD	CODIGO	TS-AL001
		PAGINA	1
	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS	FECHA	20/10/2024
		VERSION	1

Este permiso debe diligenciarse para toda actividad realizada a una altura superior a 2 mts

FECHA APERTURA DEL PERMISO			PROYECTO:	CONTRATO: MTO CANCHAS
27	11	2024		

TIPO DE TRABAJO A REALIZAR : MANTENIMIENTO DE MALLA ANTI REBOTE DE NYLON	AREA DE TRABAJO: CANCHAS DE FUTBOL	HERRAMIENTA A UTILIZAR: ANDAMIOS- ARNES - LINEA DE VIDA	EMPRESA CONTRATISTA: INGENIERIA CMC SAS

REVISE Y VERIFIQUE EL CUMPLIMIENTO DE ESTAS CONDICIONES PARA LA AUTORIZACIÓN DEL PERMISO		TODO EQUIPO A UTILIZAR EN ALTURAS DEBE TENER FORMATO DE INSPECCIÓN			
REQUERIMIENTOS PARA LA APROBACIÓN DEL PERMISO	SI	SISTEMA DE ACCESO	SI	REQUERIMIENTOS BASICOS	SI
Los trabajadores cuentan con certificado de capacitación para trabajo seguro en alturas vigente	X	Uso de Andamios	X	Andamio certificado MD con barandas de seguridad y escaleras internas	NO
Los trabajadores cuentan con certificado de aptitud médica vigente para laborar en alturas	X	Uso de Plataformas Elevadoras	X	Certificación ONAC y buen estado del equipo	NO
El personal esta Física y psicológicamente apto para el trabajo de alto riesgo (Se diligencia el formato de condiciones de salud FOR-A_CAL-21 diario hasta terminar la labor)	X	Uso de Brazo Hidráulico	NO	Certificación ONAC y buen estado del equipo	NO
Se llevo a cabo el "Análisis de trabajo seguro" de la actividad a desarrollar.	X	Uso de Escaleras tipo Avión	NO	Mecanismos de bloqueo de ruedas, peldaños en buen estado y punto de anclaje en la parte superior	N.A
Se han identificado las rutas o vías de evacuación.	X	Uso de Escalera de Extensión	NO	Zapatas antideslizantes, soga de amarre, seguros, línea de vida vertical certificada y son de fibra de vidrio	N.A
Se han diligenciado la inspección de los EPCC.	X	Uso de Escalera tipo Tijera	NO	Escalera en buen estado, revisión de peldaños, dieléctrica y es obligatorio una persona sosteniendo la escalera desde el nivel inferior.	N.A
Se conoce el procedimiento en caso de accidente, números de emergencia y centros de atención médica	X	Uso de Escaleras tipo Gato	NO	Revisión de peldaños, anclaje para transición horizontal parte superior y barandas de seguridad	SI
Se ha definido la altura en la cual se desarrollará el trabajo	X	Otro:			
Los trabajadores poseen seguridad social vigente EPS ARL	X				

EQUIPOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS	SI/NO/NA	EQUIPOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS	SI/NO/NA	EPP'S EVALUADOS	SI/NO/NA	EPP'S EVALUADOS	SI/NO/NA	MEDIDAS DE PREVENCIÓN	SI/NO/NA
Punto de anclaje predeterminado:	SI	Dispositivo para ascenso/descenso auto bloqueante	SI	Casco con Barbuquejo:	SI	Careta para Soldar:	NO	Ubicación de Barandas	N.A
Arnés de seguridad (Certificado)	SI	Poleas o sistemas de distribución de cargas	SI	Gafas de Seguridad:	SI	Careta con Visor:	NO	Uso de señalización	N.A
Eslinga de posicionamiento:	SI	Líneas de vida Horizontal	SI	Protector Auditivo:	SI	Overol de Trabajo:	NO	Uso de demarcación	N.A
Dispositivo anticaídas retráctil:	N.A	Líneas de vida vertical	SI	Guantes de Seguridad:	SI	Peto y mangas:	NO	Aberturas cubiertas	N.A
Dispositivo anticaídas deslizante: Absorbedor de energía:	N.A	Mallas de Seguridad	N.A	Protección Respiratoria:	N.A	Capucha:	NO	Control de acceso	N.A
Elemento de amarre (TieOFF):	N.A	Mosquetones	N.A	Botas de Seguridad	SI	Otros:		Tarjetas de seguridad	N.A
Línea de rescate:	N.A	Equipos Para Trabajo En Suspensión	N.A					Otros:	
EPP'S en Buen estado:				SI:	X	NO:			

SE REALIZA UNA LISTA DE CHEQUEO DE HERRAMIENTAS AL INICIO DEL TRABAJO	SI	X	NO	
SE REALIZÓ UNA INSPECCIÓN DE CONDICIONES DE PELIGROS EN EL AREA DE TRABAJO :	SI	X	NO	

INSTRUCCIONES DE TRABAJO DADAS POR SST, LAS CUALES DEBEN TENERSE EN CUENTA EN TODO MOMENTO PARA QUE EL PERMISO SEA VALIDO	REQUERIMIENTO CLARIDAD	CANCELACIÓN DEL PERMISO
1. Usar permanente el arnés de seguridad anclado a 2 puntos fijos de la estructura, con eslinga, no sujetarse de tuberías 2. Permanecer siempre anclados en ascensos y descensos 3. Mantener señalizada o balizada el área de trabajo 4 Siempre debe de permanecer un vigía competente a nivel de piso 5. Usar siempre el casco de seguridad en el área balizada. Uso permanente de los EPP´S requeridos 6. Inspeccionar siempre el área antes y después de realizar el trabajo en alturas	Los siguientes cálculos se deben llevar a cabo para evaluar la distancia de caída y verificar que en caso de una caída el colaborador no se golpeará con obstáculos, el piso o un nivel inferior. Diligencie los siguientes parámetros en metros. El resultado de esta medición debe ser menor a la distancia en la cual se esta desarrollando la labor, de lo contrario se deberán analizar medidas de control para dar cumplimiento al requerimiento de claridad	El incumplimiento de alguna de las normas por parte de los trabajadores involucrados en el presente permiso genera las siguientes consecuencias: 1. Se suspende de inmediato la vigencia del permiso 2. El trabajador no podrá seguir realizando el trabajo en altura 3. De acuerdo al riesgo que presente, se puede retirar a el trabajador de sus labores 4. Su reincidencia implica suspender la orden de compra para empresas contratistas.

# de puntos de anclaje disponibles/ accesibles:		REQUERIMIENTO DE CLARIDAD PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS (Distancia f)		Indique distancia mínima de punto de anclaje seguro
SEÑALE EL FACTOR A TRABAJAR		Factor cero (0): Altura del colaborador: 1.80 + longitud de conector 2M + longitud de absorbedor_____+ factor de seguridad: 0.6 m = _____m	NOTA: De acuerdo a la sumatoria en metros del factor de anclaje usado, establezca la altura mínima de anclaje seguro para evitar golpes en caso de caídas contra el piso.	50cm.
		Factor uno (1): 1.20 M + Altura del colaborador_____+ longitud absorbedor_____ + factor de seguridad: 0.6 m = _____m	RECUERDE QUE TODO TRABAJO TERMINA HASTA DEJAR EL ÁREA LIMPIA.	
		Factor dos (2): 1.50 m + Altura del colaborador:_____+ longitud del absorbedor_____ + factor de seguridad: 0.6 m = _____m	¿El área de trabajo quedó limpia después de la labor?	X NO

APLICAR SIEMPRE LAS SIGUIENTES BUENAS PRACTICAS DE SEGURIDAD	CIERRE DEL PERMISO	RIESGOS ADICIONALES
1. Recomendaciones del área de SST 2. Compromiso a cero accidentes 3. Orden y aseo 4. Rompe el silencio 5. Reporte de condiciones inseguras	Se verificaron las condiciones de seguridad por parte de SST y se da el cierre del permiso Hora: Firma Coordinador: Fecha: 27/11/24	A que distancia se encuentran: _____m, en caso de contar con redes cercanas, consulte distancias de RETIE, genere ATS, plan y bloqueo de energías peligrosas en caso de ser necesario. Existen líneas energizadas cerca al trabajo en alturas:

OBSERVACIONES:

5. AENXO 4
INSPECCIÓN DE EXTINTORES



SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD PARA EL TRABAJO							CONSORCIO INNOVAPARQUES
FORMATO N. FT-SST-069							FECHA: 01/10/2024
FOTMATO DE INSPECCIÓN DE EXTINTORES							VERSIÓN: 01
FECHA DE LA INSPECCIÓN			21 de Noviembre de 2024				
ÁREA INSPECCIONADA			MOVILES DE MANTENIMIENTO				
NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN			Daniel Steban Sabogal				
DESCRIPCIÓN	EXTINTOR N.1		EXTINTOR N.2		EXTINTOR N.3		OBSERVACIÓN
	CN/C/NA	CLASE: abc	CN/C/NA	CLASE: abc	CN/C/NA	CLASE: abc	
	Marque con una X según corresponda						
El extintor está ubicado en el lugrar preestablecido	✓		✓		✓		
El extintor no presenta obstáculos para su acceso	✓		✓		✓		
El extintor está completamente cargado y operable	✓		✓		✓		
Las calcomanías y las placas de instrucción están legibles y en el frente del extintor (Tipo/Fecha)	✓		✓		✓		
El extintor tiene el sello de seguridad	✓		✓		✓		
El extintor tienen el pasador o pin de seguridad	✓		✓		✓		
La pintura del cilindro está en buen estado	✓		✓		✓		
El cilindro está en buen estado, sin oxidación, roturas, abolladuras, golpes o deformaciones	✓		✓		✓		
La Corneta en los extintores de CO_2 no presenta fisuras, cristalización y defectos en acoples	✓		✓		✓		
La válvula no presenta oxidación, daños en la manija, deformaciones que impidan su funcionamiento	✓		✓		✓		
La lectura de presión está dentro del rango operable	✓		✓		✓		
Fecha de vencimiento	04/04/2025.		03/2025.		04/2025		
NC: No cumple C: Cumple NA: No aplica							
FIRMA DEL RESPONSABLE QUE REALIZA LA INSPECCIÓN							
CARGO							INSPECTOR

8284

6. ANEXO 5
REGISTRO DE CHARLAS

CONSORCIO INNOVAPARQUES	Sistema de Gestión de la Seguridad Y Salud en el Trabajo	
	FORMATO: FT-SST-014	
FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA	Fecha: ENERO 18 DE 2024	
	Versión: 001	
	Pagina 1 de 1	

Ciudad	Lugar	DD	MM	AA
BOGOTA	PARQUES BOGOTA	21	11	2024

ACTIVIDAD REALIZADA		TEMAS TRATADOS
Inducción - Reinducción		SEPARACION EN LA FUENTE
Charla de seguridad		
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo		
Seminario / Taller / Curso		
Capacitación y Entrenamiento en SST		
Capacitación especifica al cargo		
Otra	X	

No	Nombre del Trabajador	Cèdula de Ciudadanía	Cargo	Firma
1	LOPEZ AYALA BRANDON SEBASTIAN	1233890527	ING RESIDENTE	
2	SABOGAL CUERVO DANIEL STEBAN	1031803879	INSPECTOR	
3	MERCADO BASILIO LUIS GULLIERMO	1007195407	OPERARIO	Luis Mercado
4	MUÑOZ MACETO JESUS	1007289162	OPERARIO	Jesus M.
5	OVALLE BOLIVAR YEFERSON IVAN	1074414778	OPERARIO	Yeferson O.
6	JIMENEZ LASSO WILBER DIOMEDES	5855002	CONDUCTOR	Wilber Diomedes Jimenez.
7	LASSO CORTES DAWSON	80763102	CONDUCTOR	
8	VERGARA FERNANDEZ JUAN DAVID	1033745759	OPERARIO	Juan David Vergara
9	QUEVEDO LEGUIZAMON JOHN ALEXANDER	1123116491	OPERARIO	John Quevedo
10	ALVAREZ DAVID ENRIQUE	1074395128	OPERARIO	David. Alvarez
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Observaciones:

Persona responsable de la actividad

Nombre:	Firma
ANDREA LOPEZ.	

CONSORCIO INNOVAPARQUES	Sistema de Gestión de la Seguridad Y Salud en el Trabajo
	FORMATO: FT-SST-014

FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA	Fecha: ENERO 18 DE 2024
	Versión: 001
	Pagina 1 de 1

Ciudad	Lugar	DD	MM	AA
BOGOTA	PARQUES BOGOTA	29	11	2024

ACTIVIDAD REALIZADA		TEMAS TRATADOS
Inducción - Reinducción		Pausas Activas
Charla de seguridad	X	
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo		
Seminario / Taller / Curso		
Capacitación y Entrenamiento en SST		
Capacitación especifica al cargo		
Otra		

No	Nombre del Trabajador	Cèdula de Ciudadanía	Cargo	Firma
1	LOPEZ AYALA BRANDON SEBASTIAN	1233890527	ING RESIDENTE	
2	SABOGAL CUERVO DANIEL STEBAN	1031803879	INSPECTOR	
3	MERCADO BASILIO LUIS GULLIERMO	1007195407	OPERARIO	Luis Mercado
4	MUÑOZ MACETO JESUS	1007289162	OPERARIO	JESUS M.
5	OVALLE BOLIVAR YEFERSON IVAN	1074414778	OPERARIO	Yeferson OV.
6	JIMENEZ LASSO WILBER DIOMEDES	5855002	CONDUCTOR	Wilber Diomedes
7	LASSO CORTES DAWSON	80763102	CONDUCTOR	Dawson Lasso
8	VERGARA FERNANDEZ JUAN DAVID	1033745759	OPERARIO	Juan David Vergara.
9	QUEVEDO LEGUIZAMON JOHN ALEXANDER	1123116491	OPERARIO	Jhon Quevedo
10	ALVAREZ DAVID ENRIQUE	1074395128	OPERARIO	David Alvarez.
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Observaciones:

Persona responsable de la actividad

Nombre:	Firma
Angela Lopez	

CONSORCIO INNOVAPARQUES	Sistema de Gestión de la Seguridad Y Salud en el Trabajo	
	FORMATO: FT-SST-014	
FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA	Fecha: ENERO 18 DE 2024	
	Versión: 001	
	Pagina 1 de 1	

Ciudad	Lugar	DD	MM	AA
BOGOTA	PARQUES BOGOTA	28	11	2024

ACTIVIDAD REALIZADA		TEMAS TRATADOS
Inducción - Reinducción		Lavado adecuado de manos
Charla de seguridad	X	
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo		
Seminario / Taller / Curso		
Capacitación y Entrenamiento en SST		
Capacitación especifica al cargo		
Otra		

No	Nombre del Trabajador	Cèdula de Ciudadanía	Cargo	Firma
1	LOPEZ AYALA BRANDON SEBASTIAN	1233890527	ING RESIDENTE	
2	SABOGAL CUERVO DANIEL STEBAN	1031803879	INSPECTOR	
3	MERCADO BASILIO LUIS GULLIERMO	1007195407	OPERARIO	
4	MUÑOZ MACETO JESUS	1007289162	OPERARIO	
5	OVALLE BOLIVAR YEFERSON IVAN	1074414778	OPERARIO	
6	JIMENEZ LASSO WILBER DIOMEDES	5855002	CONDUCTOR	
7	LASSO CORTES DAWSON	80763102	CONDUCTOR	
8	VERGARA FERNANDEZ JUAN DAVID	1033745759	OPERARIO	
9	QUEVEDO LEGUIZAMON JOHN ALEXANDER	1123116491	OPERARIO	
10	ALVAREZ DAVID ENRIQUE	1074395128	OPERARIO	
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Observaciones:

Persona responsable de la actividad

Nombre:	Firma
ANDREA LOPEZ	

CONSORCIO INNOVAPARQUES	Sistema de Gestión de la Seguridad Y Salud en el Trabajo	
	FORMATO: FT-SST-014	
FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA	Fecha: ENERO 18 DE 2024	
	Versión: 001	
	Pagina 1 de 1	

Ciudad	Lugar	DD	MM	AA
BOGOTA	PARQUES BOGOTA	27	11	2024

ACTIVIDAD REALIZADA		TEMAS TRATADOS
Inducción - Reinducción		Importancia inspección pre operacional de equipos y herramientas
Charla de seguridad	X	
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo		
Seminario / Taller / Curso		
Capacitación y Entrenamiento en SST		
Capacitación especifica al cargo		
Otra		

No	Nombre del Trabajador	Cèdula de Ciudadanía	Cargo	Firma
1	LOPEZ AYALA BRANDON SEBASTIAN	1233890527	ING RESIDENTE	
2	SABOGAL CUERVO DANIEL STEBAN	1031803879	INSPECTOR	
3	MERCADO BASILIO LUIS GULLIERMO	1007195407	OPERARIO	
4	MUÑOZ MACETO JESUS	1007289162	OPERARIO	
5	OVALLE BOLIVAR YEFERSON IVAN	1074414778	OPERARIO	
6	JIMENEZ LASSO WILBER DIOMEDES	5855002	CONDUCTOR	
7	LASSO CORTES DAWSON	80763102	CONDUCTOR	
8	VERGARA FERNANDEZ JUAN DAVID	1033745759	OPERARIO	
9	QUEVEDO LEGUIZAMON JOHN ALEXANDER	1123116491	OPERARIO	
10	ALVAREZ DAVID ENRIQUE	1074395128	OPERARIO	
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Observaciones:

Persona responsable de la actividad

Nombre: ANDREA LOPEZ	Firma

CONSORCIO INNOVAPARQUES	Sistema de Gestión de la Seguridad Y Salud en el Trabajo
	FORMATO: FT-SST-014

FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA	Fecha: ENERO 18 DE 2024
	Versión: 001
	Pagina 1 de 1

Ciudad	Lugar	DD	MM	AA
BOGOTA	PARQUES BOGOTA	26	11	2024

ACTIVIDAD REALIZADA		TEMAS TRATADOS
Inducción - Reinducción		RIESGO PUBLICO
Charla de seguridad	X	
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo		
Seminario / Taller / Curso		
Capacitación y Entrenamiento en SST		
Capacitación especifica al cargo		
Otra		

No	Nombre del Trabajador	Cèdula de Ciudadanía	Cargo	Firma
1	LOPEZ AYALA BRANDON SEBASTIAN	1233890527	ING RESIDENTE	
2	SABOGAL CUERVO DANIEL STEBAN	1031803879	INSPECTOR	
3	MERCADO BASILIO LUIS GULLIERMO	1007195407	OPERARIO	
4	MUÑOZ MACETO JESUS	1007289162	OPERARIO	
5	OVALLE BOLIVAR YEFERSON IVAN	1074414778	OPERARIO	
6	JIMENEZ LASSO WILBER DIOMEDES	5855002	CONDUCTOR	
7	LASSO CORTES DAWSON	80763102	CONDUCTOR	
8	VERGARA FERNANDEZ JUAN DAVID	1033745759	OPERARIO	
9	QUEVEDO LEGUIZAMON JOHN ALEXANDER	1123116491	OPERARIO	
10	ALVAREZ DAVID ENRIQUE	1074395128	OPERARIO	
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Observaciones:

Persona responsable de la actividad

Nombre: ANDREA LOPEZ	Firma

CONSORCIO INNOVAPARQUES	Sistema de Gestión de la Seguridad Y Salud en el Trabajo
	FORMATO: FT-SST-014

FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA	Fecha: ENERO 18 DE 2024
	Versión: 001
	Pagina 1 de 1

Ciudad	Lugar	DD	MM	AA
BOGOTA	PARQUES BOGOTA	25	11	2024

ACTIVIDAD REALIZADA		TEMAS TRATADOS
Inducción - Reinducción		USO ADECUADO DE EPPS
Charla de seguridad	X	
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo		
Seminario / Taller / Curso		
Capacitación y Entrenamiento en SST		
Capacitación especifica al cargo		
Otra		

No	Nombre del Trabajador	Cèdula de Ciudadanía	Cargo	Firma
1	LOPEZ AYALA BRANDON SEBASTIAN	1233890527	ING RESIDENTE	
2	SABOGAL CUERVO DANIEL STEBAN	1031803879	INSPECTOR	
3	MERCADO BASILIO LUIS GULLIERMO	1007195407	OPERARIO	Luis Mercado
4	MUÑOZ MACETO JESUS	1007289162	OPERARIO	Jesus M.
5	OVALLE BOLIVAR YEFERSON IVAN	1074414778	OPERARIO	Yeferson Ov.
6	JIMENEZ LASSO WILBER DIOMEDES	5855002	CONDUCTOR	Wilber Diomedes Jimenez
7	LASSO CORTES DAWSON	80763102	CONDUCTOR	Dawson Lasso
8	VERGARA FERNANDEZ JUAN DAVID	1033745759	OPERARIO	Juan David Vergara
9	QUEVEDO LEGUIZAMON JOHN ALEXANDER	1123116491	OPERARIO	Jhon Quevedo
10	ALVAREZ DAVID ENRIQUE	1074395128	OPERARIO	David Alvarez
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Observaciones:

Persona responsable de la actividad

Nombre:	Firma
Andrea Lopez	

CONSORCIO INNOVAPARQUES	Sistema de Gestión de la Seguridad Y Salud en el Trabajo
	FORMATO: FT-SST-014

FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA	Fecha: ENERO 18 DE 2024
	Versión: 001
	Pagina 1 de 1

Ciudad	Lugar	DD	MM	AA
BOGOTA	PARQUES BOGOTA	23	11	2024

ACTIVIDAD REALIZADA		TEMAS TRATADOS
Inducción - Reinducción		ORDEN Y ASEO
Charla de seguridad	X	
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo		
Seminario / Taller / Curso		
Capacitación y Entrenamiento en SST		
Capacitación especifica al cargo		
Otra		

No	Nombre del Trabajador	Cèdula de Ciudadanía	Cargo	Firma
1	LOPEZ AYALA BRANDON SEBASTIAN	1233890527	ING RESIDENTE	
2	SABOGAL CUERVO DANIEL STEBAN	1031803879	INSPECTOR	
3	MERCADO BASILIO LUIS GULLIERMO	1007195407	OPERARIO	Luis Mercado.
4	MUÑOZ MACETO JESUS	1007289162	OPERARIO	Jesus M.
5	OVALLE BOLIVAR YEFERSON IVAN	1074414778	OPERARIO	Yeferson OV.
6	JIMENEZ LASSO WILBER DIOMEDES	5855002	CONDUCTOR	
7	LASSO CORTES DAWSON	80763102	CONDUCTOR	
8	VERGARA FERNANDEZ JUAN DAVID	1033745759	OPERARIO	
9	QUEVEDO LEGUIZAMON JOHN ALEXANDER	1123116491	OPERARIO	
10	ALVAREZ DAVID ENRIQUE	1074395128	OPERARIO	
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Observaciones:

Persona responsable de la actividad	
Nombre: ANDREA LOPEZ	Firma

CONSORCIO INNOVAPARQUES	Sistema de Gestión de la Seguridad Y Salud en el Trabajo
	FORMATO: FT-SST-014

FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA	Fecha: ENERO 18 DE 2024
	Versión: 001
	Pagina 1 de 1

Ciudad	Lugar	DD	MM	AA
BOGOTA	PARQUES BOGOTA	22	11	2024

ACTIVIDAD REALIZADA		TEMAS TRATADOS
Inducción - Reinducción		QUE HACER EN CASO DE EMERGENCIA
Charla de seguridad	X	
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo		
Seminario / Taller / Curso		
Capacitación y Entrenamiento en SST		
Capacitación especifica al cargo		
Otra		

No	Nombre del Trabajador	Cèdula de Ciudadanía	Cargo	Firma
1	LOPEZ AYALA BRANDON SEBASTIAN	1233890527	ING RESIDENTE	
2	SABOGAL CUERVO DANIEL STEBAN	1031803879	INSPECTOR	
3	MERCADO BASILIO LUIS GULLIERMO	1007195407	OPERARIO	
4	MUÑOZ MACETO JESUS	1007289162	OPERARIO	
5	OVALLE BOLIVAR YEFERSON IVAN	1074414778	OPERARIO	
6	JIMENEZ LASSO WILBER DIOMEDES	5855002	CONDUCTOR	
7	LASSO CORTES DAWSON	80763102	CONDUCTOR	
8	VERGARA FERNANDEZ JUAN DAVID	1033745759	OPERARIO	
9	QUEVEDO LEGUIZAMON JOHN ALEXANDER	1123116491	OPERARIO	
10	ALVAREZ DAVID ENRIQUE	1074395128	OPERARIO	
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Observaciones:

Persona responsable de la actividad

Nombre: ANDREA LOPEZ	Firma

CONSORCIO INNOVAPARQUES	Sistema de Gestión de la Seguridad Y Salud en el Trabajo
	FORMATO: FT-SST-014

FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA	Fecha: ENERO 18 DE 2024
	Versión: 001
	Pagina 1 de 1

Ciudad	Lugar	DD	MM	AA
BOGOTA	PARQUES BOGOTA	21	11	2024

ACTIVIDAD REALIZADA		TEMAS TRATADOS
Inducción - Reinducción		Divulgación de políticas
Charla de seguridad		
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo	X	
Seminario / Taller / Curso		
Capacitación y Entrenamiento en SST		
Capacitación especifica al cargo		
Otra		

No	Nombre del Trabajador	Cèdula de Ciudadanía	Cargo	Firma
1	LOPEZ AYALA BRANDON SEBASTIAN	1233890527	ING RESIDENTE	
2	SABOGAL CUERVO DANIEL STEBAN	1031803879	INSPECTOR	
3	MERCADO BASILIO LUIS GULLIERMO	1007195407	OPERARIO	Luis Mercado.
4	MUÑOZ MACETO JESUS	1007289162	OPERARIO	Jesus M.
5	OVALLE BOLIVAR YEFERSON IVAN	1074414778	OPERARIO	Yeferson Ov.
6	JIMENEZ LASSO WILBER DIOMEDES	5855002	CONDUCTOR	
7	LASSO CORTES DAWSON	80763102	CONDUCTOR	
8	VERGARA FERNANDEZ JUAN DAVID	1033745759	OPERARIO	
9	QUEVEDO LEGUIZAMON JOHN ALEXANDER	1123116491	OPERARIO	JHON QUEVEDO.
10	ALVAREZ DAVID ENRIQUE	1074395128	OPERARIO	David. Alvarez.
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Observaciones:

Persona responsable de la actividad	
Nombre: ANDREA LOPEZ	Firma

7. ANEXO 6
CONSTANCIA DE ACCIDENTALIDAD

ARL | sura

Medellín, 29 de noviembre de 2024

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. - ARL SURA S.A.

HACE CONSTAR

Que la empresa INGENIERIA CMC SAS, NIT N901087132, no presenta accidentes de trabajo desde el 21 de noviembre de 2024 hasta el 29 de noviembre de 2024.

La presente constancia se expide a solicitud de la empresa.

Para información adicional puede comunicarse con nuestra Línea de Atención 018000 51

Atentamente,

Dirección de Higiene, Seguridad y Ambiente

Dirección IP: 190.146.116.9, 198.143.41.28, 172.16.42.57.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

140

INFORME TÉCNICO No. 1

CORTE: 20 DE NOVIEMBRE AL 30 DE NOVIEMBRE DEL 2024

INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACIÓN Y DEPORTE

IDRD

CONTRATAR POR MEDIO DEL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS Y A MONTO AGOTABLE EL MANTEINIMIENTO, ADECUACIÓN, REPARACIÓN Y RECUPERACIÓN DE PARQUES Y CAMPOS DEPORTIVOS ADIMINSTRADOS POR EL IDRD – GRUPO 1. "MANTENIMIENTO CORRECTIVO, PREVENTIVO Y RUTINARIO DE LAS CANCHAS DEPORTIVAS EN GRAMA NATURAL, ARENA Y SINTÉTICAS"

CONTRATISTA: CONSORCIO INNOVAPARQUES

INTERVENTORIA: CONSORCIO SANTA TERESA 28

SUPERVISOR: INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACIÓN Y DEPORTE – IDRD

CONSORCIO INNOVAPARQUES

VERSIÓN 0

BOGOTÁ D.C., NOVIEMBRE DE 2024

CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio
0	30-11-24	Emisión del documento

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Camilo A Rojas Z		
CAMILO ANDRÉS ROJAS ZAPATA **Residente de obra**	**EDWIN JAVIER LINARES GARCIA** **Director de obra**	**OSCAR RENAN VELASQUÉZ VIGOYA** **Representante legal**

142

CONTENIDO

1. Introducción..... 4
2. Generalidades..... 4
2.1. Objetivos generales..... 4
2.2. Objetivos específicos..... 4
2.3. Localización e información general del proyecto..... 5
2.4. Alcance especifico de parques objeto de intervención..... 6
2.4.1. Lista de campos deportivos en grama sintética..... 6
2.4.2. Lista de campos deportivos en grama natural y arena..... 7
3. Aspectos técnicos y generales..... 11
3.1. Condiciones iniciales alcance del contrato..... 11
3.2. Condiciones contractuales vigentes del contrato..... 11
3.3. Forma de pago del contrato..... 12
3.4. Estado de pólizas contrato de obra..... 12
3.4.1. Garantía de acuerdo con el contrato..... 12
3.5. Personal administrativo y/ operativo requerido para la ejecución de obra..... 13
3.6. Manejo de almacén y materiales de obra..... 13
3.7. Manejo de equipo y maquinaria de obra 13
3.8. Condiciones climáticas..... 14
3.9. Parques intervenidos y ejecutados..... 14
3.10. Eventualidades de orden presupuestal del contrato..... 16
4. Informe financiero del contrato..... 16
4.1. Estado del contrato..... 16
4.2. Avance del contrato presupuestalmente..... 17
4.2.1. Campos deportivos en grama natural..... 17
4.2.2. Campos deportivos en grama sintética..... 17
4.2.3. Mantenimiento correctivo campo deportivo Toberín..... 20
4.3. Avance del proyecto en etapa de ejecución de obra..... 20
5. Gestión Social..... 21

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Mapa de Bogotá distribuido por localidades..... 5
Figura 2. Gráfica representativa precipitaciones ciudad de Bogotá..... 15

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Listado de campos deportivos en grama natural a intervenir..... 7
Tabla 2. Listado de campos deportivos en grama sintética a intervenir..... 11
Tabla 3. Información general del contrato..... 11
Tabla 4. Póliza de seguro de responsabilidad civil extracontractual..... 12
Tabla 5. Póliza de seguro de cumplimiento entidad estatal..... 13
Tabla 6. Listado de personal requerido aprobado..... 13
Tabla 7. Listado de equipos utilizados..... 14
Tabla 8. Listado de campos deportivos y actividades desarrolladas..... 16
Tabla 9. Estado financiero del contrato..... 16
Tabla 10. Resumen actividades y avance financiero campos deportivos grama n 17
Tabla 11. Resumen actividades y avance financiero campos deportivos grama s 19
Tabla 12. Resumen actividades y avance financiero campo deportivo Toberín.... 20
Tabla 13. Registro fotográfico mantenimientos rutinarios..... 21
Tabla 14. Registro fotográfico mantenimientos correctivos..... 25

1. INTRODUCCIÓN

El **INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACIÓN Y DEPORTE – IDRD**, como entidad contratante, tiene como objetivo principal con este contrato adjudicado al **CONSORCIO INNOVAPARQUES** fomentar las actividades recreativas en los parques zonales, vecinales y metropolitanos. Asimismo, busca garantizar la seguridad y protección necesarias para prevenir accidentes, mediante labores de mantenimiento, adecuación y mejoramiento integral, tanto preventivo como correctivo, de los campos deportivos con superficies de grama sintética y natural.

2. GENERALIDADES

2.1. OBJETIVOS GENERALES

El objetivo del presente contrato es la **"CONTRATAR MEDIANTE EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS Y A MONTO AGOTABLE, EL MANTENIMIENTO, ADECUACIÓN, REPARACIÓN Y RECUPERACIÓN DE PARQUES Y CAMPOS DEPORTIVOS ADMINISTRADOS POR EL IDRD – GRUPO 1. MANTENIMIENTO CORRECTIVO, PREVENTIVO Y RUTINARIO DE LAS CANCHAS DEPORTIVAS EN GRAMA NATURAL, ARENA Y SINTÉTICAS".**

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

El presente informe resume las actividades desarrolladas en el periodo comprendido del **20 de noviembre al 30 de noviembre del 2024** correspondientes al **Contrato de obra 4041 de 2024,** suscrito entre el **INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACIÓN Y DEPORTE – IDRD** y el **CONSORCIO INNOVAPARQUES.**

Las actividades del mantenimiento, adecuación y mejoramiento integral, preventivo y correctivo de los campos deportivos en gramas naturales, arena y sintéticas de los parques priorizados por la entidad contratante IDRD corresponderán de acuerdo al alcance de cada uno de ellos será:

- Aplicación de insecticidas
- Demarcación de cancha con talco o vinilo tipo No. 2
- Aireación y Top Dressing
- Caucho granulado y grama sintética
- Cepillado de campo sintético

2.3. LOCALIZACIÓN E INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO

Las canchas deportivas en grama natural que se intervendrán se encuentran en los diferentes parques que componen el sistema distrital de parques de la ciudad

de Bogotá. Los campos deportivos a intervenir por parte de contratante se ubican en las siguientes localidades:

- Antonio Nariño
- Barrios unidos
- Bosa
- Chapinero
- Ciudad Bolívar
- Engativá
- Fontibón
- Kennedy
- Mártires
- Puente Aranda
- Rafael Uribe
- San Cristóbal
- Santa Fé
- Suba
- Tunjuelito
- Usaquén

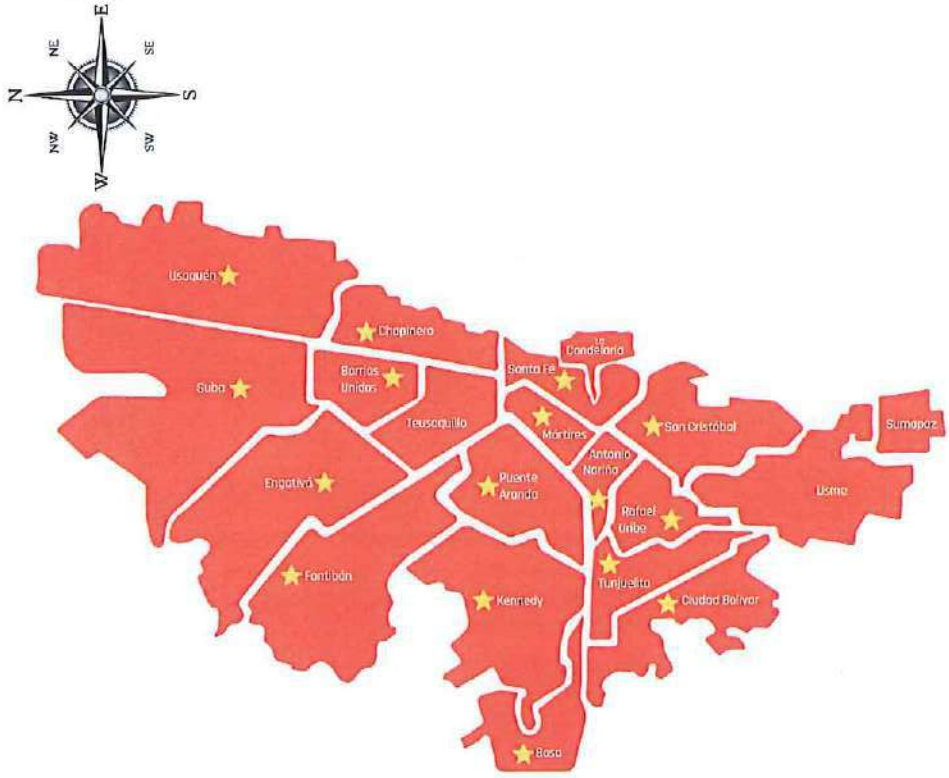


Figura 1. Mapa de Bogotá distribuido por localidades

145

2.4. ALCANCE ESPECÍFICO DE PARQUES OBJETO DE INTERVENCIÓN

2.4.1. Lista de Campos Deportivos en Grama Sintética

A continuación, se presenta la lista de parques priorizados por la entidad contratante – IDRD de conformidad a pliegos de condiciones Anexo Ficha Técnica

LISTADO DE PARQUES EN GRAMA NATURAL Y ARENAS			
ITEM	PARQUE	LOCALIDAD	DIRECCIÓN
1	Tunal Estadio	Tunjuelito	Cra 24 A Cll 4B Sur Av. Boyacá
2	Tunal Softbol	Tunjuelito	Cra 24 A Cll 4B Sur Av. Boyacá
3	Nuevo Muzú	Tunjuelito	Carrera 59 Diagonal 52 B Sur
4	Timiza Estadio	Kennedy	Carrera 72 P Calle 40 Sur
5	Marsella Sector Norte I Etapa	Kennedy	Carrera 69 Calle 8
6	Rincón de los Ángeles	Kennedy	Cra. 78 #6f-91
7	Estadio Atahualpa	Fontibón	Carrera 113 Calle 23B
8	Atahualpa I predio El Cajón	Fontibón	Carrera 114A Calle 22I
9	PRD Estadio	Barrios Unidos	Transversal 48N°63-65
10	PRD Alterna 3	Barrios Unidos	Transversal 48N°63-65
11	PRD 3 de Playa - eventos	Barrios Unidos	Transversal 48N°63-65
12	Complejo acuático 1,2,3 Playa	Barrios Unidos	Calle 63 con Av. 68
13	Tabora	Engativá	Carrera 76 Calle 74
14	La Serena	Engativá	Av. Carrera 86 Calle 90 A
15	UDS Beisbol	Engativá	Av. Calle 63 con Av. Carrera 68
16	UDS Atletismo	Engativá	Av. Calle 63 con Av. Carrera 68
17	UDS Atletismo – marte	Engativá	Av. Calle 63 con Av. Carrera 68
18	UDS Softbol	Engativá	Av. Calle 63 con Av. Carrera 68
19	UDS Voleibol	Engativá	Av. Calle 63 con Av. Carrera 68
20	Juan Amarillo	Engativá	Carrera 111 A Calle 90
21	La Florida 1	Engativá	Cl 78 C y canal Maranta con entre el Río Juan Amarillo
22	La Florida 2	Engativá	Cl 78 C y canal Maranta con entre el Río Juan Amarillo
23	La Florida 3	Engativá	Cl 78 C y canal Maranta con entre el Río Juan Amarillo
24	La Florida 4	Engativá	Cl 78 C y canal Maranta con entre el Río Juan Amarillo
25	La Florida 5	Engativá	Cl 78 C y canal Maranta con entre el Río Juan Amarillo
26	La Florida 6	Engativá	Cl 78 C y canal Maranta con entre el Río Juan Amarillo
27	La Florida 7	Engativá	Cl 78 C y canal Maranta con entre el Río Juan Amarillo
28	La Florida 8	Engativá	Cl 78 C y canal Maranta con entre el Río Juan Amarillo
29	La Florida 9	Engativá	Cl 78 C y canal Maranta con entre el Río Juan Amarillo
30	La Florida Maracaná 1	Engativá	Cl 78 C y canal Maranta con entre el Río Juan Amarillo
31	La Florida Maracaná 2	Engativá	Cl 78 C y canal Maranta con entre el Río Juan Amarillo
32	Los Ángeles	Engativá	Carrera 99 B Calle 70
33	San Cristóbal Estadio	San Cristóbal	Calle 13 sur N.º 2- 50 este
34	Country Club	Usaquén	Carrera 12 Calle 127 A

14 6

35	Parque Nacional Enrique Olaya Herrera	Santa Fe	Carrera 7 Calle 36
36	Ciudad Montes	Puente Aranda	Calle 10 sur N°39 - 29
37	Ciudad Montes Softbol	Puente Aranda	Calle 10 sur N°39 - 29
38	Ciudad Montes 2 de playa	Puente Aranda	Calle 10 sur N°39 - 29
39	La Alquería	Puente Aranda	Carrera 52 B Calle 42 b sur
40	Milenta Tejar	Puente Aranda	Carrera 52 B Calle 20 sur
41	Bochica	Puente Aranda	Carrera 37 Calle 1 H
42	La Gaitana	Suba	Carrera 125 B Calle 131 A
43	Parque del Río-San José de Maryland	Bosa	Calle 79 C S y Calle 74 C S entre Cra.87 B y Río Tunjuelito
44	Autopista Sur (Pavco)	Bosa	Av. Calle 57 R S y Calle 57 K S con entre Cra.72 A y Av. Cra.71 B
45	Plaza de Toros la Santamaria	Santa Fe	Carrera 6 No. 26 B - 50

Tabla 1. Listado de campos deportivos en grama natural a intervenir

LISTADO DE PARQUES EN GRAMA SINTÉTICA			
ITEM	**PARQUE**	**LOCALIDAD**	**DIRECCIÓN**
1	Servitá f11	Usaquén	Carrera 7H Calle 165
2	Servitá f5	Usaquén	Carrera 7H Calle 165
3	Cedritos	Usaquén	Carrera 9 Calle 145
4	Toberín	Usaquén	Calle 164 Carrera 16 C
5	Estrella norte	Usaquén	Calle 160 Carrera 19 B
6	Verbenal	Usaquén	Calle 187 Transversal 18 B
7	Urb. Calle 170 / Alameda	Usaquén	Carrera 17 Calle 175
8	La Cabrera (Japón)	Chapinero	Av. Carrera 11 Calle 87
9	Tercer milenio	Santafé	Carrera 14 Calle 7
10	Tercer milenio	Santafé	Carrera 14 Calle 7
11	Tercer milenio	Santafé	Carrera 14 Calle 7
12	Desarrollo Lourdes	Santafé	Carrera 1A Este Calle 3
13	Laches la mina	Santafé	Diagonal 4B Cra 8 E
14	Las Cruces	Santafé	Cra.4 y Cra.5 A entre cl 1 b bis y cl 1 c bis
15	Urb. Antioquia	San Cristóbal	Transversal 8a este Calle 50 b sur
16	Gaitán cortes	San Cristóbal	Carrera 5 a este Diagonal 31 C sur
17	La Victoria	San Cristóbal	Diagonal 38 Sur No. 1F - 05
18	La Victoria	San Cristóbal	Diagonal 38 Sur No. 1F - 05
19	San Cristóbal 2	San Cristóbal	Calle 13 sur N.° 2- 50 este
20	San Cristobal1	San Cristóbal	Calle 13 sur N.° 2- 50 este
21	Miravalle	Usme	Carrera 14 H Bis Calle 74 D sur
22	Miravalle	Usme	Carrera 14 H Bis Calle 74 D sur
23	Miravalle	Usme	Carrera 14 H Bis Calle 74 D sur
24	Alfonso López	Usme	Carrera 5 G Calle 93 sur
25	Nuevo Usme	Usme	Carrera 14 A Calle 137 B sur
26	Nuevo milenio1	Usme	Carrera 11 Calle 67 A Bis sur
27	Nuevo milenio2	Usme	Carrera 11 Calle 67 A Bis sur
28	La Aurora ii	Usme	Diagonal 69 FS y cl 73 s con entre cra.14 v y cra.14 L
29	Valles de Cafam	Usme	Cl 92 s y cl 84 s entre cra.14 i y cra.14 D.
30	Villa Alemana	Usme	Cra.1 F y Cra.1 entre Cl 100 Bis S y Diagonal 102S.
31	Laguneta	Tunjuelito	Cra 55 Diagonal 49 sur
32	Urb. Tunjuelito	Tunjuelito	Cra 12 Calle 59 sur
33	Nuevo Muzú	Tunjuelito	Diagonal 52 B sur Cra 61B

14 a

34	El Tunal	Tunjuelito	Cra 24 A Cll 4B Sur Av. Boyacá
35	El Tunal	Tunjuelito	Cra 24 A Cll 4B Sur Av. Boyacá
36	El Tunal	Tunjuelito	Cra 24 A Cll 4B Sur Av. Boyacá
37	Tunal Alterna	Tunjuelito	Cra 24 A Cll 4B Sur Av. Boyacá
38	Urbanización la Laguna 1 (Venecia)	Tunjuelito	Cra.53 A y Cra.53 B entre Diagonal 47 A S y Diagonal 49 S
39	Urbanización la Laguna 2 (Venecia)	Tunjuelito	Cra.53 A y Cra.53 B entre Diagonal 47 A S y Diagonal 49 S
40	Naranjos	Bosa	Carrera 80 J Calle 70 A sur
41	Timiza Villa del rio	Bosa	Carrera 65 Calle 55 A sur
42	Autopista Sur (Pavco)	Bosa	Av. Calle 57 R sur (Aut. Sur) Carrera 72
43	Clarelandia 1	Bosa	Calle 58 J sur Cra 80 G
44	Clarelandia 2	Bosa	Calle 58 J sur Cra 80 G
45	El Recreo	Bosa	Calle 69 A Sur 93D - 45
46	La Esperanza	Bosa	Calle 75 BIS Sur (Av. C de Cali) Cra 80J
47	La Tingua Tibanica	Bosa	Calle 73 D Sur Carrera 78 A hasta la 82 A Bis
48	Urb. Chicalá	Bosa	Av. Carrera 86 Calle 55 sur
49	Santiago de Atalaya	Bosa	Carrera 98 B Calle 61 A sur
50	El Porvenir 1	Bosa	Av. 1° de Mayo con Av. Long de Occ
51	El Porvenir 2	Bosa	Av. 1° de Mayo con Av. Long de Occ
52	El Porvenir 3	Bosa	Av. 1° de Mayo con Av. Long de Occ
53	El Porvenir 4	Bosa	Av. 1° de Mayo con Av. Long de Occ
54	El Porvenir 5	Bosa	Av. 1° de Mayo con Av. Long de Occ
55	El Porvenir mini	Bosa	Cl 59 s y cl 49s entre cra.92 a y cra.103
56	Portal del Sol	Bosa	Carrera 95 A Calle 73 sur
57	Parque Campo Verde 1	Bosa	Cra.91 N.83-85 Sur
58	Parque Campo Verde 2	Bosa	Cra.91 N.83-85 Sur
59	Parque Campo Verde 3	Bosa	Cra.91 N.83-85 Sur
60	Parque del Rio (San José de Maryland)	Bosa	Cl 79 C S y Cl 74 C S entre Cra.87 b y Río Tunjuelito
61	Carvajal	Kennedy	Cra 70 B Calle 24 A sur
62	Marsella Sector Norte I Etapa	Kennedy	Carrera 69 Calle 8
63	Marsella Sector Norte I Etapa	Kennedy	Carrera 69 Calle 8
64	Américas Occidental IV etapa	Kennedy	Av. Boyacá Calle 2 sur
65	Villa de los Sauces	Kennedy	Carrera 77 Bis Calle 58 C sur
66	La Igualdad	Kennedy	Carrera 68A entre Calle 2
67	Timiza 1	Kennedy	Carrera 72 P Calle 40 H sur
68	Timiza 2	Kennedy	Carrera 72 P Calle 40 H sur
69	Las Luces y Villa Rica	Kennedy	Carrera 77 H Calle 52 A sur
70	Gilma Jiménez f11	Kennedy	Transversal 85 A Calle 49 sur
71	Gilma Jiménez f8	Kennedy	Transversal 85 A Calle 49 sur
72	Gilma Jiménez f5	Kennedy	Transversal 85 A Calle 49 sur
73	Gilma Jiménez f5	Kennedy	Transversal 85 A Calle 49 sur
74	Gilma Jiménez mini	Kennedy	Transversal 85 A Calle 49 sur
75	La Alejandra	Kennedy	Carrera 72 I Diagonal 40 a sur
76	Lago Timiza I Etapa	Kennedy	Carrera 73 Calle 43 sur
77	Primavera	Kennedy	Calle 2 Carrera 91 C
78	Castilla	Kennedy	Cl 8 A y Cl 8 B bis entre cra.75 y cra.73
79	Cayetano Cañizares	Kennedy	Av.cra.80 y cra.80 d bis ente cl 42 A S y cl 39
80	Bellavista-Dindalito	Kennedy	Cl 40 s y cl 42 a s entre cra.96 y cra.94 c
81	Villa Alsacia	Kennedy	Cll 11 A No.72 D 20

148

82	Modelia	Fontibón	Carrera 81 C N°24 c 50
83	Villa Helena Villemar	Fontibón	Carrera 96 G N°20 A 35
84	Carlos Lleras (El Fuego)	Fontibón	Carrera 70 Calle 23 C
85	Urb. Ciudad Hayuelos	Fontibón	Calle 19 A Carrera 80 A
86	Urb. Ciudad Hayuelos	Fontibón	Calle 19 A Carrera 80 A
87	Villas del Madrigal	Engativá	Calle 75 C Carrera 99 B
88	Villa Luz 1	Engativá	Carrera 77A 64B - 03
89	Villa Luz 2	Engativá	Carrera 77A 64B - 03
90	Florencia Los Tronquitos	Engativá	Carrera 91 A Calle 75 C
91	La Europa 1	Engativá	Carrera 71 D Calle 67
92	La Europa 2	Engativá	Carrera 71 D Calle 67
93	Villa de Granada	Engativá	Cra 111A Calle 75D
94	Bachué I Etapa	Engativá	Carrera 95 Calle 90 A
95	Ciudad Honda	Engativá	Carrera 68 G Calle 64 H
96	El Carmelo 1	Engativá	Carrera 101 A Calle 71B
97	El Carmelo 2	Engativá	Carrera 101 A Calle 71B
98	Juan Amarillo 1	Engativá	Carrera 111A Av. Calle 90
99	Juan Amarillo 2	Engativá	Carrera 111A Av. Calle 90
100	Juan Amarillo 3	Engativá	Carrera 111A Av. Calle 90
101	Juan Amarillo 4	Engativá	Carrera 111A Av. Calle 90
102	Juan Amarillo 5	Engativá	Carrera 111A Av. Calle 90
103	Juan Amarillo 6	Engativá	Carrera 111A Av. Calle 90
104	Normandía	Engativá	Carrera 73 Calle 51
105	Bonanza	Engativá	Carrera 70 F Calle 75
106	San Andrés 1	Engativá	Carrera 102 con Calle 79
107	San Andrés 2	Engativá	CALLE 82 CARRARA 102
108	Florencia	Engativá	Carrera 88 Calle 75
109	UDS Unidad Deportiva El Salitre	Engativá	CALLE63 CARRERA AV 68
110	Petar Salitre	Engativá	Carrera 120 Calle 80 A Bis
111	Ciudadela Cafam	Suba	Cra 113 C Calle 142 A
112	Berlín	Suba	Calle 142 Carrera 145 B
113	Cantalejo	Suba	Carrera 55 Calle 160
114	Urb. Lombardía (1 Etapa)	Suba	Calle 143 Carrera 107B
115	Burgos britalia1	Suba	Carrera 73 Calle 160
116	Burgos britalia2	Suba	Carrera 73 Calle 160
117	Casa Blanca	Suba	Carrera 68 entre Calles 140 Y 141
118	Bilbao	Suba	Calle 142 C Carrera 151 A
119	Tibabuyes1	Suba	Carrera 121 C Calle 130 C
120	Tibabuyes2	Suba	Carrera 121 C Calle 130 C
121	Prado Pinzón	Suba	Calle 143 Carrera 49
122	Cafam Suba II (Los Gavilanes)	Suba	Carrera 143 Calle 142 A
123	Urb. Mazuren I Sector	Suba	Calle 152 Carrera 50
124	Victoria norte	Suba	Calle 150 Carrera 54
125	Cometas	suba	Av. Calle 127 Carrera 87 A
126	Lindaraja	suba	Carrera 78 Calle 127 D
127	Fontanar del Rio beisbol	Suba	Diagonal 145 Carrera 122
128	Fontanar del Rio 1	Suba	Diagonal 145 Carrera 122
129	Fontanar del Rio 2	Suba	Diagonal 145 Carrera 122
130	Vilanova	suba	Carrera 54 D Calle 186
131	Valle de Refous	Suba	Cra 101 calle 150a

132	La Gaitana	Suba	Transversal 126 y cra.124 C entre diagonal 135 b y cl 132 b
133	Gimnasio Distrital del Norte	Barrios Unidos	Cra.28 y Cra.27 A entre cl 63 c y cl 63 b
134	Urbanización Metrópolis	Barrios Unidos	Av.cra.68 y cra.65 b entre cl 73 y cl 78
135	PRD 1	Barrios Unidos	Transversal 48 N°63-65
136	PRD 2	Barrios Unidos	Transversal 48 N°63-65
137	Santa Clara	Teusaquillo	Carrera 46 Calle 22 A
138	Eduardo Santos	Mártires	Cra.19 y cra.18 b entre cl 5 A y cl 4 A bis
139	Pepita	Mártires	Calle 10 Carrera 26
140	Santa Isabel La Fragua	Antonio Nariño	Calle 8 Sur con Carrera 27
141	Santa Isabel La Fragua	Antonio Nariño	Calle 8 Sur con Carrera 27
142	Luna Park	Antonio Nariño	Carrera 14 Calle 13 sur
143	Alameda de la 12 N1	Antonio Nariño	Carrera 12 D Calle 19 sur
144	Alameda de la 12 N2	Antonio Nariño	Carrera 12 D Calle 19 sur
145	Villa Mayor	Antonio Nariño	Calle 32 A sur Carrera 34 C
146	Fragua	Antonio Nariño	Carrera 31 N.° 14 B 57 sur
147	Champion Primavera	Pte. Aranda	Transv. 42 A Calle 5A
148	Milenta Tejar San Eusebio	Pte. Aranda	Carrera 52 B Calle 20 sur
149	Ciudad Montes 1	Pte. Aranda	Calle 10 sur N°39 - 29
150	Ciudad Montes 2	Pte. Aranda	Calle 10 sur N°39 - 29
151	Gorgonzola	Pte. Aranda	Carrera 41 A Calle 5
152	Pradera sur	Pte. Aranda	Av. calle 3 Carrera 66
153	Jazmín	Pte. Aranda	Av. Carrera 50 Calle 1 D
154	Parque Industrial (El Néctar)	Pte. Aranda	Cll 10 AV Cra 36
155	Parque Industrial (El Néctar Polideportivo)	Pte. Aranda	Cll 11 A AV Cra 36
156	Urb. Gustavo Restrepo	Rafael Uribe	Calle 28 Sur Carrera 15A
157	Bosque San Carlos	Rafael Uribe	Carrera 12 Bis
158	Palermo Sur	Rafael Uribe	Carrera 1 Este Calle 49 C sur
159	Marruecos	Rafael Uribe	Calle 48 P sur Carrera 5L
160	Molinos	Rafael Uribe	Transversal 5 Calle 48 L sur
161	Santa Lucia 1	Rafael Uribe	Carrera 14 Calle 41 B sur
162	Santa Lucia 2	Rafael Uribe	Carrera 14 Calle 41 B sur
163	Parque Olaya Herrera	Rafael Uribe	Carrera 21 25-35 Sur
164	San José	Rafael Uribe	Calle 26 Sur y Av. 1 de Mayo con Cra 12 D
165	Pijaos	Rafael Uribe	Av. Cra 10 Calle 35 sur
166	Domingo Laín	Ciudad Bolívar	Calle 64 C sur Transv 17N
167	Arborizadora Alta	Ciudad Bolívar	Diagonal 73 A sur Transversal 36 B
168	La Coruña	Ciudad Bolívar	Calle 58 B sur Carrera 47

169	Sierra Morena 1	Ciudad Bolívar	Transversal 73 B Calle 75A sur
170	Sierra Morena 2	Ciudad Bolívar	Transversal 73 B Calle 75A sur
171	Illimani (Paraíso) 1	Ciudad Bolívar	Calles 71 P Sur Transversal 27 H
172	Ilimani (Paraíso) 2	Ciudad Bolívar	Calles 71 P Sur Transversal 27 H
173	Buenavista- Porvenir	Ciudad Bolívar	Carrera 17 F Calle 76 A sur
174	El Taller- El Ensueño	Ciudad Bolívar	Carrera 75A Diagonal 68 A
175	Paraíso	Ciudad Bolívar	Cra 27 Q Calle 71 K sur
176	Caracolí	Ciudad Bolívar	Carrera 74 B Calle 77 sur
177	Balmoral Guadalupe	Ciudad Bolívar	Autopista sur Carrera 71
178	Altos de la Estancia 1	Ciudad Bolívar	Carrera 76 C Diagonal 67 a sur
179	Altos de la Estancia 2	Ciudad Bolívar	Carrera 76 C Diagonal 67 a sur
180	Urbanización la Estancia	Ciudad Bolívar	Diagonal 57 ZS y cl 59 A S con cra.74 G y cra. 74 A.
181	La Joya	Ciudad Bolívar	Cl 80 b bis y cl 80 S con cra.18 M y transversal 18 I
182	La Catedral	Candelaria	Calle 12 f #3-27

Tabla 2. Listado de campos deportivos en grama sintética a intervenir

3. ASPECTOS TÉCNICOS GENERALES

3.1. Condiciones Iniciales Alcance del Contrato

OBJETO DEL CONTRATO	"Contratar mediante el sistema de precios unitarios y a monto agotable, el mantenimiento, adecuación, reparación y recuperación de parques y campos deportivos administrados por el IDRD – GRUPO 1. Mantenimiento correctivo, preventivo y rutinario de las canchas deportivas en grama natural, arena y sintéticas".
NÚMERO DE CONTRATO	4041 de 2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$5.200.000.000,00
CONTRATISTA	Consorcio Innovaparques
INTERVENTORÍA	Consorcio Santa Teresa 28
ENTIDAD CONTRATANTE	Instituto Distrital de Recreación y Deporte – IDRD
PLAZO DE EJECUCIÓN	Ocho (8) meses
TIEMPO TOTAL DEL CONTRATO	Ocho (8) meses
FECHA DE INICIACIÓN	20 de noviembre de 2024
FECHA FINAL INICIAL	19 de julio de 2025
FECHA DE TERMINACIÓN	19 de julio de 2025

Tabla 3. Información general del contrato

151

3.2. CONDICIONES CONTRACTUALES VIGENTES DEL CONTRATO

Se conservan las mismas condiciones iniciales del contrato ya que no se han presentado alteraciones al contrato, como lo son: Otro Sí, Modificaciones, Prórrogas en tiempo, Suspensión del contrato, Reinicio del contrato, Adición en valor al contrato o Sanciones por incumplimiento.

3.3. FORMA DE PAGO DEL CONTRATO

El instituto Distrital de Recreación y Deporte – IDRD pagará el presente contrato de la siguiente manera:

"El valor de la ejecución de obra se cancelará al CONTRATISTA mediante pagos parciales mensuales hasta completar el 100%, producto de la suma de los resultados que se obtengan al multiplicar las cantidades de obra realmente ejecutadas por el Contratista en el respectivo periodo, por los valores o precios unitarios fijos pactados para el respectivo Ítem y entregados, cuantificados, verificados, avalados y recibidos a entera satisfacción por parte de la interventoría. En ningún caso se podrá superar en la ejecución del presupuesto asignado por la Entidad."

3.4. ESTADO DE POLIZAS CONTRATO DE OBRA

3.4.1. Garantía de acuerdo con el contrato

Aseguradora solidaria de Colombia
Póliza No. 360-74-994000009608 (Anexo 1 y 2)
Fecha de expedición: 19-11-2024 y 28-11-2024

PÓLIZA	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO
	DESDE	HASTA	
Predios, labores y operaciones	19/11/2024	20/07/2025	$520.000.000
Contratistas y subcontratistas	19/11/2024	20/07/2025	$520.000.000
Vehículos propios y no propios	19/11/2024	20/07/2025	$520.000.000
Patronal	19/11/2024	20/07/2025	$520.000.000
Gastos médicos	19/11/2024	20/07/2025	$104.000.000
Gastos de defensa	19/11/2024	20/07/2025	$520.000.000
Perjuicios extrapatrimoniales	19/11/2024	20/07/2025	$520.000.000
Daño emergente y lucro cesante	19/11/2024	20/07/2025	$520.000.000
		TOTAL ASEGURADO	

Tabla 4. Póliza de seguro de responsabilidad civil extracontractual

Aseguradora solidaria de Colombia
Póliza No. 360-47-994000035672 (Anexo 0)
Fecha de expedición: 15-11-2024 y 28-11-2024

PÓLIZA	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO
	DESDE	HASTA	
Cumplimiento del contrato	12/11/2024	12/01/2026	$1.040.000.000
Pago de salarios, prestaciones sociales	12/11/2024	12/07/2028	$260.000.000
Estabilidad y calidad de la obra	2 años, 7 meses y 8 días		$1.040.000.000
	TOTAL ASEGURADO		

Tabla 5. Póliza de seguro de cumplimiento entidad estatal

3.5. PERSONAL ADMINISTRATIVO Y/O OPERATIVO REQUERIDO PARA LA EJECUCIÓN DE LA OBRA

Se dispone durante todo el proyecto de mano de obra calificada y un grupo humano de profesionales altamente competentes. El personal acorde con el establecido en los términos de referencia, los cuales:

CARGO	CANTIDAD	DEDICACIÓN
Director del proyecto	1	22,4%
Asesor agrónomo	1	60%
Residente	1	80%
Profesional de seguridad industrial	1	34%
Topógrafo	1	12%
Inspector	2	100%
Cadenero	1	12%
Secretaria	1	5%

Tabla 6. Listado de personal requerido aprobado

3.6. MANEJO DE ALMACEN Y MATERIALES EN OBRA

Se ha efectuado el acopio y almacenamiento con todas las medidas de seguridad industrial y preservando del producto los materiales como los fungicidas, los cuales cumplen con las especificaciones técnicas exigidas para este contrato

3.7. MANEJO DE EQUIPOS Y MAQUINARIA EN OBRA

En el desarrollo del contrato se dispuso del siguiente equipo y maquinaria para la ejecución de cada actividad contractual aprobada por la entidad contratante

IDRD y avalada por la interventoría en cada parque intervenido para este periodo.

CANTIDAD	EQUIPO	MARCA	No. SERIAL	FUNCIÓN
1	Vibrocompactador	Volvo DD31HF	N/A	Compactación
1	Compresor	AIRMAN PDS185S-62	B4-6C2B738	expulsión de aire a presión
1	Nivel	Topcon AT-B4	JZ40615	Nivelación

Tabla 7. Listado de equipos utilizados

3.8. CONDICIONES CLIMÁTICAS

A continuación, se muestran la gráfica se seguimiento de precipitación diaria de lluvias presentada en Bogotá en el mes de noviembre del 2024:

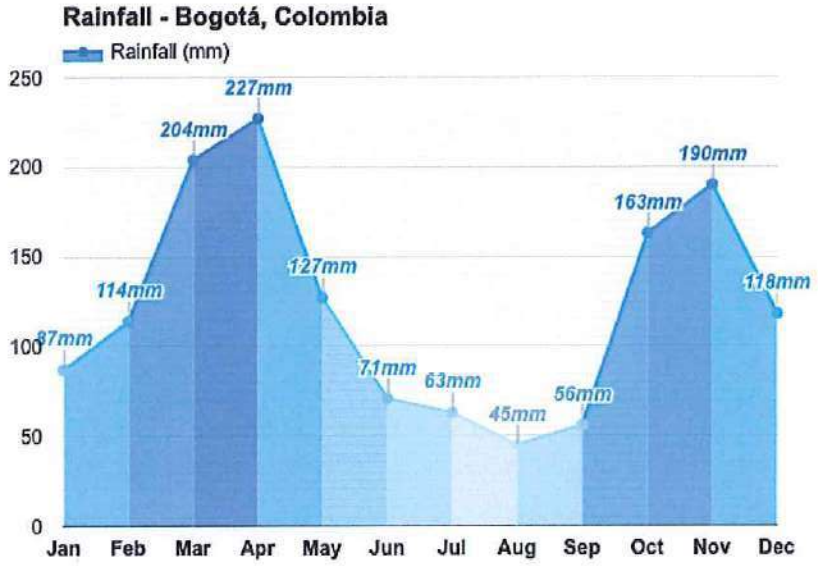


Figura 2. Gráfica representativa precipitaciones ciudad de Bogotá – año 2024

PARQUES INTERVENIDOS Y EJECUTADOS

3.9. Campos deportivos en grama sintética y natural

Se presentan a continuación todas las actividades realizadas en este periodo las cuales de efectuaron con todos los lineamientos técnicas y de calidad exigidos en el contrato como en las especificaciones técnicas por parte del IDRD.

CANTIDADES EJECUTADAS POR PARQUE NATURALES RUTINARIOS

CORTE No. 1 MES NOVIEMBRE

N°		DEMARCACIÓN	BORDEO	CEPILLADO	CORTE CAMPO POLO	CORTE CESPED	TRANSPORTE	AIREACIÓN	TOP-DRESSING	FUMIGACIÓN	PODA ZONAS VERDES	SUMINISTRO ARCOS	MTO ARCOS	SUMINISTRO MALLAS	CORDON SOLDADURA	SUMINISTRO Y REPARACIÓN MALLA NYLON	SUMINISTRO E INSTALACIÓN CAUCHO	SUMINISTRO GRAMA	DESMONTE GRAMA
1	TABORA	2	2			1													
2	PRD ESTADIO	2	2			5													
3	PARQUE NACIONAL	2	2			4													
4	SAN CRISTOBAL	2	2			4													
5	TUNAL FUTBOL	1	1			1					1620.5								
6	TIMIZA ESTADIO	1	1			1													
7	COUNTRY				2														
8	SERVITA F11			1						112.8									
9	SERVITA F5			1						27									
10	CABRERA JAPON			1						30									
11	CANTALEJO			1						25.8									
12	PRADO PINZON		1	1						51	154.56								
13	MAZUREN			1						39									
14	VILANOVA			1						30									
15	VERBENAL			1						33									
16	UDS SINT		1	1						48	552.89								
17	EDUARDO SANTOS			1						40.2									
18	GUSTAVO RESTREPO			1						30									
19	VENECIA 1			1						31.8									
20	VENECIA 2			1						31.8									
21	LAGUNETA			1						52.8									
22	SAN JOSE CENTRO			1						24.6									
23	PARQUE OLAYA HERRERA			1						102.36									
24	SAN ANDRES F5			1						48.18									
25	SAN ANDRES F11			1						102.6									
26	EL CARMELO F5			1						46.32									
27	EL CARMELO F11			1						117									
28	VILLA LUZ F5			1						48									
29	VILLA LUZ F11			1						92.94									
30	VILLAS DEL MADRIGAL			1						42									
31	FLORENCIA										216.06								
32	FLORENCIA TRONQUITOS			1						54.6									
33	PAVCO		1	1						40	517								
34	JAZMIN			1						97.2									
35	PEPITA			1						30.22									
36	CIUDAD MONTES 1			1						21									
37	CIUDAD MONTES 2			1						21									
38	SIERRA MORENA 1			1						30									
39	SIERRA MORENA 2			1						30									
40	CASA BLANCA			1						54.6									
41	FONTANAR DEL RIO F11			1						90.6									
42	FONTANAR DEL RIO F5			1						30									
43	FONTANAR MINI BEISBOL			1						69.96									
44	LA GAITANA			1						68.4									
45	URB LOMBARDIA			1						30									
46	CIUDADELA CAFAM			1						43.2									
47	BERLIN			1						38.4									
48	TIBABUYES 1			1						50.4									
49	TIBABUYES 2			1						60									
50	CAFAM LOS GAVILANES			1						90									
51	BILBAO			1						123									
52	LA ESPERANZA			1						46.8									
53	CLARELANDIA F11		1	1						87									
54	CLARELANDIA MINI		1	1						40.2									
55	TEJAR			1						91.2									
56	ATALAYAS			1						55.74									
57	PORTAL DEL SOL			1						84									
58	CAMPO VERDE 1			1						58.8									
59	CAMPO VERDE 2			1						56.4									
60	CAMPO VERDE 3			1						29.4									
61	HAYUELOS F8			1						68.09									
62	HAYUELOS F5			1						41.4									
63	NORMANDIA			1						88.8									
64	VILLEMAR		1	1						91.2	602								
65	PRADERA SUR		1	1						34.59	102								

66	LICORERA F5			1					36.6										
67	ESTRELLA NORTE		1	1					47.31	139.42									
68	TOBERIN					1	4191.2	4191.2			2	1	1	3	111.05	5000	40	40	
69	BURGOS BRITALIA 1		1	1					40.2	188.2									
70	BURGOS BRITALIA 2		1	1					40.2	230.68									
71	LINDARAJA			1					30										
72	COMETAS			1					48										
73	PTAR			1					104.4										
74	PRD 1			1					104.4										
75	PRD 2			1					105.6										
76	GIMNASIO DEL NORTE			1					41.4										
77	BACHUE			1					103.8										
78	VILLA MAYOR			1					93										
79	LAS CRUCES			1					42										
80	LACHES			1					66										
81	TERCER MILENIO 1 F5			1					32.4										
82	TERCER MILENIO 2 F5			1					32.4										
83	TERCER MILENIO 3 F11			1					99.6										
84	LOURDES			1					21										
85	CAYETANO CAÑIZARES		1	1					99	898.2									
86	GILMA F11			1					93										
87	GILMA F8			1					48.6										
88	GILMA F5 1			1					35.4										
89	GILMA F5 2			1					35.4										
90	GILMA MINI			1					9.6										
91	GORGONZOLA			1					45.12										
92	MARSELLA F11			1					84										
93	MARSELLA F5			1					46.42										
94	SANTA ISABEL 1			1					48										
95	SANTA ISABEL 2			1					30										
96	JUAN AMARILLO F5 1			1					28.2										
97	JUAN AMARILLO F5 2			1					28.2										
98	JUAN AMARILLO F5 3			1					28.2										
99	JUAN AMARILLO F5 4			1					28.2										
100	JUAN AMARILLO F8 1			1					48										
101	JUAN AMARILLO F8 2			1					48										
102	BONANZA			1					106.94										
TOTAL		10	21	93	2	16	1	4191.2	4191.2	5132	5221.5	2	1	1	3	111.05	5000	40	40

Tabla 8. Listado de campos deportivos y actividades desarrolladas

3.10. EVENTUALIDADES DE ORDEN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

3.10.1. Actividades nuevas (Ítems no previstos)

Durante este periodo del contrato no surgieron actividades no previstas para la ejecución del mantenimiento de los campos deportivos.

4. INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO

4.1. Estado del contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$5.200.000.000,00
VALOR ACTA DE COBRO No. 1	$118.089.261,00
VALOR TOTAL A PAGAR	$118.089.261,00
VALOR POR EJECUTAR	$5.081.910.739,00

Tabla 9. Estado financiero del contrato

- **Valor ejecutado:** A continuación, se presenta resumen financiero de las actas de obras ejecutadas en este contrato:

Acta de obra No. 1 (del 20 de noviembre al 30 de noviembre)

COSTO DIRECTOS OBRA			$84.663.938,20
AIU	Administración	35.48%	$30.038.765,27
	Imprevistos	3%	$846.639,38
	Utilidad	1%	$2.539.918,15
		39.48%	$33.425.322,80
COSTOS DIRECTOS + COSTOS INDIRECTOS			**$118.089.261,00**

VALOR TOTAL DEL ACTA	**$118.089.261,00**
PORCENTAJE EJECUTADO EN ACTA No. 1	**2.27%**
PORCENTAJE POR EJECUTAR EN EL CONTRATO	**97.73%**

4.2. AVANCE DEL CONTRATO PRESUPUESTALMENTE

4.2.1. CAMPOS DEPORTIVOS EN GRAMA NATURAL

No.	CÓDIGO	PARQUE	ACTIVIDAD							
			CIO. DEMARCACIÓN		CIO. BORDEO		CIO. CORTE CAMPO DE POLO		CIO. CORTE CESPED	
			CANT	$ 217,867.00	CANT	$ 11,103.00	CANT	$ 1,624,689.00	CANT	$ 303,479.00
1	10-192	TABORA	2	$ 435,734.00	2	$ 22,206.00		$ -	1	$ 303,479.00
2	12-091	PRD ESTADIO	2	$ 435,734.00	2	$ 22,206.00		$ -	5	$ 1,517,395.00
3	03-035	PARQUE NACIONAL	2	$ 435,734.00	2	$ 22,206.00		$ -	4	$ 1,213,916.00
4	04-127	SAN CRISTOBAL	2	$ 435,734.00	2	$ 22,206.00		$ -	4	$ 1,213,916.00
5	06-063	TUNAL FUTBOL	1	$ 217,867.00	1	$ 11,103.00		$ -	1	$ 303,479.00
6	08-219	TIMIZA ESTADIO	1	$ 217,867.00	1	$ 11,103.00		$ -	1	$ 303,479.00
7	01-1000	COUNTRY		$ -		$ -	1	$ 1,624,689.00		$ -
TOTAL			10	$ 2,178,670.00	10	$ 111,030.00	1	$ 1,624,689.00	16	$ 4,855,664.00

Tabla 10. Resumen actividades y avance financiero campos deportivos grama natural

4.2.2. CAMPOS DEPORTIVOS EN GRAMA SINTÉTICA

No.	CÓDIGO	PARQUE	ACTIVIDAD							
			CIO. BORDEO		CIO. CEPILLADO		CIO. FUMIGACIÓN		CIO. PODA ZONAS VERDES	
			CANT	$ 11,103.00	CANT	$ 353,417.00	CANT	$ 177.00	CANT	$ 602.00
1	01-023	SERVITA F11		$ -	1	$ 1,624,689.00	112.8	$ 39,865,437.60		$ -
2	01-023	SERVITA F5		$ -	1	$ 1,624,689.00	27	$ 9,542,259.00		$ -
3	02-007	CABRERA JAPON		$ -	1	$ 1,624,689.00	30	$ 10,602,510.00		$ -
4	11-036	CANTALEJO		$ -	1	$ 1,624,689.00	25.8	$ 9,118,158.60		$ -
5	11-109	PRADO PINZON	1	$ 11,103.00	1	$ 1,624,689.00	51	$ 18,024,267.00	154.56	$ 93,045.12
6	11-161	MAZUREN		$ -	1	$ 1,624,689.00	39	$ 13,783,263.00		$ -
7	11-668	VILANOVA		$ -	1	$ 1,624,689.00	30	$ 10,602,510.00		$ -
8	11-313	VERBENAL		$ -	1	$ 1,624,689.00	33	$ 11,662,761.00		$ -
9	10-290	UDS SINT	1	$ 11,103.00	1	$ 1,624,689.00	48	$ 16,964,016.00	552.89	$ 332,839.78
10	14-030	EDUARDO SANTOS	0	$ -	1	$ 1,624,689.00	40.2	$ 14,207,363.40		$ -
11	18-009	GUSTAVO RESTREPO		$ -	1	$ 1,624,689.00	30	$ 10,602,510.00		$ -

12	06-006	VENECIA 1		$ -	1	$ 1,624,689.00	31.8	$ 11,238,660.60		$ -
13	06-006	VENECIA 2		$ -	1	$ 1,624,689.00	31.8	$ 11,238,660.60		$ -
14	06-005	LAGUNETA		$ -	1	$ 1,624,689.00	52.8	$ 18,660,417.60		$ -
15	18-429	SAN JOSE CENTRO		$ -	1	$ 1,624,689.00	24.8	$ 8,764,741.60		$ -
16	18-207	PARQUE OLAYA HERRERA		$ -	1	$ 1,624,689.00	102.36	$ 36,175,764.12		$ -
17	10-234	SAN ANDRES F5		$ -	1	$ 1,624,689.00	48.18	$ 17,027,631.06		$ -
18	10-234	SAN ANDRES F11		$ -	1	$ 1,624,689.00	102.6	$ 36,260,584.20		$ -
19	10-169	EL CARMELO F5		$ -	1	$ 1,624,689.00	46.32	$ 16,370,275.44		$ -
20	10-169	EL CARMELO F11		$ -	1	$ 1,624,689.00	117	$ 41,349,789.00		$ -
21	10-018	VILLA LUZ F5		$ -	1	$ 1,624,689.00	48	$ 16,964,016.00		$ -
22	10-018	VILLA LUZ F11		$ -	1	$ 1,624,689.00	92.94	$ 32,846,575.98		$ -
23	10-002	VILLAS DEL MADRIGAL		$ -	1	$ 1,624,689.00	42	$ 14,843,514.00		$ -
24	10-249	FLORENCIA		$ -		$ -		$ -	216.06	$ 130,068.12
25	10-028	FLORENCIA TRONQUITOS		$ -	1	$ 1,624,689.00	54.6	$ 19,296,568.20		$ -
26	07-152	PAVCO	1	$ 11,103.00	1	$ 1,624,689.00	40	$ 14,136,680.00	517	$ 311,234.00
27	16-204	JAZMIN		$ -	1	$ 1,624,689.00	97.2	$ 34,352,132.40		$ -
28	14-008	PEPITA		$ -	1	$ 1,624,689.00	30.22	$ 10,680,261.74		$ -
29	16-112	CIUDAD MONTES 1		$ -	1	$ 1,624,689.00	21	$ 7,421,757.00		$ -
30	16-112	CIUDAD MONTES 2		$ -	1	$ 1,624,689.00	21	$ 7,421,757.00		$ -
31	10-190	SIERRA MORENA 1		$ -	1	$ 1,624,689.00	30	$ 10,602,510.00		$ -
32	10-190	SIERRA MORENA 2		$ -	1	$ 1,624,689.00	30	$ 10,602,510.00		$ -
33	11-069	CASA BLANCA		$ -	1	$ 1,624,689.00	54.6	$ 19,296,568.20		$ -
34	11-368	FONTANAR DEL RIO F11		$ -	1	$ 1,624,689.00	90.6	$ 32,019,580.20		$ -
35	11-368	FONTANAR DEL RIO F5		$ -	1	$ 1,624,689.00	30	$ 10,602,510.00		$ -
36	11-368	FONTANAR MINI BEISBOL		$ -	1	$ 1,624,689.00	69.96	$ 24,725,053.32		$ -
37	11-205	LA GAITANA		$ -	1	$ 1,624,689.00	68.4	$ 24,173,722.80		$ -
38	11-052	URB LOMBARDIA		$ -	1	$ 1,624,689.00	30	$ 10,602,510.00		$ -
39	11-008	CIUDADELA CAFAM		$ -	1	$ 1,624,689.00	43.2	$ 15,267,614.40		$ -
40	11-015	BERLIN		$ -	1	$ 1,624,689.00	38.4	$ 13,571,212.80		$ -
41	11-084	TIBABUYES 1		$ -	1	$ 1,624,689.00	50.4	$ 17,812,216.80		$ -
42	11-084	TIBABUYES 2		$ -	1	$ 1,624,689.00	60	$ 21,205,020.00		$ -
43	11-1101	CAFAM LOS GAVILANES		$ -	1	$ 1,624,689.00	90	$ 31,807,530.00		$ -
44	11-074	BILBAO		$ -		$ -		$ -	123	$ 74,046.00
45	07-273	LA ESPERANZA		$ -	1	$ 1,624,689.00	46.8	$ 16,539,915.60		$ -
46	07-163	CLARELANDIA F11	1	$ 11,103.00	1	$ 1,624,689.00	87	$ 30,747,279.00		$ -
47	07-163	CLARELANDIA MINI	1	$ 11,103.00	1	$ 1,624,689.00	40.2	$ 14,207,363.40		$ -
48	16-099	TEJAR		$ -	1	$ 1,624,689.00	91.2	$ 32,231,630.40		$ -
49	07-321	ATALAYAS		$ -	1	$ 1,624,689.00	55.74	$ 19,699,463.58		$ -
50	07-403	PORTAL DEL SOL		$ -	1	$ 1,624,689.00	84	$ 29,687,028.00		$ -
51	07-436	CAMPO VERDE 1		$ -	1	$ 1,624,689.00	58.8	$ 20,780,919.60		$ -
52	07-436	CAMPO VERDE 2		$ -	1	$ 1,624,689.00	56.4	$ 19,932,718.80		$ -
53	07-436	CAMPO VERDE 3		$ -	1	$ 1,624,689.00	29.4	$ 10,390,459.80		$ -

54	09-200	HAYUELOS F8		$ -	1	$ 1,624,689.00	68.09	$ 24,064,163.53		$ -
55	09-200	HAYUELOS F5		$ -	1	$ 1,624,689.00	41.4	$ 14,631,463.80		$ -
56	10-190	NORMANDIA		$ -	1	$ 1,624,689.00	88.8	$ 31,383,429.60		$ -
57	09-026	VILLEMAR	1	$ 11,103.00	1	$ 1,624,689.00	91.2	$ 32,231,630.40	570	$ 343,140.00
58	16-153	PRADERA SUR	1	$ 11,103.00	1	$ 1,624,689.00	34.59	$ 12,224,694.03	102	$ 61,404.00
59	16-416	LICORERA F5		$ -	1	$ 1,624,689.00	36.6	$ 12,935,062.20		$ -
60	01-189	ESTRELLA NORTE		$ 1.00	1	$ 1,624,689.00	47.31	$ 16,720,158.27	139.42	$ 83,930.84
61	11-058	BURGOS BRITALIA 1	1	$ 11,103.00	1	$ 1,624,689.00	40.2	$ 14,207,363.40	188.2	$ 113,296.40
62	11-058	BURGOS BRITALIA 2	1	$ 11,103.00	1	$ 1,624,689.00	40.2	$ 14,207,363.40	230.68	$ 138,869.36
63	11-309	LINDARAJA		$ -	1	$ 1,624,689.00	30	$ 10,602,510.00		$ -
64	11-204	COMETAS		$ -	1	$ 1,624,689.00	48	$ 16,964,016.00		$ -
65	10-531	PTAR		$ -	1	$ 1,624,689.00	104.4	$ 36,896,734.80		$ -
66	12-091	PRD 1		$ -	1	$ 1,624,689.00	104.4	$ 36,896,734.80		$ -
67	12-091	PRD 2		$ -	1	$ 1,624,689.00	105.6	$ 37,320,835.20		$ -
68	12-023	GIMNASIO DEL NORTE		$ -	1	$ 1,624,689.00	41.4	$ 14,631,463.80		$ -
69	10-117	BACHUE		$ -	1	$ 1,624,689.00	103.8	$ 36,684,684.60		$ -
70	15-036	VILLA MAYOR		$ -	1	$ 1,624,689.00	93	$ 32,867,781.00		$ -
71	03-036	LAS CRUCES		$ -	1	$ 1,624,689.00	42	$ 14,843,514.00		$ -
72	03-148	LACHES		$ -	1	$ 1,624,689.00	66	$ 23,325,522.00		$ -
73	03-085	TERCER MILENIO 1 F5		$ -	1	$ 1,624,689.00	32.4	$ 11,450,710.80		$ -
74	03-085	TERCER MILENIO 2 F5		$ -	1	$ 1,624,689.00	32.4	$ 11,450,710.80		$ -
75	03-085	TERCER MILENIO 3 F11		$ -	1	$ 1,624,689.00	99.6	$ 35,200,333.20		$ -
76	03-122	LOURDES		$ -	1	$ 1,624,689.00	21	$ 7,421,757.00		$ -
77	08-241	CAYETANO CAÑIZARES	1	$ 11,103.00	1	$ 1,624,689.00	99	$ 34,988,283.00	898.2	$ 540,716.40
78	08-552	GILMA F11		$ -	1	$ 1,624,689.00	93	$ 32,867,781.00		$ -
79	08-552	GILMA F8		$ -	1	$ 1,624,689.00	48.6	$ 17,176,066.20		$ -
80	08-552	GILMA F5 1		$ -	1	$ 1,624,689.00	35.4	$ 12,510,961.80		$ -
81	08-552	GILMA F5 2		$ -	1	$ 1,624,689.00	35.4	$ 12,510,961.80		$ -
82	08-552	GILMA MINI		$ -	1	$ 1,624,689.00	9.6	$ 3,392,803.20		$ -
83	16-126	GORGONZOLA		$ -	1	$ 1,624,689.00	45.12	$ 15,946,175.04		$ -
84	08-066	MARSELLA F11		$ -	1	$ 1,624,689.00	84	$ 29,687,028.00		$ -
85	08-066	MARSELLA F5		$ -	1	$ 1,624,689.00	46.42	$ 16,405,617.14		$ -
86	15-021	SANTA ISABEL 1		$ -	1	$ 1,624,689.00	48	$ 16,964,016.00		$ -
87	15-021	SANTA ISABEL 2		$ -	1	$ 1,624,689.00	30	$ 10,602,510.00		$ -
88	10-171	JUAN AMARILLO F5 1		$ -	1	$ 1,624,689.00	28.2	$ 9,966,359.40		$ -
89	10-171	JUAN AMARILLO F5 2		$ -	1	$ 1,624,689.00	28.2	$ 9,966,359.40		$ -
90	10-171	JUAN AMARILLO F5 3		$ -	1	$ 1,624,689.00	28.2	$ 9,966,359.40		$ -
91	10-171	JUAN AMARILLO F5 4		$ -	1	$ 1,624,689.00	28.2	$ 9,966,359.40		$ -
92	10-171	JUAN AMARILLO F8 1		$ -	1	$ 1,624,689.00	48	$ 16,964,016.00		$ -
93	10-171	JUAN AMARILLO F8 2		$ -	1	$ 1,624,689.00	48	$ 16,964,016.00		$ -
94	10-215	BONANZA		$ -	1	$ 1,624,689.00	106.94	$ 37,794,413.98		$ -
TOTAL			**10**	**$ 111,031.00**	**92**	**$ 149,471,388.00**	**5009.2**	**$ 1,770,332,902.00**	**3692**	**$ 2,222,590.00**

Tabla 11. Resumen actividades y avance financiero campos deportivos grama sintética

4.2.3. MANTENIMIENTO CORRECTIVO CAMPO DEPORTIVO TOBERÍN

No.	CÓDIGO	PARQUE	ACTIVIDAD									
			CIO. CEPILLADO		CIO. TRANS. GRUA PLANCHON		CIO. AIREACIÓN		CIO. TOP DRESSING		CIO. ESTRUC. MINI FUTBOL	
			CANT	$ 353,417.00	CANT	$ 379,568.00	CANT	$ 1,235.00	CANT	$ 852.00	CANT	$3,222,711.00
1	01-079	TOBERIN	1	$ 353,417.00	1	$ 379,568.00	4191.2	$5,176,132.00	4191.2	$3,570,902.40	2	$6,445,422.00

Tabla 12. Resumen actividades y avance financiero campo deportivo Toberín

No.	CÓDIGO	PARQUE	ACTIVIDAD									
			CIO. MALLAS PROFESIONALES		CIO. CORDON DE SOLDADURA		CIO. MALLA PROTECCIÓN NYLON		CIO. CAUCHO GRANULADO		CIO. GRAMA SINTÉTICA	
			CANT	$1,048,501.00	CANT	$80,919.00	CANT	$ 12,023.00	CANT	$ 2,658.00	CANT	$157,007.00
1	01-079	TOBERIN	1	$1,048,501.00	3	$242,907.00	111.05	$1,335,154.15	5000	$13,290,000.00	40	$6.280.280,00

Tabla 12. Resumen actividades y avance financiero campo deportivo Toberín

No.	CÓDIGO	PARQUE	ACTIVIDAD	
			CIO. DESMONTE GRAMA	
			CANT	$1,048,501.00
1	01-079	TOBERIN	40	$1,048,501.00

Tabla 12. Resumen actividades y avance financiero campo deportivo Toberín

4.3. AVANCE DEL PROYECTO EN LA ETAPA DE EJECUCIÓN DE OBRA

A continuación, se presentan las actividades ejecutadas en este periodo para cada una de los campos deportivos en grama sintética, natural y arena:

COD	DESCRIPCIÓN	UN	VALOR UNITARIO	OBRAS A EJECUTAR	
				CANTIDAD	VALOR TOTAL
MANTENIMIENTO DE CAMPOS DEPORTIVOS EN GRAMAS SINTÉTICA, NATURAL Y ARENA					**$84.663.938,20**
01 MANTENIMIENTO CAMPOS DEPORTIVOS					**$41.406.550,00**
12522	Demarcación con Vinilo tipo 2 cancha fútbol	UN	$217.867	10	$ 2,178,670.00
12484	Bordeo con guadaña campo deportivo	UN	$11.103	21	$ 233,163.00
12482	Cepillado de Campo Sintético	UN	$353.417	92	$ 2,514,364.00
12483	CORTE CAMPO DE POLO (COUNTRY = 46100m2) **	UN	$1.624.689	1	$ 1,624,689.00
16225	Corte césped canchas fútbol	UN	$303.479	16	$ 4,855,664.00
03 MAQUINARIA Y EQUIPOS					**$379.568,00**
101046	TRANSPORTE EN GRUA PLANCHÓN (Ida y regreso).	UN	$379.568	1	$ 379,568.00
04 MANTENIMIENTO CESPED NATURAL					**$12.831.756,00**
10734	Aireación de cancha con perfora meca cada 7 cm **	M2	$1.235	4191,20	$ 5,176,132.00
12469	Equipo Top-dressing + ayudante **	M2	$852	4191,20	$ 3,570,902.00
12454	Fumigación (fungicida+adherente) **	M2	$177	5008,99	$ 886,591.00
12352	Poda de Zonas verdes (Cargue y Retiro) **	M2	$602	5312,51	$ 3,198,131.00
05 DOTACIÓN Y MANTENIMIENTOS					**$8.168.830,00**
10561	Estruc. Minifutbol con malla (Sum+Inst)**	JGO	$3.222.711	2	$ 6,445,422.00
13549	Mallas profesionales Cal.8 Futbol (Sumin e Instal)	JGO	$1.480.501	1	$ 1,480,501.00
13659	CORDON DE SOLDADURA 6013 (L=25 cm)	UN	$80.969	3	$ 242,907.00

160

06 OTRAS ACTIVIDADES					**$1.335.154,00**
15237	Mallaprotecc.Nylon Imperm.(Andamios+Guaya+Acc)	M2	$12.023	111,05	$ 1,335,154.00
12 MANTENIMIENTO DE GRAMA SINTÉTICA					**$20.542.080,00**
10639	CAUCHO GRANULADO SBR 0,8 a 2,0mm (Sum+trasiego) Mantenimiento correctivo	KG	$2.658	5000	$13,290,000.00
16812	GRAMA SINT MONOFIL.60MM-fifaprinc arena+caucho+ins	M2	$157.007	40	$ 6,280,280.00
10908	Grama sint. Desmonte+retiro+disposicion final	M2	$24.295	40	$ 971,800.00

COSTOS DIRECTOS			**$84.663.938,20**
A I U	Administración	35.48%	$30.038.765,27
	Imprevistos	3%	$846.639,38
	Utilidades	1%	$2.539.918,15
			$33.425.322,80
COSTOS DIRECTOS + COSTOS INDIRECTOS			**$118.089.261,00**

5. GESTIÓN SOCIAL

Durante el mes de noviembre de 2024 no se realizaron socializaciones de los campos deportivos intervenidos.

6. SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Para el periodo del 20 al 30 de noviembre del 2024 se presentaron los documentos, plan e informe correspondiente al área de seguridad y salud en el trabajo. Anexo 3.

7. REGISTRO FOTOGRÁFICO

A continuación, se presenta el registro fotográfico de los mantenimientos rutinarios, correctivos y preventivos ejecutados durante el periodo del 20 al 30 de noviembre del 2024:

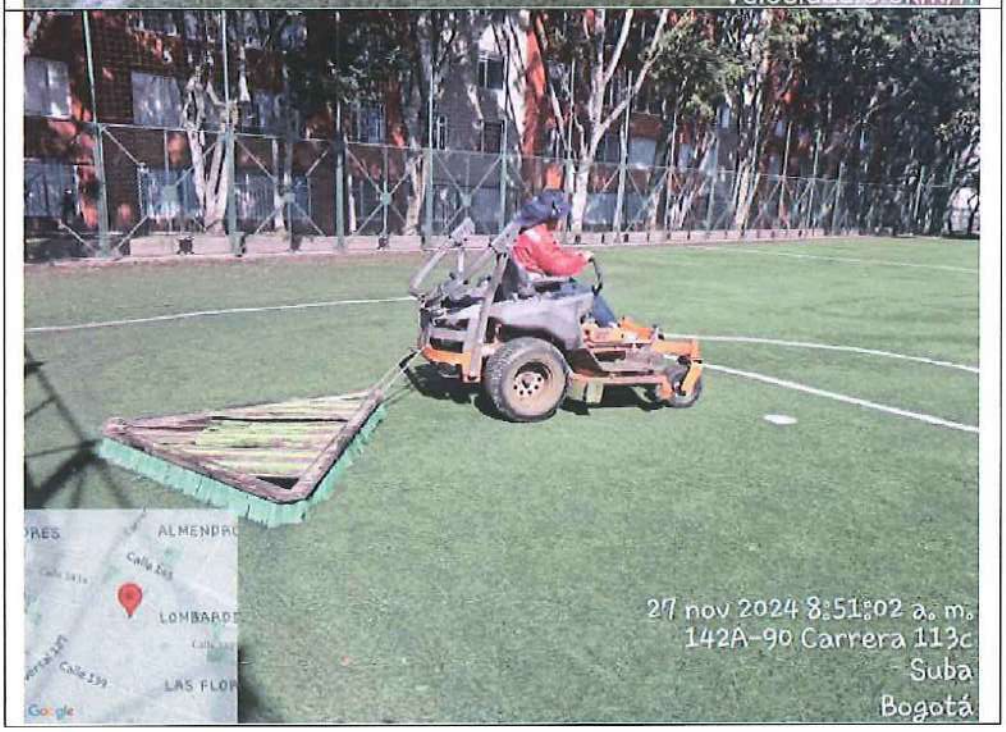



22 nov 2024 10:06:28 a. m.
86c-28 Carrera 110 Engativá Bogotá




25 nov 2024 8:53:18 a. m.
##24-45sur Carrera 12d Bis
Rafael Uribe Uribe
Bogotá


26/11/2024 6:05:16 a. m.
Engativá
Bogotá
Altitud:2578.3m
Velocidad:0.0km/h


27 nov 2024 8:51:02 a. m.
142A-90 Carrera 113c
Suba
Bogotá
ALMENDRO
LOMBARDÍ
LAS FLOR
Google


28 nov 2024 6:02:15 a. m.
20A-30 Carrera 96g
Fontibón
Bogotá

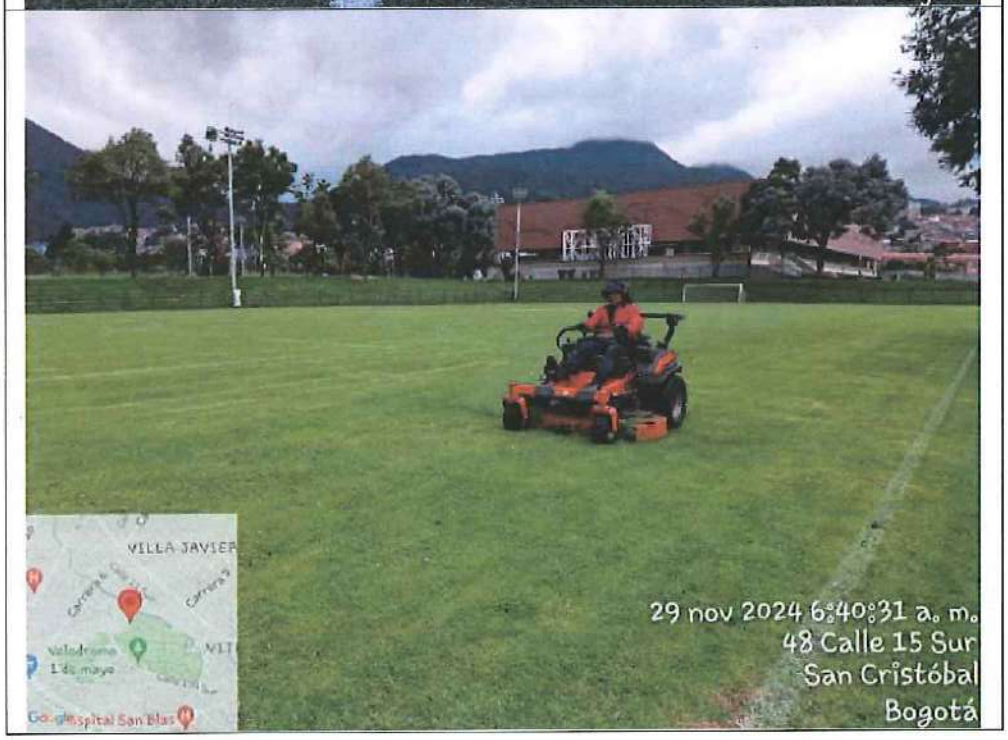

VILLA JAVIER
29 nov 2024 6:40:31 a. m.
48 Calle 15 Sur
San Cristóbal
Bogotá



Tabla 13. Registro fotográfico mantenimientos rutinarios

Mantenimientos correctivos y preventivos


165




29/11/2024, 9:24:44 a.m.
Carrera 17A CA-13
110141
Bogotá
Colombia


29/11/2024, 2:03:12 p.m.
Carrera 8A MJ 110141
Bogotá
Colombia
30/11/2024, 10:51:49 a.m.
Carrera 11A CA 3 110141
Bogotá
Colombia



Tabla 14. Registro fotográfico mantenimientos correctivos

ANEXO No. 1

DOCUMENTOS CONTRACTUALES

DOCUMENTOS CONTRACTUALES

CONTRATO

ID del contrato en SECOP	CO1.PCCNTR.6970323
Versión del contrato	1
Estado de contrato	Firmado
Fecha de generación del estado	13 días de tiempo transcurrido *(30/10/2024 3:19:41 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Número del contrato	IDRD-SG-4041-2024
Objeto del contrato	CONTRATAR MEDIANTE EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS Y A MONTO AGOTABLE, EL MANTENIMIENTO, ADECUACIÓN, REPARACIÓN Y RECUPERACIÓN DE PARQUES Y CAMPOS DEPORTIVOS ADMINISTRADOS POR EL IDRD GRUPO 1 MANTENIMIENTO CORRECTIVO, PREVENTIVO Y RUTINARIO DE LAS CANCHAS DEPORTIVAS EN GRAMA NATURAL, ARENA Y SINTÉTICAS
Tipo de Contrato	Obra
¿Asociado a otro contrato?	☐Sí ☑No
Duración del contrato	8 Meses
Fecha de inicio de contrato	-
Fecha de terminación del contrato	8/07/2025 11:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Tiempo adiciones en días	0 días
Liquidación	☑Sí ☐No *
Fecha de inicio de liquidación	9/07/2025 8:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Fecha fin de liquidación	9/01/2026 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Obligaciones Ambientales	☐Sí ☑No *
Obligaciones pos consumo	☐Sí ☑No *
Reversión	☐Sí ☑No *

Información de la Entidad Estatal contratante

IDRD - ENTIDAD OFICIAL

COLOMBIA, Bogotá

1 Recomendación (es)

Información del Proveedor contratista

CONSORCIO INNOVAPARQUES

COLOMBIA, Bogotá
Número de documento

Cuenta bancaria del proveedor

☐Cuentas bancarias distintas por proveedor ☑Cuenta bancaria de la unidad temporal

Proveedor	Nombre del banco	Tipo de cuenta	Número de cuenta
CONSORCIO INNOVAPARQUES			

Aprobación del contrato

Aprobador – Proveedor

Aprobado por: *IES INGENIEROS SAS* *Fecha de aprobación:* *12/11/2024 1:52:36 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Aprobador – Entidad Estatal

Aprobado por: *GABRIEL ERNESTO LAGOS MEDINA* *Fecha de aprobación:* *12/11/2024 5:11:45 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Contrato Firmado:
Contrato en ejecución:

Documentos Tipo

Documentos Tipo	Sí	Documentos tipo adoptados por la ANCP-CCE en virtud de la Ley 2022 del 2020
Sector:	Sector de infraestructura social (Cultura, recreación y deporte)	

Sentencia T-302 de 2017

Contrato asociado a las órdenes impartidas por la Corte Constitucional en la Sentencia T-302 de 2017	☐Sí ☑No	Sentencia que declara el estado de Cosas Inconstitucionales en relación con los derechos de los niños del pueblo Wayúu.

Condiciones ejecución y entrega

Condiciones de entrega: Como acordado previamente

El contrato puede ser prorrogado ☐Sí ☑No

Configuración financiera - Configuraciones generales

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ☐Sí ☑No

Configuración financiera - Garantías

garantías:

Garantías por lotes, grupos o etapas ☑Sí ☐No

Seriedad de la oferta ☑Sí ☐No

☑% del presupuesto oficial estimado del Proceso de Contratación o de la oferta 10,00

Cumplimiento ☑Sí ☐No

- ☑ Buen manejo y correcta inversión del anticipo
- ☑ Cumplimiento del contrato
- ☑ Pago de salarios
- ☑ Estabilidad y calidad de la obra

Responsabilidad civil extra contractual ☑Sí ☐No

☑No. de SMMLV

Fecha límite para entrega de garantías: 7 horas de tiempo transcurrido *(12/11/2024 10:00:00 AM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* Fecha de entrega de garantías: -

Documento explicativo de las garantías

Nombre	Clasificación del documento	Descripción		
GARANTIAS.pdf	-	GARANTIAS.pdf	Descargar	Detalle

Garantías del proveedor:

Id de la garantía	Justificación	Tipo de garantía	Valor	Emisor	Fecha fin	Estado	
CO1.WRT.15515825	Seriedad de la oferta	-	1.810.034.980,70 COP	-	26/01/2025 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Aprobada	Detalle

Configuración financiera - Pago de anticipos

Definir Plan de Pagos? ☐Sí ☑No

Condiciones de facturación y pago

Forma de pago

Plazo de pago de la factura

Comentarios

Número del Contrato CO1.PCCNTR.6970323
Proveedor CONSORCIO INNOVAPARQUES
Creado por
Agregado en -
Comentario

Anexos del contrato

Descripción	Nombre
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados	

Dirección de notificaciones

Dirección de notificaciones Calle 63 # 59A - 06
Ubicación CO-DC-11001 - Bogotá
País COLOMBIA
Departamento Distrito Capital de Bogotá
Municipio Bogotá
Dirección Calle 63 # 59A - 06
Código postal

	Grados (°)	Minutos (')	Segundos (")
Latitud:			
Longitud:			

Municipio de ejecución del contrato

ID	Dirección	Ubicación
1	BOGOTA	COLOMBIA > Distrito Capital de Bogotá > Bogotá

1	CO1.PCCNTR.6970323	
1.1	Lote 1	Incluya el precio como lo indique la Entidad Estatal

Incluya el precio como lo

Ref. Artículo	Código UNSPSC	Descripción	Cantidad	Unidad	Precio unitario estimado	Precio unitario	Precio total estimado	Incluya el precio como lo indique la Entidad Estatal
1	72101500	MANTENIMIENTO CORRECTIVO, PREVENTIVO Y RUTINARIO DE LAS CANCHAS DEPORTIVAS EN GRAMA NATURAL, ARENA Y SINTÉTICAS	1,00	UN	5.200.000.000,00	5.200.000.000,00	5.200.000.000,00	5.200.000.000,00

Documentos del contrato

Descripción	Nombre del documento	Detalle
GRUPO 1 Anexo 4- Minuta del Contrato CCE-EICP-IDI-35 (2) (1).pdf	GRUPO 1 Anexo 4- Minuta del Contrato CCE-EICP-IDI-35 (2) (1).pdf	(detalle)
Rut C Innovaparques.pdf	Rut C Innovaparques.pdf	(detalle)

Asignaciones para el seguimiento

Ordenador del Gasto	GABRIEL ERNESTO LA	Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía	Número de documento	79628241	Guardar y notificar
Supervisor		Tipo de documento		Número de documento		Guardar y notificar

Asignaciones Ordenador del pago

Ordenador del pago		Tipo de documento		Número de documento	Guardar y notificar

Agregar usuario

Histórico de asignaciones

Posición	Nombre	Fecha de seguimiento	Cambiado por
Ordenador del Gasto	GABRIEL ERNESTO LAGOS MEDINA	41 minutos de tiempo transcurrido *(12/11/2024 5:11:50 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	GABRIEL ERNESTO LAGOS MEDINA

Información presupuestal

Proyecto del Plan Marco para la Implementación del Acuerdo de Paz o asociado al Acuerdo de Paz ☐Sí ☑No * Gasto Posconflicto como aquel relacionado con el Plan Marco de Implementación (CONPES 3932) derivado de Intervenciones en cumplimiento del Acuerdo.

Destinación del gasto Inversión

Fuente de los recursos:		**Valor**
Presupuesto General de la Nación - PGN	☐Sí ☑No *	
Sistema General de Participaciones - SGP	☐Sí ☑No *	
Sistema General de Regalías - SGR	☐Sí ☑No *	
Recursos Propios (Alcaldías y Gobernaciones)	☑Sí ☐No *	5.200.000.000
Recursos de Crédito	☐Sí ☑No *	
Otros Recursos (Especie, Privados, Cooperación, Propios Entidades Autónomas)	☐Sí ☑No *	
	Total	5.200.000.000

Validación Código BPIN

	Código BPIN	Año	Estado
☐	2024110010248	2024	Validado

Código BPIN perteneciente al contrato

	Código BPIN	Año	Estado
☐	2024110010248	2024	Validado

Sistema de Presupuesto y Giro de Regalías (Recuerde que es necesario agregar al menos un CDP si es el caso)

Código CDP	Código BPIN	Tipo	Estado del CDP	Valor Total	Saldo	Valor a utilizar	Estado de la consulta	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Entidad Estatal registrada en el SIIF ☑Sí ☐No

Código de autorización

Código unidad/subunidad ejecutora 03-11-00-26

CDP/Vigencias Futuras (Recuerde que es necesario agregar al menos un CDP o una AVF Extraordinaria si es el caso)

	Código	Tipo	Estado	Saldo	Valor a utilizar	Código unidad/subunidad ejecutora	Estado	
☐	6421	CDP	No se ha iniciado		4.915.565.045 COP	03-11-00-26	-	Editar
☐	6422	CDP	No se ha iniciado		284.434.955 COP	03-11-00-26	-	Editar

Saldo de CDP 0 COP

Saldo de vigencias futuras 0 COP

Saldo total a comprometer 0 COP

Última consulta a SIIF

Fecha de consulta SIIF -

Compromiso presupuestal de gastos

Código compromiso	Tipo de compromiso	Estado compromiso	Valor compromiso COP/USD	Unidad por asignar	Objeto del compromiso	Fecha de registro

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Saldo de compromisos CDP	0 COP
Saldo de compromisos AVF	0 COP
Saldo total comprometido	
Última consulta a SIIF	
Fecha de consulta SIIF	-

DOCUMENTOS CONTRACTUALES

ACTA DE INICIO

BOGOTÁ
Instituto Distrital de Recreación y Deporte

ACTA DE INICIO CONTRATO

FECHA		
20	NOVIEMBRE	2024
dd	mm	aaaa
Página	1 de	2

CONTRATO No 4041 (Número de Contrato) **DE** 2024 (Año de suscripción) **TIPO DE CONTRATO** OBRA PÚBLICA (Obra Pública, Contrato Interventoría)

OBJETO DEL CONTRATO

"CONTRATAR MEDIANTE EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS Y A MONTO AGOTABLE, EL MANTENIMIENTO, ADECUACIÓN, REPARACIÓN Y RECUPERACIÓN DE PARQUES Y CAMPOS DEPORTIVOS ADMINISTRADOS POR EL IDRD".
GRUPO 1 - "MANTENIMIENTO CORRECTIVO, PREVENTIVO Y RUTINARIO DE LAS CANCHAS DEPORTIVAS EN GRAMA NATURAL, ARENA Y SINTÉTICAS".

(Indique el objeto del contrato suscrito)

CONTRATISTA:	CONSORCIO INNOVAPARQUES				
INTERVENTOR:	CONSORCIO SANTA TERESA 28				
SUPERVISOR CONTRATO DE INTERVENTORIA:	RODRIGO ALBERTO MANRIQUE FORERO				
APOYO A LA SUPERVISIÓN CONTRATO DE INTERVENTORIA:	NO APLICA				
PLAZO DE EJECUCION DE LA ETAPA DE ESTUDIOS Y DISEÑOS:	NO APLICA				
PLAZO DE EJECUCION DE LA ETAPA DE OBRA:	OCHO (08) MESES				
PLAZO TOTAL:	OCHO (08) MESES				
FECHA DE INICIO:	VEINTE (20)	DE	NOVIEMBRE	DE	2024
FECHA DE TERMINACION ETAPA DE ESTUDIOS Y DISEÑOS:	NO APLICA	DE	NO APLICA	DE	NO APLICA
FECHA DE TERMINACION:	DIECINUEVE (19)	DE	JULIO	DE	2025

VALORES

ESTUDIOS Y DISEÑOS	OBRA			
	COSTO DIRECTO	%AIU	VALOR AIU	VALOR TOTAL OBRA
$ -	$ 3.728.133.066,00	39,48%	$ 1.471.866.934,00	$ 5.200.000.000,00
			GASTOS REEMBOLSABLES	$ -

VALOR TOTAL CONTRATO:	$ 5.200.000.000,00

(Indique en este espacio el valor del contrato en letras)

CINCO MIL DOSCIENTOS MILLONES DE PESOS M/CTE

LISTA DE PARQUES Y/O ESCENARIOS A INTERVENIR

PARQUE O ESCENARIO	CODIGO	LOCALIDAD	DIRECCION	CONSULTORIA	OBRA	OBSERVACIONES
CAMPOS DEPORTIVOS EN GRAMA NATURAL, GRAMA SINTÉTICA Y ARENA						

ACORDE CON LO ESTABLECIDO EN EL ANEXO 1 – ANEXO TÉCNICO GRAMAS ESTABLECE: **GRUPO 1. CAMPOS DEPORTIVOS.** ***"LAS OBRAS POR EJECUTAR SE REALIZARÁN EN LOS CAMPOS DEPORTIVOS ADMINISTRADOS POR EL IDRD EN GRAMA NATURAL, SINTÉTICA Y DE ARENA, LOS CUALES SE ENCUENTRAN EN UN LISTADO PRELIMINAR, SIN PERJUICIO DEL INGRESO DE NUEVOS CAMPOS DEPORTIVOS A CARGO DEL IDRD, LOS CUALES PODRÁN SER SUJETO DE INTERVENCIÓN CONFORME A LAS NECESIDADES DEL INSTITUTO, DEFINIDOS EN LOS COMITES DE OBRA"***.
TENIENDO EN CUENTA QUE EL PRESUPUESTO DEL CONTRATO ES A MONTO AGOTABLE LA EJECUCIÓN DE LAS OBRAS SE ENCUENTRA SUJETA AL BALANCE PRESUPUESTAL Y A LAS NECESIDADES QUE SE DEBAN ATENDER DE ACUERDO CON LAS PRIORIZACIONES DEL INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACIÓN Y DEPORTE – IDRD, SE PODRÁN INCLUIR O EXCLUIR CAMPOS DEPORTIVOS SEGÚN LO REQUIERA EL CONTRATO.

EN CASO DE INCLUSIÓN CAMPOS DEPORTIVOS LOS MISMOS SE INCLUIRAN EN EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES O PROGRAMACIÓN DE OBRA Y SE CONSIDERARÁN EN EL PRESUPUESTO.

BOGOTÁ
Instituto Distrital de Recreación y Deporte

ACTA DE INICIO CONTRATO

FECHA		
20	NOVIEMBRE	2024
dd	mm	aaaa
Página	2 de	2

CONTRATO No 4041 (Número de Contrato) **DE** 2024 (Año de suscripción) **TIPO DE CONTRATO** OBRA PÚBLICA (Obra Pública, Consultoría, Interventoría)

En Bogotá D.C ; a los VEINTE (Letras) 20 (Números) días del mes de NOVIEMBRE (Letras) de 2024 (Año) se reunieron:

OSCAR RENÁN VELÁSQUEZ VIGOYA (Nombre representante legal del contratista) actuando en representación del CONTRATISTA

RAÚL ORLANDO DELGADO CABIATIVA (Nombre representante legal del interventor) actuando en representación del INTERVENTOR

con el fin de iniciar el contrato en mención.

Para constancia se firma el VEINTE (Letras) 20 (Números) días del mes de NOVIEMBRE (Letras) de 2024 (Año)

(Firma)

(Nombre) OSCAR RENÁN VELÁSQUEZ VIGOYA
(Cargo) REPRESENTANTE LEGAL
CONTRATISTA

(Firma)

(Nombre) RAÚL ORLANDO DELGADO CABIATIVA
(Cargo) REPRESENTANTE LEGAL
INTERVENTOR

(Firma)

(Nombre) RODRIGO ALBERTO MANRIQUE FORERO
SUPERVISOR CONTRATO DE INTERVENTORIA

(Firma)

(Nombre) NO APLICA
APOYO A LA SUPERVISIÓN CONTRATO DE INTERVENTORIA

Original Subdirección Contratación
1ra copia Área responsable del contrato

NOTA: LOS ESPACIOS QUE NO CORRESPONDA LLENAR, POR EL OBJETO DEL CONTRATO SE ESCRIBIRA NA - (NO APLICA)

DOCUMENTOS CONTRACTUALES

PÓLIZAS DE CUMPLIMIENTO

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT. 860.524.654-6

POLIZA SEGURO DE RESP. CIVIL EXTRACONTRACTUAL

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
3606124240

PÓLIZA No: 360 -74 - 994000009608 ANEXO:1

AGENCIA EXPEDIDORA: SANTA PAULA — COD. AGE: 360 — RAMO: 74 — PAP:

FECHA DE EXPEDICIÓN DIA	MES	AÑO	VIGENCIA DE LA PÓLIZA	VIGENCIA DESDE DIA	MES	AÑO	HORAS	VIGENCIA HASTA DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS	FECHA DE IMPRESIÓN DIA	MES	AÑO
19	11	2024		19	11	2024	23:59 A LAS	12	07	2025	23:59 A LAS	235	19	11	2024

MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL — TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO: MODIFICACION

VIGENCIA DEL ANEXO DESDE DIA	MES	AÑO	HORAS	VIGENCIA HASTA DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
19	11	2024	23:59 A LAS	12	07	2025	23:59 A LAS	235

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:: CONSORCIO INNOVAPARQUES — IDENTIFICACIÓN: NIT 901.885.635-2
DIRECCIÓN: CR 70 B # 125 - 03 — CIUDAD: BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL — TELÉFONO: 6014325878

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: CONSORCIO INNOVAPARQUES — IDENTIFICACIÓN: NIT 901.885.635-2
DIRECCIÓN: CR 70 B # 125 - 03 — CIUDAD: BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL — TELÉFONO: 6014325878
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS — IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ASEGURADO: CONSORCIO INNOVAPARQUES NIT : 901885635

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: DISTRITO CAPITAL CIUDAD: BOGOTÁ, D.C.

DIRECCION: AVENIDA No. - LUGAR DONDE SE EJECUTE EL CONTRATO

ACTIVIDAD: CONTRATO DE EJECUCION DE OBRA

TIPO EDIFICIO: NO APLICA PARA ESTE RAMO TIPO DE RIESGO: ESTATAL MANZANA: AV.-0

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
CONTRATO		$ 0.00		
	CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS	520,000,000.00		
	RCE PATRONAL	520,000,000.00		
	VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS	520,000,000.00		
	GASTOS MEDICOS	104,000,000.00		
	RESPONSABILIDAD CIVIL CRUZADA	520,000,000.00		

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5.00 SMMLV en CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS/RCE PATRONAL/VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS/RESPONSABILIDAD CIVIL CRUZADA

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS
NIT 860061099 - INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACION Y DEPORTE- IDRD
NOTA ACLARATORIA
POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO SE REALIZA INCLUSION DE SUBAMPAROS DE PLO Y SE INDICA QUE DAÑOS EMERGENTES, LUCRO CESANTE, PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES HACEN PARTE INTEGRAL DEL AMPARO BASICO DE PLO - PREDIOS LABORES Y OPERACIONES, SE ENCUENTRA DESCRITO EN EL CONDICIONADO.
DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES NO MODIFICADOS PERMANECEN VIGENTES
MEDIANTE LA PRESENTE PÓLIZA, SE AMPARAN LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES QUE CAUSE DIRECTAMENTE EL ASEGURADO CON MOTIVO DE UNA DETERMINADA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL EN QUE INCURRA, DE ACUERDO CON LA LEY COLOMBIANA, EN VIRTUD DE LA EJECUCION DEL CONTRATO IDRD-SG-4041-2024 REFERENTE A CONTRATAR MEDIANTE EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS Y A MONTO AGOTABLE, EL MANTENIMIENTO, ADECUACIÓN, REPARACIÓN Y RECUPERACIÓN DE PARQUES Y CAMPOS DEPORTIVOS ADMINISTRADOS POR EL IDRD GRUPO 1 MANTENIMIENTO CORRECTIVO, PREVENTIVO Y RUTINARIO DE LAS CANCHAS DEPORTIVAS EN GRAMA NATURAL, ARENA Y SINTÉTICAS.
BENEFICIARIOS Y/O ASEGURADOS:
- TERCEROS AFECTADOS

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ **********0.00	$ **********0	$*********0.00	$ **********0	$ **********0

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	%PART
ALIRIO OSORIO CUENCA	3644	100.00

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000070003606124 24

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

HAMVARGAS 0

CDDE207E0E0CFD7F56

CLIENTE

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

Compañía de Seguros

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POLIZA SEGURO DE RESP. CIVIL EXTRACONTRACTUAL

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SANTA PAULA COD. AGENCIA: 360 RAMO: 74 No PÓLIZA: 994000009608 ANEXO: 1

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **CONSORCIO INNOVAPARQUES** IDENTIFICACIÓN: NIT **901.885.635-2**

ASEGURADO: **CONSORCIO INNOVAPARQUES** IDENTIFICACIÓN: NIT **901.885.635-2**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

- INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACIÓN Y DEPORTE IDRD NIT.860061099-1

CLIENTE

180

LISTADO DE ASEGURADOS

POLIZA SEGURO DE RESP. CIVIL EXTRACONTRACTUAL

DATOS DE LA PÓLIZA

No. POLIZA: 994000009608 ANEXO: 1 TIPO DE MOVIMIENTO: 0 PAGINA: 3

TOMADOR: CONSORCIO INNOVAPARQUES IDENTIFICACION: 901.885.635-2

ASEGURADOS

ITEM	ASEGURADO	C.C. ó NIT	UBICACION DEL PREDIO	CIUDAD	VALOR ASEGURADO	PRIMA SIN IVA	PRIMA CON IVA
1	CONSORCIO INNOVAPARQUES	901885635-2	AVENIDA No. - LUGAR DONDE SE E	BOGOTÁ, D.C.	0.00	0	0

PRIMA TOTAL SIN IVA	PRIMA TOTAL CON IVA
0	0

Aseguradora Solidaria de Colombia

NIT. 860.524.654-6

PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES - DECRETO 1082 DE 2015 - PATRICLSUSP09V4

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
3606124190

PÓLIZA No: 360 - 47 - 994000035672 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: **SANTA PAULA** COD. AGENCIA: 360 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: **EXPEDICION** TIPO DE IMPRESIÓN: **IMPRESION**

FECHA DE EXPEDICIÓN			FECHA DE IMPRESIÓN		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
15	11	2024	15	11	2024

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE:: **CONSORCIO INNOVAPARQUES** IDENTIFICACIÓN: NIT **901.885.635-2**

DIRECCIÓN: CR 70 B # 125 - 03 CIUDAD: BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL TELÉFONO: 6014325878

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACION Y DEPORTE- IDRD** IDENTIFICACIÓN: NIT **860.061.099-1**

BENEFICIARIO: **INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACION Y DEPORTE- IDRD** IDENTIFICACIÓN: NIT **860.061.099-1**

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE EJECUCION DE OBRA

DESCRIPCION AMPAROS CONTRATO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
CUMPLIMIENTO	12/11/2024	12/01/2026	1,040,000,000.00
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E IND	12/11/2024	12/07/2028	260,000,000.00
ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA		VER NOTA ACLARATORIA	1,040,000,000.00

UNIÓN TEMPORAL Y CONSORCIOS

NIT 901621735 - GRUPO COLOMBIA CIVIL SAS - PART: 50.00%
NIT 900317964 - IES INGENIEROS S.A.S - PART: 50.00%

BENEFICIARIOS
NIT 860061099 - INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACION Y DEPORTE- IDRD

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE EJECUCION DE OBRA:

OBJETO DE LA GARANTIA

EL OBJETO DE LA PRESENTE POLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DE CONTRATO NO.IDRD-SG-4041-2024 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON CONTRATAR MEDIANTE EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS Y A MONTO AGOTABLE, EL MANTENIMIENTO, ADECUACIÓN, REPARACIÓN Y RECUPERACIÓN DE PARQUES Y CAMPOS DEPORTIVOS ADMINISTRADOS POR EL IDRD GRUPO 1 MANTENIMIENTO CORRECTIVO, PREVENTIVO Y RUTINARIO DE LAS CANCHAS DEPORTIVAS EN GRAMA NATURAL, ARENA Y SINTÉTICAS.

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ *2,340,000,000.00	$ ********6,795,047	$****11,000.00	$ ****1,293,149	$ ********8,099,195

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO
ALIRIO OSORIO CUENCA	3644	100.00			

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN: DECLARO CONOCER Y ESTAR INFORMADO QUE LOS CANALES QUE A CONTINUACIÓN SE RELACIONAN, CUYOS DATOS VERACES Y FIDEDIGNOS HE SUMINISTRADO VOLUNTARIAMENTE EN EL PRESENTE DOCUMENTO, PUEDEN SER UTILIZADOS POR LA ASEGURADORA PARA REALIZAR GESTIONES DE COBRANZA, ASÍ COMO PARA EL ENVÍO DE MENSAJES PUBLICITARIOS A TRAVÉS DE MENSAJES CORTOS DE TEXTO (SMS), MENSAJERÍA POR APLICACIONES WEB, CORREOS ELECTRÓNICOS Y LLAMADAS TELEFÓNICAS DE CARÁCTER COMERCIAL O PUBLICITARIO, TODO DENTRO DEL MARCO LEGAL APLICABLE. DE ESTA MANERA, AUTORIZO EXPRESAMENTE PARA SER CONTACTADO POR LA ASEGURADORA Y/O SUS GESTORES COMERCIALES, DE COBRANZA E INTERMEDIARIOS, PARA LOS FINES MENCIONADOS EN LA PRESENTE DECLARACIÓN, MEDIANTE LOS CANALES DE: PRESENCIAL, LLAMADAS, CORREO ELECTRÓNICO Y EN ALGUNOS CASOS MENSAJES DE TEXTO Y WHATSAPP POR MEDIO DE GESTIÓN AUTOMÁTICA. EN CASO QUE DESEE CAMBIAR EL CANAL DE CONTACTO O TENER UN CANAL EXCLUSIVO PARA LA GESTIÓN DE COBRANZA, POR FAVOR INFORMAR AL CORREO ELECTRÓNICO: GESTIONDECARTERA@SOLIDARIA.COM.CO, PARA FINES COMERCIALES POR FAVOR INFORMAR AL CORREO GESTIONCOMERCIAL@SOLIDARIA.COM.CO Y PARA MODIFICAR O ACTUALIZAR SUS DATOS DE CONTACTO POR FAVOR INGRESAR A: https://www.solidaria.com.co/wa_digitalclient/#/login

MEDIANTE LA SOLICITUD Y CONTRATACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO, USTED EN CALIDAD DE TITULAR(ES) DE LA INFORMACIÓN; DE MANERA LIBRE, EXPRESA, VOLUNTARIA E INFORMADA, AUTORIZA A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA O A LA PERSONA NATURAL O JURÍDICA A QUIÉN ESTE ENCARGUE, A RECOLECTAR,ALMACENAR, UTILIZAR, CIRCULAR, SUPRIMIR Y EN GENERAL, A REALIZAR CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO A LOS DATOS PERSONALES POR USTED SUMINISTRADOS, PARA TODOS AQUELLOS ASPECTOS INHERENTES A LAS ACTIVIDADES COMERCIALES Y PROMOCIONALES, Y CUALQUIER OTRO RELACIONADO CON EL DESARROLLO DEL OBJETO SOCIAL PRINCIPAL DEL REFERIDA SOCIEDAD, LO QUE IMPLICA EL USO DE LOS DATOS EN ACTIVIDADES DE MERCADEO, PROMOCIÓN Y DE SER EL CASO, CUANDO LA ACTIVIDAD COMERCIAL LO REQUIERA, LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN DE LOS MISMOS A UN TERCERO (INCLUYENDO TERCEROS PAÍSES), BAJO LOS PARÁMETROS DE LA LEY 1581 DE 2012, DECRETO 1074 DE 2015 Y DEMÁS NORMATIVIDAD VIGENTE QUE REGULE LA MATERIA. EN TODO CASO, ASEGURADORA SOLIDARIA GARANTIZA LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD, PRIVACIDAD Y DEMÁS PRINCIPIOS QUE IMPLIQUEN EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES ACORDE CON LA LEGISLACIÓN APLICABLE. ESTA AUTORIZACIÓN SE MANTENDRÁ POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DEL VÍNCULO O LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DE LA SOCIEDAD RESPONSABLE, CONFORME LO ESTABLECIDO EN SUS MANUALES Y POLÍTICAS. IGUALMENTE DECLARO QUE HE CONOCIDO LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DISPONIBLE EN_: HTTPS://ASEGURADORASOLIDARIA.COM.CO/ENLACES-DE-INTERES/POLITICA-DE-PRIVACIDAD.ASPX

LAS CONDICIONES GENERALES DE SU PÓLIZA SE PUEDEN DESCARGAR DE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.SOLIDARIA.COM.CO EN LA OPCIÓN SEGUROS – TU RESPALDO – SEGUROS PATRIMONIALES. ASEGURADORA SOLIDARIA PENSANDO EN SU TRANQUILIDAD, LO INVITA A VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA INGRESANDO A NUESTRA PÁGINA WEB WWW.SOLIDARIA.COM.CO EN LA OPCIÓN SERVICIOS – CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000070003606124l9

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

CLIENTE

CDDE207E0E0DF87F56

Defensor del Consumidor Financiero – Principal: Manuel Guillermo Rueda Serrano * Celular: 312 342 8229 * Correo electrónico: defensoriasolidaria@gmail.com
Defensor del Consumidor Financiero – Suplente: Jorge Humberto Martínez Luna * Celular: 310 223 4304 * Correo electrónico: martinezlunaabogados@gmail.com
Dirección: Carrera 13A# 28-38 oficina 221, Bogotá * Teléfono: (601) 791 91 80 * Fax: (601) 791 91 80 * Horario: Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 12:00 p.m. y 2:00 p.m. a 6:00 p.m.
Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web: https://aseguradorasolidaria.com.co/resources/site1/General/2023/Servicios/FOLLETO-DEFENSOR-CONSUMIDOR-FINANCIERO-30-01-2023.pdf

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento
Compañía de Seguros
GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SANTA PAULA COD. AGENCIA: 360 RAMO: 47 No PÓLIZA: 994000035672 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **CONSORCIO INNOVAPARQUES** IDENTIFICACIÓN: NIT 901.885.635-2

ASEGURADO: **INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACION Y DEPORTE- IDRD** IDENTIFICACIÓN: NIT 860.061.099-1

BENEFICIARIO: **INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACION Y DEPORTE- IDRD** IDENTIFICACIÓN: NIT 860.061.099-1

TEXTO ITEM 1

*** NOTA ACLARATORIA ***

EL AMPARO DE ESTABILIDAD OTORGADO MEDIANTE LA PRESENTE POLIZA, TIENE VIGENCIA DE 2 AÑOS, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE SUSCRIPCION DEL ACTA DE RECIBO Y ENTREGA FINAL DE LA OBRA A ENTERA SATISFACCION POR PARTE DE LA ENTIDAD CONTRATANTE, LO CUAL DEBERA SER REPORTADO OPORTUNAMENTE Y POR ESCRITO A ASEGURADORA SOLIDARIA.

CLIENTE

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

POLIZA SEGURO DE RESP. CIVIL EXTRACONTRACTUAL

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
3606124240

PÓLIZA No: 360 -74 - 994000009608 ANEXO:2

AGENCIA EXPEDIDORA: SANTA PAULA — COD. AGE: 360 — RAMO: 74 — PAP:

FECHA DE EXPEDICIÓN (DIA / MES / AÑO)	VIGENCIA DE LA PÓLIZA	VIGENCIA DESDE (DIA / MES / AÑO / HORAS)	A LAS	VIGENCIA HASTA (DIA / MES / AÑO / HORAS)	A LAS	DIAS	FECHA DE IMPRESIÓN (DIA / MES / AÑO)
28 / 11 / 2024		12 / 07 / 2025	23:59	20 / 07 / 2025	23:59	8	28 / 11 / 2024

MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL — TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO: PRORROGA

VIGENCIA DEL ANEXO	VIGENCIA DESDE (DIA / MES / AÑO / HORAS)	A LAS	VIGENCIA HASTA (DIA / MES / AÑO / HORAS)	A LAS	DIAS
	12 / 07 / 2025	23:59	20 / 07 / 2025	23:59	8

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:: CONSORCIO INNOVAPARQUES — IDENTIFICACIÓN: NIT 901.885.635-2
DIRECCIÓN: CR 13A 106 A 96 — CIUDAD: BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL — TELÉFONO: 6014325878

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: CONSORCIO INNOVAPARQUES — IDENTIFICACIÓN: NIT 901.885.635-2
DIRECCIÓN: CR 13A 106 A 96 — CIUDAD: BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL — TELÉFONO: 6014325878
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS — IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ASEGURADO: CONSORCIO INNOVAPARQUES NIT : 901885635

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: DISTRITO CAPITAL CIUDAD: BOGOTÁ, D.C.

DIRECCION: AVENIDA No. - LUGAR DONDE SE EJECUTE EL CONTRATO

ACTIVIDAD: CONTRATO DE EJECUCION DE OBRA

TIPO EDIFICIO: NO APLICA PARA ESTE RAMO TIPO DE RIESGO: ESTATAL MANZANA: AV.-0

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
CONTRATO		$ 520,000,000.00		
	PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	520,000,000.00		
	CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS	520,000,000.00		
	RCE PATRONAL	520,000,000.00		
	VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS	520,000,000.00		
	GASTOS MEDICOS	104,000,000.00		
	RESPONSABILIDAD CIVIL CRUZADA	520,000,000.00		

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5.00 SMMLV en PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES/CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS/RCE PATRONAL/VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS/RESPONSABILIDAD CIVIL CRUZADA

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS
NIT 860061099 - INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACION Y DEPORTE- IDRD
NOTA ACLARATORIA
POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO Y SEGUN ACTA DE INICIO AL CONTRATO NO.IDRD-SG-4041-2024 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, SE REALIZA ACTUALIZACION DE VIGENCIAS TAL COMO SE REFLEJA EN LA PARTE SUPERIOR,
SE ACLARA VIGENCIA DESDE 20/11/2024 HASTA 20/07/2025
DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES NO MODIFICADOS PERMANECEN VIGENTES

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ ***520,000,000.00	$ **********0	$*********0.00	$ **********0	$ **********0

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	%PART
ALIRIO OSORIO CUENCA	3644	100.00

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000070003606124 24

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

HAMVARGAS 0

CDDE207E0E0AFA7C5F

CLIENTE

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Compañía de Seguros

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601. ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

POLIZA SEGURO DE RESP. CIVIL EXTRACONTRACTUAL

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SANTA PAULA COD. AGENCIA: 360 RAMO: 74 No PÓLIZA: 994000009608 ANEXO: 2

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **CONSORCIO INNOVAPARQUES** IDENTIFICACIÓN: NIT **901.885.635-2**

ASEGURADO: **CONSORCIO INNOVAPARQUES** IDENTIFICACIÓN: NIT **901.885.635-2**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

MEDIANTE LA PRESENTE PÓLIZA, SE AMPARAN LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES QUE CAUSE DIRECTAMENTE EL ASEGURADO CON MOTIVO DE UNA DETERMINADA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL EN QUE INCURRA, DE ACUERDO CON LA LEY COLOMBIANA, EN VIRTUD DE LA EJECUCION DEL CONTRATO IDRD-SG-4041-2024 REFERENTE A CONTRATAR MEDIANTE EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS Y A MONTO AGOTABLE, EL MANTENIMIENTO, ADECUACIÓN, REPARACIÓN Y RECUPERACIÓN DE PARQUES Y CAMPOS DEPORTIVOS ADMINISTRADOS POR EL IDRD GRUPO 1 MANTENIMIENTO CORRECTIVO, PREVENTIVO Y RUTINARIO DE LAS CANCHAS DEPORTIVAS EN GRAMA NATURAL, ARENA Y SINTÉTICAS.
BENEFICIARIOS Y/O ASEGURADOS:
- TERCEROS AFECTADOS
- INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACIÓN Y DEPORTE IDRD NIT.860061099-1

CLIENTE

ANEXO No. 2
BITACORA DE OBRA

Bitacora de Obra Cancha Palermo

"Contratar mediante el sistema de precios unitarios y a monto agotable, el mantenimiento, adecuacion, reparacion y recuperacion de parques y campos deportivos administrados por el IDRD"
Grupo 1 - "Mantenimiento correctivo, preventivo y rutinario de las canchas deportivas en grama natural, arena y sinteticas"

Contratista : Consorcio Innovaparques
Interventoria : Consorao Santa Teresa 28
Supervisor del contrato interventoria : Rodrigo Manrique

Contato de obra No 4041 de 2024
Valor del contrato de obra : $ 5.200'000.000
AIU : 39.48%

Contrato de interventoria No. 4080 de 2024
Valor del contrato de interventoria : $ 2.107'109.833

Norma

Scanned with CamScanner

Inicio de actividades

Martes 3 de diciembre de 2024

Nota 01 Personal de obra: 2 operativos.
Personal de interventoria: 1 residente, 1 inspector
clima: soleado.

Nota 02 Actividades ejecutadas: Se inician las obras con la instalacion de cerramiento

Nota 03 Miercoles 4 diciembre de 2024
Personal de obra: 8 operativos
Personal de Interventoria: 1 Residente, 1 Inspector
Clima: Soleado
Natalia Interventoria

Nota 04 Actividades ejecutadas: Se inician labores de retiro de la grama sintetica, y corte de grama

Nota 05 Jueves 5 diciembre de 2024
Personal de obra: 05 operativos
Personal de interventoria: 1 Residente, 1 Inspector
Clima: Soleado

Nota 06 Actividades ejecutadas, se continuan actividades de corte de grama y retiro de la misma
Marcela León
Interventoria

Nota Se solicita al contratista realizar el chequeo de niveles de la capa filtrante

Norma

Scanned with CamScanner

(triturado), para verificar que areas presentan hundimientos y asi mismo realizar la demarcacion o colocación de referencias para verificar los niveles de terminado de la capa de tritura do y su correcta nivelación e instalación, del mismo modo se recuerda al contratista que se deben realizar la señalización de los acopios durante la permanencia en obra y en casos de realizar la disposición en el menor tiempo posible para evitar afectaciones en las actividades y su ejecución

Norma

Scanned with CamScanner

Nota07 Viernes 06 de Diciembre de 2024

Not Personal de obra: 4 Operativos

Clima: soleado

Nota08 Actividades ejecutadas: se continua actividades de corte de grama y retiro de la misma.

Nota09 Sabado 7 de diciembre de 2024

Pesonal de obra:: 4 operativos

clima: soleado

Nota10 Actividades ejecutadas, Finalizacion del retiro de grama y arrume de la misma

Nota 11 Lunes 09 diciembre de 2024

Personal de obra : 3 operativos

Actividades ejecutadas: Disposición en lonas de material durante toda la jornada.

Clima: Nublado

Nota 12 Martes 10 de diciembre de 2024

Personal: 2 ayudantes

Clima: nublado

Actividades: Continua la disposición y acopio de material en lonas.

Scanned with CamScanner

Nota 13 Se recomienda al contratista realizar el suministro de los materiales y continuar con las actividades programadas para no llegar a presentar atrasos en la programación. Andrés inter

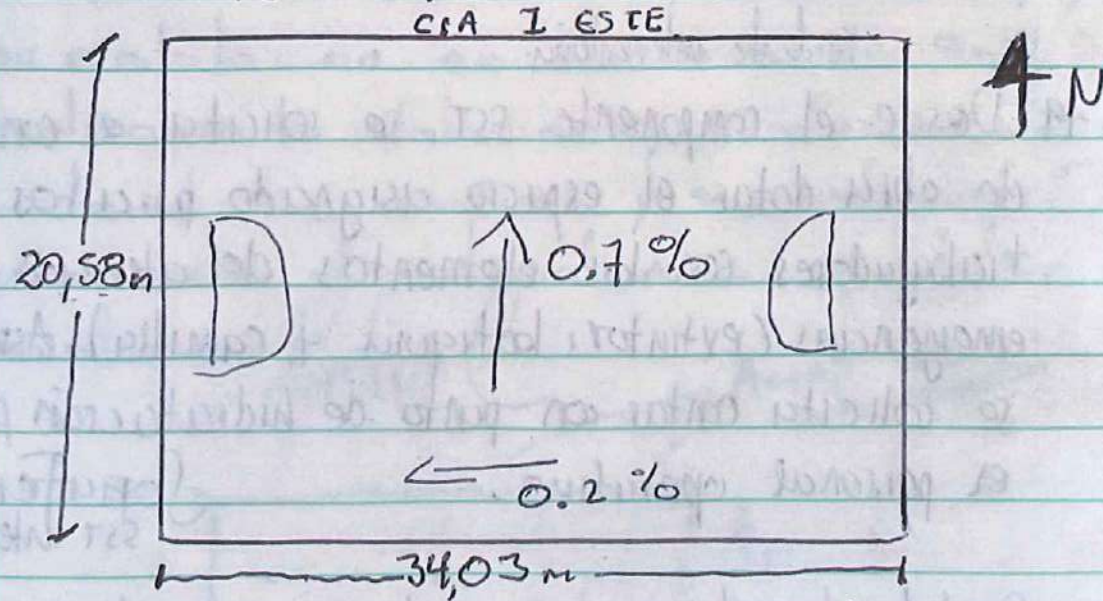
Nota 14 Desde el componente ssl, se solicita continuar con las medidas preventivas y de seguridad propuestas. Continuar con el uso adecuado de EPP para todo el personal operativo. Se evidencia cartelera informativa para el proyecto y cerramiento de obra delimitado. Andrés inter

Nota 15 Desde el componente ambiental es importante continuar manteniendo en condiciones optimas el cerramiento de obra, se debe realizar la instalación del punto ecologico y señalización de accesos Andrés inter

Norma

Scanned with CamScanner

NOTA 16 SE REALIZA VISITA DE LA COMISIÓN DE TOPOGRAFIA DEL CONTRATISTA, EN CONJUNTO CON LA TOPOGRAFIA DE LA INTERVENTORIA PARA LA REVISIÓN DE LOS NIVELES EXISTENTES DE LA CANCHA, SE EVIDENCIA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN.



SE MATERIALIZAN NIVELETAS EN LOS APOS EXISTENTES, REFERENCIADOS PARA LA ACTIVIDAD DE NIVELACIÓN DE LA CAPA DE TRITURADO, SE LE SOLICITA AL CONTRATISTA LOS CERTIFICADOS DE CALIBRACIÓN DE EQUIPOS DE TOPOGRAFIA

Contratista

Interventoría

Scanned with CamScanner

Miercoles 11 de diciembre 2024

Nota 17 Personal obra: 2 ayudantes
Personal interventoria: 1 residente, 1 inspector, 1 profesional SST.
clima: soleado.

Nota 18 Actividades ejecutadas: se continua con la disposicion de arena y granulo de caucho y acopio del material en lonas.
Mercedes Medina
residente interventoria.

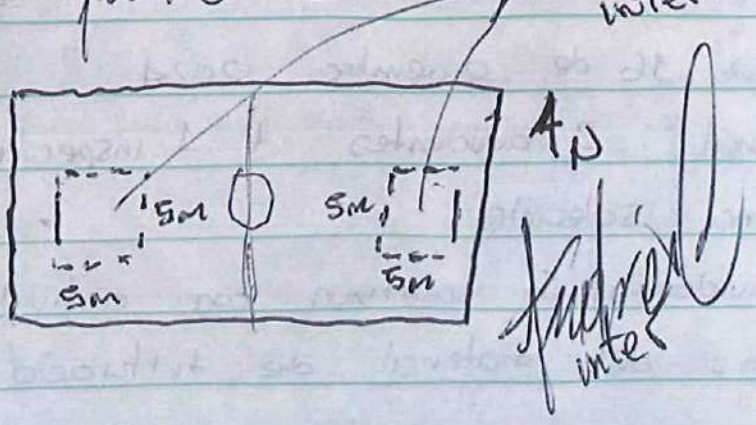
Nota 19 Desde el componente SST, se solicita al contratista de obra dotar el espacio asignado para los trabajadores con los elementos de atencion para emergencias (extintor, botiquin y camilla). Asi mismo, se solicita contar con punto de hidratacion para el personal operativo.
Sofia Fernandez
SST interventoria

Nota 20 Desde la interventoria se recomienda el incremento de personal, toda vez que solo se cuenta con 2 trabajadores, y se requiere la entrega de las obras para el 2/01/25 conforme la programacion de obra.
Mercedes Medina
residente interventoria

Norma

Scanned with CamScanner

Nota 21 Jueves 12 de diciembre 2024
Personal: 2 ayudante + 1 inspector
Clima: Nublado
Actividades: Se realiza el retiro del triturado frente a los arcos ya que presenta deficiencias y material particulado junto a hundimientos y desniveles para su reestalacion en un area de 5m x 5m realizando la istalacion y nivelacion de este material sin residuos y suministrando unicamente el material para completar la nivelacion



Nota 22 Viernes 13 de diciembre de 2024
Personal: 3 ayudantes + 1 inspector
Clima: Soleado

Norma
Scanned with CamScanner

Actividades: Se continua con el retiro de triturado frente a los arcos, para luego escoger el material triturado, reutilizarlo, se suministrará nuevo triturado para ajustar las nivelaciones pendientes.

Marcela León
Insp. Interventoras

NOTA 23 Sábado 14 de diciembre 2024

Personal: 3 ayudantes + 1 inspector

Clima: Soleado.

Actividades: se termina retiro de triturado frente a los arcos, se inicia nivelación en costado norte,

Marcela León
Insp Interventora

NOTA 24 Lunes 16 de diciembre 2024

Personal: 2 ayudantes + 1 inspector

Clima: soleado

Actividades: Se continua con actividades de acopio del material de triturado retirado.

Marcela León
Insp Interventora

Norma

Scanned with CamScanner

Nota 25 Se realiza visita de la supervision del IDRD, y se informa por el contratista que el dia de hoy se realiza la nivelacion, el dia martes se realiza la compactacion con rodillo y el dia jueves o viernes la imprimacion para proceder con la instalacion de grama la proxima semana.

Nana Claudia Palacios
Residente interventoria

Nota 26 Martes 17 de diciembre de 2024
Personal: 2 ayudas + 1 operador + 1 inspector
Clima: Soleado en la mañana
Nublado en la tarde
Actividades: Se realiza la compactacion de la capa de triturado. Se realiza la verificacion de niveles con topografia los cuales cumplen segun los niveles iniciales, se solicita realizar el retiro de basura y materias organico para minimizar la posible aparicion de maleza bajo grama sintetica

Nota 27 Se solicita señalizar los acopios de materiales que se tienen temporales

Scanned with CamScanner

fuera del cerramiento de la cancha

Nota 27 Una vez verificada el area de desmonte de la grama sintetica por un area de 700 m² quando por liberada esta actividad una vez se realice el respectivo retiro y disposición ya que se realiza el retiro a la cancha de pisas para acopio, mientras se realizan las tramites del pin ambiental

Nota 28 Miercoles 18 de diciembre de 2024
Personal: 1 ayudante
Clima: soleado
Actividades: Se realiza la recoleccion de material organico y basura de la capa de triturado, se realiza el retiro de la grama para acopio en la cancha de pisaos

Nota 29 Una vez verificados los niveles y el estado de compactación y distribucion

Norma

Scanned with CamScanner

de la capa de triturado, esta interventoria libera esta actividad ya que cumple con las especificaciones requeridas. Andres C Inter

Nota 30 Jueves 19 de diciembre 2024
Personal: 2 ayudante + 1 inspector + 2 operarios

Actividades: Se inicia la actividad de imprimación en la capa de triturado.

Nota 31 Se recomienda continuar con el retiro de basura y material organico para evitar posteriores afectaciones o posibles apariciones de maleza
Se recomienda mantener las areas de acopio señalizadas y organizadas sin obstruir los senderos de circulación. Andres C Inter

Nota 32 Viernes 20 de diciembre de 2024
Personal: 2 operativos
Clima: Soleado
Actividades: No se realizan actividades, se esta a la espera de la llegada del material de grama, para iniciar su

Norma
Scanned with CamScanner

Instalación.

Oseda León
Insp Interventora

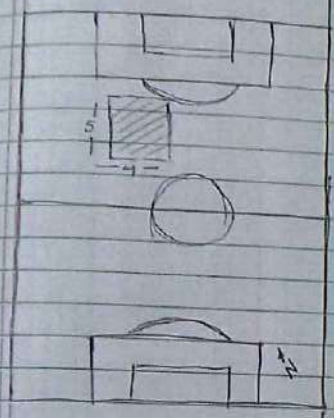
Norma

Scanned with CamScanner

Estudios

9

09-11-2024

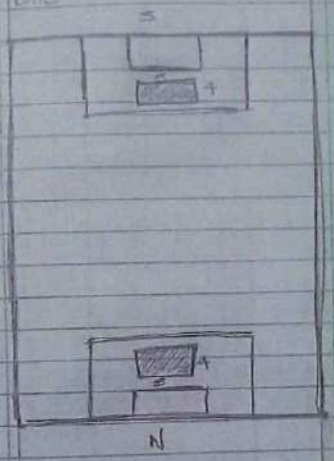


- Se realiza desmonte de grama sintetica
- Se realiza pegue de grama sintetica
- Se realiza mantenimiento de arcos (Soldadura, pintura, e instalación de medias lunas en arcos F77)

Inst. Interv

26-11-2024

Inicio actividades de recuperación grama sintética cambio de malla Nylon convencional se realiza desmonte de grama sintética en los arcos del punto penal dos cambios de 2x5 mts = 20 m² cada uno



27-11-2024 - Se realiza instalación de grama sintética y puntos penal
- Mantenimiento de arcos de futbol 11 y limpieza general de la obra

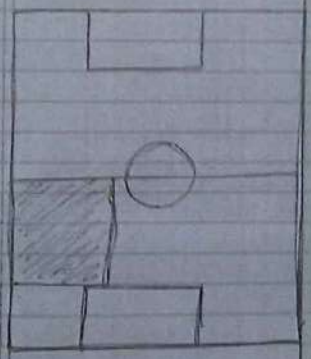
28-11-2024 - Se realiza Descompactación de Grama - Aplicación De cauchos y cepillado de la grama - y limpieza general De la cancha.
- Se recibe visita del Arquitecto Jose Varela por parte del IDRD. para validar pagos de la Grama.

01/12/2024. Se realiza instalación de anclajes, ganchos y suministro de arcos.

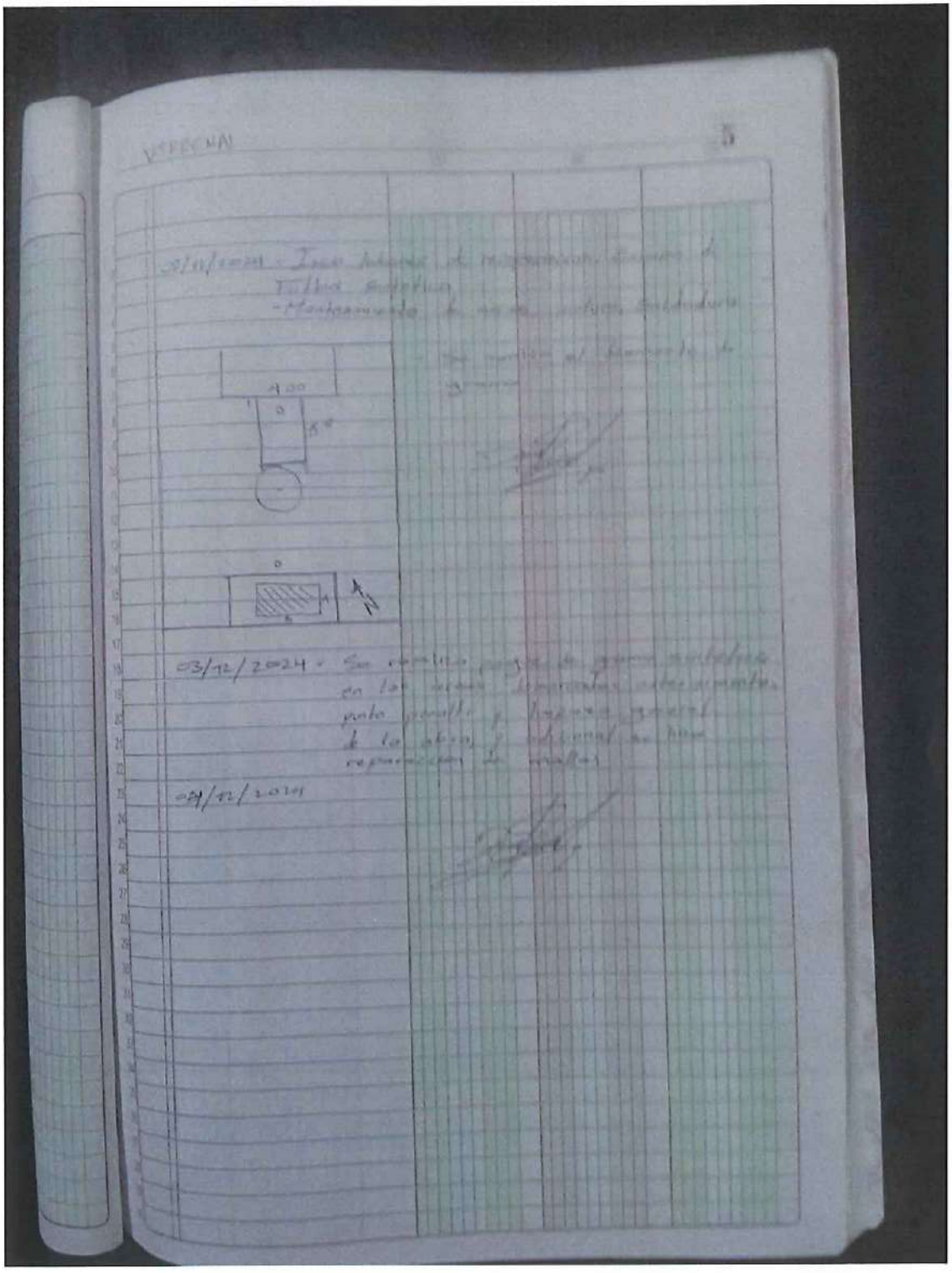
Alrededor calle 170

17-8-2024 Inicio labores de Preparación terreno de calle 170 este
- corte asfalto con maquina

24-8-2024 Continua corte de Asfalto
- inicio excavación de zanja (Alcantarillado)
- inicio demonte de grama en zonas de separadores
costado sur occidental



24/8/2024 Se realiza bacheo con material de cacho, adicional se coloca capa Asfalto


VIERNES
A00
0
45°
03/12/2024
04/12/2024