CC	Nombre del Trabajador	Cargo	Area	Activo	Fecha ingreso	Estado en Obra	Fecha retiro (cuando aplique)	Contratista/ Subcontratista	Direccion de residencia	Grupo sanguineo	Trabaja Altura	Trabaja Electrico	Licencia Moto	Trabaja con Sustancias Quimicas	Otro	EPS	AFP	ARL	Fecha de ingreso a la obra	Fecha Induccion SST	Fecha de Curso/curso de entrega inicial de EPP	Fecha Curso/pro. agricul para trabajo en Alturas	Nivel del certificado / Entidad que emite el certificado	Nombre de persona en caso de emergencia - Parentesco	Numero de contacto	Observaciones
79824317	ALFONSO GONZALEZ PACANCHIQUE	OFICIAL ENCHAPADOR	OPERATIVO	30	4/12/2023	RETIRO		OBA SAS		O+	NO	NO APLICA	NO	30		FAMISANAR	PORVENIR	POSITIVA	1/12/2024	4/12/2023	4/12/2023	N/A	N/A	ANA MERCEDES ESPOSA	3109836085	
79871581	JOSE ORDUARIO PACANCHIQUE	MAESTRO ENCHAPE	OPERATIVO	30	4/12/2023	RETIRO		OBA SAS	CR 1a #37B # 69C-70 SUR	O+	NO	NO APLICA	NO	30		FAMISANAR	COLPENSIONES	POSITIVA	45382	45382		N/A	N/A	PASCUAL GONZALEZ PADRE	3138834966	
1019673580	CARLOS JAVIER GONZALEZ	OFICIAL DE ENCHAPE	OPERATIVO	30	4/12/2023	RETIRO		OBA SAS	CR 1a #37B # 69C-70 SUR	O+	NO	NO APLICA	NO	30		CAPITAL SALUD	PORVENIR	POSITIVA	45382	45382		N/A	N/A	PASCUAL GONZALEZ PADRE	3138834966	
80119544	PASCUAL GONZALEZ PACANCHIQUE	OFICIAL ENCHAPADOR	OPERATIVO	30	4/12/2023	RETIRO		OBA SAS		O+	NO	NO APLICA	NO	30		FAMISANAR	PORVENIR	POSITIVA	PENSIONADO	45382		N/A	N/A	JUANITA MEJIA, PAMELA	3148822836	
1020758971	OSCAR ENRIQUE HERRERA RODRIGUEZ	OFICIAL ENCHAPADOR	OPERATIVO	30	4/12/2023	RETIRO		OBA SAS	MADONIA 188 BIS SUR # 1-10	A+	NO	NO APLICA	NO	30		SANITAS	PORVENIR	POSITIVA	45381	45382				JOHANA BENAVIDES PAMELA	3115332258	
1030884575	YERENSON DAVID SANCHEZ	AYUDANTE	OPERATIVO	30	5/01/2024	RETIRO		OBRA SAS	MADONIA 188 BIS SUR # 1-10 (Cuenca turbay)	O+	NO	NO	NO	NO APLICA		SALUD TOTAL	PORVENIR	POSITIVA	5/01/2024	5/01/2024		NO TIENE	NO APLICA	RODRIGO GONZALEZ - PADRE	3232156085	
1019659287	CRISTIAN MATEO OLIVERA	AYUDANTE	OPERATIVO	30	5/01/2024	ACTIVO		OBRA SAS	CR 1A # 36 SUR angustias	O+	NO	NO	NO	NO APLICA		SANITAS	PORVENIR	POSITIVA	5/01/2024	5/01/2024		NO TIENE	NO APLICA	ANDREA MARTIN - MADRE	3134197560	
1012628137	YHON MAURICIO CIFUENTES ALEGRIA	OFICIAL	OPERATIVO	30	5/12/2024	ACTIVO		OBRA SAS	CALLE 69A # 6C-23 SUR - CIATA HERMEJA	A+	X	NO	NO	NO APLICA		FAMISANAR	PORVENIR	POSITIVA	5/01/2024	10/2/2024				LEIDY CARDAS	3134197139	
1000125797	YAN SEBASTIAN OPORTUNO	OFICIAL	OPERATIVO	30	10/2/2024	ACTIVO		OBRA SAS	MADONIA 188 BIS SUR # 1-10 - CIATA HERMEJA	O+	X	NO	NO	NO APLICA		FAMISANAR	PORVENIR	POSITIVA	5/01/2024	10/2/2024				YEINE CASIMIRO ESPOSA	3148339388	
1024469832	PEINER YAIRO MEDINA CIFUENTES	AYUDANTE	OPERATIVO	30	10/2/2024	ACTIVO		OBRA SAS	CALLE 69A # 6B-23 SUR - CIATA HERMEJA	O+	X	NO	NO	NO APLICA		FAMISANAR	PORVENIR	POSITIVA	5/01/2024	10/2/2024				YEINE VIVIANA, MAMA	3213473725	
80421565	NELSON RICAURTE	AYUDANTE	OPERATIVO	30	21/01/2025	RETIRO		OBRA SAS								FAMISANAR	PROTECCION	POSITIVA	21/01/2025	24/01/2025						
79525777	OSCAR IVAN ORJUELA ES	REMATADOR	OPERATIVO	30	25/01/2025	RETIRO		OBRA SAS				NO				FAMISANAR	PORVENIR	POSITIVA	25/01/2024	24/01/2025						
1014612451	JORGE ERNESTO SALTAREN	REMATADOR	OPERATIVO	30	25/01/2025	RETIRO		OBRA SAS				NO				FAMISANAR	PORVENIR	POSITIVA	25/01/2024	24/01/2025						
80-222764	JUAN CARLOS OSORIO	ENCHAPADOR	OPERATIVO	30	26/01/2025	RETIRO		OBRA SAS				NO				SALUD TOTAL	PROTECCION	POSITIVA		24/01/2025						
1019624138	JONATAN ALEXANDER FORERO	REMATADOR	OPERATIVO	30	26/01/2025	RETIRO		OBRA SAS				NO				NUEVA EPS	PORVENIR	POSITIVA	25/01/2024	24/01/2025						
1067131114	JARRISTON CABEZAS	AYUDANTE	OPERATIVO	30	26/01/2025	RETIRO		OBRA SAS				NO				SALUD TOTAL	PORVENIR	POSITIVA	25/01/2024	24/01/2025						
80198873	JAVIER RAUL MORENO	AYUDANTE	OPERATIVO	30	26/01/2025	RETIRO		OBRA SAS				NO				FAMISANAR	PORVENIR	POSITIVA	26/01/2024	24/01/2025						
1032710945	HAROLD HERNANDEZ	OFICIAL	OPERATIVO	30	26/01/2025	RETIRO		OBRA SAS				NO						POSITIVA	24/01/2024	24/01/2025						
1019637548	BRANDON JAIR GONZALES	REMATADOR	OPERATIVO	30	26/01/2025	RETIRO		OBRA SAS				NO				FAMISANAR	PROTECCION	POSITIVA	24/01/2024	24/01/2025						
1070539236	JOSE AGUSTIN BULLA	PASETEADOR	OPERATIVO	30	26/01/2025	RETIRO		OBRA SAS	MADONIA 3 - IGNORA	A+	X	NO	NO	NO APLICA		SALUD TOTAL	PORVENIR	POSITIVA				27/01/2024	REGISTRAMIENTO	MARIA ANGELICA SOTO, ESPOSA	3012485707	
1010098072	CRISTIAN MANUEL MARTINEZ	PASETEADOR	OPERATIVO	30	31/01/2024	RETIRO		OBRA SAS								CODENSALUD	PORVENIR	POSITIVA	30/01/2024							
1006035243	FERNANDO RAFAEL MACHADO	PASETEADOR	OPERATIVO	30	05/01/2024	RETIRO		OBRA SAS				NO				NUEVA EPS	PORVENIR	POSITIVA	30/01/2024	30/01/2024						
80161870	JOSE FABIAN ACOSTA GARZON	MAMPOSTERO	OPERATIVO	30	5/02/2024	RETIRO		OBRA SAS	CALLE 72 C SUR # 78 D 76 BOSA LUCHELOS	A+	X	NO	NO	NO APLICA		SALUD TOTAL	PROTECCION	POSITIVA		45386	45386			GIOVENA VALERIA GONZALEZ ESPOSA	3138662510	
80-141842	JAIME MAURICIO MEDINA DIAZ	MAMPOSTERO	OPERATIVO	30	5/02/2024	RETIRO		OBRA SAS	CARRERA 80 I BIS # 71 A 33 BOSA LUCHELOS	A+	X	NO	NO	NO APLICA		PROTECCION	FAMISANAR	POSITIVA		45386	45386			DIVIANA FUQUENEN ESPOSA	3142413737	
1019670138	JULIAN ESCORZA	ARQUITECTO RESIDENTE	OPERATIVO	50	5/02/2024	RETIRO		OBRA SAS	CARRERA 112 # 73 A 67 JERUSALEN	O+	X	NO	NO	NO APLICA		PROTECCION	COMPENSAR	POSITIVA	5/02/2024	5/02/2024	5/02/2024			ANA GONZALEZ - ESPOSA	3142439360	
	URIEL CUCHILLO	PASETEADOR	OPERATIVO	30	5/02/2024	ACTIVO		OBRA SAS																		
80164892	VICTOR MANUEL QUICENO	OFICIAL DE OBRA	OPERATIVO	30	25/01/2024	RETIRO		OBRA SAS																		
1116258525	DAYANE JUNQUZ	OFICIAL DE REMATE	OPERATIVO	30	2/02/2024	RETIRO		OBRA SAS	CARRERA 24 A #76A 36 SUR	O+	X	NO	NO	NO APLICA		FAMISANAR	COLPENSIONES	POSITIVA	1/04/2024	2/02/2024				MARCELA JURADO MADRE	3129567939	
1085553	RAFEL DE JESUS CARREA TIRADO	OFICIAL MAMPOSTERO	OPERATIVO	30	05/02/2024	RETIRO		OBRA SAS		O+	X	NO	NO	NO APLICA		SALUD TOTAL	COLPENSIONES	POSITIVA	1/04/2024	5/02/2024				NORA TORRES - HERMANA	3126553560	
80151502	HOLMER ALBERTO CARRERA	OFICIAL DE MAMPOSTERIA	OPERATIVO	30	5/04/2024	RETIRO		OBRA SAS	CALLE 72 A SUR #69 A BIS 32 BOSA	O+	X	NO APLICA	NO	NO APLICA		FAMISANAR	PORVENIR	POSITIVA	4/04/2024	5/04/2024				ELVIA MILENA LUNA NARVAEZ ESPOSA	3116548999	
80161974	CARLOS CUBILLERO	OFICIAL DE MAMPOSTERIA	OPERATIVO	30	5/04/2024	RETIRO		OBRA SAS	CARRERA 69 B #38 A 12 SUR	A+	X	NO APLICA	NO	NO APLICA		FAMISANAR	PORVENIR	POSITIVA	4/04/2024	5/04/2024				ROSARIO ACEVEDO, PRIMA	3173501997	
79827857	JOAN SEBASTIAN ROMAN HIDALGO	AYUDANTE DE MAMPOSTERIA	OPERATIVO	30	5/04/2024	RETIRO		OBRA SAS	MADONIA 99 BIS SUR 1-47 71	A+	X	NO APLICA	NO	NO APLICA		FAMISANAR	PORVENIR	POSITIVA	4/04/2024	5/04/2024				OLIRIA HIDALGO	3186827566	
1013537242	BRANDON JAIR GONZALEZ	REMATADOR	OPERATIVO	30	27/08/2024	ACTIVO		OBRA SAS			X	NO				FAMISANAR	PROTECCION	POSITIVA	24/08/2024	25/08/2024						
	LUIS MARIO GARCIA	REMATADOR	OPERATIVO	30	25/01/2024	RETIRO		OBRA SAS										POSITIVA								
	GIOVANI CASARITO	ENCHAPADOR	OPERATIVO	30	15/05/2024	RETIRO		OBRA SAS										POSITIVA								
	LEIDI GARCIA	ENCHAPADOR	OPERATIVO	30	30/05/2024	RETIRO		OBRA SAS										POSITIVA								
	JOSE LUIS QUINTERO	ENCHAPADOR	OPERATIVO	30	30/05/2024	RETIRO		OBRA SAS										POSITIVA								
1115428560	ANDRES FLOR CHINCHILLA	OFICIAL DE OBRA	OPERATIVO	30	23/07/2024	RETIRO		OBRA SAS	SUBA	O+	NO	NO	NO	NO APLICA		NUEVA EPS	PORVENIR	POSITIVA	24/08/2024	23/07/2024		NO	REGISTRAMIENTO	WILLY GOMEZ, ESPOSA	3138612458	
	AUGUSTO QUIÑONEZ	OFICIAL DE OBRA	OPERATIVO	30	1/08/2024	RETIRO		OBRA SAS										POSITIVA								
	JACOBE QUINTERO	OFICIAL DE OBRA	OPERATIVO	30	5/08/2024	RETIRO		OBRA SAS										POSITIVA								
	JEISON VAQUERO	OFICIAL DE OBRA	OPERATIVO	30	5/08/2024	RETIRO		OBRA SAS										POSITIVA								
	MIGUEL SALCEDO	OFICIAL DE OBRA	OPERATIVO	30	5/08/2024	RETIRO		OBRA SAS										POSITIVA								
	JHNATHAN V VALERO	OFICIAL DE OBRA	OPERATIVO	30	5/08/2024	RETIRO		OBRA SAS										POSITIVA								
1020804577	ALEXANDRINE BARRETO	MAPISTOLEST	OPERATIVO	30	5/08/2024	ACTIVO		OBRA SAS										POSITIVA								
	IVAN HUERFANO	OFICIAL DE OBRA	OPERATIVO	30	5/08/2024	RETIRO		OBRA SAS										POSITIVA								
	BRAYAN SALCEDO	OFICIAL DE OBRA	OPERATIVO	30	5/08/2024	RETIRO		OBRA SAS										POSITIVA								
	JHEISON IBARRA	OFICIAL DE OBRA	OPERATIVO	30	5/08/2024	RETIRO		OBRA SAS										POSITIVA								
	FABIAN LOREL CORDOBA	OFICIAL DE OBRA	OPERATIVO	30	5/08/2024	ACTIVO		OBRA SAS										POSITIVA								
	SANDRA ROJAS	OFICIAL DE OBRA	OPERATIVO	30	5/08/2024	ACTIVO		OBRA SAS										POSITIVA								
1020827597	LUIS NYVER RIVAS LAIN LOPEZ	AYUDANTE DE OBRA	OPERATIVO	30	11/8/2024	RETIRO		OBRA SAS	CALLE 73 SUR # 6 A 42 - 16/08	O+	NO	NO	NO	NO APLICA		FAMISANAR	PROTECCION	POSITIVA	15/07/2024	11/07/2024	11/07/2024	NO APLICA		JESSICA CIFUENTES - ESPOSA	310 3662532	
1024697697	JOSE RIVAL DOBLAS ASCOLA ESPITIA	AYUDANTE DE OBRA	OPERATIVO	30	11/8/2024	RETIRO		OBRA SAS	BARRIO EL R BAS # 89 - 54 SUR - CUIDAD BOLIVAR	O+	NO	NO	NO	NO APLICA		SALUD TOTAL	PROTECCION	POSITIVA	15/07/2024	11/07/2024	11/07/2024	NO APLICA		JOSE RIVALDO BLANDON, PADRE	3208561365	
1026031438	YERENSON DANIEL ESCAGZA	AYUDANTE DE OBRA	OPERATIVO	30	11/07/2024	RETIRO		OBRA SAS	CALLE 57 A BIS 125 F # 13 B 20 ESTE 12/08	O+	NO	NO	NO	NO APLICA		CAPITAL SALUD	PORVENIR	POSITIVA	11/07/2024	11/07/2024	11/07/2024	NO APLICA		MARIA CONCEPCION JAEJELA	3216553295	
1026275726	JORGE DAVID GILLABOZ TOCAN	AYUDANTE DE OBRA	OPERATIVO	30	30/07/2024	ACTIVO		OBRA SAS	CARRERA 3 SSTT # 2 A B 19 SUSTT # 19	O+	X	NO	NO	NO APLICA		CAPITAL SALUD	PORVENIR	POSITIVA	17/07/2024	30/07/2024	30/07/2024	NO APLICA		JOSE PEDY GILLABOZ - PADRE	3133153525	
1000275395	JHONNY ESPINOS ORTIZ	AYUDANTE DE OBRA	OPERATIVO	30	25/07/2024	RETIRO		OBRA SAS		A+	NO	NO	NO	NO APLICA		FAMISANAR	COLPENSIONES	POSITIVA	24/07/2024	25/07/2024	25/07/2024	NO APLICA		MELLY QUITIAN - MADRE	3143853998	
79827841	ALVARO ENRIQUE AYALA RODRIGUEZ	OFICIAL ENCHAPE	OPERATIVO	30	25/07/2024	RETIRO		OBRA SAS	CARRERA 11 #82 16 I A BOSACHA	O+	NO	NO	NO	NO APLICA		FAMISANAR	COLPENSIONES	POSITIVA	24/07/2024	25/07/2024	25/07/2024	NO APLICA		LUIS FERNANDO AYALA - HIJO	3058436232	
79392355	LUIS ALEJANDRO PERAZA RODRIGUEZ	OFICIAL DE OBRA	OPERATIVO	30	25/07/2024	ACTIVO		OBRA SAS	BOSACHA	O+	NO	NO	NO	NO APLICA		SALUD TOTAL	COLPENSIONES	POSITIVA	25/07/2024	26/07/2024	26/07/2024	NO APLICA		ANDRE CAMOLINA - ESPOSO	3138344759	
4262169	MIGUE ALEJANDRO PUTERMAN PARA	OFICIAL DE OBRA	OPERATIVO	30	26/07/2024	RETIRO		OBRA SAS	FONTIBON	O+	X	NO	NO	NO APLICA		SALUD TOTAL	COLPENSIONES	POSITIVA	25/07/2024	26/07/2024	26/07/2024	NO APLICA		MARY CONSUELO VARGAS - ESPOSA	3006158764	
1026078316	JUAN CARLOS CAMACHO CRISTIANO	OFICIAL DE OBRA	OPERATIVO	30	30/07/2024	ACTIVO		OBRA SAS	DIAGONAL 80 C SUR # 36 BIS C CIUDAD BOLIVAR	A+	X	NO	NO	NO APLICA		SALUD TOTAL	PORVENIR	POSITIVA	29/07/2024	30/07/2024	30/07/2024	NO APLICA		ISABELA VIVIANA GARZON - ESPOSA	3133773232	
80021937	CRISTHIAN FABYAN SILVERIO VILLAVICE	OFICIAL DE OBRA	OPERATIVO	30	1/08/2024	RETIRO		OBRA SAS	CALLE 3A # 71 A - 33 KENNEDY	O+	NO	NO	NO	NO APLICA		SALUD TOTAL	PORVENIR	POSITIVA	24/07/2024	1/08/2024	1/08/2024	NO APLICA		JAVIER RAMIREZ - AMIGO	3148730367	
1019688452	SIMON RICARDO ESCALANTE ARRIAZ	LAVADOR DE FACHADA	OPERATIVO	30	1/08/2024	RETIRO		OBRA SAS	CARRERA 80 A # 74 F 81 SUBA	O+	X	NO	NO	NO APLICA		COMPENSAR		POSITIVA	1/08/2024	6/08/2024	6/08/2024		REGISTRAMIENTO	ANA MARIBLE VARGAS - ESPOSA	3134139077	
1032164753	YEISON ALFONSO TEPEZ DELGELA	OFICIAL	OPERATIVO	30	6/08/2024	RETIRO		OBRA SAS	CALLE 57 J BIS # 27 B 37 - SUR CIUDAD BOLIVAR	O+	X	NO	NO	NO APLICA		COMPENSAR	PORVENIR	POSITIVA	1/08/2024	6/08/2024	6/08/2024	APOYA	REGISTRAMIENTO	LEIDY YEPES - HERMANA	3115497987	
1033707330	DARIOL STIVEN BOTIA CARDOZO	AYUDANTE DE OBRA	OPERATIVO	30	6/08/2024	RETIRO		OBRA SAS	DIAGONAL 69 # 1 00 SUR - CIUDAD BOLIVAR	O+	NO	NO	NO	NO APLICA		FAMISANAR	PROTECCION	POSITIVA	1/08/2024	6/08/2024	6/08/2024	NO APLICA	REGISTRAMIENTO	ALISON ROCIADO - ESPOSA	3216212104	
79827820	JHONATHY RODRIGUEZ ROMERO	ENCHAPADOR ENCHAPADOR	OPERATIVO	30	6/08/2024	ACTIVO		OBRA SAS	CALLE 137 #57 E 36 SUBA	A+	NO	NO	NO	NO APLICA		SALUD TOTAL	PROTECCION	POSITIVA	6/08/2024	6/08/2024	6/08/2024	NO APLICA	REGISTRAMIENTO	NATALIA PEDRAZA - HIJA	3134275173	
1014175987	JORGE ANDRES GARCIA	AYUDANTE DE OBRA	OPERATIVO	30	6/08/2024	RETIRO		OBRA SAS	CARRERA 3A # 57 B 60 - 03 SSTT # 75	O+	NO	NO	NO	NO APLICA		SALUD TOTAL	PROTECCION	POSITIVA	6/08/2024	6/08/2024	6/08/2024	NO APLICA	REGISTRAMIENTO	LUZ ESTELA TORRES - SUEGRA	3132277911	
1085139522	JORGE ELIECER OROZCO RESTREPO	AYUDANTE DE OBRA	OPERATIVO	30	6/08/2024	RETIRO		OBRA SAS	CALLE 138 #31 24 SUBA	O+	NO	NO	NO	NO APLICA		SURA		POSITIVA	6/08/2024	8/08/2024	8/08/2024	NO APLICA	REGISTRAMIENTO	SANTIAGO OROZCO - HIJO	3008685998	
52888020	BENILDA BOYACA SOCAGZA	AYUDANTE DE OBRA	OPERATIVO	30	8/08/2024	RETIRO		OBRA SAS	CARRERA 54 A 36 C SUR - RAFAEL URIBE URIBE	O+	NO	NO	NO	NO APLICA		SALUD TOTAL	PORVENIR	POSITIVA	6/08/2024	8/08/2024	8/08/2024	NO APLICA	REGISTRAMIENTO	JENIFER FONSECA - HIJA	3232227220	
1024202520	MARCO GUILLERMO CELEMARIZ	OFICIAL DE OBRA	OPERATIVO	30	10/08/2024	RETIRO		OBRA SAS	CALLE 13 B SUR #80 40 KENNEDY	O+	NO	NO	NO	NO APLICA		NUEVA EPS	PORVENIR	POSITIVA	12/08/2024	13/08/2024	13/08/2024	NO APLICA	REGISTRAMIENTO	SONIA TAMAYO - ESPOSA	3133511196	
80152272	WILLIAN ALEXANDER GOMEZ	OFICIAL DE OBRA	OPERATIVO	30	13/08/2024	ACTIVO		OBRA SAS	CARRERA 78 A BIS #80 J 43 SUR - CIUDAD BOLIVAR	A+	X	NO	NO	ACIDO HIDRICO		FAMISANAR	PORVENIR	POSITIVA	8/08/2024	13/08/2024	13/08/2024	NO APLICA	REGISTRAMIENTO	NOLA MARIA DEL CARMEN - MAMA	3197705442	
1031126728	MICHAEL ALEXANDER JIMENEZ	OFICIAL DE OBRA	OPERATIVO	30	13/08/2024	ACTIVO		OBRA SAS	CARRERA 78 A BIS #80 J 43 SUR - CIUDAD BOLIVAR	O+	X	NO	NO	ACIDO NITRICO		NUEVA EPS	PORVENIR	POSITIVA	8/08/2024	13/08/2024	13/08/2024	NO APLICA	REGISTRAMIENTO	SILVANA CONTRERAS - ESPOSA	3102001702	
1024614970	GUSTAVO ADOLFO ORTOR	OFICIAL DE OBRA DRYWALL	OPERATIVO	30	14/08/2024	ACTIVO		OBRA SAS	CALLE 51 C #48-33 SUR RAFAEL URIBE	A+	NO	NO	NO	NO APLICA		NO SABE	PORVENIR	POSITIVA	13/08/2024	14/08/2024	14/08/2024	NO APLICA	REGISTRAMIENTO	ISABELA ROCIO ALVAREZ - HERMANA	3058648668	
1000116570	NICOLAS FELIPE POSLA GAMBA	OFICIAL DE OBRA DRYWALL	OPERATIVO	30	15/08/2024	RETIRO		OBRA SAS	CALLE 69 B 7 83 ESTE 30A CRISTOBAL	A+	NO	NO	NO	NO APLICA		CAPITAL SALUD	PORVENIR	POSITIVA	13/08/2024	15/08/2024	15/08/2024	NO APLICA	REGISTRAMIENTO	BERNARDA HERNANDEZ - MAMA	3232155068	
79827826	LUIS ELIE ROMERO LOPEZ	OFICIAL DE ENCHAPE	OPERATIVO	30	15/08/2024	RETIRO		OBRA SAS	CALLE 79 A 78 75 CIUDAD BOLIVAR	O+	NO	NO	NO	NO APLICA		CAPITAL SALUD	PORVENIR	POSITIVA	30/08/2024	15/08/2024	15/08/2024	NO APLICA	REGISTRAMIENTO	CAROLINA SANCHEZ - ESPOSA	3232439196	
77163216	MARTIN ALBERTO LOPEZ MARROQ	ENCHAPADOR	OPERATIVO	30	15/08/2024	RETIRO		OBRA SAS	CALLE 79 A 78 75 CIUDAD BOLIVAR	A+	NO	NO	NO	NO APLICA		FAMISANAR	NO ME ACUERDO	POSITIVA	30/08/2024	15/08/2024	15/08/2024	NO APLICA	REGISTRAMIENTO	ISABEL ROSALIA - ESPOSA	3118673542	
1031558	JOSE ISIDRO HERRERA VALDERRAMA	OFICIAL DE OBRA	OPERATIVO	30	15/08/2024	ACTIVO		OBRA SAS	CARRERA 77 G# 80 J - 16 SUR - KENNEDY	O+	NO	NO	NO	NO APLICA		COLSANITAS	PENSIONADO	POSITIVA	15/08/2024	15/08/2024	15/08/2024	NO APLICA	REGISTRAMIENTO	MARIA LUISA HERRERA - HERMANA	3133550536	
1154660021	MAIRIN ANTONIO AYALA	OFICIAL ENCHAPE	OPERATIVO	30	15/08/2024	RETIRO		OBRA SAS	CALLE 97 B #53A 60 R - 16/08	A+	NO	NO	NO	NO APLICA		SANITAS	NO ME ACUERDO	POSITIVA	15/07/2024	15/08/2024	15/08/2024	NO APLICA	REGISTRAMIENTO	ANGELICA AYALA - MAMA	3113618081	
1143163868	JHON KEVIN ARDILA DE LA ROSA	AYUDANTE DE OBRA	OPERATIVO	30	16/08/2024	RETIRO		OBRA SAS	SOACHA	A+	NO	NO	NO	NO APLICA		CODENSALUD	PORVENIR	POSITIVA	16/08/2024	16/08/2024	16/08/2024	NO APLICA	REGISTRAMIENTO	MIRIAM ESTHER - MADRE	3016536390	
79819134	JOSE EDGAR GIRALDO LOPEZ	OFICIAL DE ENCHAPE	OPERATIVO	30	16/08/2024	RETIRO		OBRA SAS	CIUDAD BOLIVAR	O+	NO	NO	NO	NO APLICA		SALUD TOTAL	COLPENSIONES	POSITIVA	17/08/2024	16/08/2024	16/08/2024	NO APLICA	REGISTRAMIENTO	MARIA CARMEN ROJAS - ESPOSA	3107734725	
1010305753	JOHAN DAVID PEREZ ROJAS	AYUDANTE DE ENCHAPE	OPERATIVO	30	5/10/2024	RETIRO		OBRA SAS	CARRERA 28 T #79 51 SUR BOSA	O+	NO	NO	NO	NO APLICA		FAMISANAR	PORVENIR	POSITIVA	5/10/2024	5/10/2024	5/10/2024	NO APLICA	SUBUNIDAD TIENE CURSO	SANDRA YANETH - MADRE	3046837818	
			OPERATIVO			ACTIVO												POSITIVA					SUBUNIDAD TIENE CURSO			
			OPERATIVO	30		ACTIVO				O+	NO	NO	NO	NO APLICA				POSITIVA				NO APLICA	SUBUNIDAD TIENE CURSO			

CC	Nombre del Trabajador	Cargo	Area	Activo	Fecha ingreso	Estado en Obra	Fecha cese cuando	Contratista / Subcontratista	Dirección de residencia	Grupo sanguíneo	Trabajo Alturas	Trabajo Electrico	Libreta Militar	Trabajo con Sustancias Químicas	Otro	EPS	AFP	ARL	Fecha de concepto medico	Fecha inducción SST	Fecha de Generación de entrega Inicial de EPP	Fecha Concepto aptitud para trabajo en Alturas	Nivel del certificado / Entidad que emite el certificado	Nombre de persona en caso de emergencia - Parentesco	Numero de contacto	Observaciones
7656286	SERGIO RAFAEL SARMIENTO MARTINEZ	AYUDANTE DE SOLDADOR	OPERATIVO	SI	15/09/2022	ACTIVO		SOLMERPA	CALLE 143 A #113 C 73 - SUBA	O+	NO	NO	NO	SOLDADURA		FAMISANAR	NO SABE	SURA	26/02/2024	15/09/2022	15/09/2022	NO	REENTRENAMIENTO	CARLA ORTIZ - AMIGA	3204007961	
79659843	PEDRO Y PINEDA SAAVEDRA	SOLDADOR	OPERATIVO	SI	16/05/2024	ACTIVO		SOLMERPA	CARRERA 5-55 #72 B SUR - 32 UAME	O+	NO	NO	NO	SOLDADURA		FAMISANAR	COLPATRIOS	SURA		16/05/2024		NO	REENTRENAMIENTO	LUZ ELIDA PINEDA - HERMANA	3133334866	

CC	Nombre del Trabajador	Cargo	Area	Activo	Fecha ingreso	Estado en Obra	Fecha retiro (cuando aplique)	Contratista / Subcontratista	Dirección de residencia	Grupo sanguíneo	Trabajo Alturas	Trabajo Electrico	Libreta Militar	Trabajo con Sustanci	Otro	EPS	AFP	ARL	Fecha de concepto medico	Fecha Inducción SST	Fecha de Constancia de entrega inicial de EPP	Fecha Concepto aptitud para trabajo en Alturas	Nivel del certificado / Entidad que emite el certificado	Nombre de persona en caso de emergencia +	Numero de contacto	Observaciones
1044974927	JHON ALEXANDER RODRIGUEZ	OBLIADOR	OPERATIVO	SI	17/07/2023	ACTIVO		ALIANA SEGURIDAD PRIVADA LTDA		O+	NO	NO	SI	NO		NUEVA EPS	PORVENIR	AXA COLPATRIA	22/06/2023	23/04/2020	17/08/2020	NO APLICA	NO APLICA	ROMINA TOVAR ESPOSA	3046851727	
1002008380	CARLOS DAVID RAMÓN RODRIGUEZ	OBLIADOR	OPERATIVO	SI	24/08/2020	ACTIVO		ALIANA SEGURIDAD PRIVADA LTDA		A+	NO	NO	SI	NO		FAMISANAR	PORVENIR	AXA COLPATRIA	18/08/2023	24/08/2020	24/08/2020	NO APLICA	NO APLICA	CLAUDIA RODRIGUEZ HERMANA	3157384975	
1006048358	DAVID ALEXANDER ALVARECUALTORO	OBLIADOR	OPERATIVO	SI	17/08/2020	ACTIVO		ALIANA SEGURIDAD PRIVADA LTDA		A+	NO	NO	SI	NO		COMPENSAR	PORVENIR	AXA COLPATRIA	14/08/2023	24/08/2020	17/08/2020	NO APLICA	NO APLICA			
PT 9020720	JOSE DE JESUS ROMERO PORRAS	OBLIADOR	OPERITIVO	SI	17/08/2023	ACTIVO		ALIANA SEGURIDAD PRIVADA LTDA		A+	NO	NO	SI	NO		COOSALUD	PORVENIR	AXA COLPATRIA	21/12/2023	23/08/2020	17/08/2020	NO APLICA	NO APLICA	PAOLA ESPOSA	3208324743	
		OBLIADOR	OPERITIVO	SI	8/11/2020	ACTIVO		ALIANA SEGURIDAD PRIVADA LTDA		O+	NO	NO	SI	NO											

CC	Nombre del Trabajador	Cargo	Area	Activo	Fecha ingreso	Estado en Obra	Fecha cese o cuando	Contratista / Subcontratista	Dirección de residencia	Grupo sanguíneo	Trabajo Alturas	Trabajo Electrico	Libreta Militar	Trabajo con Sustancias Químicas	Otro	EPS	AFP	ARL	Fecha de concepto medico	Fecha Inducción SST	Fecha de Contancia de entrega inicial de	Fecha Concepto aptitud para trabajo en Alturas	Nivel del certificado / Entidad que emite el certificado	Nombre de persona en caso de emergencia - Parentesco	Numero de contacto	Observaciones
1027595551	LIBERMEY OSORIO BORJA	COORDINADOR TSA	OPERATIVA	SI	12/08/2022	ACTIVO		VERTIXUB	CALLE 13 SUR # 24 C 66 ANTONIO NARIÑO	O+	SI	NO	SI	SI	NO		SURA	PORVENIR	COLMENA		12/08/2022	12/08/2022		CORONADOR	MARIA BORJA - MADRE	3156430053	
3627392	CAMILO JAVIER ZAPATERO ARANGUREN	TECNICO VERTICAL	OPERATIVA	SI	12/08/2024	ACTIVO		VERTIXUB	CARRERA 104#73-31 BOJA	O+	SI	NO	NO	SI			SANITAS	PORVENIR	COLMENA		12/08/2024	12/08/2024		REENTRENAMIENTO	JORGE ZAPATERO - PADRE	3006372870	
1035911948	JORGE LUIS POVEDA TORRES	TECNICO VERTICAL	OPERATIVA	SI	19/08/2024	ACTIVO		VERTIXUB	CALLE 70 SUR #53-24 CIUDAD BOLIVAR	O+	SI	NO	NO	NO			SANITAS	PROTECCION	COLMENA		19/08/2024	19/08/2024		CORONADOR	JORGE POVEDA - PADRE	3173911953	
79967243	JAIME ALEXANDER SIETO FONSECA	TECNICO VERTICAL	OPERATIVA	SI	19/08/2024	ACTIVO		VERTIXUB	CARRERA 124A C 63 F 16 SUR RAFAEL URIBE URIBE	O+	SI	NO	NO	NO			FOMIL	PROTECCION	COLMENA		19/08/2024	19/08/2024		REENTRENAMIENTO	EDITH RAMIREZA - ESPOSA	3156221863	
1032750409	CARLOS ALEJANDRO SUAREZ VILLALOBOS	TECNICO VERTICAL	OPERATIVA	SI	27/08/2024	ACTIVO		VERTIXUB	CARRERA 5A # 45C-73 SUR - USME	O+	SI	NO	NO	NO			SANITAS	NUEVO	COLMENA		27/08/2024	27/08/2024		REENTRENAMIENTO	ANDREA MUÑOZ - ESPOSA	3144381555	

CC	Nombre del Trabajador	Cargo	Area	Activo	Fecha ingreso	Estado en Obra	Fecha cese cuando	Contratista / Subcontratista	Dirección de residencia	Grupo sanguíneo	Trabajo Alturas	Trabajo Electrico	Libreta Militar	Trabajo con Sustancias Químicas	Otro	EPS	AFP	ARL	Fecha de concepto medico	Fecha inducción SST	Fecha de Generación de entrega inicial de	Fecha Concepto aptitud para trabajo en Alturas	Nivel del certificado / Entidad que emite el certificado	Nombre de persona en caso de emergencia - Parentesco	Numero de contacto	Observaciones
1072693103	JUAN EMILIO RODRIGUEZ	INSPECTOR SST	OPERATIVA	SI	12/06/2023	ACTIVO		PERSTORE	RIOACHA	O+	NO	NO	NO	SI		NUEVA EPS	PORVENIR	SURA		12/06/2023			REENTRENAMIENTO	MANUELA PARRA - ESPOSA	3106099725	
1066389232	JONATAN DAVID BARRIOS PUELLO	AUXILIAR DE INSTALACION	OPERATIVA	SI	12/06/2023	ACTIVO		PERSTORE	CALLE 34 #12 B - 31 MEDRO	A+	NO	NO	NO	SI		FAMISANAR	PROTECCION	SURA		12/06/2023			REENTRENAMIENTO	ISABEL PUELLO - MADRE	3102556864	
1072629423	PASHEL ALEJANDRO LEDANO	OPERARIO DE PLATA	OPERATIVA	SI	12/06/2023	ACTIVO		PERSTORE	CALLE 34 C #1A #28LF KM 5 PROTOMAL	A+	NO	NO	NO	SI		FAMISANAR	CAPRESOCIALES	SURA		12/06/2023			REENTRENAMIENTO	MIRLYS TORRES - ESPOSA	3122294663	
7695394	GUILLERMO ALBERTO GALLARDO RODRIGUEZ	COORDINADOR DE MONTAJE	OPERATIVA	SI	12/06/2023	ACTIVO		PERSTORE	CALLE 63 #80 -35 CIUDAD BOLIVAR	O+	NO	NO	NO	SI		COMPENSAR	PROTECCION	SURA		12/06/2023			REENTRENAMIENTO	CAROLINA LEGUIZAMON - ESPOSA	3006119851	

EBISU

CONSTRUIMOS EQUIDAD, BIENESTAR Y SUEÑOS

NIT 807.008.957-7

REGISTRO DE AFILIACIONES DEL PERSONAL

EBISU S.A.S

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	807008957
Número Afiliación:	9021179
Razón social:	EBISU S.A.S. EMPRESA DE SERVICIOS Y SUMI

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1023893213
Nombre:	JONATHAN AQUITE GOMEZ
Fecha Ingreso:	02/12/2024
Salario básico:	1,700,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	29/11/2024 03:49:08 p. m.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4013735367	2|9|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
B. Colectiva ☐
A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐
B. Institucional ☐ B. De oficio ☐

3.Regimen
A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

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

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

Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
AQUITE Primer apellido	GOMEZ Segundo apellido	JONATHAN Primer nombre	 Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1023893213	Femenino ☐ Masculino ☒	0|6|0|9|1|9|8|9

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
	Categoria: Condicion T P		0

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A		1700000

18.Residencia

CL 48B 10 39 **Dirección**	4551 **Telefono fijo**	3125487596 **Telefono celular**	AQUITEJONATHAN@GMAIL.COM **Correo electronico**

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

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
EBISU SAS	NIT	807008957	

39.Ubicación

CR 46 NO 95 71 Dirección	2568829 Teleéfono	RECURSOSHUMANOS.EBISU@GMAIL.COM;JUDITHAS16@HOTMAIL Correo electrónico	BOGOTA Municipio/distrito	BOGOTA Departamento

No de Radicacion
4013735367

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 ☐		0|2|1|2|2|0|2|4

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

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

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	807008957
Número Afiliación:	9021179
Razón social:	EBISU S.A.S. EMPRESA DE SERVICIOS Y SUMI

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1022937991
Nombre:	WILLIAM ALEXANDER YAGUE RODRIGUEZ
Fecha Ingreso:	02/12/2024
Salario básico:	1,300,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	29/11/2024 03:44:06 p. m.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9011578551
9011578551

No. de Radicación: 28583294
Fecha de Radicación: 02 12 2024

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:	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia: X	A. Contributivo:	A. Cotizante: X	A. Dependiente: X	
B. Reporte de Novedades: X	• Beneficiario o afiliado adicional:	B. Subsidiado: X	B. Cabeza de familia:	B. Independiente:	
	B. Colectiva:		C. Beneficiario:	C. Pensionado:	
	C. Institucional:				
	D. De oficio:				

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: YAGUE	Segundo Apellido: RODRIGUEZ	Primer Nombre: WILLIAM	Segundo Nombre: ALEXANDER

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1022937991	Femenino: Masculino: X	D D M M A A A A: 03 11 1987

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo: F N M Condición: T P			AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia		
$1.300.000	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	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)
EBISU SAS EMPRESA DE SERVICIOS Y	NT	807008957	

39. Ubicación				
AVENIDA 19 N 118 95 OFICINA	2130360	Correo electrónico:	BOGOTA	DISTRITO CAPITAL
	Celular:		Municipio / Distrito:	Departamento:

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación: 2. Corrección de datos básicos de identificación: 3. Actualización del documento de identidad: 4. Actualización y corrección de datos complementarios: 5. Terminación de la inscripción en la EPS: Código: 6. Reinscripción en la EPS: 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales: 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales: 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar: X 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando: 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas: 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas: 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo: 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): 02 12 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		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del departamento	Número de la ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:
Tipo de documento de identidad:	Número del documento de identidad:	OBSERVACIONES: CARGO: AYUDANTE DE ELECTRICISTA	
71. Firma del funcionario:			

Vigilado Supersalud

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

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

EBISU

CONSTRUIMOS EQUIDAD, BIENESTAR Y SUEÑOS

NIT 807.008.957-7

AFILIACIONES PERSONAL SUBCONTRATISTA

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 25/11/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901631535	**Cédula Usuario:**	CC 1032481868
Nombre:	OSSA ARQUITECTURA Y CONSTRUCCIÓN SAS				
Dirección:	CL 64 103 32				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	OSSAARQUITECTURAC@GMAIL.COM				
Teléfono:	3202259943		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5411101 CONSTRUCCION DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, INCLUYE LA CONSTRUCCION DE TODO TIPO DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, CASAS Y EDIFICIOS, MONTAJE DE CUBIERTAS METALICAS, PUERTAS, VENTANAS, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS, REFORMA O RENOVACION DE ESTRUCTURAS RESIDENCIALES EXISTENTES				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1032481868	HEYNNER SEBASTIAN OSSA SUAREZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	386	26/11/2024	CC 79518373	MACIAS RUBIO JOSE	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

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

MRS_4_1_1_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

9554644C5229AD42B200DB94E31D3D17 Certificado impreso el día 11/25/2024 8:45:53 AM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

POSITIVA

JOSE HELMER
MACIAS RUBIO
79518373

OSSA ARQUITECTURA Y CONSTRUCCIÓN SAS
901631535

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4013702393	2|5|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 — B. Colectiva ☐ — A. Individual: B. Institucional ☐ — -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. De oficio ☐

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

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

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

Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
MACIAS Primer apellido	RUBIO Segundo apellido	JOSE Primer nombre	HELMER Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	79518373	Femenino ☐ Masculino ☒	0|9|0|4|1|9|7|0

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.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
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	PORVENIR FPC	1300000

18.Residencia

CL 100 1 A 38 **Dirección**	**Telefono fijo**	3166460987 **Telefono celular**	JOSEHELMERMACIAS@GMAIL.COM **Correo electronico**

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

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
OSSA ARQUITECTURA Y CONSTRUCCION SAS	NIT	901631535	01

39.Ubicación

CL 64 103 32 Dirección	2361655 Teleéfono	OSSAARQUITECTURAC@GMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Municipio/distrito	BOGOTA Departamento

No de Radicacion
4013702393

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

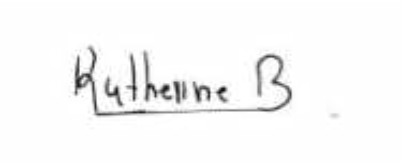
Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		2|5|1|1|2\0\2\4

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**

IX. ANEXOS

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

Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 26/11/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901631535	**Cédula Usuario:**	CC 1032481868
Nombre:	OSSA ARQUITECTURA Y CONSTRUCCIÓN SAS				
Dirección:	CL 64 103 32				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	OSSAARQUITECTURAC@GMAIL.COM				
Teléfono:	3202259943		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5411101 CONSTRUCCION DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, INCLUYE LA CONSTRUCCION DE TODO TIPO DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, CASAS Y EDIFICIOS, MONTAJE DE CUBIERTAS METALICAS, PUERTAS, VENTANAS, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS, REFORMA O RENOVACION DE ESTRUCTURAS RESIDENCIALES EXISTENTES				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1032481868	HEYNNER SEBASTIAN OSSA SUAREZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	389	27/11/2024	CC 1055551295	ANZOLA PEÑA JOSE	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

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

MRS_4_1_1_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

A7F21C909F2C9F1572B5222B064FBE8C Certificado impreso el día 11/26/2024 9:26:12 AM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

JOSE MIGUEL
ANZOLA PEÑA
1055551295

OSSA ARQUITECTURA Y CONSTRUCCIÓN SAS
901631535

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4013713435	2|6|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
B. Colectiva ☐
A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐
B. Institucional ☐ B. De oficio ☐

3.Regimen
A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

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

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

Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
ANZOLA Primer apellido	PEÑA Segundo apellido	JOSE Primer nombre	MIGUEL Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1055551295	Femenino ☐ Masculino ☒	1|7|1|2|1|9|8|5

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.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
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	PROTECCION	1300000

18.Residencia

CR 17 C 10 A 09 **Dirección**	**Telefono fijo**	3238176433 **Telefono celular**	JMIGUELANZOLA@GMAIL.COM **Correo electronico**

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

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS OLAYA - UOD DENTOLASER OLAYA	VSOLAYA - DENTOOLAYA
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
OSSA ARQUITECTURA Y CONSTRUCCION SAS	NIT	901631535	01

39.Ubicación

CL 64 103 32 Dirección	2361655 Teleéfono	OSSAARQUITECTURAC@GMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Municipio/distrito	BOGOTA Departamento

No de Radicacion
4013713435

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		2|6|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
Jose Miguel Anzola	Katherine B

IX. ANEXOS

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

  Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

Medellín, 10 de December 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 PEREZ SALCEDO CARLOS ANDRES.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL			Clase: 5		Porcentaje Cotización: 6.96 %	
C1005091028	GONZALEZ CARDONA BANNER ALEXIS	11/12/2024		z154194z	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 10/12/2024 09:21:05 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.60.54.50, 198.143.37.65, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4223537597	1|0|1|2|2|0|2|4

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

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

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

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
GONZALEZ (Primer apellido)	CARDONA (Segundo apellido)	BANNER (Primer nombre)	ALEXIS (Segundo nombre)

7.Tipo documento de Identidad	8 . Númerodeldocumentodeldentidad	9.Sexo	10.Fecha de nacimiento
CC	1005091028	Femenino Masculino ☒	2|5|0|5|1|9|9|5

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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

18.Residencia			
CL 43 78 90 **Dirección**	3008654 **Telefono fijo**	3224678975 **Telefono celular**	BANNERGONZALEZ94@GMAIL.COM **Correo electronico**

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

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

		34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C		VS BEILLIN - VS BEILLIN	VSBEILLIN - VSBEILLIN
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)
CARLOS PEREZ SALCEDO	CC	98652314	01

39.Ubicación				
DG 42E AV 34 28 Dirección	3114586 Teleéfono	ESTRUCTURASYOBRASCAP@GMAIL.COM Correo electrónico	BELLO Municipio/distrito	ANTIOQUIA Departamento

No de Radicacion
4223537597

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/ocorrección 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 (Femenino / Masculino)	Fecha de nacimiento	42.Fecha
				1|0|1|2|2|0|2|4

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

banner alexis	Ana Garcia
54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	**55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio**

IX.ANEXOS

56. Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐
Cantidad: ☐ Total: 0

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES DE LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.

CERTIFICA QUE

El(La) señor(a) JUAN CARLOS CASALLAS MARROQUIN identificado(a) con CC número 79499041 está afiliado(a) a nuestra Administradora de Riesgos Laborales con la siguiente información:

Empresa:	COMPAÑÍA DE SEGURIDAD VIGILANCIA PRIVADA SIMON BOLIVAR LTDA EN		
N° Identificación:	830072874		
Centro de trabajo:	Riesgo V 5801001 Tarifa 6.960%	Sueldo básico:	$ 1.300.000
Inicio de cobertura:	14/12/2024	Fecha de retiro:	
Tipo de cotizante:	Dependiente	Estado:	En trámite

La anterior certificación se expide a través de nuestro sitio web https://www.laequidadarl.coop el dia:

viernes, 13 de diciembre de 2024 a las 12:18 PM

La información de la presente certificación debe ser confirmada telefónicamente en nuestra línea de atención en Bogotá al número 5922929 Ext. 1232 ó 317 4022427, citando el consecutivo 00014201080002008522.

Cordialmente,

LA EQUIDAD SEGUROS O.C. – Riesgos Laborales

Bogotá, Diciembre 6 de 2024

Señor:
CASALLAS MARROQUIN JUAN CARLOS
CC. 79499041
CL 65 SUR NRO 102 51 CA 64 - 0
Ciudad

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

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Noviembre 23 de 2023. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
DIAZ SANDOVAL LUZ MARINA	52307805	C	May-19-2005	0	0	COMPAÑERO(A)	NO VIGENTE	May-19-2005	Exclusión o anulación de la afiliación	Ninguna
CASALLAS MARROQUIN JUAN CARLOS	79499041	C	Nov-23-2023	27	26	COTIZANTE	VIGENTE		Retiro trabajo mes 0	Ninguna
CASALLAS DIAZ JUAN DAVID	AXA0254378	NU	May-19-2005	0 -	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	NO VIGENTE	May-19-2005	Exclusión o anulación de la afiliación	Ninguna

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

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
SERVIPORTEL CONSERGES LTDA	79499041	Dependiente	CERRADO
SERVIPORTEL CONSERGES LTDA	79499041	Dependiente	CERRADO
TALENTO Y GESTION SAS	79499041	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,
GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Sindy Liliana Angel - Analista Integral de Servicio al Cliente / Informador

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

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES DE LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.

CERTIFICA QUE

El(La) señor(a) MIGUEL ANGEL BECERRA FAJARDO identificado(a) con CC número 1033814115 está afiliado(a) a nuestra Administradora de Riesgos Laborales con la siguiente información:

Empresa:	COMPAÑÍA DE SEGURIDAD VIGILANCIA PRIVADA SIMON BOLIVAR LTDA EN		
N° Identificación:	830072874		
Centro de trabajo:	Riesgo IV 4801001 Tarifa 4.350%	Sueldo básico:	$ 1.300.000
Inicio de cobertura:	12/12/2024	Fecha de retiro:	
Tipo de cotizante:	Dependiente	Estado:	En trámite

La anterior certificación se expide a través de nuestro sitio web https://www.laequidadarl.coop el dia:

miércoles, 11 de diciembre de 2024 a las 03:29 PM

La información de la presente certificación debe ser confirmada telefónicamente en nuestra línea de atención en Bogotá al número 5922929 Ext. 1232 ó 317 4022427, citando el consecutivo 00014179110002005853.

Cordialmente,

LA EQUIDAD SEGUROS O.C. – Riesgos Laborales

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4013818263	1|6|1|2|2|0|2|4

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

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

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

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
BECERRA (Primer apellido)	FAJARDO (Segundo apellido)	MIGUEL (Primer nombre)	ANGEL (Segundo nombre)
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1033814115	Femenino ☐ Masculino ☒	2|0|0|2|1|9|9|9

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.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 LA EQUIDAD	PORVENIR FPC	1300000

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 71 F 27 62		3123301023	MIGUELANGELBECERRA@GMAIL.COM

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

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS GRAN PLAZA BOSA - VS GRAN PLAZA BOSA	VSPLAZABOS - VSPLAZABOS
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de documnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
SEGURIDAD BOLIVAR LTDA	NIT	830072874	01

39.Ubicación

Dirección	Telefono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
CL 62 21 20 BRR	8828232	GESTIONDOCUMENTAL@SEGURIDADBOLIVAR.COM	BOGOTA	BOGOTA

No de Radicacion
4013816263

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
- ☒ 8. 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|2|1|2|2|0|2|4

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.

47. ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo,Especial o de Excepción.

48. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

49. ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .

50. ☐ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

51. ☐ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran

52. ☐ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013

53. ☐ Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

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

IX.ANEXOS

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

Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0

- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 62.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificado 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 capitulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES DE LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.

CERTIFICA QUE

El(La) señor(a) JOSE JAVIER CAMARGO VENTURA identificado(a) con PT número 6653515 está afiliado(a) a nuestra Administradora de Riesgos Laborales con la siguiente información:

Empresa:	COMPAÑÍA DE SEGURIDAD VIGILANCIA PRIVADA SIMON BOLIVAR LTDA EN		
N° Identificación:	830072874		
Centro de trabajo:	Riesgo V 5801001 Tarifa 6.960%	Sueldo básico:	$ 1.300.000
Inicio de cobertura:	19/12/2024	Fecha de retiro:	
Tipo de cotizante:	Dependiente	Estado:	En trámite

La anterior certificación se expide a través de nuestro sitio web https://www.laequidadarl.coop el dia:

miércoles, 18 de diciembre de 2024 a las 11:42 AM

La información de la presente certificación debe ser confirmada telefónicamente en nuestra línea de atención en Bogotá al número 5922929 Ext. 1232 ó 317 4022427, citando el consecutivo 00014234520002012557.

Cordialmente,

LA EQUIDAD SEGUROS O.C. – Riesgos Laborales

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4013838467	1|8|1|2|2|0|2|4

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

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

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

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
CAMARGO (Primer apellido)	VENTURA (Segundo apellido)	JOSE (Primer nombre)	JAVIER (Segundo nombre)
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
PT	6653515	Femenino ☐ Masculino ☒	1|0||0|2|1|9|7|2

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.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 LA EQUIDAD	PORVENIR FPC	1300000

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 46 SUR 72 K 28_		3052143947	JOSEJAVIERCAMARGIVENTURA@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona			Localidad / comuna	Departamento
BOGOTA	Urbana cabecera municipal ☐ Urbana centro poblado ☒	Rural dispersa ☐ Resto rural ☐		002	BOGOTA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de documnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
SEGURIDAD BOLIVAR LTDA	NIT	830072874	01

39.Ubicación				
Dirección: CL 62 21 29 BRR	Telefono: 8828232	Correo electrónico: GESTIONDOCUMENTAL@SEGURIDADBOLIVAR.COM	Municipio/distrito: BOGOTA	Departamento: BOGOTA

No de Radicacion
4013838467

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 Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento	42. Fecha 1 9 [1] [2] [3] [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 Contributivo,Especial o de Excepción.
- 48. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 49. ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- 50. ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- 51. ☐ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- 52. ☐ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
- 53. ☐ Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o 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
Jose Lamuigo	

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 capitulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.

Medellín, 16 de December 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 PEREZ SALCEDO CARLOS ANDRES.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1111478921	CAÑAVERAL MOSQUERA MANUEL DAVID	17/12/2024		31523233	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 16/12/2024 07:42:55 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.60.54.51, 192.230.104.2, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4011532765	1|6|1|2|2|0|2|4

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

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

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

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
CAÑAVERAL Primer apellido	MOSQUERA Segundo apellido	MANUEL Primer nombre	DAVID Segundo nombre

7.Tipo documento de Identidad	8.Número del documento de Identidad	9.Sexo	10.Fecha de nacimiento
CC	1111478921	Femenino Masculino ☒	2|2|1|2|2|0|0|4

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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

18.Residencia			
CL 43 78 90 **Dirección**	3008654 **Telefono fijo**	3224678975 **Telefono celular**	MANUELDAVID22@GMAIL.COM **Correo electronico**

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

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

		34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C		VS BEILLIN - VS BEILLIN	VSBEILLIN - VSBEILLIN
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)
CARLOS PEREZ SALCEDO	CC	98652314	01

39.Ubicación				
DG 42E AV 34 28 Dirección	3114586 Teleéfono	ESTRUCTURASYOBRASCAP@GMAIL.COM Correo electrónico	BELLO Municipio/distrito	ANTIOQUIA Departamento

No de Radicacion
4011532765

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/ocorrección 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 (Femenino / Masculino)	Fecha de nacimiento	42.Fecha
				1|6|1|2|2|0|2|4

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

manuel david	Ana Garcia
54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	**55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio**

IX.ANEXOS

56. Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐
Cantidad: ☐ Total: 0

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

Medellín, 16 de December 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 PEREZ SALCEDO CARLOS ANDRES.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C1118571853	RODRIGUEZ EDISON	17/12/2024		151A2491	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 16/12/2024 07:47:33 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.60.54.51, 192.230.104.2, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4011576789	1|6|1|2|2|0|2|4

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

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

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

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
RODRIGUEZ Primer apellido	SOLANO Segundo apellido	EDISSON Primer nombre	JAVIER Segundo nombre

7.Tipo documento de Identidad	8.Número del documento de Identidad	9.Sexo	10.Fecha de nacimiento
CC	1118571853	Femenino Masculino ☒	1|8|0|7|1|9|9|8

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 43 78 90	3008654	3224678975	SOLANO98@GMAIL.COM

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

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

		34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C		VS BEILLIN - VS BEILLIN	VSBEILLIN - VSBEILLIN
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)
CARLOS PEREZ SALCEDO	CC	98652314	01

39.Ubicación

Dirección	Teleéfono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
DG 42E AV 34 28	3114586	ESTRUCTURASYOBRASCAP@GMAIL.COM	BELLO	ANTIOQUIA

No de Radicacion
4011576789

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/ocorrección 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|6|1|2|2|0|2|4

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

edisson rodriguez	Ana Garcia
54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	**55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio**

IX.ANEXOS

56. Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐
Cantidad: Total: 0

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

Medellín, 20 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 PEREZ SALCEDO CARLOS ANDRES.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C18859252	GUILLIN MONTES HERBINDE JESUS	21/11/2024		0155E964	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 20/11/2024 17:05:31 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.60.47.14, 198.143.37.36, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4011537567	2|0|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	2.Tipo afiliacion	3.Regimen
A. Afiliación B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional B. Institucional B. De oficio	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado

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

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
GUILLIN Primer apellido	MONTES Se ido	HERBIN Primernombre	DE JESUS Se mbre

7.Tipo documento de Identidad	8.Número del documento de Identidad	9.Sexo	10.Fecha de nacimiento
CC	18859252	Femenino Masculino ☒	2|5|0|4|1|9|8|3

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 43 78 90	3008654	3224678975	GUILLINMONTES04@GMAIL.COM

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

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

		34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C		VS BEILLIN - VS BEILLIN	VSBEILLIN - VSBEILLIN
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)
CARLOS PEREZ SALCEDO	CC	98652314	01

39.Ubicación

Dirección	Teleéfono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
DG 42E AV 34 28	3114586	ESTRUCTURASYOBRASCAP@GMAIL.COM	BELLO	ANTIOQUIA

No de Radicacion
4011537567

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		2|0|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
Herbert	Ana Garcia

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.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 28/11/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901631535	**Cédula Usuario:**	CC 1032481868
Nombre:	OSSA ARQUITECTURA Y CONSTRUCCIÓN SAS				
Dirección:	CL 64 103 32				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	OSSAARQUITECTURAC@GMAIL.COM				
Teléfono:	3202259943		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5411101 CONSTRUCCION DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, INCLUYE LA CONSTRUCCION DE TODO TIPO DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, CASAS Y EDIFICIOS, MONTAJE DE CUBIERTAS METALICAS, PUERTAS, VENTANAS, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS, REFORMA O RENOVACION DE ESTRUCTURAS RESIDENCIALES EXISTENTES				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1032481868	HEYNNER SEBASTIAN OSSA SUAREZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	390	29/11/2024	CC 80721590	GUTIERREZ DIMAS DIEGO	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

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

MRS_4_1_1_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

DAEC4BB7C50067050BCF65A9D0B497A1 Certificado impreso el día 11/28/2024 2:20:58 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

POSITIVA

DIEGO FERNANDO
GUTIERREZ DIMAS
80721590

OSSA ARQUITECTURA Y CONSTRUCCIÓN SAS
901631535

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9011575569
9011575569

No. de Radicación: 28578078

Fecha de Radicación: 29 11 2024

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 [ ]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X]	A. Contributivo [ ]	A. Cotizante [X]	A. Dependiente [X]	
B. Reporte de Novedades [X]	• Beneficiario o afiliado adicional [ ]	B. Subsidiado [X]	B. Cabeza de familia [ ]	B. Independiente [ ]	
	B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]		C. Beneficiario [ ]	C. Pensionado [ ]	

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: GUTIERREZ	Segundo Apellido: DIMAS	Primer Nombre: DIEGO	Segundo Nombre: FERNANDO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	80721590	Femenino [ ] Masculino [X]	D D 02 M M 03 A A A A 1982

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo F N M Condición T P			POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia		
$1.300.000	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	Masculino	28. Fecha de nacimiento
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

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)
OSSA ARQUITECTURA Y	NT	901631535	

39. Ubicación				
CL 64 103 32 Dirección	32022599 Teléfono	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	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	28 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		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del departamento	Número de la ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A	D D M M A A A A

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:	71. Firma del funcionario
		CARGO: PULIDOR, CONFECCIONES	

Vigilado Supersalud

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

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

EBISU

CONSTRUIMOS EQUIDAD, BIENESTAR Y SUEÑOS

NIT 807.008.957-7

PLANILLAS DE SEGURIDAD SOCIAL EBISU S.A.S

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 807008957	7	EBISU SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CR 46 95 71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2568829	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-12	1115403406	9478736358	E	2024/12/13	2024/12/10	BANCOLOMBIA	0	$37,898,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS			PARAFISCALES	
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	Codigo	Dias	Codigo	Días	Codigo	Días	Tarifa	Días	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: PRINCIPAL (13 Afiliados)																															
Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 1 (2 Afiliados)																															
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados)																															
1	CC	1081930766	CAMARGO STEVEN											X		X					230301	7	ESSC07	7	CCF24	7	14-4	7	0.000%	7	Si
2	CC	1081930766	CAMARGO STEVEN																		230301	23	ESSC07	23	CCF24	23	14-4	23	0.522%	23	Si
3	CC	1015399081	CAPADOR JUDITH																		230301	30	EPS005	30	CCF24	30	14-4	30	0.522%	30	Si
Centro de Trabajo: RIESGO 1 (4 Afiliados)																															
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (4 Afiliados)																															
4	CC	1030639027	OSORIO PAULA													X					230301	1	EPS010	1	CCF24	1	14-4	1	0.000%	1	Si
5	CC	1030639027	OSORIO PAULA																		230301	29	EPS010	29	CCF24	29	14-4	29	0.522%	29	Si
6	CC	1032399345	PEÑA LORENA																		230301	30	EPS005	30	CCF24	30	14-4	30	0.522%	30	Si
7	CC	52277740	POVEDA MARIA													X					231001	1	EPS037	1	CCF24	1	14-4	1	0.000%	1	Si
8	CC	52277740	POVEDA MARIA																		231001	29	EPS037	29	CCF24	29	14-4	29	0.522%	29	Si
9	CE	685755	RAMIREZ NERIO																		231001	30	EPS005	30	CCF24	30	14-4	30	0.522%	30	Si
Centro de Trabajo: RIESGO 2 (1 Afiliados)																															
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																															
10	CC	52209240	CHAGUALA SANDRA																		230201	30	EPS005	30	CCF24	30	14-4	30	1.044%	30	Si
Centro de Trabajo: RIESGO 5 (6 Afiliados)																															
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (6 Afiliados)																															
11	CC	1026297800	ARIAS BRIGITTE													X					230301	2	EPS002	2	CCF24	2	14-4	2	0.000%	2	Si
12	CC	1026297800	ARIAS BRIGITTE																		230301	28	EPS002	28	CCF24	28	14-4	28	6.960%	28	Si
13	CC	1013662097	CELIS DAYANA																		230301	30	EPS008	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
14	CC	60356576	COTE MONICA													X					25-14	5	EPS010	5	CCF24	5	14-4	5	0.000%	5	No
15	CC	60356576	COTE MONICA													X					25-14	6	EPS010	6	CCF24	6	14-4	6	0.000%	6	No
16	CC	60356576	COTE MONICA																		25-14	19	EPS010	19	CCF24	19	14-4	19	6.960%	19	No
17	CC	1010188418	MARCIALES FABIAN																		230301	30	EPS010	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
18	CC	1014204230	SANCHEZ YAMIL																		25-14	30	EPS017	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
19	CC	1090457336	SOCHA ALEXIS													X					230901	1	EPS008	1	CCF24	1	14-4	1	0.000%	1	Si
20	CC	1090457336	SOCHA ALEXIS																		230901	29	EPS008	29	CCF24	29	14-4	29	6.960%	29	Si

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS			PARAFISCALES	
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	Codigo	Dias	Codigo	Días	Codigo	Días	Tarifa	Días	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: HELIOS (5 Afiliados)																															

Planilla Resumen

No.		Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Pension Codigo	Pension Días	Salud Codigo	Salud Días	CCF Codigo	CCF Días	Riesgos Codigo	Riesgos Días	Tarifa	Parafiscales Días	Exonerado SENA e ICBF
Centro de Trabajo: BOGOTA (5 Afiliados)																															
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (5 Afiliados)																															
21	CC	80362362	AMADO JOSE									X									25-14	30	EPS002	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
22	CC	74325097	BARRETO MARIO																		230301	30	EPS005	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
23	CC	1020785106	CONTRERAS SERGIO									X									230301	30	EPS017	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
24	CC	82392781	MONCADA MARIO									X									230301	30	EPS037	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
25	CC	1193081451	VILLARREAL ZORAIDA											X							230201	1	EPS002	1	CCF24	1	14-4	1	0.000%	1	Si
26	CC	1193081451	VILLARREAL ZORAIDA									X									230201	29	EPS002	29	CCF24	29	14-4	29	6.960%	29	Si

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS			PARAFISCALES	
No.		Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	Codigo	Días	Codigo	Días	Codigo	Días	Tarifa	Días	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: PROYECTO BOITA (35 Afiliados)																															
Centro de Trabajo: PROYECTO BOITA (35 Afiliados)																															
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (35 Afiliados)																															
27	CC	92551355	AGUAS GREDIS																		230301	30	EPS002	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
28	CC	50989201	ALTAMIRANDA IRINA									X									230201	30	EPS037	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
29	CC	1033694813	AMADO JUAN										X								231001	1	EPS005	1	CCF24	1	14-4	1	0.000%	1	Si
30	CC	1033694813	AMADO JUAN							X		X									231001	29	EPS005	29	CCF24	29	14-4	29	6.960%	29	Si
31	CC	1129593	ANTOLINEZ BENJAMIN																		230301	30	EPS037	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
32	CC	13840356	ARCE MARINO																			0	EPS017	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
33	CC	1001045259	AREVALO FRANK																		230301	30	EPS005	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
34	PT	6788747	ARRIETA JEAN	X	X																231001	9	EPS002	9	CCF24	9	14-4	9	6.960%	9	Si
35	CC	1003045086	BERRIO JOSE									X									230301	30	EPS037	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
36	CC	11802823	BORJA JOHANS													X					25-14	1	EPS005	1	CCF24	1	14-4	1	0.000%	1	Si
37	CC	11802823	BORJA JOHANS																		25-14	29	EPS005	29	CCF24	29	14-4	29	6.960%	29	Si
38	CC	1044914028	CAICEDO LEIDIS									X									230301	30	EPS008	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
39	CC	80269154	CALDAS VICTOR		X																230301	14	EPS017	14	CCF24	14	14-4	14	6.960%	14	Si
40	CC	1020761157	CARREÑO CESAR													X					231001	2	EPS017	2	CCF24	2	14-4	2	0.000%	2	Si
41	CC	1020761157	CARREÑO CESAR																		231001	28	EPS017	28	CCF24	28	14-4	28	6.960%	28	Si
42	CC	1102896714	DE LA HOZ ENDERSON									X									230201	30	EPS037	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
43	CC	80728996	GIRON LUIS													X					230301	1	EPS008	1	CCF24	1	14-4	1	0.000%	1	Si
44	CC	80728996	GIRON LUIS									X									230301	29	EPS008	29	CCF24	29	14-4	29	6.960%	29	Si
45	CC	1106890780	GONZALEZ CHRISTIAN											X							230201	2	EPS017	2	CCF24	2	14-4	2	0.000%	2	Si
46	CC	1106890780	GONZALEZ CHRISTIAN									X									230201	28	EPS017	28	CCF24	28	14-4	28	6.960%	28	Si
47	CC	79895630	HERRERA CARLOS																		230301	30	EPS005	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
48	CC	1001297434	HERRERA JOSE										X								230201	1	EPS017	1	CCF24	1	14-4	1	0.000%	1	Si
49	CC	1001297434	HERRERA JOSE																		230201	29	EPS017	29	CCF24	29	14-4	29	6.960%	29	Si
50	CC	1026585125	MARTINEZ DARWIN											X							25-14	2	EPS002	2	CCF24	2	14-4	2	0.000%	2	Si
51	CC	1026585125	MARTINEZ DARWIN											X							25-14	2	EPS002	2	CCF24	2	14-4	2	0.000%	2	Si
52	CC	1026585125	MARTINEZ DARWIN									X									25-14	26	EPS002	26	CCF24	26	14-4	26	6.960%	26	Si
53	PT	1097775	MENDOZA DINNO																		230301	30	EPS002	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
54	CC	87946129	OLAYA MARVIN	X								X									230301	12	EPS002	12	CCF24	12	14-4	12	6.960%	12	Si

PLANILLA PAGADA

55	CC	1063164092	OSORIO ELIEZER								X								23030 1	30	EPS005	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
56	CC	70466659	PAMPLONA HERNAN								X								23030 1	30	EPS010	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
57	CC	1030700290	PARRA ANGIE											X					23030 1	1	EPS008	1	CCF24	1	14-4	1	0.000%	1	Si
58	CC	1030700290	PARRA ANGIE																23030 1	29	EPS008	29	CCF24	29	14-4	29	6.960%	29	Si
59	CC	1003656243	REYES RAY								X								23030 1	30	EPS005	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
60	CC	1127394477	RINCONES RAFAEL										X						23030 1	2	EPS010	2	CCF24	2	14-4	2	0.000%	2	Si
61	CC	1127394477	RINCONES RAFAEL								X								23030 1	28	EPS010	28	CCF24	28	14-4	28	6.960%	28	Si
62	CC	1216976666	RODRIGUEZ ANDRES											X					23020 1	3	EPS002	3	CCF24	3	14-4	3	0.000%	3	Si
63	CC	1216976666	RODRIGUEZ ANDRES											X					23020 1	5	EPS002	5	CCF24	5	14-4	5	0.000%	5	Si
64	CC	1216976666	RODRIGUEZ ANDRES								X								23020 1	22	EPS002	22	CCF24	22	14-4	22	6.960%	22	Si
65	CC	1216968625	RODRIGUEZ FRANEISON																25-14	30	ESSC24	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
66	PT	5122996	SANCHEZ FAUSTO								X								23020 1	30	EPS002	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
67	PT	7636590	SANTIAGO JOSE																23030 1	30	EPS002	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
68	CC	79829346	TORRES ARISMENDI										X						25-14	2	EPS017	2	CCF24	2	14-4	2	0.000%	2	Si
69	CC	79829346	TORRES ARISMENDI																25-14	28	EPS017	28	CCF24	28	14-4	28	6.960%	28	Si
70	CC	1000128491	TORRES DAVID																23030 1	30	EPS017	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
71	CC	1001275418	VALERIANO MAICOL										X						23020 1	2	EPS017	2	CCF24	2	14-4	2	0.000%	2	Si
72	CC	1001275418	VALERIANO MAICOL																23020 1	28	EPS017	28	CCF24	28	14-4	28	6.960%	28	Si
73	CC	79482565	VELASCO ISIDRO								X								25-14	30	EPS002	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
74	CC	87572106	YANGUATIN HERNAN										X						23030 1	1	EPS002	1	CCF24	1	14-4	1	0.000%	1	Si
75	CC	87572106	YANGUATIN HERNAN										X						23030 1	2	EPS002	2	CCF24	2	14-4	2	0.000%	2	Si
76	CC	87572106	YANGUATIN HERNAN								X								23030 1	27	EPS002	27	CCF24	27	14-4	27	6.960%	27	Si
77	CC	1233691250	ZAMORA JHON								X								23030 1	30	EPS008	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
Total		**Afiliados(53)**																													

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 807008957	7	EBISU SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CR 46 95 71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2568829	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-12	1115403406	9478736358	E	2024/12/13	2024/12/10	BANCOLOMBIA	0	$37,898,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 5)				52	$19,423,900	$0	$0	$19,423,900
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	5	$1,808,600	$0	$0	$1,808,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	8	$4,019,600	$0	$0	$4,019,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	29	$10,352,400	$0	$0	$10,352,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	9	$2,053,000	$0	$0	$2,053,000
SKANDIA	230901	800,253,055	2	1	$1,190,300	$0	$0	$1,190,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				53	$7,086,400	$0	$0	$7,086,400
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	53	$7,086,400	$0	$0	$7,086,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				53	$5,019,100	$0	$0	$5,019,100
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	53	$5,019,100	$0	$0	$5,019,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 8)				53	$5,869,100	$0	$0	$5,869,100
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	6	$679,100	$0	$0	$679,100
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	1	$54,800	$0	$0	$54,800
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	5	$1,714,600	$0	$0	$1,714,600
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	10	$881,100	$0	$0	$881,100
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	1	$74,800	$0	$0	$74,800
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	6	$405,800	$0	$0	$405,800
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	13	$819,400	$0	$0	$819,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	11	$1,239,500	$0	$0	$1,239,500
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$300,200	$0	$0	$300,200
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	1	$300,200	$0	$0	$300,200
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$200,100	$0	$0	$200,100
SENA	PASENA	899,999,034	1	1	$200,100	$0	$0	$200,100
TOTAL				**53**	**$37,898,800**	**$0**	**$0**	**$37,898,800**

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 807008957	7	EBISU SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CR 46 95 71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2568829	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1115412060	9478736572	Y	2024/12/13	2024/12/10	BANCOLOMBIA	0	$754,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PROYECTO BOITA (9 Afiliados)																						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$10,833,334		$754,200		$0	$0		$754,200
Centro de Trabajo: PROYECTO BOITA (9 Afiliados)																						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$10,833,334		$754,200		$0	$0		$754,200
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (9 Afiliados)																						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$10,833,334		$754,200		$0	$0		$754,200
1	CC	5820626	BERNAL CARLOS																		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-4	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	0	$0	$0	No	$90,500
2	CC	1010228105	GALLEGO ELTON																		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-4	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	0	$0	$0	No	$90,500
3	CC	80149151	JIMENEZ MILTON																		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-4	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	0	$0	$0	No	$90,500
4	CC	1012363273	ROA YURY	X																	0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-7	10	$433,334	6.960%	$30,200	0	$0	$0	No	$30,200
5	CC	80035331	SANABRIA OSCAR																		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-4	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	0	$0	$0	No	$90,500
6	CC	1012413543	SANCHEZ ANGIE																		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-4	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	0	$0	$0	No	$90,500
7	CC	1010175874	SOLANO MANUEL																		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-4	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	0	$0	$0	No	$90,500
8	CC	79797289	VASQUEZ CARLOS																		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-4	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	0	$0	$0	No	$90,500
9	CC	11188061	VELANDIA FRANK																		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-4	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	0	$0	$0	No	$90,500
Total	**Afiliados(9)**																					$0	$0			$0	$0			$0	$0			$10,833,334		$754,200		$0	$0		$754,200

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 807008957	7	EBISU SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CR 46 95 71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2568829	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1115412060	9478736572	Y	2024/12/13	2024/12/10	BANCOLOMBIA	0	$754,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 2)				9	$754,200	$0	$0	$754,200
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	8	$724,000	$0	$0	$724,000
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$30,200	$0	$0	$30,200
TOTAL				**9**	**$754,200**	**$0**	**$0**	**$754,200**

Certificado de Aportes

Se certifica que PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION identificado(a) con NI 899999119 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para ANGIE HASBLEIDY SANCHEZ PABON identificado(a) con CC 1012413543

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9478960777	1156629446	E	2024-12-27	EPS	EPS037	NUEVA E.P.S.	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-01	30																		$6,770,742	12.5%	$846,400
9478960777	1156629446	E	2024-12-27	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	30																		$6,770,742	16%	$1,083,400
9478960777	1156629446	E	2024-12-27	AFP	25-14	COLPENSIONES	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2024-12	30																		$6,770,742		$33,900
9478960777	1156629446	E	2024-12-27	AFP	25-14	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2024-12	30																		$6,770,742		$33,900
9478960777	1156629446	E	2024-12-27	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2024-12	30																		$0	0%	$0
9478960777	1156629446	E	2024-12-27	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2024-12	30																		$0	0%	$0
9478960777	1156629446	E	2024-12-27	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	30																		$6,770,742	0.522%	$35,400
9478960777	1156629446	E	2024-12-27	CCF	CCF21	CAFAM	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	30																		$6,770,742	4%	$270,900
9478960777	1156629446	E	2024-12-27	SENA	PASENA	SENA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	30																		$6,770,742	0.5%	$33,900
9478960777	1156629446	E	2024-12-27	ICBF	PAICBF	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	30																		$6,770,742	3%	$203,200
9478960777	1156629446	E	2024-12-27	ESAP	PAESAP	ESCUELA DE ADMINISTRACION PUBLICA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	30																		$6,770,742	0.5%	$33,900
9478960777	1156629446	E	2024-12-27	MEN	PAMIED	MINISTERIO DE EDUCACION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	30																		$6,770,742	1%	$67,800
9477551682	1102236532	E	2024-12-05	EPS	EPS037	NUEVA E.P.S.	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	30																		$6,770,742	12.5%	$846,400
9477551682	1102236532	E	2024-12-05	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	30																		$6,770,742	16%	$1,083,400
9477551682	1102236532	E	2024-12-05	AFP	25-14	COLPENSIONES	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2024-11	30																		$6,770,742		$33,900
9477551682	1102236532	E	2024-12-05	AFP	25-14	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2024-11	30																		$6,770,742		$33,900
9477551682	1102236532	E	2024-12-05	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2024-11	30																		$0	0%	$0
9477551682	1102236532	E	2024-12-05	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2024-11	30																		$0	0%	$0
9477551682	1102236532	E	2024-12-05	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	30																		$6,770,742	0.522%	$35,400

Certificado de Aportes

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9477551682	1102236532	E	2024-12-05	CCF	CCF21	CAFAM	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	30																		$6,770,742	4%	$270,900
9477551682	1102236532	E	2024-12-05	SENA	PASENA	SENA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	30																		$6,770,742	0.5%	$33,900
9477551682	1102236532	E	2024-12-05	ICBF	PAICBF	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	30																		$6,770,742	3%	$203,200
9477551682	1102236532	E	2024-12-05	ESAP	PAESAP	ESCUELA DE ADMINISTRACION PUBLICA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	30																		$6,770,742	0.5%	$33,900
9477551682	1102236532	E	2024-12-05	MEN	PAMIED	MINISTERIO DE EDUCACION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	30																		$6,770,742	1%	$67,800

Este certificado se expide el día 2025-01-06 a las 11:22.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1012363273
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			YURY ANDREA ROA RODRIGUEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 88C # 69C-20 SUR	TELÉFONO:	9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7953385850**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	noviembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	noviembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		2			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/12/19	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1138522228

NOVEDADES

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

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 69.500
SUBTOTAL:			1	**$ 69.500**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 54.300
SUBTOTAL:			1	**$ 54.300**

VALOR SIN MORA:	**$ 123.600**
VALOR MORA:	**$ 200**
TOTAL PAGADO:	**$ 123.800**

Planilla Pagada

Certificación de Aportes por Cotizante

Se certifica que ALFONSO URIBE S. Y CIA S.A. identificado con NI 830066664 realizó el pago de los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social y Parafiscales para ALFONSO URIBE SARDIÑA identificado con CC 79154597:

Relación de Aportes

Liquidación			Pago		Administradora			Novedades													Liquidación			AFP	
Clave	Tipo Planilla	Periodo	Fecha de pago	No. Transacción	Subsistema	Código	Nombre	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	Días	Tarifa	Aporte	FSP	FS
9480116072	E	2024/12	2025/01/09	1183026537	ARP	14-7	SEGUROS BOLIVAR												X				12	0%	$0	$0	$0
9480116072	E	2024/12	2025/01/09	1183026537	ARP	14-7	SEGUROS BOLIVAR								X								18	6.96%	$507,100	$0	$0
9480116072	E	2024/12	2025/01/09	1183026537	CCF	CCF22	COLSUBSIDIO												X				12	4%	$301,600	$0	$0
9480116072	E	2024/12	2025/01/09	1183026537	CCF	CCF22	COLSUBSIDIO								X								18	4%	$452,400	$0	$0
9480116072	E	2025/01	2025/01/09	1183026537	EPS	EPS005	SANITAS												X				12	4%	$194,300	$0	$0
9480116072	E	2025/01	2025/01/09	1183026537	EPS	EPS005	SANITAS								X								18	4%	$291,500	$0	$0

Certificado generado el 2025-01-09 a las 16:26

Certificado de Aportes

Se certifica que PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION identificado(a) con NI 899999119 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para ANGIE HASBLEIDY SANCHEZ PABON identificado(a) con CC 1012413543

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9478960777	1156629446	E	2024-12-27	EPS	EPS037	NUEVA E.P.S.	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-01	30																		$6,770,742	12.5%	$846,400
9478960777	1156629446	E	2024-12-27	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	30																		$6,770,742	16%	$1,083,400
9478960777	1156629446	E	2024-12-27	AFP	25-14	COLPENSIONES	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2024-12	30																		$6,770,742		$33,900
9478960777	1156629446	E	2024-12-27	AFP	25-14	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2024-12	30																		$6,770,742		$33,900
9478960777	1156629446	E	2024-12-27	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2024-12	30																		$0	0%	$0
9478960777	1156629446	E	2024-12-27	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2024-12	30																		$0	0%	$0
9478960777	1156629446	E	2024-12-27	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	30																		$6,770,742	0.522%	$35,400
9478960777	1156629446	E	2024-12-27	CCF	CCF21	CAFAM	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	30																		$6,770,742	4%	$270,900
9478960777	1156629446	E	2024-12-27	SENA	PASENA	SENA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	30																		$6,770,742	0.5%	$33,900
9478960777	1156629446	E	2024-12-27	ICBF	PAICBF	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	30																		$6,770,742	3%	$203,200
9478960777	1156629446	E	2024-12-27	ESAP	PAESAP	ESCUELA DE ADMINISTRACION PUBLICA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	30																		$6,770,742	0.5%	$33,900
9478960777	1156629446	E	2024-12-27	MEN	PAMIED	MINISTERIO DE EDUCACION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	30																		$6,770,742	1%	$67,800
9477551682	1102236532	E	2024-12-05	EPS	EPS037	NUEVA E.P.S.	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	30																		$6,770,742	12.5%	$846,400
9477551682	1102236532	E	2024-12-05	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	30																		$6,770,742	16%	$1,083,400
9477551682	1102236532	E	2024-12-05	AFP	25-14	COLPENSIONES	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2024-11	30																		$6,770,742		$33,900
9477551682	1102236532	E	2024-12-05	AFP	25-14	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2024-11	30																		$6,770,742		$33,900
9477551682	1102236532	E	2024-12-05	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2024-11	30																		$0	0%	$0
9477551682	1102236532	E	2024-12-05	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2024-11	30																		$0	0%	$0
9477551682	1102236532	E	2024-12-05	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	30																		$6,770,742	0.522%	$35,400

Certificado de Aportes

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9477551682	1102236532	E	2024-12-05	CCF	CCF21	CAFAM	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	30																		$6,770,742	4%	$270,900
9477551682	1102236532	E	2024-12-05	SENA	PASENA	SENA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	30																		$6,770,742	0.5%	$33,900
9477551682	1102236532	E	2024-12-05	ICBF	PAICBF	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	30																		$6,770,742	3%	$203,200
9477551682	1102236532	E	2024-12-05	ESAP	PAESAP	ESCUELA DE ADMINISTRACION PUBLICA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	30																		$6,770,742	0.5%	$33,900
9477551682	1102236532	E	2024-12-05	MEN	PAMIED	MINISTERIO DE EDUCACION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	30																		$6,770,742	1%	$67,800

Este certificado se expide el día 2025-01-06 a las 11:22.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	5820626	CARLOS ALBERTO BERNAL ESCOBAR	CARRERA 32A 25B-38	7927845	carlos_bernal28@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	12/12/2024	82608625	$958.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	387.300	0		0		0	0	0	0	387.300	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	495.800	0	0	0	0	0	0		495.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	75.500				75.500	0	0	75.500			755	75.500	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	387.300	387.300
Pensión	1	495.800	495.800
Riesgos Laborales	1	75.500	75.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	958.600	958.600

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	5820626	CARLOS ALBERTO BERNAL ESCOBAR		CARRERA 32A 25B-38	7927845	carlos_bernal28@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	12/12/2024	82608625	$958.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	5820626	BERNAL ESCOBAR CARLOS ALBERTO	57	0			N					X												230301	3.098.400	495.800	0	0	0	0	EPS005	3.098.400	387.300	14-23	3.098.400	3	75.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79797289	CARLOS ANDRES VASQUEZ QUINTERO	CALLE 128 B 77 31 APT 702 SOTILEZA	3061783	cavqarquitectura@outlook.es	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	10/01/2025	83283324	$377.300	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	6.800				6.800	0	0	6.800			68	6.800	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	6.800	6.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	377.300	377.300

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
CC	79797289	CARLOS ANDRES VASQUEZ QUINTERO		CALLE 128 B 77 31 APT 702 SOTILEZA	3061783	cavqarquitectura@outlook.es	
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA

PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2024-12	2024-12	I	10/01/2025	83283324	$377.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE / INFORMACIÓN NOVEDADES

No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN
1	CC	79797289	VASQUEZ QUINTERO CARLOS ANDRES	59	0			N																

PENSIÓN / SALUD

No.	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC
1	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500

RIESGOS LABORALES / CCF / PARAFISCALES

No.	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	14-23	1.300.000	1	6.800		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Certificado de Aportes

Se certifica que FRANK LEANDRO VELANDIA BARRIOS identificado(a) con CC 11188061 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: EBISU SAS NI 807008957

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9480114587	1182984683	Y	2025-01-09	ARL	14-4	COLPATRIA ARP	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	30																	

APORTANTE: RYM FERRO ILUMINACIONES SAS NI 900142510

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9478490849	1099977454	E	2024-12-04	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	30																	
9478490849	1099977454	E	2024-12-04	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	30																	
9478490849	1099977454	E	2024-12-04	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	30																	
9478490849	1099977454	E	2024-12-04	CCF	CCF21	CAFAM	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	30																	
9478490849	1099977454	E	2024-12-04	FSP	25-14	COLPENSIONES	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2024-11	30																	
9478490849	1099977454	E	2024-12-04	SUB	25-14	COLPENSIONES	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2024-11	30																	

Este certificado se expide el día 2025-01-10 a las 13:01.

PAGOSIMPLE | Informe Histórico Resumido

Fecha de Creación del Informe: jueves, 09 de enero de 2025 03:56:12 PM

Período del informe: Desde el 01 de enero de 2025 hasta el 09 de enero de 2025

Pagada en horario 09/01/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	VENTAS YAR SAS	**Sucursal**	01 PAGOS SIMPLE
Documento	NI901285390	**Dirección**	DG 45 B SUR 53 A 33
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	6609160
Tipo Persona	JURIDICA	**Forma Presentación**	
Ciudad	BOGOTA	**Departamento**	BOGOTA
Representante Legal	GONZALEZ MARIANA	**Identificación**	CC1121832727

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado		Información del Pago				Novedades																Administradoras							IBC				Liquidación de Aportes								
Identificación del Cotizante	Apellidos y Nombres	Referencia pago (PIN) / Número planilla	Fecha de Pago	Período de Cot.	Período Serv.	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	AFP	EPS	ARP	CCF	IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Caja	Aporte Pensión	Aporte Salud	Aporte Riesgos	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte Ministerio	TOTAL
CC 1010228105	GALLEGO GALLEGO ELTON JOHN	1069462112	09/01/2025	202412	202501																		30	30	30	0	230301	EPS017	14-11	NIN-CC	$1.423.500	$1.423.500	$1.423.500	$0	$227.800	$57.000	$7.500	$0	$0	$0	$0	$0	$292.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **IGNACIO COTTE Y CIA SAS**, identificada con **NI** número **900078105**, aportó por **MILTON JAVIER JIMENEZ SOSA**, identificado(a) con **CC** número **80149151** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **E** número **83096306** para el periodo de salud **2025-01** y pensiones **2024-12** de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE	COTIZANTE	SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	COTIZACIÓN Y/O APORTE	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN
231001	Colfondos	1	0		X													0		15	$1.350.000	$216.000	Diciembre - 2024	83096306	03/01/2025	S
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1	0		X													0		15	$1.350.000	$54.000	Diciembre - 2024	83096306	03/01/2025	S
EPS008	Compensar EPS	1	0		X													0		15	$1.350.000	$54.000	Enero - 2025	83096306	03/01/2025	S
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1	0		X													0		15	$1.350.000	$7.100	Diciembre - 2024	83096306	03/01/2025	S

PAGADA

El presente certificado se expide a los 10 días del mes Enero de 2025

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

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	OSCAR ARTURO SANABRIA GALINDO	**NIT:**	80035331
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	noviembre 2024
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	noviembre 2024
Número de Radicación:	556854895	**Total a pagar:**	$370,500
Fecha de vencimiento:	12/12/2024	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	12/10/2024	**Número de Administradoras:**	2

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO DAVIVIENDA	**Número Autorización:**	265045866845
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
230301	800224808	Porvenir	1		$0	$208,000
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0	$162,500
						$370,500

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-12-20, 01:27:42 PM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 1068930674

Periodo Cotización: diciembre de 2024 **Periodo Servicio:** enero de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8822725508

PAGADO 20/12/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JS AMBIENTE CONSTRUCCION CONSULTORES SAS		
Documento	NI901157909	**Dirección**	AV 18 #91 - 0 SAN JOSE
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3232452996
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	DUITAMA	**Departamento**	BOYACA
Representante Legal	SOLANO SILVA MANUEL FERNANDO	**Identificación**	CC 1010175874
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1010175874	MANUEL FERNANDO SOLANO SILVA	01	00	X	X															0	19	19	19	19	(231001) COLFONDOS	$ 823.334	$ 131.800	(EPS005) EPS SANITAS	$ 823.334	$ 33.000	1,044	$ 823.334	$ 8.600	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 823.334	$ 33.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 206.400

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 823.334	$ 823.334	$ 823.334	$ 823.334	$ 131.800	$ 33.000	$ 8.600	$ 33.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 206.400	$ 0	$ 206.400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

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

EBISU
CONSTRUIMOS EQUIDAD, BIENESTAR Y SUEÑOS
NIT 807.008.957-7

SOPORTE DE PAGO DE PLANILLAS DE SEGURIDAD SOCIAL SUBCONTRATISTAS

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	900435908-4	ORR CONSTRUCCIONES SAS		CALLE 73 NO 20A - 80	3016170843	auxafiliacionesgruposer@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					16	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-11	E	06/12/2024	82336760	$3.696.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	190.900	0		0		0	2	300	0	191.200	6
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	52.000	0		0		0	2	100	0	52.100	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	131.600	0		0		0	2	200	0	131.800	2
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	59.200	0		0		0	2	100	0	59.300	5
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	43.400	0		0		0	2	100	0	43.500	2

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	381.500	0	0	0	0	2	600	0	382.100	4
230301	Porvenir	800224808-8	1.081.300	0	0	0	0	2	1.500	0	1.082.800	7
231001	Colfondos	800227940-6	20.900	0	0	0	0	2	100	0	21.000	2
25-14	Colpensiones	900336004-7	423.000	0	0	0	0	2	600	0	423.600	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										
14-25	Riesgos prof Colmena	800226175-3	830.100				830.100	2	1.200	831.300			8.301	831.300	16

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	477.100	2	700	477.800	16

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	900435908-4	ORR CONSTRUCCIONES SAS		CALLE 73 NO 20A - 80	3016170843	auxafiliacionesgruposer@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					16	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-11	E	06/12/2024	82336760	$3.696.500	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	2	0	0	0
ICBF				
0	2	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	5	477.100	477.900
Pensión	4	1.906.700	1.909.500
Riesgos Laborales	1	830.100	831.300
CCF	1	477.100	477.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	11	3.691.000	3.696.500

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900435908-4	ORR CONSTRUCCIONES SAS		CALLE 73 NO 20A - 80	3016170843	auxafiliacionesgruposer@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 16 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-12	2024-11	E	06/12/2024	82336760	$3.696.500

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1007665319	PEDROZO GOMEZ LUIS DAVID	1	0			S																	25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	52.000	14-25	1.300.000	5	90.500	CCF24	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
2	CC	1014254565	ROZO BUESAQUILLO JUAN CAMILO	1	0			S																	230301	1.990.000	318.400	0	0	0	0	EPS008	1.990.000	79.600	14-25	1.990.000	5	138.600	CCF24	1.990.000	79.600	0	0	0	0	0
3	CC	1046429744	MOJICA VEGA CARLOS ALBERTO	1	0			S	X																230301	996.667	159.500	0	0	0	0	EPS037	996.667	39.900	14-25	996.667	5	69.400	CCF24	996.667	39.900	0	0	0	0	0
4	CC	1050397355	AREVALO PEREZ JHON JAIRO	1	0			S	X	X															231001	43.334	7.000	0	0	0	0	EPS017	43.334	1.800	14-25	43.334	5	3.100	CCF24	43.334	1.800	0	0	0	0	0
5	CC	1081829476	DOMINGUEZ RODRIGUEZ JHON JAIDER	1	0			S	X																230301	1.083.334	173.400	0	0	0	0	EPS002	1.083.334	43.400	14-25	1.083.334	5	75.500	CCF24	1.083.334	43.400	0	0	0	0	0
6	CC	1081833300	DOMINGUEZ RODRIGUEZ CARLOS DANIEL	1	0			S	X																230201	996.667	159.500	0	0	0	0	EPS002	996.667	39.900	14-25	996.667	5	69.400	CCF24	996.667	39.900	0	0	0	0	0
7	CC	1128149744	OSPINO JIMENEZ JORGE ALBERTO	1	0			S	X																231001	86.667	13.900	0	0	0	0	EPS037	86.667	3.500	14-25	86.667	5	6.100	CCF24	86.667	3.500	0	0	0	0	0
8	CC	112852478	MENDOZA CÁCERES MANUEL ALBERTO	1	0			S	X	X															230301	43.334	7.000	0	0	0	0	EPS017	43.334	1.800	14-25	43.334	5	3.100	CCF24	43.334	1.800	0	0	0	0	0
9	CC	11319199	ROJAS GUARIN ORLANDO	1	0			S																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS017	1.300.000	52.000	14-25	1.300.000	5	90.500	CCF24	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
10	CC	3256351	AVILA BUSTOS JOSE DOMINGO	1	0			S	X	X															25-14	43.334	7.000	0	0	0	0	EPS002	43.334	1.800	14-25	43.334	5	3.100	CCF24	43.334	1.800	0	0	0	0	0
11	CC	79487305	ROZO RUEDA ORLANDO	1	0			S																	25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	52.000	14-25	1.300.000	5	90.500	CCF24	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
12	CC	79593271	ROZO RUEDA HUMBERTO	1	0			S																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	52.000	14-25	1.300.000	5	90.500	CCF24	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
13	CC	92516961	BUSTAMANTE PEREZ ALVARO LUIS	1	0			S	X	X															230201	43.334	7.000	0	0	0	0	EPS017	43.334	1.800	14-25	43.334	5	3.100	CCF24	43.334	1.800	0	0	0	0	0
14	CC	9273005	CARO ROJAS ULISES	1	0			S																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	52.000	14-25	1.300.000	5	90.500	CCF24	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
15	CC	1085168458	RODRIGUEZ MARTINEZ WILSON	1	0			S	X	X															230301	43.334	7.000	0	0	0	0	EPS002	43.334	1.800	14-25	43.334	5	3.100	CCF24	43.334	1.800	0	0	0	0	0
16	CC	1108763767	JULIO MENDOZA NOERMEL MIGUEL	1	0			S	X	X															230201	43.334	7.000	0	0	0	0	EPS017	43.334	1.800	14-25	43.334	5	3.100	CCF24	43.334	1.800	0	0	0	0	0

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

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901631535	4	OSSA ARQUITECTURA Y CONSTRUCCION SAS	A - 200 O MAS COTIZANTES	HEYNNER	CL 64 103 32	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8279831	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-12	1112933885	9478668775	E	2024/12/09	2024/12/09	BANCOLOMBIA	0	$9,325,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1026293855	ANGULO OROBIO JEFFERSON	X																	25-14	26	$1,126,667	$180,300	EPS002	26	$1,126,667	$45,100	CCF24	26	$1,126,667	$45,100	14-23	26	$1,126,667	$78,500	26	$0	$0	Si	$349,000
2	CC	1055551295	ANZOLA PEÑA JOSE MIGUEL	X																	231001	5	$216,667	$34,700	EPS002	5	$216,667	$8,700	CCF24	5	$216,667	$8,700	14-23	5	$216,667	$15,100	5	$0	$0	Si	$67,200
3	CC	1032374133	AYALA ALVARADO JORGE ANDRES																		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$52,000	CCF24	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
4	CC	1000806477	BARRETO JIMENEZ LEIDY KATHERINE																		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$52,000	CCF24	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
5	CC	1033729293	CAMACHO VELANDIA YIMER ALFONSO																		230201	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$52,000	CCF24	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
6	CC	80365579	CARDOZO PEREZ SEGUNDO	X	X																230201	19	$823,334	$131,800	EPS002	19	$823,334	$33,000	CCF24	19	$823,334	$33,000	14-23	19	$823,334	$57,400	19	$0	$0	Si	$255,200
7	CC	1033709942	CARDOZO GARCIA URIEL FABIAN																		230201	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	30	$1,300,000	$52,000	CCF24	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
8	CC	1101879720	CHIQUILLO MONTERROSA URIEL																		231001	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$52,000	CCF24	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
9	CC	1000722787	CIFUENTES GUTIERREZ IVAN SEBASTIAN																		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$52,000	CCF24	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
10	CC	1010029137	CIFUENTES GUTIERREZ JHON MAURICIO																		230201	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$52,000	CCF24	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
11	CC	1122678941	FONSECA RODRIGUEZ SANDRO FERNEY		X																231001	10	$433,334	$69,400	EPS017	10	$433,334	$17,400	CCF24	10	$433,334	$17,400	14-23	10	$433,334	$30,200	10	$0	$0	Si	$134,400
12	CC	80745273	GOMEZ JIMENEZ MILLER GUIOVANNI		X																230301	10	$433,334	$69,400	EPS002	10	$433,334	$17,400	CCF24	10	$433,334	$17,400	14-23	10	$433,334	$30,200	10	$0	$0	Si	$134,400
13	CC	80721590	GUTIERREZ DIMAS DIEGO FERNANDO	X																	230201	3	$130,000	$20,800	EPS017	3	$130,000	$5,200	CCF24	3	$130,000	$5,200	14-23	3	$130,000	$9,100	3	$0	$0	Si	$40,300
14	CC	18410548	HERRERA VALDERRAMA JOSE ISIDRO																			0	$0	$0	EPS005	30	$1,300,000	$52,000	CCF24	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0	Si	$194,500
15	CC	1031130128	JIMENEZ MYCHEL ALEXANDER																		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	30	$1,300,000	$52,000	CCF24	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
16	CC	1020715738	LOPEZ SANCHEZ MICHAEL ESTIBEN																		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPSC34	30	$1,300,000	$52,000	CCF24	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
17	CC	79518373	MACIAS RUBIO JOSE HELMER	X																	230301	6	$260,000	$41,600	EPS002	6	$260,000	$10,400	CCF24	6	$260,000	$10,400	14-23	6	$260,000	$18,100	6	$0	$0	Si	$80,500
18	CC	1024469602	MEDINA CIFUENTES FERNEY DARIO																		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$52,000	CCF24	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
19	CC	1034280628	MORA TOVAR DIEGO JESUS		X																230301	15	$650,000	$104,000	EPS005	15	$650,000	$26,000	CCF24	15	$650,000	$26,000	14-23	15	$650,000	$45,300	15	$0	$0	Si	$201,300
20	CC	1013667832	NUMPAQUE BONILLA SERGIO ALEJANDRO		X																230301	20	$866,667	$138,700	EPSC34	20	$866,667	$34,700	CCF24	20	$866,667	$34,700	14-23	20	$866,667	$60,400	20	$0	$0	Si	$268,500
21	CC	1016096281	OLIVERA MARTIN CRISTIAN MATEO																		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$52,000	CCF24	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
22	CC	1032481868	OSSA SUAREZ HEYNNER SEBASTIAN																		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$52,000	CCF24	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
23	CC	1024524913	OSTOS ABELLO GUSTAVO ADOLFO																		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPSC34	30	$1,300,000	$52,000	CCF24	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
24	CC	79887483	PEDRAZA RODRIGUEZ JHON FREDY																		231001	23	$996,667	$159,500	EPS010	23	$996,667	$39,900	CCF24	23	$996,667	$39,900	14-23	23	$996,667	$69,400	23	$0	$0	Si	$308,700
25	CC	79887483	PEDRAZA RODRIGUEZ JHON FREDY										X								231001	7	$303,334	$36,500	EPS010	7	$303,334	$0	CCF24	7	$303,334	$0	14-23	7	$303,334	$0	7	$0	$0	Si	$36,500
26	CC	79780385	PEDRAZA RODRIGUEZ LUIS ALEJANDRO																		25-14	23	$996,667	$159,500	EPS002	23	$996,667	$39,900	CCF24	23	$996,667	$39,900	14-23	23	$996,667	$69,400	23	$0	$0	Si	$308,700
27	CC	79780385	PEDRAZA RODRIGUEZ LUIS ALEJANDRO										X								25-14	7	$303,334	$36,500	EPS002	7	$303,334	$0	CCF24	7	$303,334	$0	14-23	7	$303,334	$0	7	$0	$0	Si	$36,500

Planilla Resumen

28	CC	52466377	ROJAS LOPEZ SANDRA YANETH		X																230201	18	$780,000	$124,800	EPS002	18	$780,000	$31,200	CCF24	18	$780,000	$31,200	14-23	18	$780,000	$54,300	18	$0	$0	Si	$241,500
29	CC	1001286573	SALAMANCA TOVAR ESTEBAN FELIPE																		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$52,000	CCF24	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
30	CC	1000579738	SALAMANCA TOVAR JAROL DAVID																		25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPSC34	30	$1,300,000	$52,000	CCF24	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
31	CC	1003777085	SARMIENTO SOTO ANDERSON JULIAN																		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$52,000	CCF24	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
32	CC	1000930664	VEGA SOTO JEFERSON	X																	230301	12	$520,000	$83,200	EPS002	12	$520,000	$20,800	CCF24	12	$520,000	$20,800	14-23	12	$520,000	$36,200	12	$0	$0	Si	$161,000
33	CC	1052405739	VILLAMIL RODRIGUEZ MARLON DAVID		X																230301	3	$130,000	$20,800	EPS017	3	$130,000	$5,200	CCF24	3	$130,000	$5,200	14-23	3	$130,000	$9,100	3	$0	$0	Si	$40,300
34	CC	79219032	VILLARRAGA NELSON ENRIQUE	X	X																230201	2	$86,667	$13,900	EPS002	2	$86,667	$3,500	CCF24	2	$86,667	$3,500	14-23	2	$86,667	$6,100	2	$0	$0	Si	$27,000
Total	**Afiliados(32)**																						$29,856,672	$4,753,400			$31,156,672	$1,222,400			$31,156,672	$1,222,400			$31,156,672	$2,127,300		$0	$0		$9,325,500

PLANILLA PAGADA

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901631535	4	OSSA ARQUITECTURA Y CONSTRUCCION SAS	A - 200 O MAS COTIZANTES	HEYNNER	CL 64 103 32	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8279831	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-12	1112933885	9478668775	E	2024/12/09	2024/12/09	BANCOLOMBIA	0	$9,325,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				31	$4,753,400	$0	$0	$4,753,400
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	4	$508,100	$0	$0	$508,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	3	$584,300	$0	$0	$584,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	17	$2,745,700	$0	$0	$2,745,700
PROTECCION	230201	800,229,739	0	7	$915,300	$0	$0	$915,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				32	$2,127,300	$0	$0	$2,127,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	32	$2,127,300	$0	$0	$2,127,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				32	$1,222,400	$0	$0	$1,222,400
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	32	$1,222,400	$0	$0	$1,222,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 6)				32	$1,222,400	$0	$0	$1,222,400
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	4	$190,700	$0	$0	$190,700
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$39,900	$0	$0	$39,900
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	10	$391,800	$0	$0	$391,800
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	2	$104,000	$0	$0	$104,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	12	$366,000	$0	$0	$366,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	3	$130,000	$0	$0	$130,000
TOTAL				**32**	**$9,325,500**	**$0**	**$0**	**$9,325,500**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79838959	ALEXANDER OSSA HERRERA	CALLE 64 103 32	6093284	alexossah@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	17/12/2024	82713809	$462.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	162.500	0		0		0	4	500	0	163.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	4	600	0	208.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	90.500				90.500	4	300	90.800			905	90.800	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	4	0	0	0
ICBF				
0	4	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	163.000
Pensión	1	208.000	208.600
Riesgos Laborales	1	90.500	90.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	461.000	462.400

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79838959	ALEXANDER OSSA HERRERA		CALLE 64 103 32	6093284	alexossah@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	17/12/2024	82713809	$462.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. extranjero	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	79838959	OSSA HERRERA ALEXANDER	57	0			N																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	5	90.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 98652314		PEREZ SALCEDO CARLOS ANDRES	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	CARLOS PERESZ	carrera 75 # 91a-97	MEDELLIN-ANTIOQUIA	3113524257	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-12	1107698113	9478633456	E	2024/12/04	2024/12/09	BANCOLOMBIA	5	$4,604,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1016592236	BARRIOS RIOS JHON ALEJANDRO		X																230201	6	$260,000	$41,600	EPS002	6	$260,000	$10,400	CCF04	6	$260,000	$10,400	14-11	6	$260,000	$18,100	6	$0	$0	Si	$80,500
2	PT	5070509	BARRIOS MATEOS ROGER SEGUNDO																		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS010	30	$1,300,000	$52,000	CCF04	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
3	CC	1007389394	BELLO RODRIGUEZ NICOLAS ANDREY																		230201	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$52,000	CCF04	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
4	CC	1066880496	CACERES JIMENEZ MARLON ENRIQUE	X	X																230301	20	$866,667	$138,700	EPS037	20	$866,667	$34,700	CCF04	20	$866,667	$34,700	14-11	20	$866,667	$60,400	20	$0	$0	Si	$268,500
5	CC	1007772125	CHACON JALK LUIS ALBERTO																		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	30	$1,300,000	$52,000	CCF04	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
6	CC	82363017	COPETE MOSQUERA JAKSON EMILSON																		25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS010	30	$1,300,000	$52,000	CCF04	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
7	CC	1143452375	FERNANDEZ PELAEZ GIAN CARLOS																		231001	30	$1,300,000	$208,000	EPS010	30	$1,300,000	$52,000	CCF04	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
8	CC	18859252	GUILLIN MONTES HERBIN DE JESUS	X																	230201	11	$476,667	$76,300	EPS002	11	$476,667	$19,100	CCF04	11	$476,667	$19,100	14-11	11	$476,667	$33,200	11	$0	$0	Si	$147,700
9	PT	2464149	HERRERA VELA CESAR JESUS																		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$52,000	CCF04	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
10	CC	1010760823	MONTENEGRO ARAQUE JHOAN SEBASTIAN	X																	230301	20	$866,667	$138,700	EPS037	20	$866,667	$34,700	CCF04	20	$866,667	$34,700	14-11	20	$866,667	$60,400	20	$0	$0	Si	$268,500
11	CC	1007052945	PAYARES GONZALEZ ANDRES FELIPE		X																230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$52,000	CCF04	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
12	CC	1003288860	PEREZ SALCEDO YEFRI JOHAN																		230201	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$52,000	CCF04	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
13	CC	1064805135	VALERO PUERTA HENDRICK JAVIER																		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$52,000	CCF04	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
14	CC	1063295552	VERGARA MONTES FREDY DE JESUS		X																230301	15	$650,000	$104,000	EPS002	15	$650,000	$26,000	CCF04	15	$650,000	$26,000	14-11	15	$650,000	$45,300	15	$0	$0	Si	$201,300
Total	**Afiliados(14)**																					$14,820,001	$2,371,300			$14,820,001	$592,900			$14,820,001	$592,900			$14,820,001	$1,031,900		$0	$0		$4,589,000

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 98652314		PEREZ SALCEDO CARLOS ANDRES	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	CARLOS PERESZ	carrera 75 # 91a-97	MEDELLIN-ANTIOQUIA	3113524257	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-12	1107698113	9478633456	E	2024/12/04	2024/12/09	BANCOLOMBIA	5	$4,604,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				14	$2,371,300	$8,000	$0	$2,379,300
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$208,000	$700	$0	$208,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$208,000	$700	$0	$208,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	8	$1,421,400	$4,800	$0	$1,426,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	4	$533,900	$1,800	$0	$535,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				14	$1,031,900	$3,500	$0	$1,035,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	14	$1,031,900	$3,500	$0	$1,035,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				14	$592,900	$2,000	$0	$594,900
COMFAMA	CCF04	890,900,841	9	14	$592,900	$2,000	$0	$594,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 4)				14	$592,900	$2,300	$0	$595,200
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	3	$156,000	$600	$0	$156,600
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	3	$121,400	$500	$0	$121,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	6	$211,500	$800	$0	$212,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	2	$104,000	$400	$0	$104,400
TOTAL				**14**	**$4,589,000**	**$15,800**	**$0**	**$4,604,800**

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900143174	1	CRISSTAL S.A.S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	CRISSTAL SAS	CR 54 N. 70C-15	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2316122	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1046406907	9477239102	Y	2024/12/17	2024/11/13	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,266,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: TARIFA RIESGO V (11 Afiliados)																							$0	$0			$0	$0			$0	$0			$18,200,000		$1,266,800		$0	$0		$1,266,800
Centro de Trabajo: RIESGO 5 (11 Afiliados)																							$0	$0			$0	$0			$0	$0			$18,200,000		$1,266,800		$0	$0		$1,266,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (11 Afiliados)																							$0	$0			$0	$0			$0	$0			$18,200,000		$1,266,800		$0	$0		$1,266,800
1	CC	1007327340	ALVAREZ JUAN																		0		$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	14-23	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	0	$0	$0	No	$90,500
2	CC	1000806477	BARRETO LEIDY																		0		$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	14-23	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	0	$0	$0	No	$90,500
3	CC	72019828	CASADIEGO ROMAN																		0		$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	14-23	30	$2,000,000	6.960%	$139,200	0	$0	$0	No	$139,200
4	CC	19453221	GUERRERO ALEJANDRO																		0		$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	14-23	30	$1,500,000	6.960%	$104,400	0	$0	$0	No	$104,400
5	CC	80212272	JULIO JOSE																		0		$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	14-23	30	$2,000,000	6.960%	$139,200	0	$0	$0	No	$139,200
6	CC	1072744987	MORENO MANUEL																		0		$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	14-23	30	$2,000,000	6.960%	$139,200	0	$0	$0	No	$139,200
7	CC	79521836	PORTILLA CARLOS																		0		$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	14-23	30	$2,000,000	6.960%	$139,200	0	$0	$0	No	$139,200
8	CC	79473319	QUINTERO JOSE																		0		$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	14-23	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	0	$0	$0	No	$90,500
9	CC	1016096284	RODRIGUEZ NICOLAS																		0		$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	14-23	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	0	$0	$0	No	$90,500
10	CC	79370477	RUIZ OSCAR																		0		$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	14-23	30	$1,500,000	6.960%	$104,400	0	$0	$0	No	$104,400
11	CC	79789594	VARGAS OSCAR																		0		$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	14-23	30	$2,000,000	6.960%	$139,200	0	$0	$0	No	$139,200
Total			**Afiliados(11)**																				$0	$0			$0	$0			$0	$0			$18,200,000		$1,266,800		$0	$0		$1,266,800

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900143174	1	CRISSTAL S.A.S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	CRISSTAL SAS	CR 54 N. 70C-15	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2316122	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1046406907	9477239102	Y	2024/12/17	2024/11/13	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,266,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				11	$1,266,800	$0	$0	$1,266,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	11	$1,266,800	$0	$0	$1,266,800
TOTAL				**11**	**$1,266,800**	**$0**	**$0**	**$1,266,800**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79521836		PORTILLA CARLOS ERNESTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 26A N. 2C-09	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2316122	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1106340249	9477741693	I	2024/12/10	2024/12/06	BANCO DAVIVIENDA	0	$570,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	79521836	PORTILLA CARLOS																		25-14	30	$2,000,000	$320,000	EPS017	30	$2,000,000	$250,000		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0	No	$570,000
Total	**Afiliados(1)**																						$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0		$570,000

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79521836		PORTILLA CARLOS ERNESTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 26A N. 2C-09	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2316122	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1106340249	9477741693	I	2024/12/10	2024/12/06	BANCO DAVIVIENDA	0	$570,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$320,000	$0	$0	$320,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$320,000	$0	$0	$320,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$250,000	$0	$0	$250,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$250,000	$0	$0	$250,000
TOTAL				**1**	**$570,000**	**$0**	**$0**	**$570,000**

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79789594		VARGAS SALAMANCA OSCAR LEONARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 54 70C 15	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2316122	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1106363504	9478322012	I	2024/12/23	2024/12/06	BANCO DAVIVIENDA	0	$570,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	79789594	VARGAS OSCAR																		230201	30	$2,000,000	$320,000	EPS017	30	$2,000,000	$250,000		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0	No	$570,000
Total	**Afiliados(1)**																						$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0		$570,000

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79789594		VARGAS SALAMANCA OSCAR LEONARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 54 70C 15	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2316122	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1106363504	9478322012	I	2024/12/23	2024/12/06	BANCO DAVIVIENDA	0	$570,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$320,000	$0	$0	$320,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$320,000	$0	$0	$320,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$250,000	$0	$0	$250,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$250,000	$0	$0	$250,000
TOTAL				1	$570,000	$0	$0	$570,000

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900143174	1	CRISSTAL S.A.S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	CRISSTAL SAS	CR 54 N. 70C-15	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2316122	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1113056647	9478692564	Y	2025/01/20	2024/12/09	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,092,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: TARIFA RIESGO V (11 Afiliados)																						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$15,686,668		$1,092,000		$0	$0		$1,092,000
Centro de Trabajo: RIESGO 5 (11 Afiliados)																						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$15,686,668		$1,092,000		$0	$0		$1,092,000
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (11 Afiliados)																						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$15,686,668		$1,092,000		$0	$0		$1,092,000
1	CC	1007327340	ALVAREZ JUAN		X																0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-23	1	$43,334	6.960%	$3,100	0	$0	$0	No	$3,100
2	CC	1000806477	BARRETO LEIDY																		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-23	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	0	$0	$0	No	$90,500
3	CC	72019828	CASADIEGO ROMAN																		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-23	30	$2,000,000	6.960%	$139,200	0	$0	$0	No	$139,200
4	CC	19453221	GUERRERO ALEJANDRO																		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-23	30	$1,500,000	6.960%	$104,400	0	$0	$0	No	$104,400
5	CC	80212272	JULIO JOSE																		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-23	30	$2,000,000	6.960%	$139,200	0	$0	$0	No	$139,200
6	CC	1072744987	MORENO MANUEL																		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-23	30	$2,000,000	6.960%	$139,200	0	$0	$0	No	$139,200
7	CC	79521836	PORTILLA CARLOS																		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-23	30	$2,000,000	6.960%	$139,200	0	$0	$0	No	$139,200
8	CC	79473319	QUINTERO JOSE																		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-23	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	0	$0	$0	No	$90,500
9	CC	1016096284	RODRIGUEZ NICOLAS		X																0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-23	1	$43,334	6.960%	$3,100	0	$0	$0	No	$3,100
10	CC	79370477	RUIZ OSCAR																		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-23	30	$1,500,000	6.960%	$104,400	0	$0	$0	No	$104,400
11	CC	79789594	VARGAS OSCAR																		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-23	30	$2,000,000	6.960%	$139,200	0	$0	$0	No	$139,200
Total			**Afiliados(11)**																			$0	$0			$0	$0			$0	$0			$15,686,668		$1,092,000		$0	$0		$1,092,000

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900143174	1	CRISSTAL S.A.S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	CRISSTAL SAS	CR 54 N. 70C-15	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2316122	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1113056647	9478692564	Y	2025/01/20	2024/12/09	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,092,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				11	$1,092,000	$0	$0	$1,092,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	11	$1,092,000	$0	$0	$1,092,000
TOTAL				**11**	**$1,092,000**	**$0**	**$0**	**$1,092,000**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-12-05, 02:11:44 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1068617295

Periodo Cotización: noviembre de 2024 **Periodo Servicio:** noviembre de 2024

PAGADO 05/12/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JOSE ANIBAL QUINTERO MONROY		
Documento	CC79473319	**Dirección**	DG 77B #116 B - 42
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3005717848
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 79473319	JOSE ANIBAL QUINTERO MONROY	03	00																	0	30	30	0	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 2.000.000	$ 320.000	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 2.000.000	$ 250.000	0,000	$ 0	$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 570.000

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 2.000.000	$ 2.000.000	$ 0	$ 0	$ 320.000	$ 250.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 570.000	$ 0	$ 570.000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

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

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 830505753	7	LEMUR DISEÑO SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	ADMINISTRACION	CR 73 163 64 INT 1 CASA 7	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6208885	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-12	1138668488	9478738300	E	2024/12/12	2024/12/19	BANCOLOMBIA	7	$2,226,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: OBRA (2 Afiliados)																							$7,250,000	$1,154,000			$7,250,000	$284,000			$7,250,000	$284,000			$7,250,000		$494,200		$0	$0		$2,216,200
Centro de Trabajo: OBRA (2 Afiliados)																							$7,250,000	$1,154,000			$7,250,000	$284,000			$7,250,000	$284,000			$7,250,000		$494,200		$0	$0		$2,216,200
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados)																							$7,250,000	$1,154,000			$7,250,000	$284,000			$7,250,000	$284,000			$7,250,000		$494,200		$0	$0		$2,216,200
1	CC	79746881	LEON JUAN																		230301	30	$5,000,000	$800,000	EPS005	30	$5,000,000	$200,000	CCF21	30	$5,000,000	$200,000	14-7	30	$5,000,000	6.960%	$348,000	30	$0	$0	Si	$1,548,000
2	CC	13563241	LOPEZ ALEXANDER										X								230201	2	$150,000	$18,000	EPS017	2	$150,000	$0	CCF21	2	$150,000	$0	14-7	2	$150,000	0.000%	$0	2	$0	$0	Si	$18,000
3	CC	13563241	LOPEZ ALEXANDER																		230201	28	$2,100,000	$336,000	EPS017	28	$2,100,000	$84,000	CCF21	28	$2,100,000	$84,000	14-7	28	$2,100,000	6.960%	$146,200	28	$0	$0	Si	$650,200
Total			**Afiliados(2)**																				$7,250,000	$1,154,000			$7,250,000	$284,000			$7,250,000	$284,000			$7,250,000		$494,200		$0	$0		$2,216,200

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 830505753	7	LEMUR DISEÑO SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	ADMINISTRACION	CR 73 163 64 INT 1 CASA 7	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6208885	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-12	1138668488	9478738300	E	2024/12/12	2024/12/19	BANCOLOMBIA	7	$2,226,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				2	$1,154,000	$5,500	$0	$1,159,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$800,000	$3,800	$0	$803,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$354,000	$1,700	$0	$355,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$494,200	$2,400	$0	$496,600
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	2	$494,200	$2,400	$0	$496,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$284,000	$1,400	$0	$285,400
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	2	$284,000	$1,400	$0	$285,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				2	$284,000	$1,400	$0	$285,400
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$84,000	$400	$0	$84,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$200,000	$1,000	$0	$201,000
TOTAL				**2**	**$2,216,200**	**$10,700**	**$0**	**$2,226,900**

Certificado de Aportes

Se certifica que EUROLIFT SAS identificado(a) con NI 900013681 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para GABRIEL DAVID PEÑA BETANCOURT identificado(a) con CC 1073629571

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	
9478942922	1130438035	E	2024-12-16	EPS	EPS017	FAMISANAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	30																	4%	$68,000
9478942922	1130438035	E	2024-12-16	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	30																	16%	$272,000
9478942922	1130438035	E	2024-12-16	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2024-11	30																		$0
9478942922	1130438035	E	2024-12-16	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2024-11	30																		$0
9478942922	1130438035	E	2024-12-16	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2024-11	30																	0%	$0
9478942922	1130438035	E	2024-12-16	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2024-11	30																	0%	$0
9478942922	1130438035	E	2024-12-16	ARL	14-4	COLPATRIA ARP	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	30																	6.96%	$118,400
9478942922	1130438035	E	2024-12-16	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	30																	4%	$68,000

Este certificado se expide el día 2024-12-16 a las 01:09.

Certificado de Aportes

Se certifica que EUROLIFT SAS identificado(a) con NI 900013681 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para LUIS FRANCISCO CORREA AMAYA identificado(a) con CC 80765293

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	
9478942922	1130438035	E	2024-12-16	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	30																	4%	$121,500
9478942922	1130438035	E	2024-12-16	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	30																	16%	$486,000
9478942922	1130438035	E	2024-12-16	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2024-11	30																		$0
9478942922	1130438035	E	2024-12-16	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2024-11	30																		$0
9478942922	1130438035	E	2024-12-16	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2024-11	30																	0%	$0
9478942922	1130438035	E	2024-12-16	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2024-11	30																	0%	$0
9478942922	1130438035	E	2024-12-16	ARL	14-4	COLPATRIA ARP	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	30																	6.96%	$211,400
9478942922	1130438035	E	2024-12-16	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	30																	4%	$121,500

Este certificado se expide el día 2024-12-16 a las 01:07.

Certificado de Aportes

Se certifica que EUROLIFT SAS identificado(a) con NI 900013681 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para DANUIL STEVEN BARBOSA CASTILLO identificado(a) con CC 1005037286

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	
9478942922	1130438035	E	2024-12-16	EPS	EPS017	FAMISANAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	30									X									4%	$55,500
9478942922	1130438035	E	2024-12-16	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	30									X									16%	$221,900
9478942922	1130438035	E	2024-12-16	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2024-11	30									X										$0
9478942922	1130438035	E	2024-12-16	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2024-11	30									X										$0
9478942922	1130438035	E	2024-12-16	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2024-11	30									X									0%	$0
9478942922	1130438035	E	2024-12-16	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2024-11	30									X									0%	$0
9478942922	1130438035	E	2024-12-16	ARL	14-4	COLPATRIA ARP	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	30									X									6.96%	$96,600
9478942922	1130438035	E	2024-12-16	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	30									X									4%	$55,500

Este certificado se expide el día 2024-12-16 a las 01:07.

Certificado de Aportes

Se certifica que EUROLIFT SAS identificado(a) con NI 900013681 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para YEISON ANDRES BEJARANO identificado(a) con CC 1013599565

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	
9478942922	1130438035	E	2024-12-16	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	30																	4%	$81,400
9478942922	1130438035	E	2024-12-16	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	30																	16%	$325,600
9478942922	1130438035	E	2024-12-16	AFP	25-14	COLPENSIONES	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2024-11	30																		$0
9478942922	1130438035	E	2024-12-16	AFP	25-14	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2024-11	30																		$0
9478942922	1130438035	E	2024-12-16	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2024-11	30																	0%	$0
9478942922	1130438035	E	2024-12-16	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2024-11	30																	0%	$0
9478942922	1130438035	E	2024-12-16	ARL	14-4	COLPATRIA ARP	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	30																	6.96%	$141,700
9478942922	1130438035	E	2024-12-16	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	30																	4%	$81,400

Este certificado se expide el día 2024-12-16 a las 01:07.

Certificado de Aportes

Se certifica que EUROLIFT SAS identificado(a) con NI 900013681 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para JHON JAIRO RINCON NOPE identificado(a) con CC 1024547808

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	
9478942922	1130438035	E	2024-12-16	EPS	EPS017	FAMISANAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	30									X									4%	$79,900
9478942922	1130438035	E	2024-12-16	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	30									X									16%	$319,400
9478942922	1130438035	E	2024-12-16	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2024-11	30									X										$0
9478942922	1130438035	E	2024-12-16	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2024-11	30									X										$0
9478942922	1130438035	E	2024-12-16	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2024-11	30									X									0%	$0
9478942922	1130438035	E	2024-12-16	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2024-11	30									X									0%	$0
9478942922	1130438035	E	2024-12-16	ARL	14-4	COLPATRIA ARP	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	30									X									6.96%	$139,000
9478942922	1130438035	E	2024-12-16	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	30									X									4%	$79,900

Este certificado se expide el día 2024-12-16 a las 01:09.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **FIBROTANK SAS**, identificada con **NI** número **900174857**, aportó por **GUILLERMO ALBERTO GALARZA RODRIGUEZ**, identificado(a) con **CC** número **79965284** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **E** número **82578217** para el periodo de salud **2024-12** y pensiones **2024-11** de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE	COTIZANTE	SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	COTIZACIÓN Y/O APORTE	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN
14-11	ARL SURA	1	0															0		30	$2.200.000	$153.200	Noviembre - 2024	82578217	12/12/2024	S
CCF21	Cafam Caja de Compensacion Fliar	1	0															0		30	$2.200.000	$88.000	Noviembre - 2024	82578217	12/12/2024	S
EPS008	Compensar EPS	1	0															0		30	$2.200.000	$88.000	Diciembre - 2024	82578217	12/12/2024	S
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	1	0															0		30	$2.200.000	$352.000	Noviembre - 2024	82578217	12/12/2024	S

PAGADA

El presente certificado se expide a los 17 días del mes Diciembre de 2024

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **FIBROTANK SAS**, identificada con **NI** número **900174857**, aportó por **JONATAN DAVID BARRAZA PUELLO**, identificado(a) con **CC** número **1068390522** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **E** número **82578217** para el periodo de salud **2024-12** y pensiones **2024-11** de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE	COTIZANTE	SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	COTIZACIÓN Y/O APORTE	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN
14-11	ARL SURA	1	0								X							0		26	$1.169.060	$81.400	Noviembre - 2024	82578217	12/12/2024	S
14-11	ARL SURA	1	0										X					0		2	$86.667	$0	Noviembre - 2024	82578217	12/12/2024	S
14-11	ARL SURA	1	0															2		2	$86.667	$0	Noviembre - 2024	82578217	12/12/2024	S
CCF21	Cafam Caja de Compensacion Fliar	1	0								X							0		26	$1.169.060	$46.800	Noviembre - 2024	82578217	12/12/2024	S
CCF21	Cafam Caja de Compensacion Fliar	1	0										X					0		2	$86.667	$0	Noviembre - 2024	82578217	12/12/2024	S
CCF21	Cafam Caja de Compensacion Fliar	1	0															2		2	$86.667	$0	Noviembre - 2024	82578217	12/12/2024	S
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1	0								X							0		26	$1.169.060	$46.800	Diciembre - 2024	82578217	12/12/2024	S
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1	0										X					0		2	$86.667	$3.500	Diciembre - 2024	82578217	12/12/2024	S
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1	0															2		2	$86.667	$3.500	Diciembre - 2024	82578217	12/12/2024	S
230301	Porvenir	1	0								X							0		26	$1.169.060	$187.100	Noviembre - 2024	82578217	12/12/2024	S
230301	Porvenir	1	0										X					0		2	$86.667	$13.900	Noviembre - 2024	82578217	12/12/2024	S
230301	Porvenir	1	0															2		2	$86.667	$13.900	Noviembre - 2024	82578217	12/12/2024	S

El presente certificado se expide a los 17 días del mes Diciembre de 2024

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **FIBROTANK SAS**, identificada con **NI** número **900174857**, aportó por **JUAN CAMILO RODRIGUEZ GUTIERREZ**, identificado(a) con **CC** número **1073630109** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **E** número **82578217** para el periodo de salud **2024-12** y pensiones **2024-11** de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE	COTIZANTE	SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	COTIZACIÓN Y/O APORTE	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN
14-11	ARL SURA	1	0								X							0		30	$2.211.957	$154.000	Noviembre - 2024	82578217	12/12/2024	S
CCF21	Cafam Caja de Compensacion Fliar	1	0								X							0		30	$2.211.957	$88.500	Noviembre - 2024	82578217	12/12/2024	S
EPS037	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	1	0								X							0		30	$2.211.957	$88.500	Diciembre - 2024	82578217	12/12/2024	S
230301	Porvenir	1	0								X							0		30	$2.211.957	$354.000	Noviembre - 2024	82578217	12/12/2024	S

PAGADA

El presente certificado se expide a los 17 días del mes Diciembre de 2024

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

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-11-06, 09:48:11 a. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 74186439

Periodo Cotización 202411 **Periodo Servicio** 202411

PAGADA 2024-11-06 09:45:46.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	BRIÑEZ VALDERRAMA FAIBER ALEXANDER				
Documento	CC 1109844316	**Dirección**	CL 25 #30 - 79		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	7001010		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1109844316		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	57	00					BRIÑEZ VALDERRAMA FAIBER ALEXANDER	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																								Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF					Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0			$ 1.300.000	230301		16 %	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	EPS002		12,5 %	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	14-23	5	6.96 %	$ 1.300.000	$ 90.500	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	SALUD TOTAL EPS	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 90.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 461.000

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-11-07, 08:59:14 a. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1067877055

Periodo Cotización 202411 **Periodo Servicio** 202411

PAGADA 2024-11-07 08:56:28.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JHON DARWIN RODRIGUEZ				
Documento	CC 1073687008	**Dirección**	AV. CARRERA 4 #4 - 4		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	14141		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1073687008		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	57	00					RODRIGUEZ ORTIZ JHON DARWIN	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																								Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF							Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0			$ 1.300.000	231001		16 %	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	EPS002		12,5 %	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	14-23	5	6.96 %	$ 1.300.500	$ 90.500	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLFONDOS	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	SALUD TOTAL EPS	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 90.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 461.000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Certificado de Aportes

Se certifica que COMPAÑIA DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA PRIVADA SIMON BOLIVAR LTDA. identificado(a) con NI 830072874 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para YOMAR ANTONIO DIAZ ELJACHE identificado(a) con CC 1001401275

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9478752541	1118991868	E	2024-12-11	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	27									X									$1,517,413	4%	$60,700
9478752541	1118991868	E	2024-12-11	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	1										X								$43,334	0%	$0
9478752541	1118991868	E	2024-12-11	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	2										X								$86,667	0%	$0
9478752541	1118991868	E	2024-12-11	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	27									X									$1,517,413	16%	$242,800
9478752541	1118991868	E	2024-12-11	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	1										X								$43,334	16%	$7,000
9478752541	1118991868	E	2024-12-11	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	2										X								$86,667	16%	$13,900
9478752541	1118991868	E	2024-12-11	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2024-11	27									X									$1,517,413		$0
9478752541	1118991868	E	2024-12-11	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2024-11	1										X								$43,334		$0
9478752541	1118991868	E	2024-12-11	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2024-11	2										X								$86,667		$0
9478752541	1118991868	E	2024-12-11	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2024-11	27									X									$1,517,413		$0
9478752541	1118991868	E	2024-12-11	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2024-11	1										X								$43,334		$0
9478752541	1118991868	E	2024-12-11	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2024-11	2										X								$86,667		$0
9478752541	1118991868	E	2024-12-11	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2024-11	27									X									$0	0%	$0
9478752541	1118991868	E	2024-12-11	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2024-11	1										X								$0	0%	$0
9478752541	1118991868	E	2024-12-11	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2024-11	2										X								$0	0%	$0
9478752541	1118991868	E	2024-12-11	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2024-11	27									X									$0	0%	$0
9478752541	1118991868	E	2024-12-11	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2024-11	1										X								$0	0%	$0
9478752541	1118991868	E	2024-12-11	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2024-11	2										X								$0	0%	$0
9478752541	1118991868	E	2024-12-11	ARL	14-29	LA EQUIDAD SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	27									X									$1,517,413	4.35%	$66,100
9478752541	1118991868	E	2024-12-11	ARL	14-29	LA EQUIDAD SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	1										X								$43,334	0%	$0

Certificado de Aportes

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9478752541	1118991868	E	2024-12-11	ARL	14-29	LA EQUIDAD SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	2										X								$86,667	0%	$0
9478752541	1118991868	E	2024-12-11	CCF	CCF21	CAFAM	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	27									X									$1,517,413	4%	$60,700
9478752541	1118991868	E	2024-12-11	CCF	CCF21	CAFAM	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	1										X								$43,334	0%	$0
9478752541	1118991868	E	2024-12-11	CCF	CCF21	CAFAM	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	2										X								$86,667	0%	$0

Este certificado se expide el día 2024-12-16 a las 08:57.

Certificado de Aportes

Se certifica que ISAAC DAVID TERAN BORRERO identificado(a) con CC 1045679380 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: COMPAÑIA DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA PRIVADA SIMON BOLIVAR LTDA. NI 830072874

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9478763049	1119010773	E	2024-12-11	EPS	EPS037	NUEVA E.P.S.	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	30									X									$1,647,413	4%	$65,900
9478763049	1119010773	E	2024-12-11	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	30									X									$1,647,413	16%	$263,600
9478763049	1119010773	E	2024-12-11	ARL	14-29	LA EQUIDAD SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	30									X									$1,647,413	4.35%	$71,700
9478763049	1119010773	E	2024-12-11	CCF	CCF21	CAFAM	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	30									X									$1,647,413	4%	$65,900
9477437921	1064737795	E	2024-11-20	EPS	EPS037	NUEVA E.P.S.	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	30									X									$1,647,413	4%	$65,900
9477437921	1064737795	E	2024-11-20	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-10	30									X									$1,647,413	16%	$263,600
9477437921	1064737795	E	2024-11-20	ARL	14-29	LA EQUIDAD SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-10	30									X									$1,647,413	4.35%	$71,700
9477437921	1064737795	E	2024-11-20	CCF	CCF21	CAFAM	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-10	30									X									$1,647,413	4%	$65,900

Este certificado se expide el día 2024-12-16 a las 14:12.

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-12-24, 03:04:55 PM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 75180205

Periodo Cotización: noviembre de 2024 **Periodo Servicio:** diciembre de 2024

PAGADO 24/12/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JUAN CARLOS SOLER		
Documento	CC80814498	**Dirección**	CR 122D #129 B - 11
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	6013481197
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	7	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1015440981	JUAN CAMILO MARENTES SUAREZ	01	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.300.000	$ 52.000	6,960	$ 1.300.000	$ 90.500	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.500
CC 1022988545	CARLOS EDUARDO PINEDA ZUICA	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS010) EPS SURA	$ 1.300.000	$ 52.000	6,960	$ 1.300.000	$ 90.500	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.500
CC 1069754729	MARIA ANGELICA BEJARANO MONTOYA	01	00	X																0	9	9	9	9	(230301) PORVENIR	$ 390.000	$ 62.400	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 390.000	$ 15.600	6,960	$ 390.000	$ 27.200	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 390.000	$ 15.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 120.800
CC 79820954	FERNEY PINEDA SAAVEDRA	01	00																	0	30	30	30	30	(231001) COLFONDOS	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.300.000	$ 52.000	6,960	$ 1.300.000	$ 90.500	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.500
CC 79828796	ILBAR JAVIER VELASQUEZ BELTRAN	01	00		X															0	2	2	2	2	(230201) PROTECCION	$ 86.667	$ 13.900	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 86.667	$ 3.500	6,960	$ 86.667	$ 6.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 86.667	$ 3.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 27.000
PT 1720693	AMILCAR JOSE MICHE CORTABARRIA	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.300.000	$ 52.000	6,960	$ 1.300.000	$ 90.500	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.500
PT 5494080	SERGIO RAFAEL SARMIENTO MARTINEZ	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.300.000	$ 52.000	6,960	$ 1.300.000	$ 90.500	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.500

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 6.976.667	$ 6.976.667	$ 6.976.667	$ 6.976.667	$ 1.116.300	$ 279.100	$ 485.800	$ 279.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.160.300	$ 1.900	$ 2.162.200

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

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

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 830109368	6	ALDABA SEGURIDAD PRIVADA LTDA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PILA 22	CARRERA 21 A 159 15	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8131137	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-12	1192626009	9480280526	E	2024/12/16	2025/01/14	BANCO AV VILLAS	29	$1,423,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1005824808	ALVAREZ DAVID																		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS008	30	$1,300,000	$52,000	CCF22	30	$1,300,000	$52,000	14-4	30	$1,300,000	$56,600	30	$0	$0	Si	$368,600
2	CC	4050605	BELTRAN JORGE																			0	$0	$0	EPS002	30	$1,300,000	$52,000	CCF22	30	$1,300,000	$52,000	14-4	30	$1,300,000	$56,600	30	$0	$0	Si	$160,600
3	PT	6653515	CAMARGO JOSE																		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$52,000	CCF22	30	$1,300,000	$52,000	14-4	30	$1,300,000	$56,600	30	$0	$0	Si	$368,600
4	CC	1003505380	RIAÑO CARLOS		X															X	230301	8	$346,667	$55,500	EPS017	8	$346,667	$13,900	CCF22	8	$1,139,306	$45,600	14-4	8	$346,667	$15,100	8	$0	$0	Si	$130,100
5	CC	80200201	RODRIGUEZ JOHN																		231001	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$52,000	CCF22	30	$1,300,000	$52,000	14-4	30	$1,300,000	$56,600	30	$0	$0	Si	$368,600
Total	**Afiliados(5)**																						$4,246,667	$679,500			$5,546,667	$221,900			$6,339,306	$253,600			$5,546,667	$241,500		$0	$0		$1,396,500

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 830109368	6	ALDABA SEGURIDAD PRIVADA LTDA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PILA 22	CARRERA 21 A 159 15	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8131137	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-12	1192626009	9480280526	E	2024/12/16	2025/01/14	BANCO AV VILLAS	29	$1,423,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				4	$679,500	$12,900	$0	$692,400
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$208,000	$4,000	$0	$212,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	3	$471,500	$8,900	$0	$480,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				5	$241,500	$4,600	$0	$246,100
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	5	$241,500	$4,600	$0	$246,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				5	$253,600	$4,800	$0	$258,400
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	5	$253,600	$4,800	$0	$258,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 3)				5	$221,900	$4,300	$0	$226,200
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$52,000	$1,000	$0	$53,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	2	$65,900	$1,300	$0	$67,200
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	2	$104,000	$2,000	$0	$106,000
TOTAL				**5**	**$1,396,500**	**$26,600**	**$0**	**$1,423,100**

EBISU

CONSTRUIMOS EQUIDAD, BIENESTAR Y SUEÑOS

NIT 807.008.957-7

DOCUMENTOS DE EGRESO DEL PERSONAL

Nit: 98652314-1

Bogotá, D.C 19 de 10 del 2024

Señores:
CARLOS ANDRES PEREZ SALCEDO (CAP)
Ciudad.

Asunto: **PAZ Y SALVO**

Respetados Señores.

Por medio de la presente yo Andrés Otalora, identificado con cédula de ciudadanía número 1032501658 de Bogota, certifico que la empresa **CARLOS ANDRES PEREZ SALCEDO (CAP)**, representada por el señor Carlos Andrés Perez Salcedo, con cc 98´652.314, está a PAZ Y SALVO por concepto de obligaciones contractuales, pago de honorarios y de riesgos laborales, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y Artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.
Así mismo, certifico que realicé oportunamente los aportes al sistema general de seguridad social (EPS., ARL AFP) a las entidades que reporté estar vinculada y presenté los respectivos soportes a la Empresa.

El presente PAZ y SALVO se firma en Bogota a los 19 días del mes octubre del año 2024.

Firma: Andrés Otalora
Nombre: Andrés Otalora
Cargo: Ayudante
C. C. 1032501658

CamScanner

ESTRUCTURAS OBRAS CIVILES & ASESORIAS

CAP

Nit: 98652314-1

Bogotá, D.C 7 de 12 del 2024

Señores:
ESTRUCTURAS, OBRAS CIVILES Y ASESORIAS (CAP)
Ciudad.

Asunto: **PAZ Y SALVO**

Respetados Señores.

Por medio de la presente yo Andres Gonzalez, identificado con cédula de ciudadanía número 1007052945 Santa Barbara certifico que la empresa **ESTRUCTURAS, OBRAS CIVILES Y ASESORIAS (CAP),** representada por el señor Carlos Andrés Perez Salcedo, con cc 98´652.314, está a PAZ Y SALVO por concepto de obligaciones contractuales, pago de honorarios y de riesgos laborales, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y Artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.
Así mismo, certifico que realicé oportunamente los aportes al sistema general de seguridad social (EPS y AFP) a las entidades que reporté estar vinculada y presenté los respectivos soportes a la Empresa.

El presente PAZ y SALVO se firma en Bogota a los 7 días del mes Diciembre del año 2024.

Firma: Andres
Nombre: ANDRES FELIPE
Cargo:
C. C. 1007052945

CamScanner

Nit: 98652314-1

Bogotá, D.C 23 de 12 del 2024

Señores:
ESTRUCTURAS, OBRAS CIVILES Y ASESORIAS (CAP)
Ciudad.

Asunto: PAZ Y SALVO

Respetados Señores.

Por medio de la presente yo marlon caceres p.merez, identificado con cédula de ciudadanía número 1066880496 de yopal, certifico que la empresa **ESTRUCTURAS, OBRAS CIVILES Y ASESORIAS (CAP),** representada por el señor Carlos Andrés Perez Salcedo, con cc 98´652.314, está a PAZ Y SALVO por concepto de obligaciones contractuales, pago de honorarios y de riesgos laborales, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y Artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.
Así mismo, certifico que realicé oportunamente los aportes al sistema general de seguridad social (EPS y AFP) a las entidades que reporté estar vinculada y presenté los respectivos soportes a la Empresa.

El presente PAZ y SALVO se firma en Bogotá a los 23 días del mes diciembre del año 2024.

Firma: marlon cace
Nombre: marlon caceres
Cargo: Aprendiz
C. C. 1066880496

Escaneado con CamScanner

[redacted]

Nit: 98652314-1

Bogotá, D.C 20 de 11 del 2024

Señores:
CARLOS ANDRES PEREZ SALCEDO (CAP)
Ciudad.

Asunto: **PAZ Y SALVO**

Respetados Señores.

Por medio de la presente yo Freda Vergara Montes, identificado con cédula de ciudadanía número 1063295552 de Cordoba, certifico que la empresa **CARLOS ANDRES PEREZ SALCEDO (CAP)**, representada por el señor Carlos Andrés Perez Salcedo, con cc 98'652.314, está a PAZ Y SALVO por concepto de obligaciones contractuales, pago de honorarios y de riesgos laborales, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y Artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.
Así mismo, certifico que realicé oportunamente los aportes al sistema general de seguridad social (EPS., ARL AFP) a las entidades que reporté estar vinculada y presenté los respectivos soportes a la Empresa.

El presente PAZ y SALVO se firma en Bogota a los 20 días del mes Noviembre del año 2024.

Firma: Freda V.
Nombre: Freda Vergara
Cargo: Oficial
C. C. 1063295552

CamScanner

ESTRUCTURAS OBRAS CIVILES & ASESORIAS
CAP
Nit: 98652314-1

Bogotá, D.C 7 de 12 del 2024

Señores:
ESTRUCTURAS, OBRAS CIVILES Y ASESORIAS (CAP)
Ciudad.

Asunto: **PAZ Y SALVO**

Respetados Señores.

Por medio de la presente yo Jhon Alejandro Ballos L., identificado con cédula de ciudadanía número 1016592236 de Bogota, certifico que la empresa **ESTRUCTURAS, OBRAS CIVILES Y ASESORIAS (CAP),** representada por el señor Carlos Andrés Perez Salcedo, con cc 98´652.314, está a PAZ Y SALVO por concepto de obligaciones contractuales, pago de honorarios y de riesgos laborales, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y Artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.
Así mismo, certifico que realicé oportunamente los aportes al sistema general de seguridad social (EPS y AFP) a las entidades que reporté estar vinculada y presenté los respectivos soportes a la Empresa.

El presente PAZ y SALVO se firma en Bogota (Diciembre) a los 7 días del mes Diciembre del año 2024.

Firma:
Nombre: Jhon Alejandro Ballos Ros
Cargo: Arrendatario
C. C. 1016592236.

CamScanner

Nit: 98652314-1

Bogotá, D.C 7 de 12 del 2024

Señores:
CARLOS ANDRES PEREZ SALCEDO (CAP)
Ciudad.

Asunto: **PAZ Y SALVO**

Respetados Señores.

Por medio de la presente yo Jose Waldo Brandon Espitia, identificado con cédula de ciudadanía número 1022407437 de Bogota, certifico que la empresa **CARLOS ANDRES PEREZ SALCEDO (CAP)**, representada por el señor Carlos Andrés Perez Salcedo, con cc 98'652.314, está a PAZ Y SALVO por concepto de obligaciones contractuales, pago de honorarios y de riesgos laborales, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y Artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.
Así mismo, certifico que realicé oportunamente los aportes al sistema general de seguridad social (EPS., ARL AFP) a las entidades que reporté estar vinculada y presenté los respectivos soportes a la Empresa.

El presente PAZ y SALVO se firma en Bogotá a los 7 días del mes Diciembre del año 2024.

Firma: Waldo Brandon
Nombre: Waldo
Cargo: Soldador
C. C. 1022407437

CamScanner

CERTIFICACIÓN DE PAZ Y SALVO

Yo **FRANK ALEJANDRO AREVALO FORERO** identificado con CC. No. **1001045259**, certifico que **EBISU S.A.S. EMPRESA DE SERVICIOS Y SUMINISTROS** identificada con Nit**. 807.008.957-7**, se encuentra a PAZ Y SALVO por todo concepto laboral, en referencia al contrato a término fijo que se suscribió para el proyecto de objeto: "**CONSTRUCCIÓN DE INFRAESTRUCTURA EDUCATIVA – COLEGIO BOITÁ EN LA LOCALIDAD DE KENNEDY DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ EN EL MARCO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. 221013**" contrato que se finalizó el 21 de Diciembre del 2024.

El presente certificado se expide por solicitud del interesado a los veintitrés (23) días del mes de Diciembre del año 2024.

Cordialmente.



FRANK ALEJANDRO AREVALO FORERO
CC. No. 1001045259

CERTIFICACIÓN DE PAZ Y SALVO

Yo **MARTINEZ PAEZ DARWIN** identificado con CC. No. 1026585125, certifico que **EBISU S.A.S. EMPRESA DE SERVICIOS Y SUMINISTROS** identificada con Nit. **807.008.957-7**, se encuentra a PAZ Y SALVO por todo concepto laboral, en referencia al contrato a término fijo que se suscribió para el proyecto de objeto: "**CONSTRUCCIÓN DE INFRAESTRUCTURA EDUCATIVA – COLEGIO BOITÁ EN LA LOCALIDAD DE KENNEDY DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ EN EL MARCO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. 221013**" contrato que se finalizó el 26 de Diciembre del 2024.

El presente certificado se expide por solicitud del interesado a los treinta (30) días del mes de Diciembre del año 2024.

Cordialmente.

DARWIN MARTINEZ

MARTINEZ PAEZ DARWIN
CC. No. 1026585125

CERTIFICACIÓN DE PAZ Y SALVO

Yo **ENDERSON ENRIQUE DE LA HOZ MORALES** identificado con CC. No. **1102896714**, certifico que **EBISU S.A.S. EMPRESA DE SERVICIOS Y SUMINISTROS** identificada con Nit. **807.008.957-7**, se encuentra a PAZ Y SALVO por todo concepto laboral, en referencia al contrato a término fijo que se suscribió para el proyecto de objeto: "**CONSTRUCCIÓN DE INFRAESTRUCTURA EDUCATIVA – COLEGIO BOITÁ EN LA LOCALIDAD DE KENNEDY DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ EN EL MARCO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. 221013**" contrato que se finalizó el 11 de Diciembre del 2024.

El presente certificado se expide por solicitud del interesado a los doce (12) días del mes de Diciembre del año 2024.

Cordialmente.

Enderson

ENDERSON ENRIQUE DE LA HOZ MORALES
CC. No. 1102896714

CERTIFICACIÓN DE PAZ Y SALVO

Yo **FRANEISON RODRIGUEZ CAMARGO** identificado con CC. No. **1216968625,** certifico que **EBISU S.A.S. EMPRESA DE SERVICIOS Y SUMINISTROS** identificada con Nit**. 807.008.957-7**, se encuentra a PAZ Y SALVO por todo concepto laboral, en referencia al contrato a término fijo que se suscribió para el proyecto de objeto: "**CONSTRUCCIÓN DE INFRAESTRUCTURA EDUCATIVA – COLEGIO BOITÁ EN LA LOCALIDAD DE KENNEDY DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ EN EL MARCO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. 221013**" contrato que se finalizó el 12 de Diciembre del 2024.

El presente certificado se expide por solicitud del interesado a los trece (13) días del mes de Diciembre del año 2024.

Cordialmente.

Franeison Rodriguez C.

FRANEISON RODRIGUEZ CAMARGO
CC. No. 1216968625

CERTIFICACIÓN DE PAZ Y SALVO

Yo **GREDIS DE JESUS AGUAS NARVAEZ** identificado con CC. No. **92551355**, certifico que **EBISU S.A.S. EMPRESA DE SERVICIOS Y SUMINISTROS** identificada con Nit. **807.008.957-7**, se encuentra a PAZ Y SALVO por todo concepto laboral, en referencia al contrato a término fijo que se suscribió para el proyecto de objeto: "**CONSTRUCCIÓN DE INFRAESTRUCTURA EDUCATIVA – COLEGIO BOITÁ EN LA LOCALIDAD DE KENNEDY DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ EN EL MARCO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. 221013**" contrato que se finalizó el 28 de Diciembre del 2024.

El presente certificado se expide por solicitud del interesado a los treinta (30) días del mes de Diciembre del año 2024.

Cordialmente.

GREDIS DE JESUS AGUAS NARVAEZ
CC. No. 92551355

CERTIFICACIÓN DE PAZ Y SALVO

Yo **HERNAN RODRIGO YANGUATIN CRUZ** identificado con CC. No. **87572106**, certifico que **EBISU S.A.S. EMPRESA DE SERVICIOS Y SUMINISTROS** identificada con Nit. **807.008.957-7**, se encuentra a PAZ Y SALVO por todo concepto laboral, en referencia al contrato a término fijo que se suscribió para el proyecto de objeto: "**CONSTRUCCIÓN DE INFRAESTRUCTURA EDUCATIVA – COLEGIO BOITÁ EN LA LOCALIDAD DE KENNEDY DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ EN EL MARCO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. 221013**" contrato que se finalizó el 11 de Diciembre del 2024.

El presente certificado se expide por solicitud del interesado a los doce (12) días del mes de Diciembre del año 2024.

Cordialmente.

Hernan Yanguatin

HERNAN RODRIGO YANGUATIN CRUZ
CC. No. 87572106

CERTIFICACIÓN DE PAZ Y SALVO

Yo **JOSE ISIDRO SANTIAGO FRANCO** identificado con P.T. No. **7636590,** certifico que EBISU S.A.S. EMPRESA DE SERVICIOS Y SUMINISTROS identificada con Nit. 807.008.957-7, se encuentra a PAZ Y SALVO por todo concepto laboral, en referencia al contrato a término fijo que se suscribió para el proyecto de objeto: **"CONSTRUCCIÓN DE INFRAESTRUCTURA EDUCATIVA – COLEGIO BOITÁ EN LA LOCALIDAD DE KENNEDY DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ EN EL MARCO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. 221013"** contrato que se finalizó el 05 de Diciembre del 2024.

El presente certificado se expide por solicitud del interesado a los seis (06) días del mes de Diciembre del año 2024..

Cordialmente.

JOSE ISIDRO SANTIAGO FRANCO
P.T. No. 7636590

CERTIFICACIÓN DE PAZ Y SALVO

Yo **MAICOL SNEIDER VALERIANO RODRIGUEZ** identificado con CC. No. **1001275418**, certifico que **EBISU S.A.S. EMPRESA DE SERVICIOS Y SUMINISTROS** identificada con Nit. **807.008.957-7**, se encuentra a PAZ Y SALVO por todo concepto laboral, en referencia al contrato a término fijo que se suscribió para el proyecto de objeto: "**CONSTRUCCIÓN DE INFRAESTRUCTURA EDUCATIVA – COLEGIO BOITÁ EN LA LOCALIDAD DE KENNEDY DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ EN EL MARCO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. 221013**" contrato que se finalizó el 05 de Diciembre del 2024.

El presente certificado se expide por solicitud del interesado a los seis (06) días del mes de Diciembre del año 2024.

Cordialmente.

MAICOL SNEIDER VALERIANO RODRIGUEZ
CC. No. 1001275418

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

CERTIFICACIÓN DE PAZ Y SALVO

Yo **RAY REYES RODRIGUEZ** identificado con CC. No. **1003656243**, certifico que **EBISU S.A.S. EMPRESA DE SERVICIOS Y SUMINISTROS** identificada con Nit**. 807.008.957-7**, se encuentra a PAZ Y SALVO por todo concepto laboral, en referencia al contrato a término fijo que se suscribió para el proyecto de objeto: **"CONSTRUCCIÓN DE INFRAESTRUCTURA EDUCATIVA – COLEGIO BOITÁ EN LA LOCALIDAD DE KENNEDY DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ EN EL MARCO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. 221013"** contrato que se finalizó el 18 de Diciembre del 2024.

El presente certificado se expide por solicitud del interesado a los diecinueve (19) días del mes de Diciembre del año 2024.

Cordialmente.

RAY REYES

RAY REYES RODRIGUEZ
CC. No. 1003656243

CERTIFICACIÓN DE PAZ Y SALVO

Yo **ZORAIDA VILLAREAL LOPEZ** identificado con C.C. No. **1193081451**, certifico que EBISU S.A.S. EMPRESA DE SERVICIOS Y SUMINISTROS identificada con Nit. 807.008.957-7, se encuentra a PAZ Y SALVO por todo concepto laboral, en referencia al contrato a término fijo que se suscribió para el proyecto de objeto: "**CONSTRUCCIÓN DE INFRAESTRUCTURA EDUCATIVA – COLEGIO BOITÁ EN LA LOCALIDAD DE KENNEDY DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ EN EL MARCO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. 221013"** contrato que se finalizó el 05 de Diciembre del 2024.

El presente certificado se expide por solicitud del interesado a los seis (06) días del mes de Diciembre del año 2024.

Cordialmente.

Zoraida Villarreal L.

ZORAIDA VILLAREAL LOPEZ

C.C. No. 1193081451

EBISU

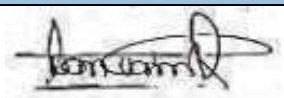
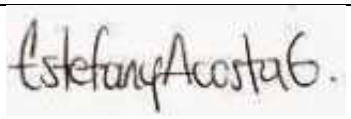
CONSTRUIMOS EQUIDAD, BIENESTAR Y SUEÑOS

NIT 807.008.957-7

ACTA DE REUNIÓN COPASST

No. DEACTA: 35

Fecha de reunión: 16 de diciembre de 2024	**Lugar:** Bogotá
Responsable de la reunión: Paula Osorio	**Cargo:** Inspector HSEQ
Asunto de la reunión: Reunión mensual COPAST	
Objetivode la reunión: Reunión ordinaria del COPASST.	

PARTICIPANTES			
Empresa	**Nombre**	**Cargo**	**Firma**
EBISU	**CESAR IVAN CARREÑO**	**Principal delempleador**	
EBISU	**PAULA OSORIO**	**Presidente**	
EBISU	**JHONZAMORA**	**Invitado**	
EBISU	**ESTEFANY ACOSTA**	**Representantesuplente principal**	

Nota: el campo “Empresa” aplica para los participantes externos.

DESARROLLO DE LAREUNIÓN

ORDEN DELDÍA

1. Verificación Quorum.
2. Lectura de compromisos y aprobación de acta anterior.
3. Análisis de Accidentes de trabajo, incidentes y Enfermedad Laboral (Administrativos – Proyectos)
   Casos- sede causas- plan de acción – seguimiento.
4. Recomendaciones adicionales y/o comentarios.
5. Se realiza investigación de accidentes presentados en el proyecto boíta en el mes de marzo

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

1. Se hizo verificación del quorum cumplimiento con el número personas requeridas para dar inicio a la reunión ordinaria del COPASST correspondiente al mes de febrero de 2024. En la presenta acta se anexa el control de asistencia COPASST.

2. El principal del empleador del COPASST procede a mencionar el orden del día de la reunión ordinaria, el Ing. Carlos Cote verifica el cumplimiento del quorum de la reunión.

3. Se hizo lectura de compromisos y se aprueba por parte de los integrantes del COPASSTel acta anterior donde está el compromiso presentación de las obras.

4. Se realiza cierre de investigación de accidente sin presentar novedades del mismo.

5. Se informo el mecanismo para el desarrollo de esta actividad para la promoción y prevención e integración de subcontratistas con colaboradores de Ebisu

COMPROMISOS

Item	Compromiso	Responsable	Fecha	Cumplido
1	Cargue de documentación SG-SST A la ARL	Inspectores SST	Todo el mes	Cumplido
2	Mediciones ambientales proyecto Boíta material particulado	Inspectores SST	Todo el mes	Cumplido/ pendiente resultados

OBSERVACIONES

Se sugiere al personal SST de las obras siempre realizar inspecciones realizando recorrido general a cada uno de los proyectos para generar los hallazgos, estos deben ser muy descriptivos.

. Dando cumplimiento a la jornada de armonización se hará el correspondiente acompañamiento de área de seguridad y salud en el trabajo con representante de Copasst

Durante este periodo no se reportaron incidentes y accidentes laborales por parte de los trabajadores de EBISU y subcontratistas. se presentó ausentismo por causa médica. La ocurrencia es por cambio climático, se sugiere sensibilizar a personal del autocuidado

Se realizaron inspecciones ambientales y SST a los EPPs maquinaria, equipos y elementos de seguridad

dotaciones,

EBISU

CONSTRUIMOS EQUIDAD, BIENESTAR Y SUEÑOS

NIT 807.008.957-7

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

EBISU	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	

OBJETIVO

DESARROLLAR ACTIVIDADES TENDIENTES A CONCIENCIAR AL PERSONAL DE LA EMPRESA SOBRE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN QUE SE DEBEN ADOPTAR PARA REDUCIR LOS RIESGOS , QUE SE PRESENTAN EN LOS PUESTOS DE TRABAJO Y QUE PUEDAN GENERAR ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES.

RECURSOS	RECUROS NECESARIOS
HUMANOS	AREA ADMINISTRATIVA,ARL,DIRECCIÓN SST,PROFESIONAL SST, INSPECTORES SST
TECNOLOGICOS	COMPUTADORES, VIDEO BEAN, PARLANTES, SOFTWARE REQUERIDOS PARA EL ANÁLISIS DE LOS REGISTROS (EXCEL, WORD).
FINANCIEROS	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA EMPRESA

CONVENCIONES	
	Programado
	Ejecutado
	Reprogramado

CRONOGRAMA DE CAPACITACIONES PROYECTO BOITA

MEDICINA PREVENTIVA Y DE TRABAJO				Mes 23			Mes 24			Mes 25			Mes 26			Mes 27			Mes 28			Mes 29			Mes 30			OBSERVACIONES
N°	CAPACITACION	RESPONSABLE	DIRIGIDO A:	P	E	R	P	E	R	P	E	R	P	E	R	P	E	R	P	E	R	P	E	R	P	E	R	
1	Examenes de ingreso	Area administrativa	Todos los trabajadores	P	E		P	E		P	E		P	E		P	E		P	E		P	E		P	E		
2	Examenes periodicos	Area administrativa	Todos los trabajadores	P	E		P	E		P	E		P	E		P	E		P	E		P	E		P	E		
3	Examenes de egreso	Area administrativa	Todos los trabajadores	P	E		P	E		P	E		P	E		P	E		P	E		P	E		P	E		Cada vez que el trabajador se retire de la organización
4	Campaña de salud visual	ARL	Todos los trabajadores																									Segun la disponibilidad de la ARL
5	Campaña de acticidad fisica(rumbaterapia)	ARL	Todos los trabajadores																									Segun la disponibilidad de la ARL
6	Campaña medicina preventiva toma de talla, peso	ARL	Todos los trabajadores																									Segun la disponibilidad de la ARL
7	Campaña de nutrición	ARL	Todos los trabajadores																									Segun la disponibilidad de la ARL
8	Verificacion de documentos del personal	Area administrativa,Director HSEQ,Inspector SST	Todos los trabajadores	P	E		P	E		P	E		P	E		P	E		P	E		P	E		P	E		
9	Sencibilización Cuidado de manos riesgo Mecanico	Inspector SST	Todos los trabajadores				P	E																				
10	Capacitación enfermedad laboral	Inspector SST	Todos los trabajadores	P	E																							
11	Capacitación funciones de los trabajadores frente al SGSST	Inspector SST	Todos los trabajadores							P	E																	
12	Riesgo Psicosocial	Inspector SST	Todos los trabajadores																P	E								
13	Capacitación legislación SST	Inspector SST	Todos los trabajadores													P	E											
14	Capacitación responsabilidad civil y penal frente al SGSST	Inspector SST	Todos los trabajadores													P	E											
15	Cpacitación Salud mental y manejo de ira	Inspector SST	Todos los trabajadores																			P	E					
16	Divulgacion de peligros presentes en obra	Inspector SST	Todos los trabajadores				P	E																				
17	Pons como actuar en una situación de emergencia	Inspector SST	Todos los trabajadores							P	E																	
18	Capacitación Riesgos locativos	Inspector SST	Todos los trabajadores	P	E																							
19	Riesgo Biomecanico	Inspector SST	Todos los trabajadores																P	E								
20	Capacitación Riesgos por condiciones de seguridad	Inspector SST	Todos los trabajadores				P	E																				
21	Capacitación que es Examen medico de ingreso, periodico, egreso y pos-incapacidad	Inspector SST	Todos los trabajadores																			P	E					
22	Charla de seguridad eliminar distractores	Inspector SST	Todos los trabajadores										P	E														
23	Capacitacion Roles y Funciones SST	Inspector SST	Todos los trabajadores										P	E														

EBISU

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

OBJETIVO

DESARROLLAR ACTIVIDADES TENDIENTES A CONCIENCIAR AL PERSONAL DE LA EMPRESA SOBRE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN QUE SE DEBEN ADOPTAR PARA REDUCIR LOS RIESGOS , QUE SE PRESENTAN EN LOS PUESTOS DE TRABAJO Y QUE PUEDAN GENERAR ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES.

RECURSOS	RECUROS NECESARIOS
HUMANOS	AREA ADMINISTRATIVA,ARL,DIRECCIÓN SST,PROFESIONAL SST, INSPECTORES SST.
TECNOLOGICOS	COMPUTADORES, VIDEO BEAN, PARLANTES, SOFTWARE REQUERIDOS PARA EL ANÁLISIS DE LOS REGISTROS (EXCEL, WORD).
FINANCIEROS	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA EMPRESA

CONVENCIONES	
	Programado
	Ejecutado
	Reprogramado

CRONOGRAMA DE CAPACITACIONES PROYECTO BOITA

MEDICINA PREVENTIVA Y DE TRABAJO			Mes 23			Mes 24			Mes 25			Mes 26			Mes 27			Mes 28			Mes 29			Mes 30			OBSERVACIONES
N°	CAPACITACION	RESPONSABLE	DIRIGIDO A:	P	E	R	P	E	R	P	E	R	P	E	R	P	E	R	P	E	R	P	E	R	P	E	R	
24	Capacitacion Material Particulado	Inspector SST	Todos los trabajadores													P	E											
HIGIENE INDUSTRIAL																												
N°	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DIRIGIDO A:																									
1	Capacitación diseños de puesto de trabajo	Inspector SST	Todos los trabajadores							P	E																	
2	Perdida Cpacidad Laboral	Inspector SST	Todos los trabajadores																P	E								
3	Capacitación Riesgo publico y numeros de emergencia	Inspector SST	Todos los trabajadores																						P	E		
4	Capacitación Prevención al tabaquismo	Inspector SST	Todos los trabajadores				P	E																				
5	Capacitación Toxicologia ocupacional	Inspector SST	Todos los trabajadores										P	E														
6	Cpacitación importancia del sueño	Inspector SST	Todos los trabajadores																						P	E		
7	Mabual de funciones	Inspector SST	Todos los trabajadores																						P	E		
8	rendicion de cuentas a SST	Inspector SST	Todos los trabajadores																						P	E		
9	Capcitcion riesgo Biologico	Inspector SST	Todos los trabajadores													P	E											
10	Como se catalogan los accidentes Laborales	Inspector SST	Todos los trabajadores																P	E								
11	Orden y aseo en obra	Inspector sST y Especialista Ambiental	Todos los trabajadores	P	E																							
12	Capacitación Residuos peligrosos	Inspector SST	Todos los trabajadores													P	E											
13	Cpacitacion que es higiene ocupacional	Inspector SST	Todos los trabajadores							P	E																	
SEGURIDAD INDUSTRIAL																												
N°	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DIRIGIDO A:																									
1	Capacitación Actividades de alto riesgo	Inspector SST	Todos los trabajadores	P	E																							
2	Cpacitación colores de seguridad (señalización)	Inspector SST	Todos los trabajadores				P	E																				
3	Capacitación trabajo en alturas	Inspector SST	Todos los trabajadores	P	E																							
4	Capacitación trabjao en Caliente (riesgo mecanico)	Inspector SST	Todos los trabajadores							P	E																	
5	Capacitación etiquetado y almcenamiento de productos quimicos	InspectorSST.Ingeniero ambiental	Todos los trabajadores				P	E																				
6	Capacitación medidas pasivas de protección y medidas activas de protección	Inspector SST	Todos los trabajadores				P	E																				
7	Capacitación Riesgo Electrico	Inspector SST	Todos los trabajadores																			P	E					

EBISU	**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**	

OBJETIVO

DESARROLLAR ACTIVIDADES TENDIENTES A CONCIENCIAR AL PERSONAL DE LA EMPRESA SOBRE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN QUE SE DEBEN ADOPTAR PARA REDUCIR LOS RIESGOS , QUE SE PRESENTAN EN LOS PUESTOS DE TRABAJO Y QUE PUEDAN GENERAR ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES.

RECURSOS	RECUROS NECESARIOS
HUMANOS	AREA ADMINISTRATIVA,ARL,DIRECCIÓN SST,PROFESIONAL SST, INSPECTORES SST.
TECNOLOGICOS	COMPUTADORES, VIDEO BEAN, PARLANTES, SOFTWARE REQUERIDOS PARA EL ANÁLISIS DE LOS REGISTROS (EXCEL, WORD).
FINANCIEROS	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA EMPRESA

CONVENCIONES	
	Programado
	Ejecutado
	Reprogramado

CRONOGRAMA DE CAPACITACIONES PROYECTO BOITA

MEDICINA PREVENTIVA Y DE TRABAJO			Mes 23			Mes 24			Mes 25			Mes 26			Mes 27			Mes 28			Mes 29			Mes 30			OBSERVACIONES
N°	CAPACITACION	RESPONSABLE	DIRIGIDO A:	P	E	R	P	E	R	P	E	R	P	E	R	P	E	R	P	E	R	P	E	R	P	E	R	
8	Que es Caja de Compensación Familiar																											
9	Capacitación identificacion de peligros en sitios de trabajo	Inspector SST	Todos los trabajadores										P	E														
10	Cpacitacuión como reportar un accidente y documentarlo	Inspector SST	Todos los trabajadores										P	E														
11	Capacitación que es el COPASST	Inspector SST	Todos los trabajadores										P	E														
12	Capacitación que es un peligro	Inspector SST	Todos los trabajadores							P	E																	
13	Resposabuilidad social en obras	Inspector SST	Todos los trabajadores																			P	E					
14	Capacitación que es un Riesgo	Director HSEQ, Inspector SST	Todos los trabajadores							P	E																	
15	Capacitación Riesgo Electrico	Director HSEQ, Inspector SST	Todos los trabajadores	P	E																							
16	Divulgación de politica HSEQ	Inspector SST	Todos los trabajadores												P	E												
17	Capacitación diferencia entre accidente e incidente laboral	Inspector SST	Todos los trabajadores							P	E																	
18	Capacitaión que es ARL	Director HSEQ, Inspector SST	Todos los trabajadores				P	E																				
19	Capacitaión que es EPS	Director HSEQ, Inspector SST	Todos los trabajadores				P	E																				

Nota: Lo **PROYECTADO** debe marcar con la letra **P.**

Lo **EJECUTADO** se debe marcar con la letra **E.**

Lo **REPROGRAMADO** se debe marcar con la letra **R** e insertar un comentario justificando.

Nota: Esta programación puede estar sujeta a cambios estos se marcaran con la letra R (reprogramado)

ACTIVIDADES	Mes 19	Mes 20	Mes 21													Mes 22	TOTAL
ACTIVIDADES EJECUTADAS	0	0	0													0	0
ACTIVIDADES PROGRAMADAS	0	0	0													0	0
ACTIVIDADES REPROGRAMADAS	0	0	0													0	0

EBISU

CONSTRUIMOS EQUIDAD, BIENESTAR Y SUEÑOS

NIT 807.008.957-7

REGISTRO DE CAPACITACIONES SST EBISU S.A.S

EBISU

REGISTRO ASISTENCIA

Código FST-01
Versión 01
Fecha 15/03/2022

ACTIVIDAD		TEMA		FECHA
INDUCCIÓN		OTRA		DIA 29 MES 12 AÑO 2024
FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO		Cual?		REALIZADO EN:
CHARLA DE SEGURIDAD PREOPERACIONAL/ CAPACITACION	X			proyecto Bolta
CONFERENCIA - VIDEO-TALLER				INTENSIDAD HORARIA
BOLETINES- FOLLETOS-CARTILLAS				30 Minutos
GIMNASIA LABORAL(PAUSAS ACTIVAS)				MATERIAL ENTREGADO
REUNIÓN	X			N/A

Nota: Marque con una (X) el tipo de actividad y el tema, diligencie todos los espacios según la actividad realizada.

TEMA: 5 Salud Mental - Manejo de IPA

REALIZADA POR: Angie - HSEQ **CARGO O EMPRESA:** Inspector SST / Ebisu S.A.S

RELACIÓN DE ASISTENCIA

Nº	PARTICIPANTE	EMPRESA	DOCUMENTO	FIRMA
1	WILLIAN ALEXANDER YARCE	EBISU	1077937991	
2	Jonathan Mauricio Gomez	EBISU	1023893713	
3	Andres Felipe Rodriguez	EBISU	1116796166	
4	Jose D Bravo conde	EBISU	1003245086	
5	Isidro Velasco V	EBISU	79486565	
6	Jeidy Caceda	EBISU	1044914028	
7	Dino Mendoza	EBISU	1097775	
8	JOSE HERRERA	EBISU	1001ZHU34	
9	EDILBERTO ARNEDO T.	EBISU	80362 362	
10	Credo 46cm	EBISU	92551355	
11	David Santos torres	EBISU	1000128491	
	Rafael G. Rincones H.	EBISU	1127394477	
	Christian Gonzalez	EBISU	1106890780	
	Arvin olaya	EBISU	87946129	
	ARMANDO TORRES	EBISU	79929346	
	FAUSTO SANCHEZ	EBISU	5122996	

FIRMA DE QUIEN DIRIGIÓ LA ACTIVIDAD

Este documento impreso se considera copia no controlada

EBISU

REGISTRO ASISTENCIA

Código FST-01
Versión 01
Fecha 15/03/2022

ACTIVIDAD		TEMA	FECHA
INDUCCIÓN		OTRA	DIA 15 MES 12 AÑO 2024
FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO			REALIZADO EN:
CHARLA DE SEGURIDAD PREOPERACIONAL CAPACITACION	X		Colegio Bosques
CONFERENCIA - VIDEO TALLER			INTENSIDAD HORARIA
BOLETINES- FOLLETOS-CARTELAS			2h aprox.
GIMNASIA LABORAL/PAUSAS ACTIVAS			MATERIAL ENTREGADO
REUNION			

Nota: Marque con una (X) el tipo de actividad y el tema, diligencie todos los espacios según la actividad realizada.

TEMA: Numeros de emergencia y riesgo público.

REALIZADA POR: [illegible] CARGO O EMPRESA: EBISU SAS

RELACION DE ASISTENCIA

Nº	PARTICIPANTE	EMPRESA	DOCUMENTO	FIRMA
1	FAUSTO SANCHEZ	EBISU	5722446	
2	Alexander Lopez	EBISU	1136370411	
3	Cristian Garzon	EBISU	1106890780	
4	Sandra Rojas	EBISU	1000128491	
5	Jorge Arcos Cano	EBISU	1000104259	
6	Leidy Cuervo	EBISU	1064914062	
7	Gredy Agudelo	EBISU	92551355	
8	Brayan Stiven Gallo	EBISU	7729593	
9	Daniel Paez	EBISU	1026851239	
10	Jose Herrera	EBISU	1001297431	
11	Jose D. Sierra	EBISU	1003045086	
12	Yaneth Olaya	EBISU	8746129	
13	Alexis Cuervo	EBISU	1063764092	
14	Jonathan Novite Gonel	EBISU	2023893713	
15	Wilfran Alexander Yepez	EBISU	1.002977.191	
16	Angeles Felipe Rodriguez	EBISU	1216976666	
17	Jhon Mendoza	EBISU	1097775	
18	Rafael Vincenzo K.	EBISU	1127374477	
19				
20				
21				
22				

FIRMA DE QUIEN DIRIGIÓ LA ACTIVIDAD

Este documento impreso se considera copia no controlada

EBISU

REGISTRO ASISTENCIA

Código FST-01
Versión 01
Fecha 15/03/2022

ACTIVIDAD		TEMA		FECHA
INDUCCIÓN		OTRA		DIA 12 MES 12 AÑO 2022
FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO		Cual?		REALIZADO EN:
CHARLA DE SEGURIDAD PREOPERACIONAL/ CAPACITACION	X			proyecto Boito
CONFERENCIA - VIDEO-TALLER				INTENSIDAD HORARIA
BOLETINES- FOLLETOS-CARTILLAS				20 minutos
GIMNASIA LABORAL(PAUSAS ACTIVAS)				MATERIAL ENTREGADO
REUNIÓN				N/A

Nota: Marque con una (X) el tipo de actividad y el tema, diligencie todos los espacios según la actividad realizada.

TEMA: Rendición cuentas SST - Manual de funciones SST

REALIZADA POR: Angie - Jhon CARGO O EMPRESA: Inspectores SST - Ebisu

RELACIÓN DE ASISTENCIA

Nº	PARTICIPANTE	EMPRESA	DOCUMENTO	FIRMA
1	Diego Mendoza	EBISU	1019977 75	
2	JOSE HERRERA	EBISU	1001797434	
3	WILLIAN ALEXANDER YAGUE	EBISU	1077 903 991	
4	Marvin Olaya	EBISU	8+9116129	
5	Heiman Pamplona	Ebisu	70466659	
6	Christian Gonzalez	Ebisu	1106890780	
7	JOSE D. BRAVO	EBISU	1003045086	
8	ARISMENDY TORRES	EBISU	79829346	
9	Eliezer Osorio	EBISU	1063164092	
10	Frank Alejandro Acevedo	Ebisu	7001045259	
11	HAROLD DIAZ	EBISU	1026585125	
12	Jonathan Aguilar Gomez	Ebisu	1023893213	
13	Rafael G. Rincones R.	EBISU	11273944 7 7	
14	Alexander Lepez	EBISU	13563241	
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

FIRMA DE QUIEN DIRIGIÓ LA ACTIVIDAD

	REGISTRO ASISTENCIA	Código: FST-01
		Versión: 01
		Fecha: 15/03/2022

ACTIVIDAD		TEMA		FECHA
		OTRA		DIA 19 MES 12 AÑO 2024
ENTRENAMIENTO		Cual?		REALIZADO EN:
O PREOPERACIONAL/ CION	X			proyecto bolita
RENCIA - VIDEO-TALLER				INTENSIDAD HORARIA
ETINES- FOLLETOS-CARTILLAS				10 minutos
MNASIA LABORAL(PAUSAS ACTIVAS)				MATERIAL ENTREGADO
REUNIÓN	X			N/A

Nota: Marque con una (X) el tipo de actividad y el tema, diligencie todos los espacios según la actividad realizada.

TEMA: la importancia del sueño

REALIZADA POR: Jose Hoyos CARGO O EMPRESA: Inspector SST EBISU

RELACION DE ASISTENCIA

Nº	PARTICIPANTE	EMPRESA	DOCUMENTO	FIRMA
1	Christian Gonzalez	EBISU	1106890780	
2	David Santos Torres	EBISU	1000188491	
3	Jose Alejandro Acevedo	EBISU	1001045259	
4	Jose D Bravo Conde	EBISU	1003015086	
5	Dino Mendoza	EBISU	1099775	
6	Jesus Saavedra	EBISU	1044914028	
7	Jose Hoyos	EBISU	1001297434	
8	Rafael G. Hernandez R.	EBISU	1127344477	
9	MARLON VALE	EBISU	1026585128	
10	Yarina Olaya	EBISU	87946129	
11	Alexander Lopez	EBISU	1355632011	
12	Eliezer Osorio	EBISU	1063764092	
13	ANDRES STORES	EBISU	79929540	
14	Benjamin Valdiris Pinto	EBISU	7729593	
15	FAUSTO SANCHEZ	EBISU	5722996	
16	Gredis AGUAS	EBISU	92551353	
17				
18				
19				
20				
21				
22				

FIRMA DE QUIEN DIRIGIÓ LA ACTIVIDAD

EBISU

CONSTRUIMOS EQUIDAD, BIENESTAR Y SUEÑOS

NIT 807.008.957-7

REGISTRO DE CAPACITACIONES SST SUBCONTRATISTAS

CAP	REGISTRO ASISTENCIA	CODIGO: SST-CAP-002 FECHA: 20/02/2023 VERSION: 01

ACTIVIDAD		TEMA		FECHA
INDUCCIÓN		CAPACITACIÓN		DIA 27 MES 12 AÑO 2024
FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO		CHARLA		REALIZADO EN:
CHARLA DE SEGURIDAD PREOPERACIONAL				Torre 6
CONFERENCIA - VIDEO-TALLER				INTENSIDAD HORARIA
BOLETINES- FOLLETOS-CARTELES				
CAMPAÑA LABORAL (PAUSAS ACTIVAS)				MATERIAL ENTREGADO
REUNIÓN				

Nota: Marque con una (X) el tipo de actividad y el tema, diligencie todos los espacios según la actividad realizada.

TEMA: Salud mental y manejo de IPA

REALIZADA POR: Cesar Fernandez CARGO O EMPRESA: CAP

RELACIÓN DE ASISTENCIA

Nº	NOMBRES COMPLETOS	CARGO	DOCUMENTO	FIRMA
1	Sebastian Montenegro	Ayudante	1010760823	Sebastian M.
2	Jaime Gonzalez	Soldador	1005091078	Jaime Gonzalez
3	Cesar Herrera	Ayudante	2464149	
4	Jhonatan Campuzano	Ayudante	1114784928	
5	Guillermo Martinez Herrera	Soldador	1045925	
6	Pedro Soldado Jefe	Soldador	1003788826	
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

FIRMA DE QUIEN DIRIGIÓ LA ACTIVIDAD

CAP	REGISTRO ASISTENCIA	CODIGO: SST-CAP-002
		FECHA: 20/02/2023
		VERSIÓN: 01

ACTIVIDAD		TEMA		FECHA
INDUCCIÓN		OTRA		DIA 27 MES 12 AÑO 2024
FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO		Cual?		REALIZADO EN
CHARLA DE SEGURIDAD/PREOPERACIONAL	✓			Torre 6
CONFERENCIA - VIDEO-TALLER				INTENSIDAD HORARIA
BOLETINES- FOLLETOS-CARTILLAS				
CAMPAÑA LABORAL(PAUSAS ACTIVAS)				MATERIAL ENTREGADO
REUNIÓN				

Nota: Marque con una (X) el tipo de actividad y el tema, diligencie todos los espacios según la actividad realizada.

TEMA: Riesgo Publico numeros de Emergencia

REALIZADA POR: Cesar Fernandez CARGO O EMPRESA: CAP

RELACIÓN DE ASISTENCIA

Nº	NOMBRES COMPLETOS	CARGO	DOCUMENTO	FIRMA
1	Sebastian Montenegro	Ayudante	1010760823	Sebastian M.
2	Danner Gonzalez	Soldador	1005.091.028	Danner G.
3	Cesar Herrera	Ayudante	2464149	
4	[illegible]	Andamiero	1111478421	
5	Carlos Mario Hurtado	Soldador	1088542562	
6	[illegible]	Soldador	1003788866	
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

FIRMA DE QUIEN DIRIGIÓ LA ACTIVIDAD

Escaneado con CamScanner

CAP

REGISTRO ASISTENCIA

CÓDIGO: SST-FOR-003

FECHA: 30/08/2023

VERSIÓN: 01

ACTIVIDAD		TEMA
INDUCCIÓN		CHARLA:
FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO		CHARLA:
CHARLA DE SEGURIDAD/PREOPERACIONAL	✓	
CONFERENCIA - VIDEO-TALLER		
BOLETINES- FOLLETOS-CARTELLAS		
DIVULGACIÓN LABORAL/PAUSAS ACTIVAS		
REUNIÓN		

FECHA: DIA 27 MES 12 AÑO 2024

REALIZADO EN: Torre 6

INTENSIDAD HORARIA:

MATERIAL ENTREGADO:

Nota: Marque con una (X) el tipo de actividad y el tema, diligencie todos los espacios según la actividad realizada.

TEMA: manual de funciones

REALIZADA POR: Cesar Fernandez CARGO O EMPRESA: CAP

RELACIÓN DE ASISTENCIA

Nº	NOMBRES COMPLETOS	CARGO	DOCUMENTO	FIRMA
1	Sebastian Montenegro	Aprendiz	1010760823	Sebastian M.
2	Daniela Gonzalez	Soldadora	1005.093.028	Daniela G.
3	Cesar Herrera	Aprendiz	2461149	
4	Manuel Garavito	Aprendiz	1117976426	
5	Camilo Montes Herbin	Soldador	1085925	
6	Jeidi Diaz	Soldadora	1003	Jeidi Diaz
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

FIRMA DE QUIEN DIRIGIÓ LA ACTIVIDAD

Escaneado con CamScanner

CAP	REGISTRO ASISTENCIA	CODIGO: SST-CAP-002
		FECHA: 20/02/2023
		VERSION: 01

ACTIVIDAD		TEMA		FECHA
INDUCCIÓN		OTRA		DIA 07 MES 12 AÑO 2024
FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO		CAP		REALIZADO EN:
CHARLA DE SEGURIDAD/PREOPERACIONAL				Torres
CONFERENCIA - VIDEO-TALLER				INTENSIDAD HORARIA
BOLETINES-FOLLETOS-CARTILLAS				
JARNADA LABORAL/PAUSAS ACTIVAS				MATERIAL ENTREGADO
REUNIÓN				

Nota: Marque con una (X) el tipo de actividad y el tema, diligencie todos los espacios según la actividad realizada.

*TEMA: Importancia de sueño

REALIZADA POR: Cairon Fernandez CARGO O EMPRESA: CAP

RELACIÓN DE ASISTENCIA

Nº	NOMBRES COMPLETOS	CARGO	DOCUMENTO	FIRMA
1	Sebastian Montenegro	Aludante	1010760823	sebastian M.
2	Sergio Gonzalez	Soldador	1005.091.028	Sanner
3	Cesar Herrera	Ayudante	24641141	
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

FIRMA DE QUIEN DIRIGIO LA ACTIVIDAD

Escaneado con CamScanner

CAP	**REGISTRO ASISTENCIA**	CODIGO: SST-CAP-002 FECHA: 20/02/2023 VERSION: 01

ACTIVIDAD		TEMA		FECHA
INDUCCIÓN		OTRA		DIA 27 MES 11 AÑO 2024
FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO		CHAT		REALIZADO EN:
CHARLA DE SEGURIDAD/PREOPERACIONAL	✓			Torre 6
CONFERENCIA - VIDEO-TALLER				INTENSIDAD HORARIA
BOLETINES- FOLLETOS-CARTILLAS				
GIMNASIA LABORAL (PAUSAS ACTIVAS)				MATERIAL ENTREGADO
REUNIÓN				

Nota: Marque con una (X) el tipo de actividad y el tema, diligencie todos los espacios según la actividad realizada.

TEMA: Rendicion de cuentas SST

REALIZADA POR: Cesar Fernandez CARGO O EMPRESA: CAP

RELACIÓN DE ASISTENCIA

Nº	NOMBRES COMPLETOS	CARGO	DOCUMENTO	FIRMA
1	Sebastian Montenegro	Ayudante	1010760823	Sebastian M.
2	Brayner Gonzalez	Soldador	1005091028	Brayner Go.
3	Cesar Herrera	Ayudante	2464119	
4	Manuel Cartagena	Andamio	1114775421	
5	Guillin Hoyos Hoyos	Soldador	1088951152	
6	Pedro Jesus Jaramillo	Soldador	1003[illegible]26	
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

FIRMA DE QUIEN DIRIGIÓ LA ACTIVIDAD

Escaneado con CamScanner

	REGISTRO DE ASISTENCIA	CODIGO: SST-OSSA-002
		FECHA: 04/07/2024
		VERSION: 01

ACTIVIDAD		TEMA	FECHA
INDUCCIÓN		Cual? Consumo de sustancias psicoactivas, alcohol y drogas.	DIA 24 MES 11 AÑO 2024
REINDUCCIÓN			
CAPACITACIÓN	X		PROYECTO: Colegio Bosta
CHARLA DE SEGURIDAD/PREOPERACIONAL			RESPONSABLE: RICARDO MURCIA
PAUSAS ACTIVAS			CARGO: Capacitador ARL
REUNIÓN			
OTRA ¿Cual?			

Nota: Marque con una (X) el tipo de actividad y el tema, diligencie todos los espacios según la actividad realizada.

RELACIÓN DE ASISTENCIA				
Nº	NOMBRES COMPLETOS	CARGO	DOCUMENTO	FIRMA
1	YIMER CAMACHO V.	CORTADOR	1033779293	YIMER CAMACHO
2	Jose Isidro Herrera		18 410 548	Jose Isidro H.
3	Sevd David Salamanca	Ayudante	1000574938	
4	Esteban Felipe Salamanca	Ayo	1001281313	
5	Misael esteban Lopez	Arix	1026215733	
6	Uriel Miguel	Oficial	1101879700	Uriel
7	Miguel Arcila	Pulidor	1055551295	Miguel A
8	Helmer Macias	Pulidor	74518373	Helmer
9	Jefferson Angela	drywall	1026287855	Jefferson
10	gustavo ochoa	Drywall	1024524913	
11	Jeferson Vega Soto	Dry wall	3105668305	Jeferson V.
12	Jhon cifuentes	oficial	1010029157	Jhon cifuentes
13	Ivan Cifuentes	Oficial	1002726202	Ivan Cifuentes
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

FIRMA DE QUIEN DIRIGIÓ LA ACTIVIDAD

Escaneado con CamScanner

	REGISTRO DE ASISTENCIA	CODIGO: SST-OSSA-002
		FECHA: 04/07/2024
		VERSION: 01

ACTIVIDAD		TEMA	FECHA
INDUCCIÓN		¿Cuál? Importancia del sueño.	DIA 04 MES 12 AÑO 2024
REINDUCCIÓN			
CAPACITACIÓN	X		PROYECTO: Colegio Baila
CHARLA DE SEGURIDAD/PREOPERACIONAL			RESPONSABLE: Katherine Barrieto
PAUSAS ACTIVAS			CARGO: Inspector SST
REUNIÓN			
OTRA ¿Cuál?			

Nota: Marque con una (X) el tipo de actividad y el tema, diligencie todos los espacios según la actividad realizada.

RELACIÓN DE ASISTENCIA

N°	NOMBRES COMPLETOS	CARGO	DOCUMENTO	FIRMA
1	Esteban felipe salamanca	Aux	1001985373	
2	gustavo ochoa	oficc	1024521913	
3	Isael David Salamanca	AUX	1000597938	
4	Jefferson angulo	drainal	7016193855	
5	Jose Isidro Herrera		18410540	Jose Isidro H
6	Elmer CAMACHO	conductor	1.053729193	ELMER CAMACHO
7	Yhon cifuentes	oficial	1010029187	
8	Janey cifuentes	AUX	1004186672	
9	Nicol Arguello	Oficial	1018879720	
10	Diego Gutierrez	AUXIDOR	80721540	
11	Uriel Fabian Cardozo	drainal	1033704447	
12	Helmer Mariño	oficial	79518373	Helmer
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

FIRMA DE QUIEN DIRIGIÓ LA ACTIVIDAD

Escaneado con CamScanner

	REGISTRO DE ASISTENCIA	CODIGO: SST-OSSA-002
		FECHA: 04/07/2024
		VERSION: 01

ACTIVIDAD		TEMA	FECHA
INDUCCIÓN		Cuál? Manual de funciones Rendición de cuentas SST	DIA 11 MES 12 AÑO 2024
REINDUCCIÓN			PROYECTO: Colegio Borta
CAPACITACIÓN	X		RESPONSABLE: Katherine Barreto
CHARLA DE SEGURIDAD/PREOPERACIONAL			CARGO: Inspector SST
PAUSAS ACTIVAS			
REUNIÓN			
OTRA ¿Cuál?			

Nota: Marque con una (X) el tipo de actividad y el tema, diligencie todos los espacios según la actividad realizada.

RELACIÓN DE ASISTENCIA

Nº	NOMBRES COMPLETOS	CARGO	DOCUMENTO	FIRMA
1	YINER CAMACHO V.	COBRADOR	1.033729293	@YINERCAMACHO
2	Jefferson Angula	brigad	1.247293855	Jefferson
3	JHON CIFUENTES	OFICIAL	1010027137	JHON CIFUENTES
4	IVAN CIFUENTES	OFICIAL	1000722727	IVAN CIFUENTES
5	ALEJANDRO PEDRAZA	OFICIAL	79780583	
6	GUSTAVO OSTOS	OFIC.	1024324913	
7	Estiban Silva Salamanca	Aux	1001785373	
8	Jarol David Salamanca	Aux	1000579738	
9	Yhon Chiquillo	Oficial	1101879720	
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

FIRMA DE QUIEN DIRIGIÓ LA ACTIVIDAD

Escaneado con CamScanner

FIBRO TANK

FIBROTANK			
Código: SG-SST-FR-13	Versión: 04	Página: 1 de 1	Vigente desde: 15-07-2020

SST - CONTROL DE PAUSAS ACTIVAS

Lugar: OBRA EBISU BOITA Ciudad: BOGOTA Fecha: 02 al 06 de diciembre 2024

Nota: firmar en cada casilla los días asistidos a la realización de pausas activas

NOMBRE DEL TRABAJADOR	JORNADA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
GUILLERMO GALARZA	A.M					
	P.M					
JONATAN BARRAZA	A.M					
	P.M					
	A.M					
	P.M					
	A.M					
	P.M					
	A.M					
	P.M					
	A.M					
	P.M					
	A.M					
	P.M					
	A.M					
	P.M					
	A.M					
	P.M					
	A.M					
	P.M					
Tema Charla de 5 minutos:			Riesgo Público y de emergencia.			Salud mental y riesgo de ira

Observaciones:
Durante la semana se dieron las pausas activas con normalidad

La información contenida en este formato fue verificada por:

Camilo Rodriguez	Camilo Rodriguez
Nombre	Firma

FIBRO TANK

FIBROTANK			
Código: SIG-SST-FR-19	Versión: 04	Página: 1 de 1	Vigente desde: 15-07-2020

SST - CONTROL DE PAUSAS ACTIVAS

Lugar: OBRA EMSU BOITA Ciudad: BOGOTA Fecha: 09 al 13 de diciembre 2024

Nota: firmar en cada casilla los días asistidos a la realización de pausas activas

NOMBRE DEL TRABAJADOR	JORNADA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
GUILLERMO GALARZA	A.M.					
	P.M.					
JONATAN BARRAZA	A.M.					
	P.M.					
	A.M.					
	P.M.					
	A.M.					
	P.M.					
	A.M.					
	P.M.					
	A.M.					
	P.M.					
	A.M.					
	P.M.					
	A.M.					
	P.M.					
	A.M.					
	P.M.					
	A.M.					
	P.M.					
	A.M.					
	P.M.					
Tema Charla de 5 minutos:				Uso adecuado de EPP		Riesgo ergonómico de Herramientas

Observaciones:
Durante la semana se dan charlas programadas en obra por el auto cuidado de los trabajadores

La información contenida en este formato fue verificada por:

Nombre	Firma
Camilo Rodriguez	Camilo Rodriguez

FERRO TANK

FERROTANK

Código	Versión	Página	Vigente desde
[illegible]	04	1 de 1	[illegible]

SST - CONTROL DE PAUSAS ACTIVAS

Lugar: OBRA EBISU BOITA | Ciudad: BOGOTA | Fecha: 16 al 20 DICIEMBRE 2024

Nota: firmar en cada casilla los días asistidos a la realización de pausas activas.

NOMBRE DEL TRABAJADOR	JORNADA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
GUILLERMO GALARZA	A.M.					
	P.M.					
JONATAN BARRAZA	A.M.					
	P.M.					
	A.M.					
	P.M.					
	A.M.					
	P.M.					
	A.M.					
	P.M.					
	A.M.					
	P.M.					
	A.M.					
	P.M.					
	A.M.					
	P.M.					
	A.M.					
	P.M.					
	A.M.					
	P.M.					
	A.M.					
	P.M.					
Tema Charla de 5 minutos		importancia del juego				

Observaciones:

durante la jornada se dictaron al personal en temas referente al autocuidado y salud ocupacional

La información contenida en este formato fue verificada por:

Nombre	Firma
Camilo Rodriguez	Camilo Rodriguez

EBISU

CONSTRUIMOS EQUIDAD, BIENESTAR Y SUEÑOS

NIT 807.008.957-7

REGISTRO DE INDUCCIONES

EBISU	REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Código: FRH.CN-03 Versión: 00 Fecha: 15/03/2022

CAP.

FECHA DE INDUCCIÓN:	18 de Diciembre del 2024		
NOMBRE DEL TRABAJADOR:	Manuel David Cascavero Mosquera		
CARGO	Asistente de montaje	CEDULA	1111478921

1. **Bienvenida.**

EBISU S.A.S. le da la bienvenida como nuevo empleado y desea el mejor desempeño en el puesto de trabajo. A continuacion se difunde la información de la empresa con el objeto de ser parte del cumplimiento de metas y mejoramiento continuo:

Item	Documentos	SI	No
	FILOSOFÍA ORGANIZACIONAL		
1	Misión.		
2	Visión.		
3	Valores corporativos.		
4	Objetivos a alcanzar.		
	INFORMACIÓN GENERAL		
1	Contrato de trabajo.		
2	Manual de funciones del cargo		
3	Reglamento interno de trabajo.		
4	Organigrama.		
5	Politicas.		
6	Nuestros proyectos públicos, privados o licitaciones.		
7	MISIÓN ALFA.		
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		
1	Mapa de procesos.	✓	
2	Documentación.	✓	
3	Políticas de seguridad y salud en el trabajo.	✓	
4	Normas de conducta interna.	✓	
5	Identificación de los riesgos a los que está expuesto el cargo.	✓	
6	Programas de gestión.	✓	
7	Prevención de accidentes de trabajo.	✓	
8	Reglamento de higiene y seguridad industrial.	✓	
9	Obligaciones y responsabilidades del trabajador en Salud en el Trabajo.	✓	
10	Manejo de residuos.	✓	
11	Uso eficiente de la energía.	✓	
12	Las 3R.	✓	
13	Uso eficiente del agua.	✓	
	ENTREGABLE		
1	Contrato de trabajo.		
2	Reglamento interno de trabajo.		
3	Manual de funciones.		

En pleno uso de mis derechos y sin que medie presión alguna, con mi firma en este documento manifiesto que he recibido la (re)inducción, y he entiendo en su totalidad el contenido. Me comprometo a cumplir lo allí estipulado y velar porque mi equipo de trabajo así lo haga o de lo contrario, informar de manera oportuna a mi jefe inmediato. El grave incumplimiento de las políticas, procedimientos, instructivos, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o específica que consten por escrito, puede acarrear la terminación del contrato de trabajo por justa causa.

Manuel C.

FIRMA DEL EMPLEADO

EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN

1. Nombre dos valores corporativos:

•
•

2. Unir con una línea el proceso a que corresponda:

Procesos estratégicos	○ Gestión social ○ Licitaciones ○ Publicidad y mercadeo
Procesos misionales	○ Gestión de Recursos Humanos ○ Técnica
Procesos de apoyo	○ Compras ○ Gestión de calidad

Marque con una (X) las respuestas que considere correctas a las siguientes preguntas:

3. ¿Qué significa las siglas HSEQ?

   a. Seguridad Física y Calidad
   b. Hacer, Secuenciar, experimentar y quitar
   X. Salud, Seguridad, ambiente y Calidad
   d. a y b son correctas

4. ¿A quién se le debe reportar un accidente de trabajo?

   a. Al jefe de otras empresas
   b. Al jefe inmediato
   c. Al Inspector SST
   X. b y c son correctas

5. ¿Cuáles son los programas de gestión?

   a. Programa de Trabajo Seguro en Alturas.
   b. Programa de riesgo Biomecánico.
   c. Programa de Prevención y Control de Problemas Visuales
   d. Programa de Gestión Ambiental
   X. Todos los anteriores

6. ¿Un accidente de trabajo es?

   a. Un evento no planeado.
   b. Un evento planeado y premeditado
   c. Un incidente con consecuencias reales
   X. a y c Son correctos
   e. Es un milagro de Dios

7. ¿cuáles son las políticas de la empresa?

   a. Política integral de calidad, salud en el trabajo, seguridad, ambiente y responsabilidad social.
   b. Política de comunidades y responsabilidad social empresarial
   c. Política de no alcohol, tabaquismo y drogas
   d. Política de seguridad Vial y levantamiento mecánico de cargas
   X a y c son correctas.

8. ¿Cuáles son sus funciones frente al sistema de seguridad, Salud en el Trabajo y Ambiente?

   a. Reportar actos y condiciones inseguras
   b. Participar en las elecciones del COPASST
   c. Reportar al jefe inmediato los incidentes con y sin lesión presentados.
   d. Usar y cuidar los EPP.
   X. Todas las anteriores.

9. Cuando hablamos de las 3 R, en gestión ambiental nos referimos a:

   a. Responder, repetir y respetar
   b. Recuperar, recomponer y reactivar
   X. Reducir, reutilizar y reciclar
   d. Ninguna de las anteriores.

10. A cuál ARL (Administradora de Riesgos Laborales) se encuentra afiliado:

    a. ARL LIBERTY
    b. ARL BOLIVAR
    X ARL SURA
    d. Ninguna de las anteriores.

11. ¿Quién es el responsable ante un accidente de trabajo grave o mortal?

    a. La responsabilidad la tiene el trabajador accidentado.
    X La responsabilidad es compartida y solidaria, es asumida directamente por el causante del accidente mortal, llámese gerente, jefe inmediato, compañero de trabajo o supervisor, quienes pueden ser privados de su libertad como consecuencia de un proceso penal por homicidio.
    c. La responsabilidad es del Inspector SST.
    d. El gobierno

EBISU	REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Código: FRH.CN-03 Versión: 00 Fecha: 15/03/2022

12. Conteste falso o verdadero según corresponda.

PREGUNTAS	V	F
• Esta dentro de sus obligaciones el uso de elementos de protección personal asignados por la empresa.	X	
• El trabajador debe cumplir con las normas y reglamentos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa.	X	
• Cuando el trabajador se accidente jugando un partido de fútbol a la hora del almuerzo es incidente con lesión de trabajo.		X
• Es incidente de trabajo el que ocurre durante la jornada laboral y bajo órdenes directas del jefe.	X	
• Son prácticas permitidas llegar en estado de embriaguez y/ó fumar en áreas de oficinas y operativas.		X
• No usar los elementos de protección personal es un acto seguro.		X
• La iluminación deficiente es una condición insegura.	X	
• Disponer los residuos en el lugar apropiado es una buena práctica ambiental.	X	
• Portar los pagos de seguridad de seguridad social y notificar todo incidente es un requisito HSEQ	X	
• Pelar, insultar, calumniar a los compañeros de trabajo es un acto de compromiso con la empresa		X

19/19

Firma del evaluado:	Firma del evaluador:
Nombre: Manuel David Gonzalez	Nombre: Jorge Cano M
Cargo: Auxiliar de mantenimiento	Cargo: Lider SST

EBISU	REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Código: FRH.CN-03 Versión: 00 Fecha: 15/03/2022

CAP.

FECHA DE INDUCCIÓN:	18-12-24		
NOMBRE DEL TRABAJADOR:	Edison Javier Rodriguez Solano		
CARGO	Auxiliar de obra	CEDULA	1'118.571.853

1. **Bienvenida.**

EBISU S.A.S. le da la bienvenida como nuevo empleado y desea el mejor desempeño en el puesto de trabajo. A continuacion se difunde la información de la empresa con el objeto de ser parte del cumplimiento de metas y mejoramiento continuo:

Item	Documentos	SI	No
	FILOSOFÍA ORGANIZACIONAL		
1	Misión.		
2	Visión.		
3	Valores corporativos.		
4	Objetivos a alcanzar.		
	INFORMACIÓN GENERAL		
1	Contrato de trabajo.		
2	Manual de funciones del cargo		
3	Reglamento interno de trabajo.		
4	Organigrama.		
5	Políticas.		
6	Nuestros proyectos públicos, privados o licitaciones.		
7	MISIÓN ALFA.		
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		
1	Mapa de procesos.	✓	
2	Documentación.	✓	
3	Políticas de seguridad y salud en el trabajo.	✓	
4	Normas de conducta interna.	✓	
5	Identificación de los riesgos a los que está expuesto el cargo.	✓	
6	Programas de gestión.	✓	
7	Prevención de accidentes de trabajo.	✓	
8	Reglamento de higiene y seguridad industrial.	✓	
9	Obligaciones y responsabilidades del trabajador en Salud en el Trabajo.	✓	
10	Manejo de residuos.	✓	
11	Uso eficiente de la energía.	✓	
12	Las 3R.	✓	
13	Uso eficiente del agua.	✓	
	ENTREGABLE		
1	Contrato de trabajo.		
2	Reglamento interno de trabajo.		
3	Manual de funciones.		

En pleno uso de mis derechos y sin que medie presión alguna, con mi firma en este documento manifiesto que he recibido la (re)inducción, y he entiendo en su totalidad el contenido. Me comprometo a cumplir lo allí estipulado y velar porque mi equipo de trabajo así lo haga o de lo contrario, informar de manera oportuna a mi jefe inmediato. El grave incumplimiento de las políticas, procedimientos, instructivos, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o específica que consten por escrito, puede acarrear la terminación del contrato de trabajo por justa causa.

Edison Rodriguez

FIRMA DEL EMPLEADO

EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN

1. Nombre dos valores corporativos:

•
•

2. Unir con una línea el proceso a que corresponda:

Procesos estratégicos	o Gestión social o Licitaciones o Publicidad y mercadeo
Procesos misionales	o Gestión de Recursos Humanos o Técnica
Procesos de apoyo	o Compras o Gestión de calidad

Marque con una (X) las respuestas que considere correctas a las siguientes preguntas:

3. ¿Qué significa las siglas HSEQ?

   a. Seguridad Física y Calidad
   b. Hacer, Secuenciar, experimentar y quitar
   X. Salud, Seguridad, ambiente y Calidad
   d. a y b son correctas

4. ¿A quién se le debe reportar un accidente de trabajo?

   a. Al jefe de otras empresas
   b. Al jefe inmediato
   c. Al Inspector SST
   X. b y c son correctas

5. ¿Cuáles son los programas de gestión?

   a. Programa de Trabajo Seguro en Alturas.
   b. Programa de riesgo Biomecánico.
   c. Programa de Prevención y Control de Problemas Visuales
   d. Programa de Gestión Ambiental
   X. Todos los anteriores

6. ¿Un accidente de trabajo es?

   a. Un evento no planeado.
   b. Un evento planeado y premeditado
   c. Un incidente con consecuencias reales
   X. a y c Son correctos
   e. Es un milagro de Dios

12. Conteste falso o verdadero según corresponda.

PREGUNTAS	V	F
• Esta dentro de sus obligaciones el uso de elementos de protección personal asignados por la empresa.	X	
• El trabajador debe cumplir con las normas y reglamentos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa.	X	
• Cuando el trabajador se accidente jugando un partido de fútbol a la hora del almuerzo es incidente con lesión de trabajo.		X
• Es incidente de trabajo el que ocurre durante la jornada laboral y bajo órdenes directas del jefe.	X	
• Son prácticas permitidas llegar en estado de embriaguez y/ó fumar en áreas de oficinas y operativas.		X
• No usar los elementos de protección personal es un acto seguro.		X
• La iluminación deficiente es una condición insegura.	X	
• Disponer los residuos en el lugar apropiado es una buena práctica ambiental.	X	
• Portar los pagos de seguridad de seguridad social y notificar todo incidente es un requisito HSEQ	X	
• Pelar, insultar, calumniar a los compañeros de trabajo es un acto de compromiso con la empresa		X

19/19

Firma del evaluado:	Firma del evaluador:
Edisson Rodriguez	
Nombre: Edisson Javier Rodriguez Sabino	Nombre: Angie Lora M
Cargo: auxiliar de obra	Cargo: Insp SST

EBISU	REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Código: FRH.CN-03 Versión: 00 Fecha: 15/03/2022

OSSA

FECHA DE INDUCCIÓN:	22-12-2024		
NOMBRE DEL TRABAJADOR:	ALEXANDER GARCIA SAAVEDRA		
CARGO	PULIDOR	CEDULA	80750047

1. Bienvenida.

EBISU S.A.S. le da la bienvenida como nuevo empleado y desea el mejor desempeño en el puesto de trabajo. A continuacion se difunde la información de la empresa con el objeto de ser parte del cumplimiento de metas y mejoramiento continuo:

Item	Documentos	Si	No
	FILOSOFÍA ORGANIZACIONAL		
1	Misión.		
2	Visión.		
3	Valores corporativos.		
4	Objetivos a alcanzar.		
	INFORMACIÓN GENERAL		
1	Contrato de trabajo.		
2	Manual de funciones del cargo		
3	Reglamento interno de trabajo.		
4	Organigrama.		
5	Políticas.		
6	Nuestros proyectos públicos, privados o licitaciones.		
7	MISIÓN ALFA.		
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		
1	Mapa de procesos.	✓	
2	Documentación.	✓	
3	Políticas de seguridad y salud en el trabajo.	✓	
4	Normas de conducta interna.	✓	
5	Identificación de los riesgos a los que está expuesto el cargo.	✓	
6	Programas de gestión.	✓	
7	Prevención de accidentes de trabajo.	✓	
8	Reglamento de higiene y seguridad industrial.	✓	
9	Obligaciones y responsabilidades del trabajador en Salud en el Trabajo.	✓	
10	Manejo de residuos.	✓	
11	Uso eficiente de la energía.	✓	
12	Las 3R.	✓	
13	Uso eficiente del agua.	✓	
	ENTREGABLE		
1	Contrato de trabajo.		
2	Reglamento interno de trabajo.		
3	Manual de funciones.		

En pleno uso de mis derechos y sin que medie presión alguna, con mi firma en este documento manifiesto que he recibido la (re)inducción, y he entiendo en su totalidad el contenido. Me comprometo a cumplir lo allí estipulado y velar porque mi equipo de trabajo así lo haga o de lo contrario, informar de manera oportuna a mi jefe inmediato. El grave incumplimiento de las políticas, procedimientos, instructivos, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o específica que consten por escrito, puede acarrear la terminación del contrato de trabajo por justa causa.

ALEXANDER GARCIA

FIRMA DEL EMPLEADO

12. Conteste falso o verdadero según corresponda.

PREGUNTAS	V	F
• Esta dentro de sus obligaciones el uso de elementos de protección personal asignados por la empresa.	X	
• El trabajador debe cumplir con las normas y reglamentos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa.	X	
• Cuando el trabajador se accidente jugando un partido de fútbol a la hora del almuerzo es incidente con lesión de trabajo.		X
• Es incidente de trabajo el que ocurre durante la jornada laboral y bajo órdenes directas del jefe.	X	
• Son prácticas permitidas llegar en estado de embriaguez y/ó fumar en áreas de oficinas y operativas.		X
• No usar los elementos de protección personal es un acto seguro.		X
• La iluminación deficiente es una condición insegura.	X	
• Disponer los residuos en el lugar apropiado es una buena práctica ambiental.	X	
• Portar los pagos de seguridad de seguridad social y notificar todo incidente es un requisito HSEQ	X	
• Pelar, insultar, calumniar a los compañeros de trabajo es un acto de compromiso con la empresa		X

19/19

Firma del evaluado:	Firma del evaluador:
ALEXANDER GARCÍA	
Nombre: ALEXANDER GARCÍA	Nombre: Angie Lorena P
Cargo: PULIDOR	Cargo: Insp SST

EBISU	REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Código: FRH.CN-03 Versión: 00 Fecha: 15/03/2022

CAP.

FECHA DE INDUCCIÓN:	11/12/2024		
NOMBRE DEL TRABAJADOR:	Banner Alexis Gonzalez Cardona		
CARGO	SOLDADOR	CEDULA	1005. 091.028

1. **Bienvenida.**

EBISU S.A.S. le da la bienvenida como nuevo empleado y desea el mejor desempeño en el puesto de trabajo. A continuacion se difunde la información de la empresa con el objeto de ser parte del cumplimiento de metas y mejoramiento continuo:

Ítem	Documentos	Si	No
	FILOSOFÍA ORGANIZACIONAL		
1	Misión.		
2	Visión.		
3	Valores corporativos.		
4	Objetivos a alcanzar.		
	INFORMACIÓN GENERAL		
1	Contrato de trabajo.		
2	Manual de funciones del cargo		
3	Reglamento interno de trabajo.		
4	Organigrama.		
5	Políticas.		
6	Nuestros proyectos públicos, privados o licitaciones.		
7	MISIÓN ALFA.		
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		
1	Mapa de procesos.	✓	
2	Documentación.	✓	
3	Políticas de seguridad y salud en el trabajo.	✓	
4	Normas de conducta interna.	✓	
5	Identificación de los riesgos a los que está expuesto el cargo.	✓	
6	Programas de gestión.	✓	
7	Prevención de accidentes de trabajo.	✓	
8	Reglamento de higiene y seguridad industrial.	✓	
9	Obligaciones y responsabilidades del trabajador en Salud en el Trabajo.	✓	
10	Manejo de residuos.	✓	
11	Uso eficiente de la energía.	✓	
12	Las 3R.	✓	
13	Uso eficiente del agua.		
	ENTREGABLE		
1	Contrato de trabajo.		
2	Reglamento interno de trabajo.		
3	Manual de funciones.		

En pleno uso de mis derechos y sin que medie presión alguna, con mi firma en este documento manifiesto que he recibido la (re)inducción, y he entiendo en su totalidad el contenido. Me comprometo a cumplir lo allí estipulado y velar porque mi equipo de trabajo así lo haga o de lo contrario, informar de manera oportuna a mi jefe inmediato. El grave incumplimiento de las políticas, procedimientos, instructivos, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o especifica que consten por escrito, puede acarrear la terminación del contrato de trabajo por justa causa.

Banner

FIRMA DEL EMPLEADO

12. Conteste falso o verdadero según corresponda.

PREGUNTAS	V	F
• Esta dentro de sus obligaciones el uso de elementos de protección personal asignados por la empresa.	X	
• El trabajador debe cumplir con las normas y reglamentos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa.	X	
• Cuando el trabajador se accidente jugando un partido de fútbol a la hora del almuerzo es incidente con lesión de trabajo.		X
• Es incidente de trabajo el que ocurre durante la jornada laboral y bajo órdenes directas del jefe.	X	
• Son prácticas permitidas llegar en estado de embriaguez y/ó fumar en áreas de oficinas y operativas.		X
• No usar los elementos de protección personal es un acto seguro.		X
• La iluminación deficiente es una condición insegura.	X	
• Disponer los residuos en el lugar apropiado es una buena práctica ambiental.	X	
• Portar los pagos de seguridad de seguridad social y notificar todo incidente es un requisito HSEQ	X	
• Pelar, insultar, calumniar a los compañeros de trabajo es un acto de compromiso con la empresa		X

19/19

Firma del evaluado:	Firma del evaluador:
Nombre: Basser Alexis Gonzalez Cardo	Nombre: Angie Alvarado
Cargo: SOLDADOR ARMADOR	Cargo: Insp SST

EBISU	REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Código: FRH.CN-03 Versión: 00 Fecha: 15/03/2022

FECHA DE INDUCCIÓN:	03/12/2024		
NOMBRE DEL TRABAJADOR:	DIEGO FERNANDO GUTIERREZ DIMAS		
CARGO	PULIDOR	CEDULA	80721510

1. Bienvenida.

EBISU S.A.S. le da la bienvenida como nuevo empleado y desea el mejor desempeño en el puesto de trabajo. A continuacion se difunde la información de la empresa con el objeto de ser parte del cumplimiento de metas y mejoramiento continuo:

Item	Documentos	SI	No
	FILOSOFÍA ORGANIZACIONAL		
1	Misión.		
2	Visión.		
3	Valores corporativos.		
4	Objetivos a alcanzar.		
	INFORMACIÓN GENERAL		
1	Contrato de trabajo.		
2	Manual de funciones del cargo.		
3	Reglamento interno de trabajo.		
4	Organigrama.		
5	Políticas.		
6	Nuestros proyectos públicos, privados o licitaciones.		
7	MISIÓN ALFA.		
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		
1	Mapa de procesos.	✓	
2	Documentación.	✓	
3	Políticas de seguridad y salud en el trabajo.	✓	
4	Normas de conducta interna.	✓	
5	Identificación de los riesgos a los que está expuesto el cargo.	✓	
6	Programas de gestión.	✓	
7	Prevención de accidentes de trabajo.	✓	
8	Reglamento de higiene y seguridad industrial.	✓	
9	Obligaciones y responsabilidades del trabajador en Salud en el Trabajo.	✓	
10	Manejo de residuos.	✓	
11	Uso eficiente de la energía.	✓	
12	Las 3R.	✓	
13	Uso eficiente del agua.	✓	
	ENTREGABLE		
1	Contrato de trabajo.	✓	
2	Reglamento interno de trabajo.	✓	
3	Manual de funciones.	✓	

En pleno uso de mis derechos y sin que medie presión alguna, con mi firma en este documento manifiesto que he recibido la (re)inducción, y he entiendo en su totalidad el contenido. Me comprometo a cumplir lo allí estipulado y velar porque mi equipo de trabajo así lo haga o de lo contrario, informar de manera oportuna a mi jefe inmediato. El grave incumplimiento de las políticas, procedimientos, instructivos, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o específica que consten por escrito, puede acarrear la terminación del contrato de trabajo por justa causa.

DIEGO GUTIERREZ

FIRMA DEL EMPLEADO

EBISU	REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Código: FRH.CN-03 Versión: 00 Fecha: 15/03/2022

12. Conteste falso o verdadero según corresponda.

PREGUNTAS	V	F
• Esta dentro de sus obligaciones el uso de elementos de protección personal asignados por la empresa.	X	
• El trabajador debe cumplir con las normas y reglamentos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa.	X	
• Cuando el trabajador se accidente jugando un partido de fútbol a la hora del almuerzo es incidente con lesión de trabajo.		X
• Es incidente de trabajo el que ocurre durante la jornada laboral y bajo órdenes directas del jefe.	X	
• Son prácticas permitidas llegar en estado de embriaguez y/ó fumar en áreas de oficinas y operativas.		X
• No usar los elementos de protección personal es un acto seguro.	X	
• La iluminación deficiente es una condición insegura.	X	
• Disponer los residuos en el lugar apropiado es una buena práctica ambiental.	X	
• Portar los pagos de seguridad de seguridad social y notificar todo incidente es un requisito HSEQ	X	
• Pelar, insultar, calumniar a los compañeros de trabajo es un acto de compromiso con la empresa		X

18/18

Firma del evaluado: DIEGO GUTIERREZ	Firma del evaluador:
Nombre: DIEGO FERNANDO GUTIERREZ	Nombre: JHON FONSECA
Cargo: PULIDOR	Cargo: INSPECTOR SST

EBISU	REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Código: FRH.CN-03 Versión: 00 Fecha: 15/03/2022

FECHA DE INDUCCIÓN: 02-12-2024			
NOMBRE DEL TRABAJADOR: WILLIAN ALEXANDER YAGUE			
CARGO	AUXILIAR	CEDULA	1.022937991

1. **Bienvenida.**

EBISU S.A.S. le da la bienvenida como nuevo empleado y desea el mejor desempeño en el puesto de trabajo. A continuacion se difunde la información de la empresa con el objeto de ser parte del cumplimiento de metas y mejoramiento continuo:

Item	Documentos	Si	No
	FILOSOFÍA ORGANIZACIONAL		
1	Misión.		
2	Visión.		
3	Valores corporativos.		
4	Objetivos a alcanzar.		
	INFORMACIÓN GENERAL		
1	Contrato de trabajo.		
2	Manual de funciones del cargo		
3	Reglamento interno de trabajo.		
4	Organigrama.		
5	Políticas.		
6	Nuestros proyectos públicos, privados o licitaciones.		
7	MISIÓN ALFA.		
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		
1	Mapa de procesos.	✓	
2	Documentación.	✓	
3	Politicas de seguridad y salud en el trabajo.	✓	
4	Normas de conducta interna.	✓	
5	Identificación de los riesgos a los que está expuesto el cargo.	✓	
6	Programas de gestión.	✓	
7	Prevención de accidentes de trabajo.	✓	
8	Reglamento de higiene y seguridad industrial.	✓	
9	Obligaciones y responsabilidades del trabajador en Salud en el Trabajo.	✓	
10	Manejo de residuos.	✓	
11	Uso eficiente de la energía.	✓	
12	Las 3R.	✓	
13	Uso eficiente del agua.	✓	
	ENTREGABLE		
1	Contrato de trabajo.	✓	
2	Reglamento interno de trabajo.	✓	
3	Manual de funciones.	✓	

En pleno uso de mis derechos y sin que medie presión alguna, con mi firma en este documento manifiesto que he recibido la (re)inducción, y he entiendo en su totalidad el contenido. Me comprometo a cumplir lo allí estipulado y velar porque mi equipo de trabajo así lo haga o de lo contrario, informar de manera oportuna a mi jefe inmediato. El grave incumplimiento de las políticas, procedimientos, instructivos, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o específica que consten por escrito, puede acarrear la terminación del contrato de trabajo por justa causa.

WILLIAN YAGUE RODRIGUEZ

FIRMA DEL EMPLEADO

EBISU	REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Código: **FRH.CN-03** Versión: **00** Fecha: **15/03/2022**

12. Conteste falso o verdadero según corresponda

PREGUNTAS	V	F
• Esta dentro de sus obligaciones el uso de elementos de protección personal asignados por la empresa.	X	
• El trabajador debe cumplir con las normas y reglamentos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa.	X	
• Cuando el trabajador se accidente jugando un partido de fútbol a la hora del almuerzo es incidente con lesión de trabajo.		X
• Es incidente de trabajo el que ocurre durante la jornada laboral y bajo órdenes directas del jefe.	X	
• Son prácticas permitidas llegar en estado de embriaguez y/ó fumar en áreas de oficinas y operativas.		X
• No usar los elementos de protección personal es un acto seguro.	X	
• La iluminación deficiente es una condición insegura.	X	
• Disponer los residuos en el lugar apropiado es una buena práctica ambiental.	X	
• Portar los pagos de seguridad de seguridad social y notificar todo incidente es un requisito HSEQ	X	
• Pelar, insultar, calumniar a los compañeros de trabajo es un acto de compromiso con la empresa		X

Firma del evaluado:	Firma del evaluador:
Nombre: WILIAN ALEXANDER YAGUE	
Cargo: 1.072933991	Nombre: JHON ZAMORA
	Cargo: INSPECTOR

EBISU	REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Código: FRH.CN-03 Versión: 00 Fecha: 15/03/2022

FECHA DE INDUCCIÓN:	28 11 24		
NOMBRE DEL TRABAJADOR:	Jose Miguel Arcola		
CARGO	Pulidor	CEDULA	1055551295

1. **Bienvenida.**

EBISU S.A.S. le da la bienvenida como nuevo empleado y desea el mejor desempeño en el puesto de trabajo. A continuacion se difunde la información de la empresa con el objeto de ser parte del cumplimiento de metas y mejoramiento continuo:

Item	Documentos	Si	No
	FILOSOFÍA ORGANIZACIONAL		
1	Misión.		
2	Visión.		
3	Valores corporativos.		
4	Objetivos a alcanzar.		
	INFORMACIÓN GENERAL		
1	Contrato de trabajo.		
2	Manual de funciones del cargo		
3	Reglamento interno de trabajo.		
4	Organigrama.		
5	Políticas.		
6	Nuestros proyectos públicos, privados o licitaciones.		
7	MISIÓN ALFA.		
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		
1	Mapa de procesos.	✓	
2	Documentación.	✓	
3	Políticas de seguridad y salud en el trabajo.	✓	
4	Normas de conducta interna.	✓	
5	Identificación de los riesgos a los que está expuesto el cargo.	✓	
6	Programas de gestión.	✓	
7	Prevención de accidentes de trabajo.	✓	
8	Reglamento de higiene y seguridad industrial.	✓	
9	Obligaciones y responsabilidades del trabajador en Salud en el Trabajo.	✓	
10	Manejo de residuos.	✓	
11	Uso eficiente de la energía.	✓	
12	Las 3R.	✓	
13	Uso eficiente del agua.	✓	
	ENTREGABLE		
1	Contrato de trabajo.		
2	Reglamento interno de trabajo.		
3	Manual de funciones.		

En pleno uso de mis derechos y sin que medie presión alguna, con mi firma en este documento manifiesto que he recibido la (re)inducción, y he entiendo en su totalidad el contenido. Me comprometo a cumplir lo allí estipulado y velar porque mi equipo de trabajo así lo haga o de lo contrario, informar de manera oportuna a mi jefe inmediato. El grave incumplimiento de las políticas, procedimientos, instructivos, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o específica que consten por escrito, puede acarrear la terminación del contrato de trabajo por justa causa.

Miguel A.

FIRMA DEL EMPLEADO

12. Conteste falso o verdadero según corresponda.

PREGUNTAS	V	F
• Esta dentro de sus obligaciones el uso de elementos de protección personal asignados por la empresa.	✓	
• El trabajador debe cumplir con las normas y reglamentos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa.	✓	
• Cuando el trabajador se accidente jugando un partido de fútbol a la hora del almuerzo es incidente con lesión de trabajo.		✓
• Es incidente de trabajo el que ocurre durante la jornada laboral y bajo órdenes directas del jefe.	✓	
• Son prácticas permitidas llegar en estado de embriaguez y/ó fumar en áreas de oficinas y operativas.		✓
• No usar los elementos de protección personal es un acto seguro.		✓
• La iluminación deficiente es una condición insegura.		✓
• Disponer los residuos en el lugar apropiado es una buena práctica ambiental.	✓	
• Portar los pagos de seguridad de seguridad social y notificar todo incidente es un requisito HSEQ	✓	
• Pelar, insultar, calumniar a los compañeros de trabajo es un acto de compromiso con la empresa		✓

10
10

Firma del evaluado: Miguel A.	Firma del evaluador: Angie Lara M
Nombre: José Miguel Marcelo	Nombre: Angie Lara M
Cargo: pulidor	Cargo: Tec SST

EBISU	REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Código: FRH.CN-03 Versión: 00 Fecha: 15/03/2022

FECHA DE INDUCCIÓN:	27 Noviembre 2024		
NOMBRE DEL TRABAJADOR:			
CARGO	Pulidor pisos	CEDULA	7'951837 3 Btá

1. **Bienvenida.**

EBISU S.A.S. le da la bienvenida como nuevo empleado y desea el mejor desempeño en el puesto de trabajo. A continuacion se difunde la información de la empresa con el objeto de ser parte del cumplimiento de metas y mejoramiento continuo:

Ítem	Documentos	Si	No
	FILOSOFÍA ORGANIZACIONAL		
1	Misión.		
2	Visión.		
3	Valores corporativos.		
4	Objetivos a alcanzar.		
	INFORMACIÓN GENERAL		
1	Contrato de trabajo.		
2	Manual de funciones del cargo		
3	Reglamento interno de trabajo.		
4	Organigrama.		
5	Políticas.		
6	Nuestros proyectos públicos, privados o licitaciones.		
7	MISIÓN ALFA.		
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		
1	Mapa de procesos.	✓	
2	Documentación.	✓	
3	Políticas de seguridad y salud en el trabajo.	✓	
4	Normas de conducta interna.	✓	
5	Identificación de los riesgos a los que está expuesto el cargo.	✓	
6	Programas de gestión.	✓	
7	Prevención de accidentes de trabajo.	✓	
8	Reglamento de higiene y seguridad industrial.	✓	
9	Obligaciones y responsabilidades del trabajador en Salud en el Trabajo.	✓	
10	Manejo de residuos.	✓	
11	Uso eficiente de la energía.	✓	
12	Las 3R.	✓	
13	Uso eficiente del agua.	✓	
	ENTREGABLE	✓	
1	Contrato de trabajo.	✓	
2	Reglamento interno de trabajo.	✓	
3	Manual de funciones.	✓	

En pleno uso de mis derechos y sin que medie presión alguna, con mi firma en este documento manifiesto que he recibido la (re)inducción, y he entiendo en su totalidad el contenido. Me comprometo a cumplir lo allí estipulado y velar porque mi equipo de trabajo así lo haga o de lo contrario, informar de manera oportuna a mi jefe inmediato. El grave incumplimiento de las políticas, procedimientos, instructivos, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o específica que consten por escrito, puede acarrear la terminación del contrato de trabajo por justa causa.

Helmer Mauricio Rubio

FIRMA DEL EMPLEADO

EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN

1. Nombre dos valores corporativos:

-
-

2. Unir con una línea el proceso a que corresponda:

Procesos estratégicos	○ Gestión social ○ Licitaciones ○ Publicidad y mercadeo
Procesos misionales	○ Gestión de Recursos Humanos ○ Técnica
Procesos de apoyo	○ Compras ○ Gestión de calidad

Marque con una (X) las respuestas que considere correctas a las siguientes preguntas:

3. ¿Qué significa las siglas HSEQ?

   a. Seguridad Física y Calidad
   b. Hacer, Secuenciar, experimentar y quitar
   X Salud, Seguridad, ambiente y Calidad
   d. a y b son correctas

4. ¿A quién se le debe reportar un accidente de trabajo?

   a. Al jefe de otras empresas
   b. Al jefe inmediato
   c. Al Inspector SST
   X b y c son correctas

5. ¿Cuáles son los programas de gestión?

   a. Programa de Trabajo Seguro en Alturas.
   b. Programa de riesgo Biomecánico.
   c. Programa de Prevención y Control de Problemas Visuales
   d. Programa de Gestión Ambiental
   X Todos los anteriores

6. ¿Un accidente de trabajo es?

   a. Un evento no planeado.
   X Un evento planeado y premeditado
   c. Un incidente con consecuencias reales
   d. a y c Son correctos
   e. Es un milagro de Dios

EBISU	REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Código: FRH.CN-03 Versión: 00 Fecha: 15/03/2022

7. ¿cuáles son las políticas de la empresa?

   a. Política integral de calidad, salud en el trabajo, seguridad, ambiente y responsabilidad social.
   b. Política de comunidades y responsabilidad social empresarial
   c. Política de no alcohol, tabaquismo y drogas
   d. Política de seguridad Vial y levantamiento mecánico de cargas
   X a y c son correctas.

8. ¿Cuáles son sus funciones frente al sistema de seguridad, Salud en el Trabajo y Ambiente?

   a. Reportar actos y condiciones inseguras
   b. Participar en las elecciones del COPASST
   c. Reportar al jefe inmediato los incidentes con y sin lesión presentados.
   d. Usar y cuidar los EPP.
   X Todas las anteriores.

9. Cuando hablamos de las 3 R, en gestión ambiental nos referimos a:

   a. Responder, repetir y respetar
   b. Recuperar, recomponer y reactivar
   X Reducir, reutilizar y reciclar
   d. Ninguna de las anteriores.

10. A cuál ARL (Administradora de Riesgos Laborales) se encuentra afiliado:

    a. ARL LIBERTY positiva
    b. ARL BOLIVAR
    c. ARL SURA
    d. Ninguna de las anteriores.

11. ¿Quién es el responsable ante un accidente de trabajo grave o mortal?

    a. La responsabilidad la tiene el trabajador accidentado.
    X La responsabilidad es compartida y solidaria, es asumida directamente por el causante del accidente mortal, llámese gerente, jefe inmediato, compañero de trabajo o supervisor, quienes pueden ser privados de su libertad como consecuencia de un proceso penal por homicidio.
    c. La responsabilidad es del Inspector SST.
    d. El gobierno

EBISU	REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Código: FRH.CN-03 Versión: 00 Fecha: 15/03/2022

12. Conteste falso o verdadero según corresponda.

PREGUNTAS	V	F
• Esta dentro de sus obligaciones el uso de elementos de protección personal asignados por la empresa.	X	
• El trabajador debe cumplir con las normas y reglamentos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa.	X	
• Cuando el trabajador se accidente jugando un partido de fútbol a la hora del almuerzo es incidente con lesión de trabajo.	X	X
• Es incidente de trabajo el que ocurre durante la jornada laboral y bajo órdenes directas del jefe.	X	
• Son prácticas permitidas llegar en estado de embriaguez y/ó fumar en áreas de oficinas y operativas.		X
• No usar los elementos de protección personal es un acto seguro.		X
• La iluminación deficiente es una condición insegura.	X	X
• Disponer los residuos en el lugar apropiado es una buena práctica ambiental.	X	
• Portar los pagos de seguridad de seguridad social y notificar todo incidente es un requisito HSEQ	X	
• Pelar, insultar, calumniar a los compañeros de trabajo es un acto de compromiso con la empresa		X

18
18

Firma del evaluado:	Firma del evaluador:
Helmer Marias Rubio	
Nombre: Helmer Marias	Nombre: JHON FLOREA
Cargo: Pulidor de pisos	Cargo: Inspector SST

EBISU

CONSTRUIMOS EQUIDAD, BIENESTAR Y SUEÑOS

NIT 807.008.957-7

REGISTRO DE ATS PREOPERACIONALES PERMISOS SST - EBISU SAS

EBISU	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04
		Versión: 00
		Fecha: 15/03/2022

FECHA	DIA	20	MES	11	AÑO	24	PERMISO DE TRABAJO Nº:	#4
LUGAR DE OPERACIÓN:	Proyecto Bonlu Torre A y Torre B							
EQUIPOS UTILIZADOS EN LA OPERACIÓN:	Polidora, Taladro, Tronzadora, plomada, Sierra, martillo, cuchilla							
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR:	Estructura, Instalaciones hidraulicas, Instalaciones electricas							
EQUIPO QUE ELABORA EL ATS:	Trabajadores, Residente de obra							

SECUENCIA DE ACTIVIDADES	PELIGROS Y CONSECUENCIAS		RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
EXCAVACION MANUAL	FISICO BIOMECANICO MECANICO PSICOSOCIAL	GOLPES, FRACTURAS, RASGUÑOS, ESTRÉS, DOLOR DE CABEZA, DOLORES LUMBARES, DESHIDRATACION,	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR - HIDRATACION DUTANTE LA LABOR
EXCAVACION MECANICA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO BIOMECANICO	ACCIDENTES DE TRANSITO APLASTAMIENTOS ATRAPAMIENTOS DOLORES DE CABEZA, ESTRÉS, MOLESTIAS LUMBARES, DESHIDRATACION	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL - RELEVOS EN LA LABOR - HIDRATACION DUTANTE LA LABOR
COMPACTACION DE TERRENO	FISICO BIOMECANICO QUIMICO CONDICIONES DE SEGURIDAD	MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OIDOS, DESHIDRTACION, EXPOSICION A LLUVIAS, CAIDAS MISMO NIVEL.	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - HIDRATACION DUTANTE LA LABOR - RELEVOS EN LA LABOR
CORTE DE MADERA Y ACERO	MECANICO FISICO	LESIONES EN OJOS POR PROYECCION DE PARTICULAS, MOLESTIAS EN OIDOS, DOLOR DE CABEZA, CORTES, AMPUTACIONES, ALERGIAS	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR

SECUENCIA DE ACTIVIDADES	PELIGROS Y CONSECUENCIAS		RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
INSTALACION DE TUBERIA EN PVC Y RCI	FISICO BIOMECANICO MECANICO PSICOSOCIAL CONDICIONES DE SEGURIDAD	GOLPES, FRACTURAS, RASGUÑOS, ESTRÉS, DOLOR DE CABEZA, DOLORES LUMBARES, CAIDAS A MISMO Y DIFERENTE NIVEL	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL
INSTALACIONES ELECTRICAS GENERALES EN OBRA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO BIOMECANICO	MOLESTIAS LUMBARES. CANSANCIO OCULAR, ESTRÉS, ELECTROCUCION O CONTACTO LEVE CON ENERGIA, CORTES, LACERACIONES, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL
AMARRE DE ACERO	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO BIOMECANICO	MOLESTIAS LUMBARES, DOLOR DE CABEZA, CORTES, ESTRÉS, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, ATRAPAMIENTOS	USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL
INSTALACION DE FORMALETA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO BIOMECANICO	MOLESTIAS LUMBARES, DOLOR DE CABEZA, CORTES, ESTRÉS, GOLPES, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, ATRAPAMIENTOS	USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL
FUNDIDA DE ESCALERAS Y ZONAS PUNTUALES EN OBRA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO QUIMICO BIOMECANICO	LESIONES EN OJOS POR PROYECCION DE PARTICULAS, MOLESTIAS EN OIDOS, DOLOR DE CABEZA, CORTES, ESTRÉS, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL , QUEMADURAS POR CONCRETO, ALERGIAS	USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL
DESENCOFRAR Y DESCIMBRAR ZONAS FUNDIDAS	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO BIOMECANICO	LESIONES EN OJOS POR PROYECCION DE PARTICULAS, MOLESTIAS EN OIDOS, DOLOR DE CABEZA, CORTES, ESTRÉS, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, GOLPES, MACHUCONES	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL

EBISU	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04
		Versión: 00
		Fecha: 15/03/2022

No	NOMBRES COMPLETOS	CEDULA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL TRABAJADOR
1	FAUSTO SANCHEZ	5122996	
2	Isidro Velasco V	7948565	
3	Christian Alberto Gonzalez V	1106890780	
4	Yadis Caceda Soto	1044914028	Yadis C.
5	Irina Altamiranda Guerra	50989201	Irina A.
6	Alexander Lopez	13563241	
7	Heiman Pamplona	70466659	Heiman PC
8	EDILBERTO MADRID	80367 367	
9	Harry Yamid Olaya Angulo	87946129	Harry Olaya
10	Rafael G. Hernandez R.	1127394477	

EBISU	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04
		Versión: 00
		Fecha: 15/03/2022

11	Andres felipe R	1216976666	
12	Jose D Bravo	1003045086	
13	Hernan Yanguatin	87072106	
14	Jose Alejandro Acosta	1004952359	
15	José F. Santiago P.	7636590	
16	Gregor Aguirre	92551355	
17	Benjamin Antolinez	7729593	
18	Gerardo Villarreal Lopez	1193081451	
19	Gustavo de la Hoz	1102896714	
20	DARWIN MARTINEZ PACE	1006685128	
21	Alv A Reyes Lopez		
22	ARISMENDI TORRES	79829546	

23	David Santiago Torres	1000128491	
24	JOSE HERRERA	1001128491	Jose Herrera
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			

EBISU	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04
		Versión: 00
		Fecha: 15/03/2022

FECHA	DIA	07	MES	12	AÑO	2024	PERMISO DE TRABAJO Nº:	#1
LUGAR DE OPERACIÓN:	Colegio Bolita							
EQUIPOS UTILIZADOS EN LA OPERACIÓN:	Pulidora, Tronzadora, Taladro, Sierra, Cortefilo, Pala, Pica, Barra, Valdes							
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR:	Remates, fundido de goteros, excavacion manual, corte de acero y madera, Instalaciones hidraulicas Instalaciones electricas, Izaje de pluma, Orden y aseo							
EQUIPO QUE ELABORA EL ATS:	Inspector SST, Maestro, Residente.							

SECUENCIA DE ACTIVIDADES	PELIGROS Y CONSECUENCIAS		RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES	
EXCAVACION MANUAL	FISICO BIOMECANICO MECANICO PSICOSOCIAL	GOLPES, FRACTURAS, RASGUÑOS, ESTRÉS, DOLOR DE CABEZA, DOLORES LUMBARES, DESHIDRATACION,	- USO CONTINUO DE EPP - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR	- PRECAUCION EN LA LABOR - HIDRATACION DUTANTE LA LABOR
EXCAVACION MECANICA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO BIOMECANICO	ACCIDENTES DE TRANSITO APLASTAMIENTOS ATRAPAMIENTOS DOLORES DE CABEZA, ESTRÉS, MOLESTIAS LUMBARES, DESHIDRATACION	- USO CONTINUO DE EPP - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR	- PRECAUCION EN LA LABOR - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL - HIDRATACION DUTANTE LA LABOR
COMPACTACION DE TERRENO	FISICO BIOMECANICO QUIMICO CONDICIONES DE SEGURIDAD	MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OIDOS, DESHIDRTACION, EXPOSICION A LLUVIAS, CAIDAS MISMO NIVEL	- USO CONTINUO DE EPP - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR	- PRECAUCION EN LA LABOR - HIDRATACION DUTANTE LA LABOR
CORTE DE MADERA Y ACERO	MECANICO FISICO	LESIONES EN OJOS POR PROYECCION DE PARTICULAS, MOLESTIAS EN OIDOS, DOLOR DE CABEZA, CORTES, AMPUTACIONES, ALERGIAS	- USO CONTINUO DE EPP - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR	- PRECAUCION EN LA LABOR

SECUENCIA DE ACTIVIDADES	PELIGROS Y CONSECUENCIAS		RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
INSTALACION DE TUBERIA EN PVC Y RCI	FISICO BIOMECANICO MECANICO PSICOSOCIAL CONDICIONES DE SEGURIDAD	GOLPES, FRACTURAS, RASGUÑOS, ESTRÉS, DOLOR DE CABEZA, DOLORES LUMBARES, CAIDAS A MISMO Y DIFERENTE NIVEL	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL
INSTALACIONES ELECTRICAS GENERALES EN OBRA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO BIOMECANICO	MOLESTIAS LUMBARES. CANSANCIO OCULAR, ESTRÉS, ELECTROCUCION O CONTACTO LEVE CON ENERGIA, CORTES, LACERACIONES, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL
AMARRE DE ACERO	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO BIOMECANICO	MOLESTIAS LUMBARES, DOLOR DE CABEZA, CORTES, ESTRÉS, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, ATRAPAMIENTOS	USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL
INSTALACION DE FORMALETA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO BIOMECANICO	MOLESTIAS LUMBARES, DOLOR DE CABEZA, CORTES, ESTRÉS, GOLPES, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, ATRAPAMIENTOS	USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL
FUNDIDA DE ESCALERAS Y ZONAS PUNTUALES EN OBRA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO QUIMICO BIOMECANICO	LESIONES EN OJOS POR PROYECCION DE PARTICULAS, MOLESTIAS EN OIDOS, DOLOR DE CABEZA, CORTES, ESTRÉS, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL , QUEMADURAS POR CONCRETO, ALERGIAS	USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL
DESENCOFRAR Y DESCIMBRAR ZONAS FUNDIDAS	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO BIOMECANICO	LESIONES EN OJOS POR PROYECCION DE PARTICULAS, MOLESTIAS EN OIDOS, DOLOR DE CABEZA, CORTES, ESTRÉS, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, GOLPES, MACHUCONES	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL

SECUENCIA DE ACTIVIDADES	PELIGROS Y CONSECUENCIAS		RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
ASCENSO Y DESCENSO DE MATERIAL CON PLUMA GRUA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL BIOLOGICO FISICO BIOMECANICO	LESIONES EN OJOS POR PROYECCION DE PARTICULAS, MOLESTIAS EN OIDOS, DOLOR DE CABEZA, DESHIDRATACION, GOLPES DE CALOR, CORTES, ESTRÉS, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, BACTERIAS, GOLPES, LACERACIONES, MACHUCONES, MUERTE	- USO PERMANENTE DE EPPS ADECUADOS PARA LA ACTIVIDAD - CAPACITACION PERSONALIZADA - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA ACTIVIDAD - PRECAUCION EN LA ACTIVIDAD - INSPECCION DE LOS EQUIPOS A UTILIZAR - USO CORRECTO DE LOS EPCC
ORDEN Y ASEO GENERAL EN OBRA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL BIOLOGICO FISICO BIOMECANICO	LESIONES EN OJOS POR PROYECCION DE PARTICULAS, MOLESTIAS EN OIDOS, DOLOR DE CABEZA, CORTES, ESTRÉS, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, ACIDENTE DE TRANSITO, HONGOS, BACTERIAS, GOLPES, LACERACIONES, MACHUCONES	- USO PERMANENTE DE EPP - CAPACITACION PERSONALIZADA - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN ACTIVIDADES - PRECAUCION EN LA ACTIVIDAD

FIRMA REPRESENTANTES EQUIPO DE TRABAJO:

EQUIPAMIENTO Y RECOMENDQCIONES DE SEGURIDAD PARA REALIZAR ESTE TRABAJO

Casco	☑	Guantes	☑	Mascara facial	☑	Lockout/Tagout	☐
Botas de seguridad	☑	Protección Respiratoria	☑	Chaleco reflectivo	☐	Permiso de Trabajo Requerido	☐
Gafas de Seguridad	☑	Protección Auditiva	☑	Extintores	☐	Charla pre-operacional	☑
Overol	☑	Equipos de protección contra caidas y entre paréntesis (arnés, conectores y anclajes	☑	Barreras o aislamiento de áreas	☐	Señalización y acordonamiento	☑
Kit Invernal	☐	Dotación	☑	Polarización a tierra de equipos	☐	Otro ( )	☐

EBISU	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04
		Versión: 00
		Fecha: 15/03/2022

No	NOMBRES COMPLETOS	CEDULA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL TRABAJADOR
1	TAUSTO SANCHEZ	5122916	
2	Irina Altamiranda	50989201	
3	Jadis Caceto	1044914028	
4	Alexander Lopez	13563241	
5	Isidro Velasco V.	79482565	
6	Rafael Quintanero R	1127394477	
7	Christian Alberto Gonzalez	1166890780	
8	Eliezer Osorio	1063164092	
9	Andres Felipe R	7216722666	
10	EDILBERTO AYALA	80362762	

EBISU

ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS

Código: FST-04
Versión: 00
Fecha: 15/03/2022

11			
12	Yasmin Olaya	87146129	
13	Heiner Yanguatin	87572106	
14	Manuel Rodriguez	1021273412	
15	Hernan pamplona	70466659	Hernan P
16	JALWIN PAEZ	1026588125	
17	Jose D. Santiago	7636990	
18	Gredis Acosta	92551355	
19	Benjamin Antolinez Perdomo	7169393	
20	Jose D Berrio C	1003045086	
21	Frank Arcelo Lacera	1004049759	
22	David Santiago Torres	1002284191	Santiago Torres
	Enderson de la Hoz	1102896714	

EBISU	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04
		Versión: 00
		Fecha: 15/03/2022

Dino Mendoza 109995

23	[illegible]	[illegible]	[illegible]
24	Zoraida Villarreal López	7193081451	Zoraida V
25	Jose Herrera	1002[illegible]	Jose H
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			

EBISU	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04
		Versión: 00
		Fecha: 15/03/2022

FECHA	DIA	09	MES	12	AÑO	2024	PERMISO DE TRABAJO Nº:	#2
LUGAR DE OPERACIÓN:	proyecto Boila Torre A y Torre B							
EQUIPOS UTILIZADOS EN LA OPERACIÓN:	Troscadora, polidora, sierra, Taladro, pluma 6ton, martillo							
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR:	estructura, Instalación Redes hidraulicas, redes electricas							
EQUIPO QUE ELABORA EL ATS:	Trabajadores, Inspectores, Residentes							

SECUENCIA DE ACTIVIDADES	PELIGROS Y CONSECUENCIAS		RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES	
EXCAVACION MANUAL	FISICO BIOMECANICO MECANICO PSICOSOCIAL	GOLPES, FRACTURAS, RASGUÑOS, ESTRÉS, DOLOR DE CABEZA, DOLORES LUMBARES, DESHIDRATACION,	- USO CONTINUO DE EPP - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR	- PRECAUCION EN LA LABOR - HIDRATACION DUTANTE LA LABOR
EXCAVACION MECANICA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO BIOMECANICO	ACCIDENTES DE TRANSITO APLASTAMIENTOS ATRAPAMIENTOS DOLORES DE CABEZA, ESTRÉS, MOLESTIAS LUMBARES, DESHIDRATACION	- USO CONTINUO DE EPP - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR	- PRECAUCION EN LA LABOR - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL - HIDRATACION DUTANTE LA LABOR
COMPACTACION DE TERRENO	FISICO BIOMECANICO QUIMICO CONDICIONES DE SEGURIDAD	MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OIDOS, DESHIDRTACION, EXPOSICION A LLUVIAS, CAIDAS MISMO NIVEL.	- USO CONTINUO DE EPP - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR	- PRECAUCION EN LA LABOR - HIDRATACION DUTANTE LA LABOR
CORTE DE MADERA Y ACERO	MECANICO FISICO	LESIONES EN OJOS POR PROYECCION DE PARTICULAS, MOLESTIAS EN OIDOS, DOLOR DE CABEZA, CORTES, AMPUTACIONES, ALERGIAS	- USO CONTINUO DE EPP - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR	- PRECAUCION EN LA LABOR

SECUENCIA DE ACTIVIDADES	PELIGROS Y CONSECUENCIAS		RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
INSTALACION DE TUBERIA EN PVC Y RCI	FISICO BIOMECANICO MECANICO PSICOSOCIAL CONDICIONES DE SEGURIDAD	GOLPES, FRACTURAS, RASGUÑOS, ESTRÉS, DOLOR DE CABEZA, DOLORES LUMBARES, CAIDAS A MISMO Y DIFERENTE NIVEL	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL
INSTALACIONES ELECTRICAS GENERALES EN OBRA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO BIOMECANICO	MOLESTIAS LUMBARES. CANSANCIO OCULAR, ESTRÉS, ELECTROCUCION O CONTACTO LEVE CON ENERGIA, CORTES, LACERACIONES, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL
AMARRE DE ACERO	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO BIOMECANICO	MOLESTIAS LUMBARES, DOLOR DE CABEZA, CORTES, ESTRÉS, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, ATRAPAMIENTOS	USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL
INSTALACION DE FORMALETA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO BIOMECANICO	MOLESTIAS LUMBARES, DOLOR DE CABEZA, CORTES, ESTRÉS, GOLPES, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, ATRAPAMIENTOS	USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL
FUNDIDA DE ESCALERAS Y ZONAS PUNTUALES EN OBRA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO QUIMICO BIOMECANICO	LESIONES EN OJOS POR PROYECCION DE PARTICULAS, MOLESTIAS EN OIDOS, DOLOR DE CABEZA, CORTES, ESTRÉS, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL , QUEMADURAS POR CONCRETO, ALERGIAS	USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL
DESENCOFRAR Y DESCIMBRAR ZONAS FUNDIDAS	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO BIOMECANICO	LESIONES EN OJOS POR PROYECCION DE PARTICULAS, MOLESTIAS EN OIDOS, DOLOR DE CABEZA, CORTES, ESTRÉS, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, GOLPES, MACHUCONES	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL

EBISU	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04
		Versión: 00
		Fecha: 15/03/2022

No	NOMBRES COMPLETOS	CEDULA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL TRABAJADOR
1	FAUSTO SANCHEZ	5122996	
2	Leds Cacedo	1044914028	Leds C.
3	Isidro Velosa C	79486505	
4	Andres Felipe R	1216976666	
5	Marvin Olaya	87946129	Marvin Olaya
6	Heiman Yanquatin	87572106	
7	Enderson de la Hoz	1102896774	Enderson
8	Rafael Eg Chinchonez R.	1127394477	
9	Alexander Lopez	13563245	
10	Heiman pamplona	70466659	Heiman PC.

EBISU

ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS

Código: FST-04
Versión: 00
Fecha: 15/03/2022

11			
12	Elicer Osorio	1063764092	
13	Dino Mendoza	1097775	
14	[illegible] Lopez	1003656283	
15	Christian Gonzalez	1106890780	
16	Benjamin Antolinez	1129593	
17	Alfonso Torres	79829346	
18	Frank Alejandro Arcila	1001045259	
19	Jose Herrera	1001294434	Jose A
20	Jose Berrio Conde	1003045096	
21	[illegible]	1026585125	
22	Jonathan Agudelo Gonzalez	1023893713	
	Wilian Yague	1.022937991	

EBISU	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04
		Versión: 00
		Fecha: 15/03/2022

FECHA	DIA	16	MES	12	AÑO	24	PERMISO DE TRABAJO Nº:	#2
LUGAR DE OPERACIÓN:	proyecto conito Torre A y B							
EQUIPOS UTILIZADOS EN LA OPERACIÓN:	Trozadora, pulidora, sierra, Taladro, plomo Grua							
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR:	estructura, Instalación Hidraulica, Instalación electrica							
EQUIPO QUE ELABORA EL ATS:	Trabajadores, residentes de obra, Inspectores.							

SECUENCIA DE ACTIVIDADES	PELIGROS Y CONSECUENCIAS		RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES	
EXCAVACION MANUAL	FISICO BIOMECANICO MECANICO PSICOSOCIAL	GOLPES, FRACTURAS, RASGUÑOS, ESTRÉS, DOLOR DE CABEZA, DOLORES LUMBARES, DESHIDRATACION,	- USO CONTINUO DE EPP - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR	- PRECAUCION EN LA LABOR - HIDRATACION DUTANTE LA LABOR
EXCAVACION MECANICA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO BIOMECANICO	ACCIDENTES DE TRANSITO APLASTAMIENTOS ATRAPAMIENTOS DOLORES DE CABEZA, ESTRÉS, MOLESTIAS LUMBARES, DESHIDRATACION	- USO CONTINUO DE EPP - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR	- PRECAUCION EN LA LABOR - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL - HIDRATACION DUTANTE LA LABOR
COMPACTACION DE TERRENO	FISICO BIOMECANICO QUIMICO CONDICIONES DE SEGURIDAD	MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OIDOS, DESHIDRTACION, EXPOSICION A LLUVIAS, CAIDAS MISMO NIVEL	- USO CONTINUO DE EPP - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR	- PRECAUCION EN LA LABOR - HIDRATACION DUTANTE LA LABOR
CORTE DE MADERA Y ACERO	MECANICO FISICO	LESIONES EN OJOS POR PROYECCION DE PARTICULAS, MOLESTIAS EN OIDOS, DOLOR DE CABEZA, CORTES, AMPUTACIONES, ALERGIAS	- USO CONTINUO DE EPP - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR	- PRECAUCION EN LA LABOR

SECUENCIA DE ACTIVIDADES	PELIGROS Y CONSECUENCIAS		RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
INSTALACION DE TUBERIA EN PVC Y RCI	FISICO BIOMECANICO MECANICO PSICOSOCIAL CONDICIONES DE SEGURIDAD	GOLPES, FRACTURAS, RASGUÑOS, ESTRÉS, DOLOR DE CABEZA, DOLORES LUMBARES, CAIDAS A MISMO Y DIFERENTE NIVEL	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL
INSTALACIONES ELECTRICAS GENERALES EN OBRA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO BIOMECANICO	MOLESTIAS LUMBARES. CANSANCIO OCULAR, ESTRÉS, ELECTROCUCION O CONTACTO LEVE CON ENERGIA, CORTES, LACERACIONES, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL
AMARRE DE ACERO	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO BIOMECANICO	MOLESTIAS LUMBARES, DOLOR DE CABEZA, CORTES, ESTRÉS, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, ATRAPAMIENTOS	USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL
INSTALACION DE FORMALETA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO BIOMECANICO	MOLESTIAS LUMBARES, DOLOR DE CABEZA, CORTES, ESTRÉS, GOLPES, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, ATRAPAMIENTOS	USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL
FUNDIDA DE ESCALERAS Y ZONAS PUNTUALES EN OBRA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO QUIMICO BIOMECANICO	LESIONES EN OJOS POR PROYECCION DE PARTICULAS, MOLESTIAS EN OIDOS, DOLOR DE CABEZA, CORTES, ESTRÉS, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL , QUEMADURAS POR CONCRETO, ALERGIAS	USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL
DESENCOFRAR Y DESCIMBRAR ZONAS FUNDIDAS	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO BIOMECANICO	LESIONES EN OJOS POR PROYECCION DE PARTICULAS, MOLESTIAS EN OIDOS, DOLOR DE CABEZA, CORTES, ESTRÉS, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, GOLPES, MACHUCONES	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL

SECUENCIA DE ACTIVIDADES	PELIGROS Y CONSECUENCIAS		RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
ASCENSO Y DESCENSO DE MATERIAL CON PLUMA GRUA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL BIOLOGICO FISICO BIOMECANICO	LESIONES EN OJOS POR PROYECCION DE PARTICULAS, MOLESTIAS EN OIDOS, DOLOR DE CABEZA, DESHIDRATACION, GOLPES DE CALOR, CORTES, ESTRÉS, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, BACTERIAS, GOLPES, LACERACIONES, MACHUCONES, MUERTE	- USO PERMANENTE DE EPPS ADECUADOS PARA LA ACTIVIDAD - CAPACITACION PERSONALIZADA - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA ACTIVIDAD - PRECAUCION EN LA ACTIVIDAD - INSPECCION DE LOS EQUIPOS A UTILIZAR - USO CORRECTO DE LOS EPCC
ORDEN Y ASEO GENERAL EN OBRA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL BIOLOGICO FISICO BIOMECANICO	LESIONES EN OJOS POR PROYECCION DE PARTICULAS, MOLESTIAS EN OIDOS, DOLOR DE CABEZA, CORTES, ESTRÉS, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, ACIDENTE DE TRANSITO, HONGOS, BACTERIAS, GOLPES, LACERACIONES, MACHUCONES	- USO PERMANENTE DE EPP - CAPACITACION PERSONALIZADA - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN ACTIVIDADES - PRECAUCION EN LA ACTIVIDAD

FIRMA REPRESENTANTES EQUIPO DE TRABAJO:

EQUIPAMIENTO Y RECOMENDQCIONES DE SEGURIDAD PARA REALIZAR ESTE TRABAJO

Casco	☒	Guantes	☒	Mascara facial	☐	Lockout/Tagout	☒
Botas de seguridad	☒	Protección Respiratoria	☒	Chaleco reflectivo	☐	Permiso de Trabajo Requerido	☒
Gafas de Seguridad	☒	Protección Auditiva	☒	Extintores	☐	Charla pre-operacional	☒
Overol	☒	Equipos de protección contra caídas y entre paréntesis (arnés, conectores y anclajes	☒	Barreras o aislamiento de áreas	☐	Señalización y acordonamiento	☒
Kit Invernal	☐	Dotación	☐	Polarización a tierra de equipos	☐	Otro ( )	☐

EBISU	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04
		Versión: 00
		Fecha: 15/03/2022

No	NOMBRES COMPLETOS	CEDULA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL TRABAJADOR
1	FAUSTO SANCHEZ	5122996	
2	Leidis Caceda	1044914028	Leidis C.
3	Christian Gonzalez	1106890780	
4	Andres Felipe R	1169776666	
5	Isidro Velasco	79682365	
6	Manin Olaya	87946129	
7	Alexandra Lopez	1356394	
8	Eliezer Orozco	1067600942	
9	EDILBERTO AMADO	80362362	
10	Jonathan Agudelo	1023893 [illegible]	

EBISU	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04
		Versión: 00
		Fecha: 15/03/2022

11	[illegible] ALEXANDER YAGUE	1.022937 991	
12	Rafael A. Chinome K.	127394477	
13	Dina Mendoza	1097775	
14	Evelio Mora	92551355	
15	VALWIN PACE	1088585125	VALWIN
16	Benjamin Antolinez	7729593	
17	JOSE D. BERNO CONDE	1003045086	
18	Irene Alvarado Acevedo	1004045259	
19	MARISMEDI TORRES	79809346	
20	Santiago Torres	1000128401	Santiago Torres
21	Jose Herrera	1001297434	Jose Herrera
22			

EBISU	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04
		Versión: 00
		Fecha: 15/03/2022

FECHA	DIA	23	MES	12	AÑO	2024	PERMISO DE TRABAJO Nº:	#4
LUGAR DE OPERACIÓN:	proyecto Boita							
EQUIPOS UTILIZADOS EN LA OPERACIÓN:	Tronzadora, polidora, plomada, Taladro, sierra, palas, picas							
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR:	estructura, Instalaciones electricas, Instalaciones Hidraulicas							
EQUIPO QUE ELABORA EL ATS:	Trabajadores. Residentes de obra, Ingenieros de obra							

SECUENCIA DE ACTIVIDADES	PELIGROS Y CONSECUENCIAS		RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES	
EXCAVACION MANUAL	FISICO BIOMECANICO MECANICO PSICOSOCIAL	GOLPES, FRACTURAS, RASGUÑOS, ESTRÉS, DOLOR DE CABEZA, DOLORES LUMBARES, DESHIDRATACION,	- USO CONTINUO DE EPP - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR	- PRECAUCION EN LA LABOR - HIDRATACION DUTANTE LA LABOR
EXCAVACION MECANICA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO BIOMECANICO	ACCIDENTES DE TRANSITO APLASTAMIENTOS ATRAPAMIENTOS DOLORES DE CABEZA, ESTRÉS, MOLESTIAS LUMBARES, DESHIDRATACION	- USO CONTINUO DE EPP - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR	- PRECAUCION EN LA LABOR - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL - HIDRATACION DUTANTE LA LABOR
COMPACTACION DE TERRENO	FISICO BIOMECANICO QUIMICO CONDICIONES DE SEGURIDAD	MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OIDOS, DESHIDRTACION, EXPOSICION A LLUVIAS, CAIDAS MISMO NIVEL	- USO CONTINUO DE EPP - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR	- PRECAUCION EN LA LABOR - HIDRATACION DUTANTE LA LABOR
CORTE DE MADERA Y ACERO	MECANICO FISICO	LESIONES EN OJOS POR PROYECCION DE PARTICULAS, MOLESTIAS EN OIDOS, DOLOR DE CABEZA, CORTES, AMPUTACIONES, ALERGIAS	- USO CONTINUO DE EPP - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR	- PRECAUCION EN LA LABOR

SECUENCIA DE ACTIVIDADES	PELIGROS Y CONSECUENCIAS		RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
INSTALACION DE TUBERIA EN PVC Y RCI	FISICO BIOMECANICO MECANICO PSICOSOCIAL CONDICIONES DE SEGURIDAD	GOLPES, FRACTURAS, RASGUÑOS, ESTRÉS, DOLOR DE CABEZA, DOLORES LUMBARES, CAIDAS A MISMO Y DIFERENTE NIVEL	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL
INSTALACIONES ELECTRICAS GENERALES EN OBRA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO BIOMECANICO	MOLESTIAS LUMBARES, CANSANCIO OCULAR, ESTRÉS, ELECTROCUCION O CONTACTO LEVE CON ENERGIA, CORTES, LACERACIONES, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL
AMARRE DE ACERO	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO BIOMECANICO	MOLESTIAS LUMBARES, DOLOR DE CABEZA, CORTES, ESTRÉS, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, ATRAPAMIENTOS	USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL
INSTALACION DE FORMALETA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO BIOMECANICO	MOLESTIAS LUMBARES, DOLOR DE CABEZA, CORTES, ESTRÉS, GOLPES, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, ATRAPAMIENTOS	USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL
FUNDIDA DE ESCALERAS Y ZONAS PUNTUALES EN OBRA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO QUIMICO BIOMECANICO	LESIONES EN OJOS POR PROYECCION DE PARTICULAS, MOLESTIAS EN OIDOS, DOLOR DE CABEZA, CORTES, ESTRÉS, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL , QUEMADURAS POR CONCRETO, ALERGIAS	USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL
DESENCOFRAR Y DESCIMBRAR ZONAS FUNDIDAS	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO BIOMECANICO	LESIONES EN OJOS POR PROYECCION DE PARTICULAS, MOLESTIAS EN OIDOS, DOLOR DE CABEZA, CORTES, ESTRÉS, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, GOLPES, MACHUCONES	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL

EBISU	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04 Versión: 00 Fecha: 15/03/2022

SECUENCIA DE ACTIVIDADES	PELIGROS Y CONSECUENCIAS		RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
ASCENSO Y DESCENSO DE MATERIAL CON PLUMA GRUA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL BIOLOGICO FISICO BIOMECANICO	LESIONES EN OJOS POR PROYECCION DE PARTICULAS, MOLESTIAS EN OIDOS, DOLOR DE CABEZA, DESHIDRATACION, GOLPES DE CALOR, CORTES, ESTRÉS, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, BACTERIAS, GOLPES, LACERACIONES, MACHUCONES, MUERTE	- USO PERMANENTE DE EPPS ADECUADOS PARA LA ACTIVIDAD - CAPACITACION PERSONALIZADA - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA ACTIVIDAD - PRECAUCION EN LA ACTIVIDAD - INSPECCION DE LOS EQUIPOS A UTILIZAR - USO CORRECTO DE LOS EPCC
ORDEN Y ASEO GENERAL EN OBRA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL BIOLOGICO FISICO BIOMECANICO	LESIONES EN OJOS POR PROYECCION DE PARTICULAS, MOLESTIAS EN OIDOS, DOLOR DE CABEZA, CORTES, ESTRÉS, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, ACIDENTE DE TRANSITO, HONGOS, BACTERIAS, GOLPES, LACERACIONES, MACHUCONES	- USO PERMANENTE DE EPP - CAPACITACION PERSONALIZADA - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN ACTIVIDADES - PRECAUCION EN LA ACTIVIDAD
FIRMA REPRESENTANTES EQUIPO DE TRABAJO:			

EQUIPAMIENTO Y RECOMENDOCIONES DE SEGURIDAD PARA REALIZAR ESTE TRABAJO							
Casco	☒	Guantes	☒	Mascara facial	☒	Lockout/Tagout	☒
Botas de seguridad	☒	Protección Respiratoria	☒	Chaleco reflectivo	☐	Permiso de Trabajo Requerido	☒
Gafas de Seguridad	☒	Protección Auditiva	☒	Extintores	☒	Charla pre-operacional	☒
Overol	☒	Equipos de protección contra caidas y entre paréntesis (arnés, conectores y anclajes	☒	Barreras o aislamiento de áreas	☐	Señalización y acordonamiento	☒
Kit Invernal	☐	Dotación	☐	Polarización a tierra de equipos	☐	Otro ( )	☐

EBISU	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04
		Versión: 00
		Fecha: 15/03/2022

No	NOMBRES COMPLETOS	CEDULA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL TRABAJADOR
1	Fanit Sanchez	5122996	
2	Jado Cacedo	1044919026	
3	Marin olaya	87946149	
4	Andres felipe R	1216976666	
5	Rafael G. Rincones K	1127394497	
6	Jonathan Monte Gomez	1027893713	
7	WILLIAN ALEXANDER YAGUE	1.022977991	
8	Christian Gonzalez	1106890780	
9	DANIEL PAEZ	1026585121	
10	JOSE D. BERRIO	1003045086	

EBISU	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04 Versión: 00 Fecha: 15/03/2022

11	JOSE HERRERA	10019434	Jose H
12	Santiago Torres	1000128491	Santiago Torres
13	ARISMENDY TORRES	7904346	
14	Isidro Velazco	7968565	
15	EDILBERTO AMADO	80362362	
16	Benjamin Astolaza	7729593	
17	Gredin Agudo	92551355	
18	Jonathan Alcantara G	1023893213	
19	William Alcantara Agudo	1.22 431 991	
20			
21			

EBISU

INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO

CODIGO: FST.IN.04
VERSION: 01
FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Colegio Bosta
MARCA EQUIPO: Bosch
SEMANA: 02 al 07/12/24
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre M48
ACTIVIDAD: Ayudante Mecanico

ITEM	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
CONDICIONES DEL EQUIPO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
La carcasa se encuentra en buen estado y ajustada al taladro	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Carcasa libre de aceites o grasas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El mango presenta un diseño ergonomico y funcional	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango auxiliar debidamente ajustado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
[illegible] con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
[illegible] portabroca en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Herramienta de ajuste esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El vastago se encuentra en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El interruptor esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El cable de alimentacion se encuentra en buenas condiciones	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operacion es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Gafas de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Protectores auditivos insertión y copa	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guantes de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
La [illegible]oca esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El diametro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Frank Alejandro Arevalo	1003452859	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angie Dinu M		

SEMANA DEL: 02 AL 09 DE 12 DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA UTILIZAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐

Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST:

NOMBRE/APELLIDOS

EBISU	INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO	CODIGO: FST.IN-04 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Campo Boitá

MARCA EQUIPO: BOSCH

SEMANA: 02 al 07/12/24

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre A-4 B

ACTIVIDAD: Anclajes hidraulicos

ITEM	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
CONDICIONES DEL EQUIPO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
La carcaza se encuentra en buen estado y ajustada al taladro	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Carcaza libre de aceites o grasas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El mango presenta un diseño ergonomico y funcional	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango auxiliar debidamente ajustado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
[illegible]a con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
[illegible] portabroca en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Herramienta de ajuste esta en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El vastago se encuentra en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El interruptor esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El cable de alimentacion se encuentra en buenas condiciones	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operacion es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Gafas de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Protectores auditivos inserción y copa	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guantes de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
La [illegible]ca esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El diametro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Bayron Antolinez	1729593	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**

SEMANA DEL: 02 AL 07 DE 12 DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☒ ☐ Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST:

NOMBRE/APELLIDOS

EBISU	INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO	CODIGO: FST.IN.04 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Colegio Bosch

MARCA EQUIPO: BOSCH

SEMANA: 02 al 07/12/24

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre A y B

ACTIVIDAD: Instalaciones electricas

ITEM	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
CONDICIONES DEL EQUIPO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
La carcaza se encuentra en buen estado y ajustada al taladro	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Carcaza libre de aceites o grasas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El mango presenta un diseño ergonomico y funcional	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango auxiliar debidamente ajustado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Broca con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El portabroca en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Herramienta de ajuste esta en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El vastago se encuentra en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El interruptor esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El cable de alimentacion se encuentra en buenas condiciones	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operacion es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Gafas de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Protectores auditivos inserción y copa	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guantes de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
La broca esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El diametro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Cliffer Osorio	1063464042	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angie Jomo H		

SEMANA DEL: 02 AL 07 DE 12 DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☒ ☐ Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST:

NOMBRE/APELLIDOS

EBISU

INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO

CODIGO: FST IN-04
VERSION: 01
FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Colegio Suiza
MARCA EQUIPO: BOSCH
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: TODAS M4B
SEMANA: 02 al 07 / 12 / 24
ACTIVIDAD: Instalaciones hidraulicas

ITEM	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
CONDICIONES DEL EQUIPO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
La carcasa se encuentra en buen estado y ajustada al taladro	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Carcasa libre de aceites o grasas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El mango presenta un diseño ergonomico y funcional	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango auxiliar debidamente ajustado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
[illegible] con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
[illegible] portabroca en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Herramienta de ajuste esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El vastago se encuentra en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El interruptor está en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El cable de alimentacion se encuentra en buenas condiciones	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operacion es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Gafas de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Protectores auditivos inserción y copa	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guantes de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El cord[illegible]ca esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El diametro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA	Santiago Torres		Santiago Torres		Santiago Torres		Santiago Torres		Santiago Torres		Santiago Torres			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
David Santiago Torres	1002821427	Santiago Torres
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Hugo Yara		

SEMANA DEL: 02 AL 07 DE 12 DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☒ ☐

Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST:

NOMBRE/APELLIDOS

EBISU

INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO

CODIGO: FST.IN.04
VERSION: 01
FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Urapo Gold
MARCA EQUIPO: Rosca
SEMANA: 02 al 07 / 12 / 2024
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Tone A4 B
ACTIVIDAD: Anclajes electricos

ITEM	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
CONDICIONES DEL EQUIPO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
La carcaza se encuentra en buen estado y ajustada al taladro	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Carcaza libre de aceites o grasas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El mango presenta un diseño ergonomico y funcional	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango auxiliar debidamente ajustado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Cuenta con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El portabroca en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Herramienta de ajuste esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El vastago se encuentra en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El interruptor esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El cable de alimentación se encuentra en buenas condiciones	✓		✓		✓		✓		✓					
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Gafas de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Protectores auditivos inserción y copa	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guantes de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
La broca esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El diametro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Marvin Junior Olaya Olaya	87946129	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST
Angie Tuna		

SEMANA DEL: 02 AL 07 DE 12 DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE IMPIDA LA EL EQUIPO PARA UTILIZAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐

Fecha de Correccion:

Nombre del INSPECTOR SST:

NOMBRE/APELLIDOS

EBISU	INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO	CODIGO: FST.IN-04 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Colegio Bolivia

MARCA EQUIPO: Bosch

SEMANA: 02 al 07 / 12 / 24

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Taller # 4 B

ACTIVIDAD: Arreglos electricos

ITEM	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
CONDICIONES DEL EQUIPO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
La carcaza se encuentra en buen estado y ajustada al taladro	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Carcaza libre de aceites o grasas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El mango presenta un diseño ergonomico y funcional	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango auxiliar debidamente ajustado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Cuenta con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mandril portabroca en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Herramienta de ajuste esta en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El vastago se encuentra en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El interruptor esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El cable de alimentacion se encuentra en buenas condiciones	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Gafas de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Protectores auditivos inserción y copa	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guantes de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
La broca esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El diametro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
EDILBERTO ARIAS	80367367	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
ANGIE PARRA		

SEMANA DEL: 02 AL 07 DE 12 DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☒ ☐ Fecha de Correccion:

Nombre del INSPECTOR SST: NOMBRE/APELLIDOS

EBISU	INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO	CODIGO: FST.IN-04 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO:

MARCA EQUIPO: SEMANA:

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: ACTIVIDAD:

ITEM	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
CONDICIONES DEL EQUIPO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
La carcaza se encuentra en buen estado y ajustada al taladro	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Carcaza libre de aceites o grasas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El mango presenta un diseño ergonomico y funcional	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango auxiliar debidamente ajustado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Broca con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El portabroca en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Herramienta de ajuste esta en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El vastago se encuentra en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El interruptor esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El cable de alimentacion se encuentra en buenas condiciones	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operacion es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Gafas de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Protectores auditivos inserción y copa	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guantes de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
La broca esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El diametro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
[illegible]	1127[illegible]4972	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angie Pino		

SEMANA DEL: 02 AL 08 DE 12 DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☒ ☐ Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST:

NOMBRE APELLIDOS

EBISU

INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO

CODIGO: FST.IN-04
VERSION: 01
FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Colegio Bonito
MARCA EQUIPO: Makita
SEMANA: 02 al 07 /12/24
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: TOM A y B
ACTIVIDAD: Andenes Electricos

ITEM	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
CONDICIONES DEL EQUIPO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
La carcaza se encuentra en buen estado y ajustada al taladro	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Carcaza libre de aceites o grasas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El mango presenta un diseño ergonomico y funcional	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango auxiliar debidamente ajustado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Carcaza con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mandril portabroca en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Herramienta de ajuste esta en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El vástago se encuentra en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El interruptor esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El cable de alimentación se encuentra en buenas condiciones	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Gafas de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Protectores auditivos inserción y copa	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guantes de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
La broca esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El diametro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Andres felipe R	1216976666	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Hugo Jaro		

SEMANA DEL: 02 AL 07 DE 12 DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA UTILIZAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☒ ☐

Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST:

NOMBRE APELLIDOS

EBISU

INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO

CODIGO: FST.IN.04
VERSION: 01
FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Cuerpo Roto
MARCA EQUIPO: Bosch
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre A y B
SEMANA: 02 al 07 / 12 / 2024
ACTIVIDAD: Anclajes Mecanicos

ITEM	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
CONDICIONES DEL EQUIPO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
La carcaza se encuentra en buen estado y ajustada al taladro	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Carcaza libre de aceites o grasas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El mango presenta un diseño ergonomico y funcional	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango auxiliar debidamente ajustado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
[illegible] con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
[illegible] portatorica en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Herramienta de ajuste esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El vastago se encuentra en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El interruptor esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El cable de alimentacion se encuentra en buenas condiciones	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Gafas de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Protectores auditivos inserción y copa	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guantes de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
[illegible]oca esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El diametro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA	[signature]		[signature]		[signature]		[signature]		[signature]		[signature]			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Maicol Barriguen	1021192618	[signature]
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angie Jurado		[signature]

SEMANA DEL: 02 AL 07 DE 12 DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☒ ☐ Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST: [signature]

NOMBRE/APELLIDOS

EBISU

INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO

CODIGO: FST.IN-04
VERSION: 01
FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Colegio Bolq
MARCA EQUIPO: BOSH
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre A y B
SEMANA: 02 al 07/12/24
ACTIVIDAD: Oficio Mantenimiento

ITEM	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
CONDICIONES DEL EQUIPO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
La carcaza se encuentra en buen estado y ajustada al taladro	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Carcaza libre de aceites o grasas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El mango presenta un diseño ergonomico y funcional	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango auxiliar debidamente ajustado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Carcaza con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mandril portabroca en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Herramienta de ajuste esta en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El vastago se encuentra en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El interruptor esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El cable de alimentacion se encuentra en buenas condiciones	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Gafas de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Protectores auditivos inserción y copa	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guantes de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
La broca esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El diametro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA	GD		GD		GD		GD		GD		GD			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Gerlin Acosta	92 557 357	G D
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angie Perez M		

SEMANA DEL: 02 AL 07 DE 12 DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA LABORAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☑ ☐

Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST:

NOMBRE APELLIDOS

EBISU

INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO

CODIGO: FST.IN-04
VERSION: 01
FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Cabrera Bolivia
MARCA EQUIPO: Stanley
AREA EN LA CUAL SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Taller A.
SEMANA: 02 al 07/12/24
ACTIVIDAD: Arreglos varios

ITEM	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
CONDICIONES DEL EQUIPO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
La carcaza se encuentra en buen estado y ajustada al taladro	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Carcaza libre de aceites o grasas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El mango presenta un diseño ergonomico y funcional	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango auxiliar debidamente ajustado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Cuenta con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mandril portabroca en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Herramienta de ajuste esta en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El vastago se encuentra en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El interruptor esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El cable de alimentacion se encuentra en buenas condiciones	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Gafas de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Protectores auditivos inserción y copa	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guantes de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
La broca esta buenas condiciones	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El diametro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
JOSE D. BANO	1003045086	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**

SEMANA DEL: 02 al 07 DE 12 DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐ ☐ Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____
NOMBRE/APELLIDOS

EBISU

INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO

CODIGO: FST.IN.04
VERSION: 01
FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Bata
MARCA EQUIPO: Dewalt
SEMANA: 09 al 14 Diciembre - 2024
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: TDNC A
ACTIVIDAD: Perforacion placa

ITEM	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
CONDICIONES DEL EQUIPO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
La carcasa se encuentra en buen estado y ajustada al taladro	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Carcasa libre de aceites o grasas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El mango presenta un diseño ergonomico y funcional	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango auxiliar debidamente ajustado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Cuenta con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El portabroca en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Herramienta de ajuste esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El vastago se encuentra en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El interruptor esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El cable de alimentacion se encuentra en buenas condiciones	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Gafas de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Protectores auditivos insertión y copa	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guantes de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
La broca esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El diametro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
[illegible]	1.022 937 991	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON ZEMOLA	1.233.691.230	

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐ ☐ Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

EBISU

INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO

CODIGO: FST.IN-04
VERSION: 01
FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Gaia
MARCA EQUIPO: Dewalt
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre A
SEMANA: 09 al 14 Diciembre - 2024
ACTIVIDAD: PERFORACION PLACA

ITEM / CONDICIONES DEL EQUIPO	LUNES SI	LUNES NO	MARTES SI	MARTES NO	MIERCOLES SI	MIERCOLES NO	JUEVES SI	JUEVES NO	VIERNES SI	VIERNES NO	SABADO SI	SABADO NO	DOMINGO SI	DOMINGO NO
La carcaza se encuentra en buen estado y ajustada al taladro	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Carcaza libre de aceites o grasas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El mango presenta un diseño ergonomico y funcional	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango auxiliar debidamente ajustado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Cuenta con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El portabroca en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Herramienta de ajuste esta en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El vastago se encuentra en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El interruptor esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El cable de alimentación se encuentra en buenas condiciones	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Gafas de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Protectores auditivos inserción y copa	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guantes de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
La broca esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El diametro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Jonathan Aquite Gomez	1023 893 213	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON ROMERO	1.233.691.550	

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐ ☐ Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

EBISU

INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO

CODIGO: FST.PI.04
VERSION: 01
FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: BOYACA
MARCA EQUIPO: MAKITA
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: TORRE A
SEMANA: 09 al 14 Diciembre
ACTIVIDAD: PERFORACION placa

ITEM / CONDICIONES DEL EQUIPO	LUNES SI	LUNES NO	MARTES SI	MARTES NO	MIERCOLES SI	MIERCOLES NO	JUEVES SI	JUEVES NO	VIERNES SI	VIERNES NO	SABADO SI	SABADO NO	DOMINGO SI	DOMINGO NO
La carraca se encuentra en buen estado y ajustada al taladro	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Carraca libre de aceites o grasas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El mango presenta un diseño ergonomico y funcional	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango auxiliar debidamente ajustado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Broca con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mandril portabroca en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
La herramienta de ajuste esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El vastago se encuentra en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El interruptor esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El cable de alimentación se encuentra en buenas condiciones	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado	✓		✓		✓		✓		✓					
Gafas de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓					
Protectores auditivos insertion y copa	✓		✓		✓		✓		✓					
Guantes de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓					
Casco con barbuquejo	✓		✓		✓		✓		✓					
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El diámetro de la broca esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El diametro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Frank Alejandro Acosta	7[illegible]4[illegible]9	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON Famolo	1.233.691.050	

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐ ☐ Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

EBISU

INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO

CODIGO: FST.IN.04
VERSION: 01
FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Bodega
MARCA EQUIPO: Dewalt
SEMANA: 09 al 14 Diciembre - 2024
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre A
ACTIVIDAD: Perforación placa

ITEM	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
CONDICIONES DEL EQUIPO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
La carcasa se encuentra en buen estado y ajustada al taladro	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Carcasa libre de aceites o grasas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El mango presenta un diseño ergonomico y funcional	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango auxiliar debidamente ajustado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Cuenta con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El portabroca en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Herramienta de ajuste esta en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El vastago se encuentra en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El interruptor esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El cable de alimentación se encuentra en buenas condiciones	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operacion es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Gafas de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Protectores auditivos inserción y copa	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guantes de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
La broca esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El diametro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA	G D		G D		G D		G D		G D		G D			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Orelin Moreno	92551755	G D
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Hoa Fumero	1.233.691.690	

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐ ☐ Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

EBISU

INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO

CODIGO: FST.IN-04
VERSION: 01
FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Bolita
MARCA EQUIPO: Makita
SEMANA: 09 al 14 Diciembre - 2024
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: TORRE A
ACTIVIDAD: REFORZACION placa

ITEM	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
CONDICIONES DEL EQUIPO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
La carcaza se encuentra en buen estado y ajustada al taladro	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Carcaza libre de aceites o grasas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El mango presenta un diseño ergonomico y funcional	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango auxiliar debidamente ajustado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Cuenta con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mandril portabroca en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Herramienta de ajuste esta en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El vastago se encuentra en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El interruptor esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El cable de alimentación se encuentra en buenas condiciones	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Gafas de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Protectores auditivos inserción y copa	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guantes de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
La broca esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El diametro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA	Benjamin		Benjamin		Benjamin		Benjamin		Benjamin		Benjamin			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Benjamin Arboleda	7129593	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON FUNORA	1.233.691.090	

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐ ☐ Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

EBISU

INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO

CODIGO: FST.IN-04
VERSION: 01
FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Boita
MARCA EQUIPO: Manta
SEMANA: 09 al 14 Diciembre - 2024
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre A
ACTIVIDAD: Perforación pilote

ITEM	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
CONDICIONES DEL EQUIPO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
La carcaza se encuentra en buen estado y ajustada al taladro	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Carcaza libre de aceites o grasas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El mango presenta un diseño ergonomico y funcional	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango auxiliar debidamente ajustado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
[illegible]a con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mandril portabroca en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Herramienta de ajuste esta en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El vastago se encuentra en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El interruptor esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El cable de alimentacion se encuentra en buenas condiciones	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Gafas de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Protectores auditivos inserción y copa	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guantes de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
La broca esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El diametro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Rafael A. Herrera R.	1127309477	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON EDWIN	1.233.691.230	

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐ ☐ Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

EBISU

INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO

CODIGO: FST.IN.04
VERSION: 01
FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Yacila
MARCA EQUIPO: Dewalt
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: TOMEA
SEMANA: 09 al 14 Diciembre - 2024
ACTIVIDAD: PERFORACIÓN placa

ITEM / CONDICIONES DEL EQUIPO	LUNES SI	LUNES NO	MARTES SI	MARTES NO	MIERCOLES SI	MIERCOLES NO	JUEVES SI	JUEVES NO	VIERNES SI	VIERNES NO	SABADO SI	SABADO NO	DOMINGO SI	DOMINGO NO
La carcaza se encuentra en buen estado y ajustada al taladro	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Carcaza libre de aceites o grasas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El mango presenta un diseño ergonomico y funcional	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango auxiliar debidamente ajustado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Broca con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El portabroca en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Herramienta de ajuste esta en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El vastago se encuentra en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El interruptor esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El cable de alimentación se encuentra en buenas condiciones	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Gafas de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Protectores auditivos inserción y copa	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guantes de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
La broca esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El diametro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR: Lizy Osorio	CEDULA: 1063764092	FIRMA DEL TRABAJADOR
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST: JHON ESPINOZA	CEDULA: 1.733.691.750	FIRMA DEL INSPECTOR SST

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐ ☐ Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

EBISU	INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO	CODIGO: FST.IN-04 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Boita

MARCA EQUIPO: DeWalt

SEMANA: 09 al 14 Diciembre - 2024

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: TORRE A

ACTIVIDAD: PERFORACIÓN placa

ITEM	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
CONDICIONES DEL EQUIPO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
La carcaza se encuentra en buen estado y ajustada al taladro	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Carcaza libre de aceites o grasas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El mango presenta un diseño ergonomico y funcional	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango auxiliar debidamente ajustado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
[illegible]ca con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
[illegible]l portabroca en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Herramienta de ajuste esta en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El vastago se encuentra en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El interruptor esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El cable de alimentacion se encuentra en buenas condiciones	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Gafas de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Protectores auditivos inserción y copa	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guantes de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
[illegible]oca esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El diametro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Andres Felipe Rodriguez R	72169766	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON FUMIRA	1.233.691.598	

SEMANA DEL ___ AL ___ DE DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐ ☐ Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

EBISU

INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO

CODIGO: FST.IN-04
VERSION: 01
FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Borta
MARCA EQUIPO: Makita
SEMANA: 09 al 14 Diciembre - 2024
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre A
ACTIVIDAD: Perforación placa

ITEM	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
CONDICIONES DEL EQUIPO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
La carcaza se encuentra en buen estado y ajustada al taladro	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Carcaza libre de aceites o grasas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El mango presenta un diseño ergonomico y funcional	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango auxiliar debidamente ajustado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Broca con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El portabroca en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Herramienta de ajuste esta en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El vastago se encuentra en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El interruptor esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El cable de alimentacion se encuentra en buenas condiciones	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Gafas de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Protectores auditivos inserción y copa	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guantes de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
La broca esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El diametro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Mauro Olaya	84446 nc	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON FONSECA	1.233.691.290	

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐ ☐ Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

EBISU	INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO	CODIGO: FST IN-04 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Bolta

MARCA EQUIPO: Dewalt

SEMANA: 16 al 21 Diciembre - 2024

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Taller A

ACTIVIDAD: Perforacion placa

ITEM	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
CONDICIONES DEL EQUIPO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
La carcaza se encuentra en buen estado y ajustada al taladro	✓		✓		✓		✓		✓					
Carcaza libre de aceites o grasas	✓		✓		✓		✓		✓					
El mango presenta un diseño ergonomico y funcional	✓		✓		✓		✓		✓					
Mango auxiliar debidamente ajustado	✓		✓		✓		✓		✓					
[illegible] con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓					
[illegible] portabroca en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓					
Herramienta de ajuste esta en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓					
El vastago se encuentra en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓					
El interruptor esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓					
El cable de alimentación se encuentra en buenas condiciones	✓		✓		✓		✓		✓					
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓					
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado	✓		✓		✓		✓		✓					
Gafas de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓					
Protectores auditivos inserción y copa	✓		✓		✓		✓		✓					
Guantes de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓					
Casco con barbuquejo	✓		✓		✓		✓		✓					
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓					
La broca esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓					
El diametro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓					
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓					
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Eliezer Ospino	1063164092	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON ZAMORA	1.233.691.250	

SEMANA DEL ___ AL ___ DE ___ DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐ ☐ Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

EBISU	INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO	CODIGO: FST-PI-04 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: BOSU

MARCA EQUIPO: DEWALT

SEMANA: 16 al 21 Diciembre - 2024

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: TORRE A

ACTIVIDAD: PERFORACION PLACA

ITEM	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
CONDICIONES DEL EQUIPO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
La carcasa se encuentra en buen estado y ajustada al taladro	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Carcasa libre de aceites o grasas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El mango presenta un diseño ergonomico y funcional	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango auxiliar debidamente ajustado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
[illegible] con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mandril portabroca en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Herramienta de ajuste esta en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El vastago se encuentra en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El interruptor esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El cable de alimentación se encuentra en buenas condiciones	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Gafas de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Protectores auditivos inserción y copa	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guantes de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Carcasa esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El diametro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
EDILBERTO AMADO T.	80362367	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON FONSECA	1.233.691.230	

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐ ☐ Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

EBISU

INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO

CODIGO: FST-IN-04
VERSION: 01
FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Bolt
MARCA EQUIPO: DeWalt
SEMANA: 16 al 21 Diciembre - 2024
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre 9
ACTIVIDAD: perforación placa

ITEM	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
CONDICIONES DEL EQUIPO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
La carcaza se encuentra en buen estado y ajustada al taladro	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Carcaza libre de aceites o grasas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El mango presenta un diseño ergonomico y funcional	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango auxiliar debidamente ajustado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Broca con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mandril portabroca en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Herramienta de ajuste esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El vastago se encuentra en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El interruptor esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El cable de alimentacion se encuentra en buenas condiciones	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operacion es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Gafas de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Protectores auditivos inserción y copa	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guantes de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
La broca esta buenas condiciones	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El diametro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Marvin Olaya	87946129	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON EUMOIN	1.233.691.590	

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐ ☐ Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

EBISU	INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO	CODIGO: FST IN 04 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Bodega

MARCA EQUIPO: Dewalt — SEMANA: 16 al 21 diciembre - 2021

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre A — ACTIVIDAD: perforación placa

ITEM	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
CONDICIONES DEL EQUIPO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
La carcaza se encuentra en buen estado y ajustada al taladro	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Carcaza libre de aceites o grasas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El mango presenta un diseño ergonomico y funcional	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango auxiliar debidamente ajustado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
[illegible] con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mandril portabroca en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Herramienta de ajuste esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El vastago se encuentra en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El interruptor esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El cable de alimentacion se encuentra en buenas condiciones	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Gafas de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Protectores auditivos inserción y copa	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guantes de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
La broca esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El diametro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Andres Felipe R	1216971666	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON FERMIN	1.733.691.750	

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐ ☐ Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

EBISU

INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO

CODIGO: FST-PI-04
VERSION: 01
FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Bogotá
MARCA EQUIPO: MAKITO
SEMANA: 16 al DIC 2024
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: TORRE A
ACTIVIDAD: PERFORACION PLACA

ITEM	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
CONDICIONES DEL EQUIPO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
La carcaza se encuentra en buen estado y ajustada al taladro	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Carcaza libre de aceites o grasas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El mango presenta un diseño ergonomico y funcional	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango auxiliar debidamente ajustado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Broca con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mandril portabroca en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Herramienta de ajuste esta en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El vastago se encuentra en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El interruptor esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El cable de alimentacion se encuentra en buenas condiciones	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Gafas de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Protectores auditivos inserción y copa	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guantes de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
La broca esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El diametro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Jonathan Aguilar Gomez	1023893713	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON FLOREZ	1.133.191.690	

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐ ☐ Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____
NOMBRE/APELLIDOS

EBISU

INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO

CODIGO: FST.IN.04
VERSION: 01
FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: BOHO
MARCA EQUIPO: Dewalt
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre A
SEMANA: 16 al 21 Diciembre - 2024
ACTIVIDAD: Perforación placa

ITEM	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
CONDICIONES DEL EQUIPO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
La carcaza se encuentra en buen estado y ajustada al taladro	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Carcaza libre de aceites o grasas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El mango presenta un diseño ergonomico y funcional	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango auxiliar debidamente ajustado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Broca con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mándril portabroca en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Herramienta de ajuste esta en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El vastago se encuentra en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El interruptor esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El cable de alimentación se encuentra en buenas condiciones	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Gafas de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Protectores auditivos inserción y copa	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guantes de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
La broca esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El diametro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCIÓN A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Marlon Alexander Yate	1.077.937.991	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Hoo Fumora	1.233.691.250	

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐ ☐ Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

EBISU

INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO

CODIGO: FST-PI-04
VERSION: 01
FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: BOSCH
MARCA EQUIPO: BOSCH
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: TORRE A
SEMANA: 16 al 21 DIC - 2024
ACTIVIDAD: PERFORACION PISO

ITEM	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
CONDICIONES DEL EQUIPO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
La carcaza se encuentra en buen estado y ajustada al taladro	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Carcaza libre de aceites o grasas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El mango presenta un diseño ergonomico y funcional	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango auxiliar debidamente ajustado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
[illegible]ta con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mandril portabroca en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Herramienta de ajuste esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El vastago se encuentra en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El interruptor esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El cable de alimentación se encuentra en buenas condiciones	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Gafas de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Protectores auditivos inserción y copa	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guantes de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
La broca esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El diametro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Rafael A. Herrera R.	1122394477	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON EDWARD	1.033.691.690	

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐ ☐ Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

EBISU

INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO

CODIGO: FST-IN-04
VERSION: 01
FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Tocito
MARCA EQUIPO: Dewalt
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: TOLVA
SEMANA: 16 al 21 Diciembre - 2024
ACTIVIDAD: PERFORACION PISO

ITEM	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
CONDICIONES DEL EQUIPO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
La carcasa se encuentra en buen estado y ajustada al taladro	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Carcasa libre de aceites o grasas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El mango presenta un diseño ergonomico y funcional	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango auxiliar debidamente ajustado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Broca con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mandril portabroca en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Herramienta de ajuste esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El vastago se encuentra en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El interruptor esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El cable de alimentacion se encuentra en buenas condiciones	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operacion es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Gafas de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Protectores auditivos insercion y copa	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guantes de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
La broca esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El diametro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA	GO		GO		GO		GO		GO		GO			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Gredis Alcoba	9255 1395	G O
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON ESMOIA	1.233.691.500	

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐ ☐ Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

EBISU

INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO

CODIGO: FST-IN-04
VERSION: 01
FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Bello
MARCA EQUIPO: Dewalt
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: TOLVA
SEMANA: 16 al 21 Diciembre - 2024
ACTIVIDAD: PERFORACION PLACA

ITEM	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
CONDICIONES DEL EQUIPO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
La carcasa se encuentra en buen estado y ajustada al taladro	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Carcasa libre de aceites o grasas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El mango presenta un diseño ergonomico y funcional	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango auxiliar debidamente ajustado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Broca con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mandril portabroca en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Herramienta de ajuste esta en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El vastago se encuentra en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El interruptor esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El cable de alimentacion se encuentra en buenas condiciones	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operacion es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Gafas de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Protectores auditivos inserción y copa	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guantes de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
La broca esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El diametro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
[illegible]	1127543	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON FUMIRA	1.733.691.750	

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐ ☐ Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

EBISU	INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO	CODIGO: FST IN-04 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: BOSQUE

MARCA EQUIPO: DEWALT

SEMANA: 16 al 21 DICIEMBRE - 2024

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: TALLER

ACTIVIDAD: PERFORACION PLACA

ITEM	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
CONDICIONES DEL EQUIPO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
La camisa se encuentra en buen estado y ajustada al taladro	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Carcasa libre de aceites o grasas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El mango presenta un diseño ergonomico y funcional	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango auxiliar debidamente ajustado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Broca con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mandril portabroca en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Herramienta de ajuste esta en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El vastago se encuentra en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El interruptor esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El cable de alimentación se encuentra en buenas condiciones	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Gafas de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Protectores auditivos inserción y copa	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guantes de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
La broca esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El diametro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA	Santiago Torres		Santiago Torres		Santiago Torres		Santiago Torres		Santiago Torres		Santiago Torres			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
David Santiago Torres	1000126404	Santiago Torres
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON EDUARDO	1.233.691.050	

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐ ☐ Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

EBISU

INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO

CODIGO: FST IN 04
VERSION: 01
FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Bolívar

MARCA EQUIPO: Dewalt

SEMANA: 16 al 21 Diciembre

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre A

ACTIVIDAD: Perforación placa

ITEM	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
CONDICIONES DEL EQUIPO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
La carcaza se encuentra en buen estado y ajustada al taladro	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Carcaza libre de aceites o grasas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El mango presenta un diseño ergonomico y funcional	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango auxiliar debidamente ajustado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
[illegible] con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mandril portabroca en buen estado.	✓		✓		✓				✓		✓			
Herramienta de ajuste esta en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El vastago se encuentra en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El interruptor esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El cable de alimentacion se encuentra en buenas condiciones	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Gafas de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Protectores auditivos inserción y copa	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guantes de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
La broca esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El diametro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Frank Alexander Acevedo	1111045759	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
IVAN FAMDIA	1.233.601.750	

SEMANA DEL ___ AL ___ DE DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐ ☐

Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

EBISU

INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO

CODIGO: FST.IN.04
VERSION: 01
FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Colegio Boito
MARCA EQUIPO: Navitol
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre A4B
SEMANA: 23 a 28 / 12 / 2024
ACTIVIDAD: Anclajes electricos

ITEM	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
CONDICIONES DEL EQUIPO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
La carcaza se encuentra en buen estado y ajustada al taladro	✓						✓		✓		✓			
Carcaza libre de aceites o grasas	✓						✓		✓		✓			
El mango presenta un diseño ergonomico y funcional	✓						✓		✓		✓			
Mango auxiliar debidamente ajustado	✓						✓		✓		✓			
Cuenta con guarda de seguridad	✓						✓		✓		✓			
Mandril portabroca en buen estado.	✓						✓		✓		✓			
Herramienta de ajuste esta en buen estado.	✓						✓		✓		✓			
El vastago se encuentra en buen estado	✓						✓		✓		✓			
El interruptor esta en buen estado	✓						✓		✓		✓			
El cable de alimentación se encuentra en buenas condiciones	✓						✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓						✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado	✓						✓		✓		✓			
Gafas de seguridad	✓						✓		✓		✓			
Protectores auditivos inserción y copa	✓						✓		✓		✓			
Guantes de seguridad	✓						✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo	✓						✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada	✓						✓		✓		✓			
La broca esta buenas condiciones.	✓						✓		✓		✓			
El diametro es el correcto	✓						✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓						✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA	✓						✓		✓		✓			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
LUCIANO ALEXANDER YAGUE	1022907991	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angie Jaime	1030700290	

SEMANA DEL: 23 AL 28 DE 12 DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☒ ☐ Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST: NOMBRE/APELLIDOS

EBISU	INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO	CODIGO: FST-IN-04 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Lugo Costa

MARCA EQUIPO: Nauta

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre A y B

SEMANA: 23 al 28 / 12 / 2024

ACTIVIDAD: Anclajes Electricos

ITEM	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
CONDICIONES DEL EQUIPO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
La carcaza se encuentra en buen estado y ajustada al taladro							✓		✓		✓			
Carcaza libre de aceites o grasas							✓		✓		✓			
El mango presenta un diseño ergonomico y funcional							✓		✓		✓			
Mango auxiliar debidamente ajustado							✓		✓		✓			
Cuenta con guarda de seguridad							✓		✓		✓			
El portabroca en buen estado.							✓		✓		✓			
Herramienta de ajuste esta en buen estado.							✓		✓		✓			
El vastago se encuentra en buen estado							✓		✓		✓			
El interruptor esta en buen estado							✓		✓		✓			
El cable de alimentacion se encuentra en buenas condiciones							✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal							✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado							✓		✓		✓			
Gafas de seguridad							✓		✓		✓			
Protectores auditivos inserción y copa							✓		✓		✓			
Guantes de seguridad							✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo							✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada							✓		✓		✓			
La broca esta buenas condiciones.							✓		✓		✓			
El diametro es el correcto							✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal							✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Jonathan Adrian G.	1023893213	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angie Parra T	1030300290	

SEMANA DEL: 23 AL 28 DE 12 DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☒ ☐

Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST:

NOMBRE/APELLIDOS

EBISU

INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO

CODIGO: EST-IN-04
VERSION: 01
FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Bodega
MARCA EQUIPO: Bosch
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Taller A
SEMANA: 03 al 08 Diciembre - 2024
ACTIVIDAD: PERFORACION placa

ITEM	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
CONDICIONES DEL EQUIPO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
La carcaza se encuentra en buen estado y ajustada al taladro	✓						✓		✓		✓			
Carcaza libre de aceites o grasas	✓						✓		✓		✓			
El mango presenta un diseño ergonomico y funcional	✓						✓		✓		✓			
Mango auxiliar debidamente ajustado	✓						✓		✓		✓			
Cuenta con guarda de seguridad	✓						✓		✓		✓			
Cable portabroca en buen estado	✓						✓		✓		✓			
Herramienta de ajuste esta en buen estado.	✓						✓		✓		✓			
El vastago se encuentra en buen estado	✓						✓		✓		✓			
El interruptor esta en buen estado	✓						✓		✓		✓			
El cable de alimentacion se encuentra en buenas condiciones	✓						✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓						✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado	✓						✓		✓		✓			
Gafas de seguridad	✓						✓		✓		✓			
Protectores auditivos inserción y copa	✓						✓		✓		✓			
Guantes de seguridad	✓						✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo	✓						✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada	✓						✓		✓		✓			
La broca esta buenas condiciones.	✓						✓		✓		✓			
El diametro es el correcto	✓						✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓						✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Andrey Felipe R	1.167.526.666	

NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST
JHON EUMORFO	1.233.691.050	

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐ ☐ Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

EBISU	INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO	CODIGO: FST-IN-04 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: BOLIVAR

MARCA EQUIPO: MAKITA

SEMANA: 23 al 28 diciembre - 2021

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: TANQUE A

ACTIVIDAD: PERFORACION PLACAS

ITEM	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
CONDICIONES DEL EQUIPO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
La carcasa se encuentra en buen estado y ajustada al taladro	✓						✓		✓		✓			
Carcasa libre de aceites o grasas	✓						✓		✓		✓			
El mango presenta un diseño ergonomico y funcional	✓						✓		✓		✓			
Mango auxiliar debidamente ajustado	✓						✓		✓		✓			
Cuenta con guarda de seguridad	✓						✓		✓		✓			
El portabroca en buen estado.	✓						✓		✓		✓			
Herramienta de ajuste esta en buen estado.	✓						✓		✓		✓			
El vástago se encuentra en buen estado	✓						✓		✓		✓			
El interruptor esta en buen estado	✓						✓		✓		✓			
El cable de alimentacion se encuentra en buenas condiciones	✓						✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓						✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado	✓						✓		✓		✓			
Gafas de seguridad	✓						✓		✓		✓			
Protectores auditivos inserción y copa	✓						✓		✓		✓			
Guantes de seguridad	✓						✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo	✓						✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
La broca esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El diametro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓						✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Florvin Olaya	87.946.129	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON ZUMBIO	1.033.691.250	

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐ ☐ Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

EBISU	INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO	CODIGO: FST IN 04 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: dcity

MARCA EQUIPO: Dewalt

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: TORRE A

SEMANA: 23 al 08 Diciembre - 2024

ACTIVIDAD: perforación placa

ITEM	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
CONDICIONES DEL EQUIPO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
La carcaza se encuentra en buen estado y ajustada al taladro	✓						✓		✓		✓			
Carcaza libre de aceites o grasas	✓						✓		✓		✓			
El mango presenta un diseño ergonomico y funcional	✓						✓		✓		✓			
Mango auxiliar debidamente ajustado	✓						✓		✓		✓			
Cuenta con guarda de seguridad	✓						✓		✓		✓			
El portabroca en buen estado	✓						✓		✓		✓			
Herramienta de ajuste esta en buen estado	✓						✓		✓		✓			
El vastago se encuentra en buen estado	✓						✓		✓		✓			
El interruptor esta en buen estado	✓						✓		✓		✓			
El cable de alimentacion se encuentra en buenas condiciones	✓						✓		✓		✓			
Su condicion de operacion es normal	✓						✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado	✓						✓		✓		✓			
Gafas de seguridad	✓						✓		✓		✓			
Protectores auditivos inserción y copa	✓						✓		✓		✓			
Guantes de seguridad	✓						✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo	✓						✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada	✓						✓		✓		✓			
La broca esta buenas condiciones.	✓						✓		✓		✓			
El diametro es el correcto	✓						✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓						✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA	GO	—	—		GO		GO		GO					

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Gielm Agudelo	92551355	GO
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON ZUMAQUE	1.239.691.750	

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐ ☐ Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

EBISU

INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO

CODIGO: FST.IN-04
VERSION: 01
FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Bello
MARCA EQUIPO: Bosch
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: TORRE A

SEMANA: 28 al 08 diciembre - 2024
ACTIVIDAD: perforación placa

ITEM	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
CONDICIONES DEL EQUIPO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
La carcasa se encuentra en buen estado y ajustada al taladro	✓						✓		✓		✓			
Carcasa libre de aceites o grasas	✓						✓		✓		✓			
El mango presenta un diseño ergonomico y funcional	✓						✓		✓		✓			
Mango auxiliar debidamente ajustado	✓						✓		✓		✓			
Cuenta con guarda de seguridad	✓						✓		✓		✓			
El [illegible]uril portabroca en buen estado	✓						✓		✓		✓			
Herramienta de ajuste esta en buen estado.	✓						✓		✓		✓			
El vastago se encuentra en buen estado	✓						✓		✓		✓			
El interruptor esta en buen estado	✓						✓		✓		✓			
El cable de alimentacion se encuentra en buenas condiciones	✓						✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓						✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado	✓						✓		✓		✓			
Gafas de seguridad	✓						✓		✓		✓			
Protectores auditivos inserción y copa	✓						✓		✓		✓			
Guantes de seguridad	✓						✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo	✓						✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada	✓						✓		✓		✓			
La broca esta buenas condiciones	✓						✓		✓		✓			
El diametro es el correcto	✓						✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓						✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA	[signature]						[signature]		[signature]		[signature]			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
[illegible]	[illegible]	[signature]
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST
JHON FERNOLD	1.033.691.000	[signature]

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐ ☐ Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

EBISU

INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO

CODIGO: FST-IN-04
VERSION: 01
FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: BOYACA
MARCA EQUIPO: MAKITA
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: TORRE A

SEMANA: 03 al 08 Diciembre - 00 00
ACTIVIDAD: PERFORACION PLACAS

ITEM	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
CONDICIONES DEL EQUIPO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
La carcasa se encuentra en buen estado y ajustada al taladro	✓						✓		✓		✓			
Carcasa libre de aceites o grasas	✓						✓		✓		✓			
El mango presenta un diseño ergonomico y funcional	✓						✓		✓		✓			
Mango auxiliar debidamente ajustado	✓						✓		✓		✓			
Cuenta con guarda de seguridad	✓						✓		✓		✓			
El portabroca en buen estado	✓						✓		✓		✓			
Herramienta de ajuste esta en buen estado	✓						✓		✓		✓			
El vastago se encuentra en buen estado	✓						✓		✓		✓			
El interruptor esta en buen estado	✓						✓		✓		✓			
El cable de alimentacion se encuentra en buenas condiciones	✓						✓		✓		✓			
Su condicion de operacion es normal	✓						✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado	✓						✓		✓		✓			
Gafas de seguridad	✓						✓		✓		✓			
Protectores auditivos insercion y copa	✓						✓		✓		✓			
Guantes de seguridad	✓						✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo	✓						✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada	✓						✓		✓		✓			
La broca esta buenas condiciones.	✓						✓		✓		✓			
El diametro es el correcto	✓						✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓						✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
GILBERTO AMADO T.	80362367	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON FLOREZ	1.033.691.690	

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐ ☐ Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

EBISU

INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO

CODIGO: FST-PI-04
VERSION: 01
FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Bolu
MARCA EQUIPO: Makita
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre A

SEMANA: 23 al 28 diciembre - 2024
ACTIVIDAD: perforacion placa

ITEM	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
CONDICIONES DEL EQUIPO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
La carcaza se encuentra en buen estado y ajustada el taladro	✓						✓		✓		✓			
Carcaza libre de aceites o grasas	✓						✓		✓		✓			
El mango presenta un diseño ergonomico y funcional	✓						✓		✓		✓			
Mango auxiliar debidamente ajustado	✓						✓		✓		✓			
Cuenta con guarda de seguridad	✓						✓		✓		✓			
El portabroca en buen estado	✓						✓		✓		✓			
Herramienta de ajuste esta en buen estado	✓						✓		✓		✓			
El vastago se encuentra en buen estado	✓						✓		✓		✓			
El interruptor esta en buen estado	✓						✓		✓		✓			
El cable de alimentacion se encuentra en buenas condiciones	✓						✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓						✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado	✓						✓		✓		✓			
Gafas de seguridad	✓						✓		✓		✓			
Protectores auditivos inserción y copa	✓						✓		✓		✓			
Guantes de seguridad	✓						✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo	✓						✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada	✓						✓		✓		✓			
La broca esta buenas condiciones	✓						✓		✓		✓			
El diametro es el correcto	✓						✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓						✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA	Santiago Torres						Santiago Torres		Santiago Torres		Santiago Torres			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
David Santiago Torres	1000128491	Santiago Torres
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON FERMIN	1.093.691.150	

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐ ☐ Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

EBISU

INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO

CODIGO: FST.IN-04
VERSION: 01
FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Bolo
MARCA EQUIPO: Mona
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Taller A

SEMANA: 23 al 08 diciembre - 2024
ACTIVIDAD: perforacion placa

ITEM	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
CONDICIONES DEL EQUIPO														
La carcaca se encuentra en buen estado y ajustada al taladro	✓						✓		✓		✓			
Carcaca libre de aceites o grasas	✓						✓		✓		✓			
El mango presenta un diseño ergonomico y funcional	✓						✓		✓		✓			
Mango auxiliar debidamente ajustado	✓						✓		✓		✓			
Broca con guarda de seguridad	✓						✓		✓		✓			
Mandril portabroca en buen estado	✓						✓		✓		✓			
Herramienta de ajuste esta en buen estado.	✓						✓		✓		✓			
El vastago se encuentra en buen estado	✓						✓		✓		✓			
El interruptor esta en buen estado	✓						✓		✓		✓			
El cable de alimentacion se encuentra en buenas condiciones	✓						✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓						✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado	✓						✓		✓		✓			
Gafas de seguridad	✓						✓		✓		✓			
Protectores auditivos inserción y copa	✓						✓		✓		✓			
Guantes de seguridad	✓						✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo	✓						✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada	✓						✓		✓		✓			
La broca esta buenas condiciones.	✓						✓		✓		✓			
El diametro es el correcto	✓						✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓						✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR: Jose D. Banguero Conto	CEDULA: 1003045086	FIRMA DEL TRABAJADOR
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST: JHON ZUMORA	CEDULA: 1.735.691.790	FIRMA DEL INSPECTOR SST

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐ ☐ Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____
NOMBRE/APELLIDOS

EBISU	INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO	CODIGO: FST-IN-04 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: BOLIP

MARCA EQUIPO: DEWALT

SEMANA: 23 al 28 diciembre - 2021

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: TORRE A

ACTIVIDAD: perforacion placa

ITEM	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
CONDICIONES DEL EQUIPO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
La carcaza se encuentra en buen estado y ajustada al Taladro	✓													
Carcaza libre de aceites o grasas	✓													
El mango presenta un diseño ergonomico y funcional	✓													
Mango auxiliar debidamente ajustado	✓													
Broca con guarda de seguridad	✓													
Llave portabroca en buen estado.	✓													
Herramienta de ajuste esta en buen estado.	✓													
El vastago se encuentra en buen estado	✓													
El interruptor esta en buen estado	✓													
El cable de alimentación se encuentra en buenas condiciones	✓													
Su condicion de operación es normal	✓													
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado	✓													
Gafas de seguridad	✓													
Protectores auditivos inserción y copa	✓													
Guantes de seguridad	✓													
Casco con barbuquejo	✓													
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada	✓													
La broca esta buenas condiciones.	✓													
El diametro es el correcto	✓													
Su condicion de operación es normal	✓													
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Benjamin Antolinez	7729593	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON Fumora	1.233.691.690	

SEMANA DEL ___ AL ___ DE DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐ ☐ Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

EBISU	INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO	CODIGO: FST IN-04 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Bello

MARCA EQUIPO: Makita

SEMANA: 23 al 30 NOV - 2024

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Taller

ACTIVIDAD: Perforación placa

ITEM / CONDICIONES DEL EQUIPO	LUNES SI	LUNES NO	MARTES SI	MARTES NO	MIÉRCOLES SI	MIÉRCOLES NO	JUEVES SI	JUEVES NO	VIERNES SI	VIERNES NO	SABADO SI	SABADO NO	DOMINGO SI	DOMINGO NO
La carcasa se encuentra en buen estado y ajustada al taladro	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Carcasa libre de aceites o grasas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El mango presenta un diseño ergonomico y funcional	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango auxiliar debidamente ajustado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Cuenta con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El portabroca en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Herramienta de ajuste esta en buen estado	✓		✓				✓		✓		✓			
El vastago se encuentra en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El interruptor esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El cable de alimentacion se encuentra en buenas condiciones	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operacion es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Gafas de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Protectores auditivos inserción y copa	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guantes de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
La broca esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El diametro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA	Santiago Torres		Santiago Torres		Santiago Torres		Santiago Torres		Santiago Torres		Santiago Torres			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
David Santiago Torres	1000128491	Santiago Torres
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON FONSECA	1.233.691.000	

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐ ☐ Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

EBISU	INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO	CODIGO: FST.IN.04 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Bavia

MARCA EQUIPO: DeWalt

SEMANA: 25 al 30 NOV - 2024

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: TORRE A

ACTIVIDAD: Reforzacion placa

ITEM	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
CONDICIONES DEL EQUIPO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
La carcasa se encuentra en buen estado y ajustada al taladro	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Carcasa libre de aceites o grasas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El mango presenta un diseño ergonomico y funcional	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango auxiliar debidamente ajustado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Cuenta con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
[redacted] portabroca en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Herramienta de ajuste esta en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El vastago se encuentra en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El interruptor esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El cable de alimentacion se encuentra en buenas condiciones	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Gafas de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Protectores auditivos insercion y copa	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guantes de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
[redacted]ca esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El diametro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Manuel Bastidas	1001875416	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON TUMOIO	1.733.691.760	

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐ ☐ Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

EBISU	INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO	CODIGO: FST.IN-04 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Bolta

MARCA EQUIPO: Dewalt

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre A

SEMANA: 25 al 30 NOV - 2024

ACTIVIDAD: perforación placa

ITEM CONDICIONES DEL EQUIPO	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
La carcaza se encuentra en buen estado y ajustada al taladro	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Carcaza libre de aceites o grasas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El mango presenta un diseño ergonomico y funcional	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
[illegible] debidamente ajustado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Cuenta con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mandril portabroca en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Herramienta de ajuste esta en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El vastago se encuentra en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El interruptor esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El cable de alimentación se encuentra en buenas condiciones	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operacion es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Gafas de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Protectores auditivos inserción y copa	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guantes de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
La broca esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El diametro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Benjamin Antolan	7729593	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON FERMORA	1.233.691.250	

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐ ☐ Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

EBISU	INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO	CODIGO: FST.IN-04 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Bavia

MARCA EQUIPO: Dewalt — SEMANA: 29 al 30 NOV - 2021

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre A — ACTIVIDAD: perforacion electrica

ITEM	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
CONDICIONES DEL EQUIPO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
La carcaza se encuentra en buen estado y ajustada al taladro	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Carcaza libre de aceites o grasas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El mango presenta un diseño ergonomico y funcional	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango auxiliar debidamente ajustado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Cuenta con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
[redacted] portabroca en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Herramienta de ajuste esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El vastago se encuentra en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El interruptor esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El cable de alimentación se encuentra en buenas condiciones	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Gafas de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Protectores auditivos inserción y copa	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guantes de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
[redacted] esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El diametro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA	[signature]		[signature]		[signature]		[signature]		[signature]		[signature]			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Cristian Arbeláez	92.551.394	[signature]
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON ESTEBAN	1.233.691.250	[signature]

SEMANA DEL ___ AL ___ DE DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐ ☐ Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

EBISU	INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO	CODIGO: FST.IN.04 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Bolta

MARCA EQUIPO: Dewalt

SEMANA: 23 al 30 NOV - 2024

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre

ACTIVIDAD: Perforacion placa

ITEM	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
CONDICIONES DEL EQUIPO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
La carcaza se encuentra en buen estado y ajustada al taladro	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Carcaza libre de aceites o grasas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El mango presenta un diseño ergonomico y funcional	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango auxiliar debidamente ajustado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Cuenta con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
[illegible]3/0 portabroca en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Herramienta de ajuste esta en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El vastago se encuentra en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El interruptor esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El cable de alimentación se encuentra en buenas condiciones	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Gafas de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Protectores auditivos inserción y copa	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guantes de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
[illegible]ca esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El diametro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Frank Alejandro Acevedo	1002104574	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐ ☐ Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

EBISU	INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO	CODIGO: FST.IN.04 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Bodega

MARCA EQUIPO: Makita

SEMANA: 25 al 30 NOV - 2024

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre A

ACTIVIDAD: Perforacion placa

ITEM	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
CONDICIONES DEL EQUIPO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
La carcasa se encuentra en buen estado y ajustada al taladro	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Carcasa libre de aceites o grasas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El mango presenta un diseño ergonomico y funcional	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango auxiliar debidamente ajustado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Cuenta con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El portabroca en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Herramienta de ajuste esta en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El vastago se encuentra en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El interruptor esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El cable de alimentacion se encuentra en buenas condiciones	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operacion es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Gafas de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Protectores auditivos inserción y copa	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guantes de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
La broca esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El diametro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Yasid Yonier Olaya Argüello	87.946.129	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐ ☐ Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

EBISU	INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO	CODIGO: FST.IN-04 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Bolly

MARCA EQUIPO: Dewalt — SEMANA: 25 al 30 NOV - 2024

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: TALLER B — ACTIVIDAD: PERFORACION PISO

ITEM	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
CONDICIONES DEL EQUIPO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
La carcaza se encuentra en buen estado y ajustada al taladro	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Carcaza libre de aceites o grasas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El mango presenta un diseño ergonomico y funcional	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango auxiliar debidamente ajustado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Cuenta con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El portabroca en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Herramienta de ajuste esta en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El vástago se encuentra en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El interruptor esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El cable de alimentación se encuentra en buenas condiciones	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Gafas de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Protectores auditivos inserción y copa	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guantes de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
La [illegible]ta esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El diametro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Andres Felipe R.	1216976666	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON EUMORA	1.233.691.750	

SEMANA DEL ___ AL ___ DE DE 2024

PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

era de servicio: si ☐ no ☐ ☐ Fecha de Corrección: _____

mbre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

EBISU	INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO	CODIGO: FST IN-04 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: BOHN DEWOH

MARCA EQUIPO: DEWOH

SEMANA: 25 al 30 NOV - 2024

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: TALLER A

ACTIVIDAD: REFORESTACION BLOCO

ITEM	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
CONDICIONES DEL EQUIPO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
La carcasa se encuentra en buen estado y ajustada al taladro	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Carcasa libre de aceites o grasas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El mango presenta un diseño ergonomico y funcional	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango auxiliar debidamente ajustado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
[illegible] con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
[illegible] portabroca en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Herramienta de ajuste esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El vastago se encuentra en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El interruptor esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El cable de alimentacion se encuentra en buenas condiciones	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operacion es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Gafas de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Protectores auditivos inserción y copa	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guantes de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
[illegible]broca esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El diametro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Rafael [illegible]	1127339477	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON FUMOLO	1-755.691-790	

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐ ☐ Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

EBISU	INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO	CODIGO: FST-IN-64 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Bonta

MARCA EQUIPO: Dewalt

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre B

SEMANA: 25 al 30 Nov - 2024

ACTIVIDAD: Perforacion placa

ITEM	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
CONDICIONES DEL EQUIPO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
La carcasa se encuentra en buen estado y ajustada al taladro	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Carcasa libre de aceites o grasas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El mango presenta un diseño ergonomico y funcional	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango auxiliar debidamente ajustado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
[illegible]ta con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
[illegible] portabroca en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Herramienta de ajuste esta en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El vastago se encuentra en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El interruptor esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El cable de alimentación se encuentra en buenas condiciones	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Gafas de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Protectores auditivos inserción y copa	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guantes de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
[illegible]ca esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El diametro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Edilberto Bello Dc	80362362	

NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST
JHON FLORES	1-235-691-290	

SEMANA DEL ___ AL ___ DE DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐ ☐ Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

EBISU	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS	Código: FST.TA-01 Versión:01 Fecha:15/03/2022

INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Instalacion de platinas para rampas.

Lugar: Colegio Boita

Duración estimada: 02 al 03/12/24 Número de personas en el trabajo: 2 personas

Altura aproximada: 1.5 mts Aprox

INFORMACION DEL EJECTUTOR (ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	ARL	EPS	CONSTACIA CAPACITACION			FIRMA TRABAJADOR
		SI	SI	SI	NO	VIGENCIA	
1	Hernan Pamplona	✓	✓	✓			Hernan Pc.
2	Alexander Lopez	✓	✓	✓			
3							
4							
5							

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1		2		3		4		5		6		7		8		9		Observaciones
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año?	✓		✓																
¿Ha consumido medicamentos en las últimas 8 horas?		X		X															
¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 8 horas?		X		X															
¿Inspecciono los equipos de protección contra caídas antes de usarlos?	✓		✓																
¿ Conoce el procedimiento para el desarrollo de la actividad?	✓		✓																
¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad?		X		X															
¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de trabajo en alturas?		X		X															
En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es	✓		✓																
¿El ejecutante cuenta y conoce el procedimiento de trabajo seguro en alturas (SG-SST-01)?	✓		✓																
¿El área de trabajo se encuentra señalizada y demarcada?	✓		✓																
¿El ejecutante tiene conocimiento a los riesgos que está expuesto?	✓		✓																
¿El ejecutante cuenta con un ayudante para realizar la tarea?	✓		✓																

¿El ejecutante cuenta con un sistema de aseguramiento de herramientas?				
¿El ejecutante sabe qué hacer en caso de una emergencia?				
¿Se realizo el análisis de trabajo seguro (ATS) formatO para la tarea?				
¿La ejecutante sospecha o tiene duda de que se encuentra en estado de embrazo	N	A	N	A
¿Se realizo la inspección de escaleras, andamios, rack y otros elementos de acceso a utilizar?				

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

El area de trabajo necesita o se ha verifi

	Necesidad SI	Necesidad NO	Revisión 2 B	Revisión 2 M
Demarcación provisional				
Señales de peligro adicionales				
Cerrar las vias				
Iluminación Adicional				
Superficies secas, no				
Lineas de advertencia				
Puntos de anclaje				

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

El personal requiere:

	Necesidad SI	Necesidad NO	Revisión 1 B	Revisión 1 M	Revisión 2 B	Revisión 2 M
Casco de Seguridad						
Barbuquejo y mentonera						
Gafas de Seguridad						
Protección Respiratoria						
Protección Auditiva						
Guantes						
Calzado de Seguridad						

ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS

	NECESIDAD SI	NECESIDAD NO	Revisión 1 B	Revisión 1 M	Revisión 2 B	Revisión 2 M
Linea de vida (Verificar puntos de anc						
Arnés de seguridad						

Eslinga — Sencilla ☐ Ajustable ☐ "Y" ☐ Posicionamiento (cuerda) ☐ Con absorbedor? S ☐ N ☐

ANDAMIOS

	Necesidad SI	Necesidad NO	Revisión 1 B	Revisión 1 M	Revisión 2 B	Revisión 2 M
Móvil						
Fijo						
Se ha verificado el estado del andamio						
Los puntos de apoyo del andamio son estables y resistentes						
Las bases del andamio se encuentran aseguradas						
El andamio cuenta con barandas laterales						

Carga Máxima: _____

Altura máxima: _____

Otras precauciones. Cuales? _____

Construcción del Andamio

Se garantiza que el levantamiento del andamio ha estado en manos de personal entrenado y calificado en esta actividad y bajo la supervisión adecuada. Los usuarios del andamio conocen los propósitos de este y sus responsabilidades:

Elaborado Por: _____

Modificaciones autorizadas por: _____

Este documento impreso se considera copia no controlada

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DÍA)	HORA	DESDE (DÍA)	HORA
02-12-24	3:00 pm	03-12-24	12:00 pm

DESDE (DÍA)	HORA	DESDE (DÍA)	HORA

EQUIPOS A UTILIZAR

* Arnes - linea de vida
* Eslinga - punto de anclaje

SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

RECURSOS A UTILIZAR

Agua	☐	Madera	☑		☑
Aire	☑	Gasolina	☐		☐
Energia	☑	ACPM	☐		☐

REVISION CONDICIONES DEL AREA AL TERMINAR EL TRABAJO

	Condiciones OK	No Conforme *
Orden y aseo	☑	☐
Manejo de residuos	☑	☐
Levantamiento de señalización o aislamientos especiales (Si :	☑	☐
Otras. Cuales?	☐	☐
	☐	☐

Observaciones

FIRMAS

Dejo constancia de que estoy enterado del trabajo que se hará y que no tengo ninguna objeción en cuanto al tipo de trabajo.	Yo he leido y entendido las recomendaciones aquí dadas, dispongo de los recursos que son necesarios y he tomado las precauciones de seguridad establecidas. Certifico que el trabajo puede ser realizado sin riesgo de daño para el equipo ni el personal.		Certifico que he verificado las condiciones de seguridad recomendadas para la ejecución de las actividades. Soy conciente del trabajo que se realizará y doy APROBACION para su ejecución.
Responsable SST/inspector SST ó Coordinador trabajo en Alturas (EBISU S.A.S)	**Responsable del trabajo a ejecutarse (EBISU S.A.S)**	**Responsable del trabajo a ejecutarse (Contratista)**	****Responsable SST ó Coordinador trabajo en Alturas (Contratista)**

** Sólo en caso que en el contrato entre las partes se exija un responsable de SST para el desarrollo de las operaciones de los trabajadores por parte del Contratista.

EBISU	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS	Código: FST.TA-01 Versión:01 Fecha:15/03/2022

INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: fundida de guteros e instalacion de plasticos de puentes

Lugar: Colegio Bosa Torre A y B

Duración estimada 02 al 07/12/24

Numero de personas en el trabajo 3 personas.

Altura aproximada 15 mts aprox

INFORMACION DEL EJECUTOR (ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	ARL SI	EPS SI	CONSTACIA CAPACITACION SI	CONSTACIA CAPACITACION NO	VIGENCIA	FIRMA TRABAJADOR
1	JOSE D. BRAVO	✓	✓	✓			
2	Cadena de la Hoz	✓	✓	✓			
3	[illegible]						
4							
5							

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1 SI	1 NO	2 SI	2 NO	3 SI	3 NO	4 SI	4 NO	5 SI	5 NO	6 SI	6 NO	7 SI	7 NO	8 SI	8 NO	9 SI	9 NO	Observaciones
¿Se le ha practicado un examen medico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año?	✓		✓		✓														
¿Ha consumido medicamentos en las últimas 8 horas?		Y		Y		Y													
¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 8 horas?		Y		X		Y													
¿Inspecciono los equipos de protección contra caidas antes de usarlos?	✓		✓		✓														
¿ Conoce el procedimiento para el desarrollo de la actividad?	✓		✓		✓														
¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad?		Y				Y													
¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de trabajo en alturas?		X				X													
En terminos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es	✓		✓		✓														
¿El ejecutante cuenta y conoce el procedimiento de trabajo seguro en alturas (SG-SST-01)?	✓		✓		✓														
¿El área de trabajo se encuentra señalizada y demarcada?	✓		✓		✓														
¿El ejecutante tiene conocimiento a los riesgos que está expuesto?	✓		✓		✓														
¿El ejecutante cuenta con un ayudante para realizar la tarea?	✓		✓		✓														

ejecutante cuenta con ... sistema de aseguramiento de herramientas?	✓		✓		✓	
¿El ejecutante sabe qué hacer en caso de una emergencia?	✓		✓		✓	
¿Se realizo el análisis de trabajo seguro (ATS) formatO para la tarea?	✓		✓		✓	
¿La ejecurtante sospecha o bene duda de que se encuentra en estado de embrazo	N	A	N	A	N	A
¿Se realizo la inspecoón de escaleras, andamios, rack y otros elementos de acceso a utilizar?	✓		✓		✓	

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

El area de trabajo necesita o se ha verifi

	Necesidad SI	Necesidad NO	Revisión 2 B	Revisión 2 M
Demarcación provisional		✓		
Señales de peligro adicionales		✓		
Cerrar las vias		✓		
Iluminación Adicional	✓			
Superficies secas, no	✓			
Lineas de advertencia	✓			
Puntos de anclaje	✓			

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

El personal requiere:

	Necesidad SI	Necesidad NO	Revisión 1 B	Revisión 1 M	Revisión 2 B	Revisión 2 M
Casco de Seguridad	✓		✓			
Barbuquejo y mentonera	✓		✓			
Gafas de Seguridad	✓		✓			
Protección Respiratoria	✓		✓			
Protección Auditiva	✓		✓			
Guantes	✓		✓			
Calzado de Seguridad	✓		✓			

ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS

	NECESIDAD SI	NECESIDAD NO	Revisión 1 B	Revisión 1 M	Revisión 2 B	Revisión 2 M
Linea de vida (Verificar puntos de an						
Arnés de seguridad						

Eslinga — Sencilla ☐ Ajustable ☑ — "Y" ☐ Posicionamiento (cuerda) ☑ — Con absorbedor? ☐ — N ☐

Este documento impreso se considera copia no controlada

ANDAMIOS

	Necesidad SI	Necesidad NO	Revisión 1 B	Revisión 1 M	Revisión 2 B	Revisión 2 M
Móvil						
Fijo						
Se ha verificado el estado del andamio						
Los puntos de apoyo del andamio son estables y resistentes						
Las bases del andamio se encuentran aseguradas						
El andamio cuenta con barandas laterales						

Carga Máxima: ____

Altura máxima: ____

Otras precauciones. Cuales? ____

Construcción del Andamio

Se garantiza que el levantamiento del andamio ha estado en manos de personal entrenado y calificado en esta actividad y bajo la supervisión adecuada. Los usuarios del andamio conocen los propósitos de este y sus responsabilidades.

Elaborado Por: ____

Modificaciones autorizadas por: ____

Este documento impreso se considera copia no contro

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DÍA)	HORA	DESDE (DÍA)	HORA
02-12-24	7:00 am	04-12-24	12:00 pm

DESDE (DÍA)	HORA	DESDE (DÍA)	HORA

EQUIPOS A UTILIZAR

- Eslinga
- Arnes
- Arnes
- linea de vida
- freno vertical
- Putidora

SUSTANCIAS QUIMICAS A UTILIZAR

RECURSOS A UTILIZAR

Agua	☐	Madera	☑
Aire	☑	Gasolina	☐
Energia	☑	ACPM	☐

REVISION CONDICIONES DEL AREA AL TERMINAR EL TRABAJO

	Condiciones OK	No Conforme *
Orden y aseo	☑	☐
Manejo de residuos	☑	☐
Levantamiento de señalización o aislamientos especiales (Si a	☑	☐
Otras. Cuales?	☐	☐
	☐	☐

Observaciones

FIRMAS			
Dejo constancia de que estoy enterado del trabajo que se hará y que no tengo ninguna objeción en cuanto al tipo de trabajo.	Yo he leido y entendo las recomendaciones aquí dadas, dispongo de los recursos que son necesarios y he tomado las precauciones de seguridad establecidas. Certifico que el trabajo puede ser realizado sin riesgo de daño para el equipo ni el personal.		Certifico que he verificado las condiciones de seguridad recomendadas para la ejecución de las actividades. Soy conciente del trabajo que se realizará y doy APROBACION para su ejecución.
Responsable SST/inspector SST ó Coordinador trabajo en Alturas (EBISU S.A.S)	**Responsable del trabajo a ejecutarse (EBISU S.A.S)**	**Responsable del trabajo a ejecutarse (Contratista)**	****Responsable SST ó Coordinador trabajo en Alturas (Contratista)**

** Sólo en caso que en el contrato entre las partes se exija un responsable de SST para el desarrollo de las operaciones de los trabajadores por parte del Contratista.

EBISU	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS	Código: FST.TA-01 Versión:01 Fecha:15/03/2022

INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Cargue de material y Recepción

Lugar: proyecto Boita Torre A

Duración estimada: 02 al 07 dic. 2021 Numero de personas en el trabajo: 2

Altura aproximada: 20 mts

INFORMACION DEL EJECTUTOR (ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	ARL	EPS	CONSTACIA CAPACITACION		FIRMA TRABAJADOR
		SI	SI	SI	NO	VIGENCIA	
1	[illegible]	✓	✓	✓		Mayo 2024	[signature]
2	[illegible]	✓	✓	✓		Mayo 2022	[signature]
3							
4							
5							

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1 SI	1 NO	2 SI	2 NO	3 SI	3 NO	4 SI	4 NO	5 SI	5 NO	6 SI	6 NO	7 SI	7 NO	8 SI	8 NO	9 SI	9 NO	Observaciones
¿Se le ha practicado un examen medico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año?	✓		✓																
¿Ha consumido medicamentos en las últimas 8 horas?		✓		✓															
¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 8 horas?		✓		✓															
¿Inspecciono los equipos de protección contra caídas antes de usarlos?	✓		✓																
¿ Conoce el procedimiento para el desarrollo de la actividad?	✓		✓																
¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad?		✓		✓															
¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de trabajo en alturas?		✓		✓															
En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es	✓		✓																
¿El ejecutante cuenta y conoce el procedimiento de trabajo seguro en alturas (SG-SST-01)?	✓		✓																
¿El área de trabajo se encuentra señalizada y demarcada?	✓		✓																
¿El ejecutante tiene conocimiento a los riesgos que está expuesto?	✓		✓																
¿El ejecutante cuenta con un ayudante para realizar la tarea?	✓		✓																

...cutante cuenta con sistema de aseguramiento de herramientas?	✓		✓																		
¿El ejecutante sabe qué hacer en caso de una emergencia?	✓		✓																		
¿Se realizo el análisis de trabajo seguro (ATS) formatO para la tarea?	✓		✓																		
¿La ejecutante sospecha o tiene duda de que se encuentra en estado de embrazo	N/A		N/A																		
¿Se realizo la inspección de escaleras, andamios, rack y otros elementos de acceso a utilizar?	✓		✓																		

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

El area de trabajo necesita o se ha verifi

	Necesidad SI	Necesidad NO	Revisión 2 B	Revisión 2 M
Demarcación provisional	✓		✓	
Señales de peligro adicionales	✓		✓	
Cerrar las vias	✓		✓	
Iluminación Adicional	✓		✓	
Superficies secas, no	✓		✓	
Lineas de advertencia	✓		✓	
Puntos de anclaje	✓		✓	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

El personal requiere:

	Necesidad SI	Necesidad NO	Revisión 1 B	Revisión 1 M	Revisión 2 B	Revisión 2 M
Casco de Seguridad	✓		✓		✓	
Barbuquejo y mentonera	✓		✓		✓	
Gafas de Seguridad	✓		✓		✓	
Protección Respiratoria	✓		✓		✓	
Protección Auditiva	✓		✓		✓	
Guantes	✓		✓		✓	
Calzado de Seguridad	✓		✓		✓	

ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS

	NECESIDAD SI	NECESIDAD NO	Revisión 1 B	Revisión 1 M	Revisión 2 B	Revisión 2 M
Linea de vida (Verificar puntos de ancl	✓		✓		✓	
Arnés de seguridad	✓		✓		✓	

Eslinga — Sencilla ☐ Ajustable ☒ "Y" ☐ Posicionamiento (cuerda) ☒ Con absorbedor? S ☒ N ☐

Este documento impreso se considera copia no controlada

ANDAMIOS

	Necesidad SI	Necesidad NO	Revisión 1 B	Revisión 1 M	Revisión 2 B	Revisión 2 M
Móvil						
Fijo						
Se ha verificado el estado del andamio						
Los puntos de apoyo del andamio son estables y resistentes						
Las bases del andamio se encuentran aseguradas						
El andamio cuenta con barandas laterales						

Carga Máxima: _____

Altura máxima: _____

Otras precauciones. Cuales? _____

Construcción del Andamio

Se garantiza que el levantamiento del andamio ha estado en manos de personal entrenado y calificado en esta actividad y bajo la supervisión adecuada. Los usuarios del andamio conocen los propósitos de este y sus responsabilidades:

Elaborado Por: _____

Modificaciones autorizadas por: _____

Este documento impreso se considera copia no controlada

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DÍA)	HORA	DESDE (DÍA)	HORA

DESDE (DÍA)	HORA	DESDE (DÍA)	HORA

EQUIPOS A UTILIZAR

AINES
Pluma GIVO

SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

N/A

RECURSOS A UTILIZAR

Agua	☐	Madera	☐		☐
Aire	☐	Gasolina	☐		☐
Energia	☒	ACPM	☐		☐

REVISION CONDICIONES DEL AREA AL TERMINAR EL TRABAJO.

	Condiciones OK	No Conforme *
Orden y aseo	☑	☐
Manejo de residuos	☑	☐
Levantamiento de señalización o aislamientos especiales (Si a	☑	☐
Otras. Cuales?	☐	☐
	☐	☐

Observaciones

FIRMAS

Dejo constancia de que estoy enterado del trabajo que se hará y que no tengo ninguna objeción en cuanto al tipo de trabajo.	Yo he leído y entendo las recomendaciones aquí dadas, dispongo de los recursos que son necesarios y he tomado las precauciones de seguridad establecidas. Certifico que el trabajo puede ser realizado sin riesgo de daño para el equipo ni el personal.		Certifico que he verificado las condiciones de seguridad recomendadas para la ejecución de las actividades. Soy conciente del trabajo que se realizará y doy APROBACION para su ejecución.
Responsable SST/Inspector SST ó Coordinador trabajo en Alturas (EBISU S.A.S)	**Responsable del trabajo a ejecutarse (EBISU S.A.S)**	**Responsable del trabajo a ejecutarse (Contratista)**	****Responsable SST ó Coordinador trabajo en Alturas (Contratista)**

** Sólo en caso que en el contrato entre las partes se exija un responsable de SST para el desarrollo de las operaciones de los trabajadores por parte del Contratista.

EBIBO	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS	Código: FST.TA-01 Versión:01 Fecha:15/03/2022

INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Izaje de Materiales

Lugar: Colegio Bolo - Torre A

Duración estimada: 02 al 03/04/24 Numero de personas en el trabajo: 1 persona

Altura aproximada: 15 mts Aprox

INFORMACION DEL EJECUTOR (ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	ARL	EPS	CONSTACIA CAPACITACION			FIRMA TRABAJADOR
		SI	SI	SI	NO	VIGENCIA	
1	Jose Herrera	✓	✓	✓			Jose Herrera
2							
3							
4							
5							

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1		2		3		4		5		6		7		8		9		Observaciones
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año?	✓																		
¿Ha consumido medicamentos en las últimas 8 horas?		X																	
¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 8 horas?		X																	
¿Inspecciono los equipos de protección contra caídas antes de usarlos?	✓																		
¿ Conoce el Procedimiento para el Desarrollo de la actividad?	✓																		
¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad?		X																	
¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de trabajo en alturas?		X																	
En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es	✓																		
¿El ejecutante cuenta y conoce el procedimiento de trabajo seguro en alturas (SG-SST-01)?	✓																		
¿El área de trabajo se encuentra señalizada y demarcada?	✓																		
¿El ejecutante tiene conocimiento a los riesgos que está expuesto?	✓																		
¿El ejecutante cuenta con un ayudante para realizar la tarea?	✓																		

...cuenta con ...a de ...amiento de erramientas?	
¿El ejecutante sabe qué hacer en caso de una emergencia?	
¿Se realizo el análisis de trabajo seguro (ATS) formato para la tarea?	
¿La ejecutante sospecha o tiene duda de que se encuentra en estado de embrazo	N A
¿Se realizo la inspección de escaleras, andamios, rack y otros elementos de acceso a utilizar?	

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

El area de trabajo necesita o se ha verifi

	Necesidad SI	Necesidad NO	Revisión 2 B	Revisión 2 M
Demarcación provisional		N		
Señales de peligro adicionales		N		
Cerrar las vias		N		
Iluminación Adicional		N		
Superficies secas, no				
Lineas de advertencia				
Puntos de anclaje				

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

El personal requiere:

	Necesidad SI	Necesidad NO	Revisión 1 B	Revisión 1 M	Revisión 2 B	Revisión 2 M
Casco de Seguridad						
Barbuquejo y mentonera						
Gafas de Seguridad						
Protección Respiratoria						
Protección Auditiva						
Guantes						
Calzado de Seguridad						

ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS

	NECESIDAD SI	NECESIDAD NO	Revision 1 B	Revision 1 M	Revisión 2 B	Revisión 2 M
Linea de vida (Verificar puntos de an						
Arnés de seguridad						

Eslinga — Sencilla ☐ Ajustable ☑ "Y" ☑ Posicionamiento (cuerda) ☐ Con absorbedor? S ☑ N ☐

F

ANDAMIOS

	Necesidad SI	Necesidad NO	Revisión 1 B	Revisión 1 M	Revisión 2 B	Revisión 2 M
Móvil						
Fijo						
Se ha verificado el estado del andamio						
Los puntos de apoyo del andamio son estables y resistentes						
Las bases del andamio se encuentran aseguradas						
El andamio cuenta con barandas laterales						

Carga Máxima:

Altura máxima:

Otras precauciones. Cuales?

Construcción del Andamio

Se garantiza que el levantamiento del andamio ha estado en manos de personal entrenado y calificado en esta actividad y bajo la supervisión adecuada. Los usuarios del andamio conocen los propósitos de este y sus responsabilidades:

Elaborado Por:

Modificaciones autorizadas por :

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DÍA)	HORA	DESDE (DÍA)	HORA
02-12-24	7:00 am	03-12-24	11:00 pm

DESDE (DÍA)	HORA	DESDE (DÍA)	HORA

EQUIPOS A UTILIZAR

- Eslinga
- Arnes
- Linea de vida
- Gancho de cinclaje

SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

RECURSOS A UTILIZAR

Agua	☐	Madera	☐		☐
Aire	☑	Gasolina	☐		☐
Energia	☑	ACPM	☐		☐

REVISION CONDICIONES DEL AREA AL TERMINAR EL TRABAJO.

	Condiciones OK	No Conforme *
Orden y aseo	☑	☐
Manejo de residuos	☑	☐
Levantamiento de señalización o aislamientos especiales (Si a	☑	☐
Otras. Cuales?	☐	☐
	☐	☐

Observaciones

NA

FIRMAS

Dejo constancia de que estoy enterado del trabajo que se hará y que no tengo ninguna objeción en cuanto al tipo de trabajo.	Yo he leído y entiendo las recomendaciones aquí dadas, dispongo de los recursos que son necesarios y he tomado las precauciones de seguridad establecidas. Certifico que el trabajo puede ser realizado sin riesgo de daño para el equipo ni el personal.		Certifico que he verificado las condiciones de seguridad recomendadas para la ejecución de las actividades. Soy conciente del trabajo que se realizará y doy APROBACION para su ejecución.
Responsable SST/Inspector SST ó Coordinador trabajo en Alturas (EBISU S.A.S)	**Responsable del trabajo a ejecutarse (EBISU S.A.S)**	**Responsable del trabajo a ejecutarse (Contratista)**	****Responsable SST ó Coordinador trabajo en Alturas (Contratista)**

** Sólo en caso que en el contrato entre las partes se exija un responsable de SST para el desarrollo de las operaciones de los trabajadores por parte del Contratista.

EBISU	ATS PLUMA GRUA	Codigo: FST.ATS-02 Versión:01 Fecha: 15/03/2022

OBRA:	Colegio costa	FECHA DE INSPECCIÓN:	02-12-24
ACTIVIDAD:	Izaje de material		
UBICACIÓN:	Torre A		

ITEM	DESCRIPCIÓN	CRITERIOS DE REVISIÓN			OBSERVACIONES
			X	N/A	
	PUNTO DE ANCLAJE				
1	Los puntos de anclaje deben soportar una resistencia de 5000 libras	C			
2	Revisar el anclaje en cuatro puntos del trípode de la pluma y estado de soldadura	C			
3	Asegurar la solidez y la firmeza del suelo o placa donde se se fije el trípode	C			
4	la pluma de anclarse a la losa (placa) con pases y/o anclajes en forma U con platina y asegurado con tornillos atravesando la losa completamente	C			
5	El cuerpo de la pluma debe estar sujeto por una guaya anclada a la placa	C			
	ELECTRICO Y MECANICO				
6	Verificar antes de iniciar la operación que las instalaciones electricas esten funcionando bien, lo mismo el motor	C			
7	Las correas se encuentran en buenas condiciones	C			
8	Las poleas se encuentran en buenas condiciones	C			
9	El breaker o taco se encuentra en buenas condiciones	C			
10	El sistema de freno se encuentra en buenas de condiciones	C			
11	Las guardas de los sistemas de transmisión deben estar en su sitio, nunca se deben retirar mientras este en operación el equipo	C			
12	El equipo tiene carcasa	C			
	GUAYA Y GANCHOS				
13	Los ganchos estan en buenas condiciones (el gancho no permite pandeo de la carga y solo se abre cuando se va a ingresar o sacar la carga)	C			
14	El gancho utilizado para izar la carga debe garantizar su resistencia y el cierre total, no se permite ganchos tipo cola de marrano	C			
15	Las grilletas o perros estan en buenas condiciones	C			
16	La guaya de operación debe tener diametro no inferior a 1/4"	C			
17	Verifique la longitud del cable (corresponde a la altura del izaje) y cuando esté en el nivel mas bajo quede como minimo cuatro vueltas del cable en el tambor	C			
18	Esta lubricado el cable de carga	C			
19	Verificar que la guaya no tenga cuerdas dobladas, con quiebres, partes desilachadas o cualquier otro desperfecto que impida su uso o comprometa su resistencia, en caso de encontrarlas se debe cambiar inmediatamente	C			
20	Si se utiliza un andamio de carga se debe contravinetiar con guaya de un 1/4" como minimo	C			
	CARGA Y DESCARGA				
21	En el area de cargue y descargue se mantiene el área señalizada	C			
22	La canasta cuenta con su base de soporte, partes laterales completas y en buen estado	C			
23	El balde se encuentra en buenas condiciones (Soldaduras y broches)	C			
24	El balde debe tener seguro para evitar que pendule durante el izaje	C			

	INSPECCIÓN PARA GRUA PLUMA Y ACCESORIOS			
	CODIGO	VERSIÓN	FECHA DE ELABORACION	PÁGINA

25	El operador cuenta con la señalización del área de trabajo para realizar la operación	C				
26	Realiza un levantamiento de prueba con la carga para la cual esta especificada la pluma	C				
	ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL					
27	El trabajador cuenta con equipo de protección contra caídas certificado	C				
28	El trabajador cuenta con casco y barbuquejo	C				
29	Guantes de vaqueta	C				
30	Botas punteras	C				
31	Protectos visual con UV	C				
	SEGUIMIENTO A EQUIPOS					
27	El equipo cuenta con hoja de vida	C				
28	Indique la fecha de mantenimiento preventivo del equipo	C				

ACCIONES CORRECTIVAS A TOMAR (SI APLICA)

FIRMAS TRABAJADORES

Manifestamos haber entendido y comprendido las instrucciones de seguridad y manejo del equipo brindadas por el supervisor de SST antes de iniciar la labor. Nos encontramos en condiciones optimas de salud y libre del efecto del alcohol y/o sustancias psicoactivas.

NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	FIRMA
Jose Herrera	1002974134	plumero	Jose Herrera

FIRMA DEL SUPERVISOR SST

He verificado la lista anterior y certifico que es seguro realizar el trabajo. Como profesional, responsable y persona ética en temas de SST, manifiesto no haber pasado por alto ninguna condición de seguridad que atente contra la salud e integridad física de los trabajadores que realizan izajes de cargas con pluma grúa.

NOMBRE COMPLETO: Angie Lara M

CÉDULA: 1030700290

FIRMA:

RECOMENDACIONES:

1. Verificar el peso de la carga y la resistencia de la pluma grúa
2. Solo el mecánico podra realizar las reparaciones a la pluma grúa y siempre se debe realizar con el motor apagado
3. Realice despacio la maniobrabilidad de izada y bajada de la carga para evitar arrancadas y paradas bruscas
4. Evitar el balanceo de la carga
5. El gancho no puede estar soldado
6. El auxiliar de la operación debe retirarse y quedar fuera del radio de acción de la carga cuando se este izando o bajando

NOTA: Recuerde que si alguna condición no se cumple se debe tomar la medida correctiva inmediata y realizar un nuevo ATS de soporte a esta para la verificación del cumplimiento de las medidas correctivas

Estado de Revisión: 0

EBISU	PERMISO DE TRABAJO PARA IZAJE DE CARGA	Codigo: FST.PM-02
		Versión:01
		Fecha: 15/03/2022

VALIDO PARA EL PERIODO, LUGAR, EQUIPO Y TRABAJO INDICADO

Fecha: 02-12-24 | Valido desde: 02-12-24 | Hasta: 07-12-24

Sector/ Área de trabajo: Colegio Bonku

Responsable del área: Isidro Velazco

Equipo especifico objeto del trabajo: Pluma grua.

Descripción del trabajo a ejecutar (Defina estrategias para realizar las labores): Izaje y descargue de materiales

ITEM	LISTA DE VERIFICACIÓN SUPERVISOR RESPONSABLE DEL ÁREA	SI	NO	N/A
1	El personal se encuentra afiliado a seguridad social	✓		
2	Se ha delimitado y aislado el área de trabajo	✓		
	Se verificó que solo intervenga en la maniobra personal entrenado y autorizado para su ejecución	✓		
4	Se encuentran identificados los riesgos propios de la labor a realizar	✓		
5	Permiten los equipos y/o maquinaria disponible realizar la labor con facilidad	✓		
6	Se conocen las especificaciones técnicas del equipo / material a movilizar	✓		
7	Se tienen en cuenta las dimensiones (alto, ancho, largo, peso, volumen) del material a movilizar	✓		
8	Se verificó que las condiciones del suelo permitan una maniobra segura de los equipos y vehículos	✓		
9	Se verifico el estado de la maquinaria o equipo disponible para realizar la labor (preoperacional)	✓		
10	El personal ha sido capacitado en relación con las actividades a desarrollar	✓		
11	El personal ha sido instruido en relación a los riesgos que pueden presentarse durante el trabajo	✓		
12	El personal cuenta con todos sus elementos de protección personal adecuados a la labor	✓		
13	Permite los factores externos (dirección del viento, condiciones atmosféricas, etc.) realizar los trabajos con seguridad	✓		
14	Los equipos y maquinarias se encuentran ubicados en un lugar seguro	✓		
15	Se verificó que no hay cables, cuerdas, basura, etc., en las áreas adyacentes que puedan causar una conflagración	✓		
16	Se tiene claro un plan en caso de emergencia (vías de evacuación, ubicación de extintores, etc.)	✓		
17	En caso de maniobras con productos químicos se tienen las hojas de seguridad disponibles	✓		
18	Requiere permiso adicional TRABAJO EN ALTURA		✓	

Se requiere de los siguente equipos de protección personal para la ejecución de los trabajos

Casco		Gafas	✓	Tapones auditivos	✓
Careta		Protección respiratoria		arnés de seguridad	
Guantes	✓	pechera		equipo aire asistido	
Mangas	✓	Botas seguridad	✓	Otro	

escaleras
Andamios ✓
linea de vida ✓

PERSONAL AUTORIZADO PARA EJECUTAR LAS ACTIVIDADES			
Nombre	Firma	Nombre	Firma
Jose Herrera	Jose Herrera		

Conocemos los riesgos inherentes a las actividades a desarrollar y nos comprometemos a ejecutar el trabajo, siguiendo las normas y recomendaciones establecidas

RESPONSABLES DE AUTORIZAR LOS TRABAJOS			
Responsables	Nombre	Cargo	Firma
SPV responsable del área			
SPV respons. Del trabajo		Insp SST	
SPV Residente SST	Angel Pino M		

Observaciones

CIERRE DEL PERMISO

Fecha _____ Hora _____ Responsable del área _____

Resp trabajo _____ Firma _____ Firma _____

EBISU	PLUMA ELECTRICA	CODIGO: FST.IN-11
	INSPECCION Y PREOPERACIONAL	VERSION: 01
	SG-SST	FECHA: 15/12/2021

Semana del: 02 - 12 - 24 al 07 - 12 - 24

Modelo: N/A

Marca: SIEMENS

Centro de trabajo: Colegio Boita

DESCRIPCION	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
FECHA	02-12-24		03-12-24		04-12-24		05-12-24		06-12-24		07-12-24			
Estructura metalica pluma.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Anclajes de bases de pluma.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Instalaciones y conexiones electricas.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptores electricos.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Botón de encendido y apagado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
o metalico.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Palanca de freno	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Tambor o Winche.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guaya.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Gancho con seguro	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Grilletes de valde en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Valde y fondo del Valde.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Orden y aseo.		X	✓		✓		✓		✓		✓			
Aislamiento zona interior de trabajo.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Señalizacion de zona y descargue de material	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso de EPP, Casco, Barbuquejo, Monogafas, Tapaoidos, Botas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Elementos de proteccion contra caidas.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Firmo permiso de alturas?	✓		✓		✓		✓		✓		SI	NO	SI	NO
PUEDE USAR	X	NO	X	NO	X	NO	X	NO	X	NO				
FIRMA VERIFICACION OPERARIO														
FIRMA VERIFICACION INSPECTOR														

OBSERVACIONES

Lunes: Solado

Martes:

Miercoles:

Jueves:

Viernes:

Sabado:

Domingo:

Responsable Accion Corretiva | Fecha de Ejecucion | Firma

Cargo

Fecha Ultimo Mantenimiento Correctivo

Fecha Ultimo Mantenimiento Preventivo

EBISU	PLUMA ELECTRICA	CODIGO: FST.IN-11
	INSPECCION Y PREOPERACIONAL	VERSION: 01
	SG-SST	FECHA: 15/12/2021

Semana del: 09 Diciembre 2024 al 14 Diciembre 2024

Modelo: 2021

Marca: SIEMENS

Centro de trabajo Boito "Torre A"

DESCRIPCION	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
FECHA														
Estructura metalica pluma	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Anclajes de bases de pluma	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Instalaciones y conexiones electricas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptores electricos	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Boton de encendido y apagado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Cable metalico	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Palanca de freno	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Tambor o Winche	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guaya	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Gancho con seguro	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Grilletes de valde en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Valde y fondo del Valde	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Orden y aseo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Aislamiento zona interior de trabajo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Señalizacion de zona y descargue de material	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso de EPP, Casco, Barbuquejo, Monogafas, Tapaoidos, , Botas.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Elementos de proteccion contra caidas.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Firmo permiso de alturas?	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
SE PUEDE USAR	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
FIRMA VERIFICACION OPERARIO	Jose		Jose		Jose		Jose		Jose		Jose			
FIRMA VERIFICACION INSPECTOR														

OBSERVACIONES

Lunes:

Martes:

Miercoles:

Jueves:

Viernes:

Sabado:

Domingo:

Responsable Accion Corretiva **Fecha de Ejecucion** **Firma**

Cargo

Fecha Ultimo Mantenimiento Correctivo

Fecha Ultimo Mantenimiento Preventivo

Estado de Revisión: 0

EBISU

PERMISO DE TRABAJO PARA IZAJE DE CARGA

Codigo: FST.PM-02
Versión:01
Fecha: 16/03/2022

VALIDO PARA EL PERIODO, LUGAR, EQUIPO Y TRABAJO INDICADO

Fecha: 09-12-2024 | Valido desde: 09/12/24 | Hasta: 14/12/24

Sector: Área de trabajo: Tolle A

Responsable del área: Isidro Velasco

Equipo especifico objeto del trabajo: pluma 6100

Descripcion del trabajo a ejecutar (Defina estrategias para realizar las labores): carga y descarga de material

Item	LISTA DE VERIFICACION SUPERVISOR RESPONSABLE DEL AREA	SI	NO	N/A
1	El personal se encuentra afiliado a seguridad social	✓		
2	Se ha delimitado y aislado el área de trabajo	✓		
3	Se verificó que solo intervenga en la maniobra personal entrenado y autorizado para su ejecución	✓		
4	Se encuentran identificados los riesgos propios de la labor a realizar	✓		
5	Permiten los equipos y/o maquinaria disponible realizar la labor con facilidad	✓		
6	Se conocen las especificaciones técnicas del equipo / material a movilizar	✓		
7	Se tienen en cuenta las dimensiones (alto, ancho, largo, peso, volumen) del material a movilizar	✓		
8	Se verificó que las condiciones del suelo permitan una maniobra segura de los equipos y vehículos	✓		
9	Se verificó el estado de la maquinaria o equipo disponible para realizar la labor (precperacional)	✓		
10	El personal ha sido capacitado en relación con las actividades a desarrollar	✓		
11	El personal ha sido instruido en relación a los riesgos que pueden presentarse durante el trabajo	✓		
12	El personal cuenta con todos sus elementos de protección personal adecuados a la labor	✓		
13	Permite los factores externos (dirección del viento, condiciones atmosféricas, etc.) realizar los trabajos con seguridad	✓		
14	Los equipos y maquinarias se encuentran ubicados en un lugar seguro	✓		
15	Se verificó que no hay cables, cuerdas, basura, etc., en las áreas adyacentes que puedan causar una conflagración	✓		
16	Se tiene claro un plan en caso de emergencia (vías de evacuación, ubicación de extintores, etc.)	✓		
17	En caso de maniobras con productos químicos se tienen las hojas de seguridad disponibles	✓		
18	Requiere permiso adicional: TRABAJO EN ALTURA	✓		

Se requiere de los siguiente equipos de protección personal para la ejecución de los trabajos

Casco	X	Gafas	X	Tapones auditivos	X	escaleras	
Careta		Protección respiratoria	X	antes de seguridad	X	Andamios	
Guantes	X	pechera		equipo aire asistido		linea de vida	X
Mangas	✓	Botas seguridad	X	Otro:			

PERSONAL AUTORIZADO PARA EJECUTAR LAS ACTIVIDADES

Nombre	Firma	Nombre	Firma
Jose Herrera	Jose H		

Conocemos los riesgos inherentes a las actividades a desarrollar y nos comprometemos a ejecutar el trabajo, siguiendo las normas y recomendaciones establecidas

RESPONSABLES DE AUTORIZAR LOS TRABAJOS

Responsables	Nombre	Cargo	Firma
SPV responsable del área			
SPV respons. Del trabajo			
SPV Residente SST	JHON ECHEVERRIA	INGP. SST	

Observaciones

CIERRE DEL PERMISO

Fecha: _____ Hora: _____ Responsable del área _____

Resp trabajo Firma Firma

BISU	ATS PLUMA GRUA	Codigo: FST.ATS-02 Versión:01 Fecha: 15/03/2022

OBRA:	Boiló	FECHA DE INSPECCIÓN:	09/12/2024
ACTIVIDAD:	Cargue y descargue de Material		
UBICACIÓN:	Torre A		

ITEM	DESCRIPCIÓN	CRITERIOS DE REVISIÓN			OBSERVACIONES
			X	N/A	
	PUNTO DE ANCLAJE				
1	Los puntos de anclaje deben soportar una resistencia de 5000 libras	✓			
2	Revisar el anclaje en cuatro puntos del tripode de la pluma y estado de soldadura	✓			
3	Asegurar la solidez y la firmeza del suelo o placa donde se se fije el tripode	✓			
4	la pluma de anclarse a la losa (placa) con pases y/o anclajes en forma U con platina y asegurado con tornillos atravesando la losa completamente	✓			
5	El cuerpo de la pluma debe estar sujeto por una guaya anclada a la placa				
	ELECTRICO Y MECANICO				
6	Verificar antes de iniciar la operación que las instalaciones electricas esten funcionando bien, lo mismo el motor	✓			
7	Las correas se encuentran en buenas condiciones	✓			
8	Las poleas se encuentran en buenas condiciones	✓			
9	El breaker o taco se encuentra en buenas condiciones	✓			
10	El sistema de freno se encuentra en buenas de condiciones	✓			
11	Las guardas de los sistemas de transmisión deben estar en su sitio, nunca se deben retirar mientras este en operación el equipo	✓			
12	El equipo tiene carcasa	✓			
	GUAYA Y GANCHOS				
13	Los ganchos están en buenas condiciones (el gancho no permite pandeo de la carga y solo se abre cuando se va a ingresar o sacar la carga)	✓			
14	El gancho utilizado para dar la carga debe garantizar su resistencia y el cierre total, no se permite ganchos tipo cola de marrano	✓			
15	Las grilletas o perros estan en buenas condiciones	✓			
16	La guaya de operación debe tener diametro no inferior a 1/4"	✓			
17	Verifique la longitud del cable (corresponde a la altura del izaje) y cuando esté en el nivel mas bajo quede como mínimo cuatro vueltas del cable en el tambor	✓			
18	Esta lubricado el cable de carga	✓			
19	Verificar que la guaya no tenga cuerdas dobladas, con quiebres, partes desilachadas o cualquier otro desperfecto que impida su uso o comprometa su resistencia, en caso de encontrarlas se debe cambiar inmediatamente	✓			
20	Si se utiliza un andamio de carga se debe contravnetiar con guaya de un 1/4" como mínimo	✓			
	CARGA Y DESCARGA				
21	En el area de cargue y descargue se mantiene el área señalizada	✓			
22	La canasta cuenta con su base de soporte, partes laterales completas y en buen estado	✓			
23	El balde se encuentra en buenas condiciones (Soldaduras y broches)	✓			
24	El balde debe tener seguro para evitar que pendule durante el izaje	✓			

	INSPECCIÓN PARA GRUA PLUMA Y ACCESORIOS			
	CODIGO:	VERSIÓN:	FECHA DE ELABORACION:	PÁGINA:

25	El operador cuenta con la visibilidad del área de trabajo para realizar la operación	✓				
26	Realiza un levantamiento de prueba con la carga para la cual esta especificada la pluma	✓				
	ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL					
27	El trabajador cuenta con equipo de protección contra caídas certificado	✓				
28	El trabajador cuenta con casco y barbuqueo	✓				
29	Guantes de vaqueta	✓				
30	Botas puntera	✓				
31	Protectos visual con UV	✓				
	SEGUIMIENTO A EQUIPOS					
27	El equipo cuenta con hoja de vida	✓				
28	Indique la fecha de mantenimiento preventivo del equipo	✓				

ACCIONES CORRECTIVAS A TOMAR (SI APLICA)

FIRMAS TRABAJADORES

Manifestamos haber entendido y comprendido las instrucciones de seguridad y manejo del equipo brindadas por el supervisor de SST antes de iniciar la labor. Nos encontramos en condiciones optimas de salud y libre del efecto del alcohol y/o sustancias psicoactivas.

NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	FIRMA
Jose Herrera	V-20.294.134	plumero	Jose Herrera

FIRMA DEL SUPERVISOR SST

He verificado la lista anterior y certifico que es seguro realizar el trabajo. Como profesional, responsable y persona ética en temas de SST, manifiesto no haber pasado por alto ninguna condición de seguridad que atente contra la salud e integridad física de los trabajadores que realizan izajes de cargas con pluma grúa.

NOMBRE COMPLETO: JHON ZAMORO

CÉDULA: 1-739.691.096

FIRMA:

RECOMENDACIONES:

1. Verificar el peso de la carga y la resistencia de la pluma grúa.
2. Solo el mecánico podra realizar las reparaciones a la pluma grúa y siempre se debe realizar con el motor apagado.
3. Realice despacio la maniobrabilidad de izada y bajada de la carga para evitar arrancadas y paradas bruscas.
4. Evitar el balanceo de la carga.
5. El gancho no puede estar soldado.
6. El auxiliar de la operación debe retirarse y quedar fuera del radio de acción de la carga cuando se este izando o bajando.

NOTA: Recuerde que si alguna condición no se cumple se debe tomar la medida correctiva inmediata y realizar un nuevo ATS de soporte a esta para la verificación del cumplimiento de las medidas correctivas

EBISU	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS	Código: FST.TA-01 Versión:01 Fecha:15/03/2022

INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: fundido de gateras delante de los ventanos

Lugar: Colegio Boita

Duración estimada: 13 al 14/12/24 Numero de personas en el trabajo: 2 personas

Altura aproximada: 15 mts

INFORMACION DEL EJECUTOR (ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	ARL	EPS	CONSTACIA CAPACITACION			FIRMA TRABAJADOR
		SI	SI	SI	NO	VIGENCIA	
1	Edwin Paca	✓	✓	✓			Edwin Paca
2	Jose D. Bravo	✓	✓	✓			
3							
4							
5							

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1		2		3		4		5		6		7		8		9		Observaciones
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año?	✓		✓																
¿Ha consumido medicamentos en las últimas 8 horas?		Y		Y															
¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 8 horas?		Y		Y															
¿Inspecciono los equipos de protección contra caídas antes de usarlos?	✓		✓																
¿ Conoce el procedimiento para el desarrollo de la actividad?	✓		✓																
¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad?		Y		Y															
¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de trabajo en alturas?		Y		Y															
En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es	✓		✓																
¿El ejecutante cuenta y conoce el procedimiento de trabajo seguro en alturas (SG-SST-01)?	✓		✓																
¿El área de trabajo se encuentra señalizada y demarcada?	✓		✓																
¿El ejecutante tiene conocimiento a los riesgos que está expuesto?	✓		✓																
¿El ejecutante cuenta con un ayudante para realizar la tarea?	✓		✓																

¿El ejecutante cuenta con un sistema de aseguramiento de herramientas?	✓	✓			
¿El ejecutante sabe qué hacer en caso de una emergencia?	✓	✓			
¿Se realizo el análisis de trabajo seguro (ATS) formatO para la tarea?	✓	✓			
¿La ejecutante sospecha o tiene duda de que se encuentra en estado de embrazo	N	A	N	A	
¿Se realizo la inspección de escaleras, andamios, rack y otros elementos de acceso a utilizar?	✓	✓			

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

Si area de trabajo necesita o se ha verifi

	Necesidad SI	Necesidad NO	Revisión 2 B	Revisión 2 M
Demarcación provisional	✓		✓	
Señales de peligro adicionales	✓		✓	
Cerrar las vías	✓		✓	
Iluminación Adicional	✓		✓	
Superficies secas, no	✓		✓	
Líneas de advertencia	✓		✓	
Puntos de anclaje	✓		✓	

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

El personal requiere:

	Necesidad SI	Necesidad NO	Revisión 1 B	Revisión 1 M	Revisión 2 B	Revisión 2 M
Casco de Seguridad	✓		✓		✓	
Barbuquejo y mentonera	✓		✓		✓	
Gafas de Seguridad	✓		✓		✓	
Protección Respiratoria	✓		✓		✓	
Protección Auditiva	✓		✓		✓	
Guantes	✓		✓		✓	
Calzado de Seguridad	✓		✓		✓	

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS

	NECESIDAD SI	NECESIDAD NO	Revisión 1 B	Revisión 1 M	Revisión 2 B	Revisión 2 M
Línea de vida (Verificar puntos de an	✓					
Arnés de seguridad	✓					

Eslinga: Sencilla ☐ / Ajustable ☑ — "Y" ☑ / Posicionamiento (cuerda) ☐ — Con absorbedor? S ☑ / N ☐

Este documento impreso se considera copia no controlada

ANDAMIOS

	Necesidad SI	Necesidad NO	Revisión 1 B	Revisión 1 M	Revisión 2 B	Revisión 2 M
Móvil						
Fijo						
Se ha verificado el estado del andamio						
Los puntos de apoyo del andamio son estables y resistentes						
Las bases del andamio se encuentran aseguradas						
El andamio cuenta con barandas laterales						

Carga Máxima: ______

Altura máxima: ______

Otras precauciones. Cuales? ______

Construcción del Andamio

Se garantiza que el levantamiento del andamio ha estado en manos de personal entrenado y calificado en esta actividad y bajo la supervisión adecuada. Los usuarios del andamio conocen los propósitos de este y sus responsabilidades.

Elaborado Por: ______

Modificaciones autorizadas por: ______

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DÍA)	HORA	DESDE (DÍA)	HORA
13-12	8:00 am	14-12	12:00 pm

DESDE (DÍA)	HORA	DESDE (DÍA)	HORA

EQUIPOS A UTILIZAR

- Arnes
- Eslinga
- linea de vida
- Punto de anclaje.

SUSTANCIAS QUIMICAS A UTILIZAR

RECURSOS A UTILIZAR

Agua	☑	Madera	☑		☐
Aire	☑	Gasolina	☐		☐
Energia	☑	ACPM	☐		☐

REVISION CONDICIONES DEL AREA AL TERMINAR EL TRABAJO.

	Condiciones OK	No Conforme *
Orden y aseo	☑	☐
Manejo de residuos	☑	☐
Levantamiento de señalización o aislamientos especiales (Si a	☑	☐
Otras. Cuales?	☐	☐
	☐	☐

Observaciones

FIRMAS

Dejo constancia de que estoy enterado del trabajo que se hará y que no tengo ninguna objeción en cuanto al tipo de trabajo.	Yo he leído y entiendo las recomendaciones aquí dadas, dispongo de los recursos que son necesarios y he tomado las precauciones de seguridad establecidas. Certifico que el trabajo puede ser realizado sin riesgo de daño para el equipo ni el personal.		Certifico que he verificado las condiciones de seguridad recomendadas para la ejecución de las actividades. Soy conciente del trabajo que se realizará y doy APROBACION para su ejecución.
Responsable SST/Inspector SST ó Coordinador trabajo en Alturas (EBISU S.A.S)	**Responsable del trabajo a ejecutarse (EBISU S.A.S)**	**Responsable del trabajo a ejecutarse (Contratista)**	****Responsable SST ó Coordinador trabajo en Alturas (Contratista)**

** Sólo en caso que en el contrato entre las partes se exija un responsable de SST para el desarrollo de las operaciones de los trabajadores por parte del Contratista.

EBISU	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS	Código: FST.TA-01 Versión:01 Fecha:15/03/2022

INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Soldar en cubierta.

Lugar: proyecto Boita Torre A

Duración estimada: 09 al 14 Dic - 2024 Numero de personas en el trabajo: 1

Altura aproximada: 20 Mts

INFORMACION DEL EJECUTOR (ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	ARL	EPS	CONSTACIA CAPACITACION			FIRMA TRABAJADOR
		SI	SI	SI	NO	VIGENCIA	
1	Hernan Arapoza	✓	✓	✓		Oct - 2024	Hernan PC.
2							
3							
4							
5							

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1		2		3		4		5		6		7		8		9		Observaciones
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año?	✓																		
¿Ha consumido medicamentos en las últimas 8 horas?		✓																	
¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 8 horas?		✓																	
¿Inspecciono los equipos de protección contra caídas antes de usarlos?	✓																		
¿ Conoce el procedimiento para el desarrollo de la actividad?	✓																		
¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad?		✓																	
¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de trabajo en alturas?		✓																	
En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es	✓																		
¿El ejecutante cuenta y conoce el procedimiento de trabajo seguro en alturas (SG-SST-01)?	✓																		
¿El área de trabajo se encuentra señalizada y demarcada?	✓																		
¿El ejecutante tiene conocimiento a los riesgos que está expuesto?	✓																		
¿El ejecutante cuenta con un ayudante para realizar la tarea?	✓																		

...cuenta con ... ...iento de ...ientas?	✓																			
...ejecutante sabe qué hacer en caso de una emergencia?	✓																			
¿Se realizo el análisis de trabajo seguro (ATS) formatO para la tarea?	✓																			
¿La ejecutante sospecha o tiene duda de que se encuentra en estado de embrazo	N/A																			
¿Se realizo la inspección de escaleras, andamios, rack y otros elementos de acceso a utilizar?	✓																			

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

El area de trabajo necesita o se ha verifi

	Necesidad		Revisión 2	
	SI	NO	B	M
Demarcación provisional	✓		✓	
Señales de peligro adicionales	✓		✓	
Cerrar las vias	✓		✓	
Iluminación Adicional	✓		✓	
Superficies secas, no	✓		✓	
Lineas de advertencia	✓		✓	
Puntos de anclaje	✓		✓	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

El personal requiere:

	Necesidad		Revisión 1		Revisión 2	
	SI	NO	B	M	B	M
Casco de Seguridad	✓		✓		✓	
Barbuquejo y mentonera	✓		✓		✓	
Gafas de Seguridad	✓		✓		✓	
Protección Respiratoria	✓		✓		✓	
Protección Auditiva	✓		✓		✓	
Guantes	✓		✓		✓	
Calzado de Seguridad	✓		✓		✓	

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS

	NECESIDAD		Revisión 1		Revisión 2	
	SI	NO	B	M	B	M
Linea de vida (Verificar puntos de an	✓		✓		✓	
Arnés de seguridad	✓		✓		✓	

Eslinga — Sencilla ☒ Ajustable ☐ "Y" ☒ Posicionamiento (cuerda) ☐ Con absorbedor? S ☒ N ☐

Este documento impreso se considera copia no controlada

ANDAMIOS

	Necesidad		Revisión 1		Revisión 2	
	SI	NO	B	M	B	M
Móvil						
Fijo						
Se ha verificado el estado del andamio						
Los puntos de apoyo del andamio son estables y resistentes						
Las bases del andamio se encuentran aseguradas						
El andamio cuenta con barandas laterales						

Carga Máxima: _____

Altura máxima: _____

Otras precauciones. Cuales? _____

Construcción del Andamio

Se garantiza que el levantamiento del andamio ha estado en manos de personal entrenado y calificado en esta actividad y bajo la supervisión adecuada. Los usuarios del andamio conocen los propósitos de este y sus responsabilidades.

Elaborado Por: _____

Modificaciones autorizadas por : _____

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DÍA)	HORA	DESDE (DÍA)	HORA

DESDE (DÍA)	HORA	DESDE (DÍA)	HORA

EQUIPOS A UTILIZAR

- X PINO
- X colinegro

SUSTANCIAS QUIMICAS A UTILIZAR

N/A

RECURSOS A UTILIZAR

Agua	☐	Madera	☐		☐
Aire	☐	Gasolina	☐		☐
Energia	☒	ACPM	☐		☐

REVISION CONDICIONES DEL AREA AL TERMINAR EL TRABAJO.

	Condiciones OK	No Conforme *
Orden y aseo	☑	☐
Manejo de residuos	☑	☐
Levantamiento de señalización o aislamientos especiales (Si a	☑	☐
Otras. Cuales? _____	☐	☐
_____	☐	☐

Observaciones

1) _____

_____

FIRMAS

Dejo constancia de que estoy enterado del trabajo que se hará y que no tengo ninguna objeción en cuanto al tipo de trabajo.	Yo he leído y entiendo las recomendaciones aquí dadas, dispongo de los recursos que son necesarios y he tomado las precauciones de seguridad establecidas. Certifico que el trabajo puede ser realizado sin riesgo de daño para el equipo ni el personal.		Certifico que he verificado las condiciones de seguridad recomendadas para la ejecución de las actividades. Soy conciente del trabajo que se realizará y doy APROBACION para su ejecución.
Responsable SST/ Inspector SST ó Coordinador trabajo en Alturas (EBISU S.A.S)	**Responsable del trabajo a ejecutarse (EBISU S.A.S)**	**Responsable del trabajo a ejecutarse (Contratista)**	****Responsable SST ó Coordinador trabajo en Alturas (Contratista)**

** Sólo en caso que en el contrato entre las partes se exija un responsable de SST para el desarrollo de las operaciones de los trabajadores por parte del Contratista.

EBISU	PLUMA ELECTRICA	CODIGO: FST.IN-11
	INSPECCION Y PREOPERACIONAL	VERSION: 01
	50-551	FECHA: 15/12/2021

Semana del: 16 Diciembre 2024 al 21 Diciembre 2024

Modelo: SIEMENS 2018

Marca: SIEMENS

Centro de trabajo: PORTO

DESCRIPCION	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
FECHA														
Estructura metalica pluma.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Anclajes de bases de pluma	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Instalaciones y conexiones electricas.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptores electricos.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Boton de encendido y apagado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
[illegible] metalico.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Palanca de freno	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Tambor o Winche.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guaya.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Gancho con seguro	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Grilletes de valde en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Valde y fondo del Valde.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Orden y aseo.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Aislamiento zona interior de trabajo.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Señalizacion de zona y descargue de material	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso de EPP, Casco, Barbuquejo, Monogafas, Tapaoidos, . Botas.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Elementos de proteccion contra caidas.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Firmo permiso de alturas?	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
SE PUEDE USAR	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
FIRMA VERIFICACION OPERARIO	Jose		Jose		Jose		Jose		Jose		Jose			
FIRMA VERIFICACION INSPECTOR														

OBSERVACIONES

Lunes:

Martes:

Miercoles:

Jueves:

Viernes:

Sabado:

Domingo:

Responsable Accion Corretiva **Fecha de Ejecucion** **Firma**

Cargo

Fecha Ultimo Mantenimiento Correctivo

Fecha Ultimo Mantenimiento Preventivo

EBISU

PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

Código: FST.TA-01
Versión: 01
Fecha: 15/03/2022

INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Cargue y descargue de material con pluma grua

Lugar: proyecto Bonia Torre A

Duración estimada: 16 al 21 Diciembre - 2022 Numero de personas en el trabajo: 1

Altura aproximada: 20 mts

INFORMACION DEL EJECTUTOR (ES) DEL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	ARL	EPS	CONSTACIA CAPACITACION			FIRMA TRABAJADOR
		SI	SI	SI	NO	VIGENCIA	
1	Jose Herrera	✓	✓	✓		oct- 2023	Jose Herrera
2							
3							
4							
5							

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1		2		3		4		5		6		7		8		9		Observaciones
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año?	✓																		
¿Ha consumido medicamentos en las últimas 8 horas?		✓																	
¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 8 horas?		✓																	
¿Inspecciono los equipos de protección contra caídas antes de usarlos?	✓																		
¿ Conoce el procedimiento para el desarrollo de la actividad?	✓																		
¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad?		✓																	
¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de trabajo en alturas?		✓																	
En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es	✓																		
¿El ejecutante cuenta y conoce el procedimiento de trabajo seguro en alturas (SG-SST-01)?	✓																		
¿El área de trabajo se encuentra señalizada y demarcada?	✓																		
¿El ejecutante tiene conocimiento a los riesgos que está expuesto?	✓																		
¿El ejecutante cuenta con un ayudante para realizar la tarea?	✓																		

Este documento impreso se considera copia no controlada

¿El ejecutante cuenta con sistema de aseguramiento de herramientas?	✓
¿El ejecutante sabe qué hacer en caso de una emergencia?	✓
¿Se realizo el análisis de trabajo seguro (ATS) formatO para la tarea?	✓
¿La ejecurtante sospecha o tiene duda de que se encuentra en estado de embrazo	N/A
¿Se realizo la inspección de escaleras, andamios, rack y otros elementos de acceso a utilizar?	✓

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

El area de trabajo necesita o se ha verifi

	Necesidad		Revisión 2	
	SI	NO	B	M
Demarcación provisional	✓		✓	
Señales de peligro adicionales	✓		✓	
Cerrar las vias	✓		✓	
Iluminación Adicional	✓		✓	
Superficies secas, no	✓		✓	
Lineas de advertencia	✓		✓	
Puntos de anclaje	✓		✓	

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

El personal requiere:

	Necesidad		Revisión 1		Revisión 2	
	SI	NO	B	M	B	M
Casco de Seguridad	✓		✓		✓	
Barbuquejo y mentonera	✓		✓		✓	
Gafas de Seguridad	✓		✓		✓	
Protección Respiratoria	✓		✓		✓	
Protección Auditiva	✓		✓		✓	
Guantes	✓		✓		✓	
Calzado de Seguridad	✓		✓		✓	

ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS

	NECESIDAD		Revisión 1		Revisión 2	
	SI	NO	B	M	B	M
Linea de vida (Verificar puntos de an	✓		✓		✓	
Arnés de seguridad	✓		✓		✓	

Eslinga: Sencilla ☒ Ajustable ☐ "Y" ☒ Posicionamiento (cuerda) ☐ Con absorbedor? S ☒ N ☐

Este documento impreso se considera copia no controlada

ANDAMIOS

	Necesidad		Revisión 1		Revisión 2	
	SI	NO	B	M	B	M
Móvil						
Fijo						
Se ha verificado el estado del andamio						
Los puntos de apoyo del andamio son estables y resistentes						
Las bases del andamio se encuentran aseguradas						
El andamio cuenta con barandas laterales						

Carga Máxima: ____________

Altura máxima: ____________

Otras precauciones. Cuales? ____________

____

Construcción del Andamio

Se garantiza que el levantamiento del andamio ha estado en manos de personal entrenado y calificado en esta actividad y bajo la supervisión adecuada. Los usuarios del andamio conocen los propósitos de este y sus responsabilidades.

Elaborado Por: ____________

Modificaciones autorizadas por: ____________

____

____

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DÍA)	HORA	DESDE (DÍA)	HORA

DESDE (DÍA)	HORA	DESDE (DÍA)	HORA

EQUIPOS A UTILIZAR

* pluma Grua
* Aneo
* Tipeo de vida

SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

N/A

RECURSOS A UTILIZAR

Agua	☐	Madera	☐		☐
Aire	☐	Gasolina	☐		☐
Energia	☒	ACPM	☐		☐

REVISION CONDICIONES DEL AREA AL TERMINAR EL TRABAJO.

	Condiciones OK	No Conforme *
Orden y aseo	☑	☐
Manejo de residuos	☑	☐
Levantamiento de señalización o aislamientos especiales (Si a	☑	☐
Otras. Cuales? _____	☐	☐
_____	☐	☐

Observaciones

_____

_____

FIRMAS

Dejo constancia de que estoy enterado del trabajo que se hará y que no tengo ninguna objeción en cuanto al tipo de trabajo.	Yo he leído y entendo las recomendaciones aquí dadas, dispongo de los recursos que son necesarios y he tomado las precauciones de seguridad establecidas. Certifico que el trabajo puede ser realizado sin riesgo de daño para el equipo ni el personal		Certifico que he verificado las condiciones de seguridad recomendadas para la ejecución de las actividades. Soy conciente del trabajo que se realizará y doy APROBACION para su ejecución.
Responsable SST/Inspector SST ó Coordinador trabajo en Alturas (EBISU S.A.S)	**Responsable del trabajo a ejecutarse (EBISU S.A.S)**	**Responsable del trabajo a ejecutarse (Contratista)**	****Responsable SST ó Coordinador trabajo en Alturas (Contratista)**

** Sólo en caso que en el contrato entre las partes se exija un responsable de SST para el desarrollo de las operaciones de los trabajadores por parte del Contratista.

Código: FST.TA-01
Versión:01

...TRABAJO EN ALTURAS

0-FOR-03-01

Estado de Revisión: 0

EBISU	PERMISO DE TRABAJO PARA IZAJE DE CARGA	Codigo: FST.PM-02
		Versión:01
		Fecha: 15/03/2022

VALIDO PARA EL PERIODO, LUGAR, EQUIPO Y TRABAJO INDICADO

Fecha: 16-12-2024 Valido desde: 16-12-24 Hasta: 21-16-24

Sector: Area de trabajo: proyecto Bonito zona A

Responsable del área: Isidro Velasco

Equipo específico objeto del trabajo: pluma grua

Descripción del trabajo a ejecutar: (Definir estrategias para realizar las labores)

Carga y descarga material

Item	LISTA DE VERIFICACION SUPERVISOR RESPONSABLE DEL AREA	SI	NO	N/A
1	El personal se encuentra afiliado a seguridad social	✓		
2	Se ha delimitado y aislado el área de trabajo	✓		
3	Se verifica que solo intervenga en la maniobra personal entrenado y autorizado para su ejecución	✓		
4	Se encuentran identificados los riesgos propios de la labor a realizar	✓		
5	Permiten los equipos y/o maquinaria disponible realizar la labor con facilidad	✓		
6	Se conocen las especificaciones técnicas del equipo / material a movilizar	✓		
7	Se tienen en cuenta las dimensiones (alto, ancho, largo, peso, volumen) del material a movilizar	✓		
8	Se verifico que las condiciones del suelo permitan una maniobra segura de los equipos y vehículos	✓		
9	Se verifico el estado de la maquinaria o equipo disponible para realizar la labor (preoperacional)	✓		
10	El personal ha sido capacitado en relación con las actividades a desarrollar	✓		
11	El personal ha sido instruido en relación a los riesgos que pueden presentarse durante el trabajo	✓		
12	El personal cuenta con todos sus elementos de protección personal adecuados a la labor	✓		
13	Permite los factores externos (dirección del viento, condiciones atmosféricas, etc.) realizar los trabajos con seguridad	✓		
14	Los equipos y maquinarias se encuentran ubicados en un lugar seguro	✓		
15	Se verificó que no hay cables, cuerdas, basura, etc., en las áreas adyacentes que puedan causar una conflagración	✓		
16	Se tiene claro un plan en caso de emergencia (vías de evacuación, ubicación de extintores, etc.)	✓		
17	En caso de maniobras con productos químicos se tienen las hojas de seguridad disponibles	✓		
18	Requiere permiso adicional: TRABAJO EN ALTURA		✓	

Se requiere de los siguiente equipos de protección personal para la ejecución de los trabajos

Casco	✓	Gafas	✓	Tapones auditivos	✓	escaleras	
Careta	✓	Protección respiratoria		arnés de seguridad		Andamios	
Guantes	✓	pechera		equipo aire asistido		línea de vida	✓
Mangas		Botas seguridad	✓	Otro:			

PERSONAL AUTORIZADO PARA EJECUTAR LAS ACTIVIDADES

Nombre	Firma	Nombre	Firma
Jose Herrera	Jose Herrera		

Conocemos los riesgos inherentes a las actividades a desarrollar y nos comprometemos a ejecutar el trabajo, siguiendo las normas y recomendaciones establecidas

RESPONSABLES DE AUTORIZAR LOS TRABAJOS

Responsables	Nombre	Cargo	Firma
SPV responsable del área			
SPV respons. Del trabajo			
SPV Residente SST	Juan Zumaya	Supervisor SST	

Observaciones

CIERRE DEL PERMISO

Fecha: _____ Hora: _____ Responsable del área: _____

Resp trabajo: _____ Firma: _____ Firma: _____

PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

Código: FST.TA-01
Versión:01
Fecha:15/03/2022

EBISU

ACTIVIDAD	Boita	Código: FST.ATS.02	
UBICACIÓN	Cargue y descargue material	Versión:01	
	Torre A	FECHA DE INSPECCIÓN: 16- Diciembre- 2022	

ITEM	DESCRIPCIÓN	CRITERIOS DE REVISIÓN ✓	X	N/A	OBSERVACIONES
	PUNTO DE ANCLAJE				
1	Los puntos de anclaje deben soportar una resistencia de 5000 libras	✓			
2	Revisar el anclaje en cuatro puntos del trípode de la pluma y estado de soldadura	✓			
3	Asegurar la solidez y la firmeza del suelo o placa donde se se ie el trípode	✓			
4	la pluma de anclarse a la losa (placa) con pases y/o anclajes en forma U con platina y asegurado con tornillos atravesando a losa completamente	✓			
5	El cuerpo de la pluma debe estar sujeto por una guaya anclada a la placa	✓			
	ELECTRICO Y MECANICO				
6	Verificar antes de iniciar la operación que las instalaciones electricas esten funcionando bien, lo mismo el motor	✓			
7	Las correas se encuentran en buenas condiciones	✓			
8	Las poleas se encuentran en buenas condiciones	✓			
9	El breaker o taco se encuentra en buenas condiciones	✓			
10	El sistema de freno se encuentra en buenas de condiciones	✓			
11	Las guardas de los sistemas de transmisión deben estar en su sitio, nunca se deben retirar mientras este en operación el equipo	✓			
12	El equipo tiene carcasa	✓			
	GUAYA Y GANCHOS				
13	Los ganchos estan en buenas condiciones (el gancho no permite pandeo de la carga y solo se abre cuando se va a ingresar o sacar la carga)	✓			
14	El gancho utilizado para izar la carga debe garantizar su resistencia y el cierre total, no se permite ganchos tipo cola de marrano	✓			
15	Las grilletas o perros estan en buenas condiciones	✓			
16	La guaya de operación debe tener diametro no inferior a 1/4"	✓			
17	Verifique la longitud del cable (corresponde a la altura del izaje) y cuando esté en el nivel mas bajo quede como minimo cuatro vueltas del cable en el tambor	✓			
18	Esta lubricado el cable de carga	✓			
19	Verificar que la guaya no tenga cuerdas cobladas, con quiebres, partes desilachadas o cualquier otro desperfecto que impida su uso o comprometa su resistencia, en caso de encontrarlas se debe cambiar inmediatamente	✓			
20	Si se utiliza un andamio de carga se debe contravnetiar con guaya de un 1/4" como minimo	✓			
	CARGA Y DESCARGA				
21	En el area de cargue y descargue se mantiene el área señalizada	✓			
22	La canasta cuenta con su base de soporte, partes laterales completas y en buen estado	✓			
23	El balde se encuentra en buenas condiciones (Soldaduras y broches)	✓			
24	El balde debe tener seguro para evitar que pendule durante el izaje	✓			

	INSPECCIÓN PARA GRUA PLUMA Y ACCESORIOS			
	CODIGO:	VERSIÓN:	FECHA DE ELABORACION:	PÁGINA:

25	El operador cuenta con la visibilidad del área de trabajo para realizar la operación	✓				
26	Realiza un levantamiento de prueba con la carga para la cual esta especificada la pluma	✓				
	ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL					
27	El trabajador cuenta con equipo de protección contra caídas certificado	✓				
28	El trabajador cuenta con casco y barbuquejo	✓				
29	Guantes de vaqueta	✓				
30	Botas punteras	✓				
31	Protectos visual con UV	✓				
	SEGUIMIENTO A EQUIPOS					
27	El equipo cuenta con hoja de vida	✓				
28	Indique la fecha de mantenimiento preventivo del equipo	✓				

ACCIONES CORRECTIVAS A TOMAR (SI APLICA)

FIRMAS TRABAJADORES

Manifestamos haber entendido y comprendido las instrucciones de seguridad y manejo del equipo brindadas por el supervisor de SST antes de iniciar la labor. Nos encontramos en condiciones optimas de salud y libre del efecto del alcohol y/o sustancias psicoactivas.

NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	FIRMA
Jose Herrera	1004974431	plumero	Jose Herrera

FIRMA DEL SUPERVISOR SST

He verificado la lista anterior y certifico que es seguro realizar el trabajo. Como profesional, responsable y persona ética en temas de SST, manifiesto no haber pasado por alto ninguna condición de seguridad que atente contra la salud e integridad física de los trabajadores que realizan izajes de cargas con pluma grúa.

NOMBRE COMPLETO: Jhon Fomoa

CÉDULA: 1.093.694.650

FIRMA:

RECOMENDACIONES:

1. Verificar el peso de la carga y la resistencia de la pluma grúa.
2. Solo el mecánico podra realizar las reparaciones a la pluma grúa y siempre se debe realizar con el motor apagado.
3. Realice despacio la maniobrabilidad de izada y bajada de la carga para evitar arrancadas y paradas bruscas.
4. Evitar el balanceo de la carga.
5. El gancho no puede estar soldado.
6. El auxiliar de la operación debe retirarse y quedar fuera del radio de acción de la carga cuando se este izando o bajando.

NOTA: Recuerde que si alguna condición no se cumple se debe tomar la medida correctiva inmediata y realizar un nuevo ATS de soporte a esta para la verificación del cumplimiento de las medidas correctivas

EBISU	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS	Código: FST.TA-01 Versión:01 Fecha:15/03/2022

INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Remates de obra

Lugar: proyecto Bonia Torre 4

Duración estimada: 16 al 21 Diciembre 2021 Numero de personas en el trabajo: 1

Altura aproximada: 20 m/s

INFORMACION DEL EJECUTOR (ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	ARL		EPS		CONSTACIA CAPACITACION			FIRMA TRABAJADOR
		SI		SI		SI	NO	VIGENCIA	
1	Jose D. Bravo Conde	✓		✓		✓		Abril 2021	
2									
3									
4									
5									

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1		2		3		4		5		6		7		8		9		Observaciones
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año?	✓																		
¿Ha consumido medicamentos en las últimas 8 horas?		✓																	
¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 8 horas?		✓																	
¿Inspecciono los equipos de protección contra caídas antes de usarlos?	✓																		
¿ Conoce el procedimiento para el desarrollo de la actividad?	✓																		
¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad?		✓																	
¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de trabajo en alturas?		✓																	
En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es	✓																		
¿El ejecutante cuenta y conoce el procedimiento de trabajo seguro en alturas (SG-SST-01)?	✓																		
¿El área de trabajo se encuentra señalizada y demarcada?	✓																		
¿El ejecutante tiene conocimiento a los riesgos que está expuesto?	✓																		
¿El ejecutante cuenta con un ayudante para realizar la tarea?	✓																		
¿El ejecutante cuenta con ayudante para realizar	✓																		

Este documento impreso se considera copia no control

ejecutante cuenta con n sistema de aseguramiento de herramientas?	✓
¿El ejecutante sabe qué hacer en caso de una emergencia?	✓
¿Se realizo el análisis de trabajo seguro (ATS) formatO para la tarea?	✓
¿La ejecutante sospecha o bene duda de que se encuentra en estado de embrazo	N/A
¿Se realizo la inspección de escaleras, andamios, rack y otros elementos de acceso a utilizar?	✓

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

El area de trabajo necesita o se ha verifi

	Necesidad SI	Necesidad NO	Revision 2 B	Revision 2 M
Demarcación provisional	✓		✓	
Señales de peligro adicionales	✓		✓	
Cerrar las vias	✓		✓	
Iluminación Adicional	✓		✓	
Superficies secas, no	✓		✓	
Lineas de advertencia	✓		✓	
Puntos de anclaje	✓		✓	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

El personal requiere:

	Necesidad SI	Necesidad NO	Revision 1 B	Revision 1 M	Revision 2 B	Revision 2 M
Casco de Seguridad	✓		✓		✓	
Barbuquejo y mentonera	✓		✓		✓	
Gafas de Seguridad	✓		✓		✓	
Protección Respiratoria	✓		✓		✓	
Protección Auditiva	✓		✓		✓	
Guantes	✓		✓		✓	
Calzado de Seguridad	✓		✓		✓	

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS

	NECESIDAD SI	NECESIDAD NO	Revisión 1 B	Revisión 1 M	Revisión 2 B	Revisión 2 M
Linea de vida (Verificar puntos de an	✓		✓		✓	
Arnés de seguridad	✓		✓		✓	

Eslinga — Sencilla ☒ "y" ☒ Con absorbedor? S ☒ N ☐ — Ajustable ☐ Posicionamiento (cuerda) ☐

Este documento impreso se considera copia no controlada

ANDAMIOS

	Necesidad SI	Necesidad NO	Revisión 1 B	Revisión 1 M	Revisión 2 B	Revisión 2 M
Móvil						
Fijo						
Se ha verificado el estado del andamio						
Los puntos de apoyo del andamio son estables y resistentes						
Las bases del andamio se encuentran aseguradas						
El andamio cuenta con barandas laterales						

Carga Máxima: _____

Altura máxima: _____

Otras precauciones. Cuales? _____

Construcción del Andamio

Se garantiza que el levantamiento del andamio ha estado en manos de personal entrenado y calificado en esta actividad y bajo la supervisión adecuada. Los usuarios del andamio conocen los propósitos de este y sus responsabilidades.

Elaborado Por: _____

Modificaciones autorizadas por: _____

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DÍA)	HORA	DESDE (DÍA)	HORA

DESDE (DÍA)	HORA	DESDE (DÍA)	HORA

EQUIPOS A UTILIZAR

1 PULIDORA
1 AIREO

SUSTANCIAS QUIMICAS A UTILIZAR

N/A

RECURSOS A UTILIZAR

Agua	☐	Madera	☐		☐
Aire	☐	Gasolina	☐		☐
Energia	☒	ACPM	☐		☐

REVISION CONDICIONES DEL AREA AL TERMINAR EL TRABAJO

	Condiciones OK	No Conforme *
Orden y aseo	☑	☐
Manejo de residuos	☑	☐
Levantamiento de señalización o aislamientos especiales (Si a	☑	☐
Otras. Cuales? _____	☐	☐
_____	☐	☐

Observaciones

_____

_____

FIRMAS

Dejo constancia de que estoy enterado del trabajo que se hará y que no tengo ninguna objeción en cuanto al tipo de trabajo.	Yo he leido y entiendo las recomendaciones aquí dadas, dispongo de los recursos que son necesarios y he tomado las precauciones de seguridad establecidas. Certifico que el trabajo puede ser realizado sin riesgo de daño para el equipo ni el personal.		Certifico que he verificado las condiciones de seguridad recomendadas para la ejecución de las actividades. Soy conciente del trabajo que se realizará y doy APROBACION para su ejecución.
Responsable SST/Inspector SST ó Coordinador trabajo en Alturas (EBISU S.A.S)	**Responsable del trabajo a ejecutarse (EBISU S.A.S)**	**Responsable del trabajo a ejecutarse (Contratista)**	****Responsable SST ó Coordinador trabajo en Alturas (Contratista)**

** Sólo en caso que en el contrato entre las partes se exija un responsable de SST para el desarrollo de las operaciones de los trabajadores por parte del Contratista.

EBISU	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS	Código: FST.TA-01 Versión:01 Fecha:15/03/2022

INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Izaje de cargas

Lugar: Colegio Bulla

Duración estimada: 23/11/23 / 12/24 — Numero de personas en el trabajo: 1 personas

Altura aproximada: N/A

INFORMACION DEL EJECUTOR (ES) DEL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	ARL	EPS	CONSTANCIA CAPACITACION			FIRMA TRABAJADOR
		SI	SI	SI	NO	VIGENCIA	
1	[illegible]						
2							
3							
4							
5							

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1		2		3		4		5		6		7		8		9		Observaciones
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año?	✓																		
¿Ha consumido medicamentos en las últimas 8 horas?		✓																	
¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 8 horas?		✓																	
¿Inspecciono los equipos de protección contra caídas antes de usarlos?	✓																		
¿Conoce el procedimiento para el desarrollo de la actividad?	✓																		
¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad?		✓																	
¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de trabajo en alturas?		✓																	
En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es	✓																		
¿El ejecutante cuenta y conoce el procedimiento de trabajo seguro en alturas (SG-SST-01)?	✓																		
¿El área de trabajo se encuentra señalizada y demarcada?	✓																		
¿El ejecutante tiene conocimiento a los riesgos que está expuesto?	✓																		
¿El ejecutante cuenta con un ayudante para realizar la tarea?	✓																		

Este documento impreso se considera copia no controlada

¿El ejecutante cuenta con ayudante para realizar	✓																		

¿El ejecutante cuenta con un sistema de aseguramiento de herramientas?	✓
¿El ejecutante sabe qué hacer en caso de una emergencia?	✓
¿Se realizo el analisis de trabajo seguro (ATS) formato para la tarea?	✓
¿La ejecutante sospecha o tiene duda de que se encuentra en estado de embrazo	N/A
¿Se realizo la inspección de escaleras, andamios, rack y otros elementos de acceso a utilizar?	✓

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

El area de trabajo necesita o se ha verifi

	Necesidad		Revisión 2	
	SI	NO	B	M
Demarcación provisional	✓		✓	
Señales de peligro adicionales	✓		✓	
Cerrar las vias	✓		✓	
Iluminación Adicional	✓		✓	
Superficies secas, no	✓		✓	
Lineas de advertencia	✓		✓	
Puntos de anclaje	✓		✓	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

El personal requiere:

	Necesidad		Revisión 1		Revisión 2	
	SI	NO	B	M	B	M
Casco de Seguridad	✓		✓		✓	
Barbuquejo y mentonera	✓		✓		✓	
Gafas de Seguridad	✓		✓		✓	
Protección Respiratoria	✓		✓		✓	
Protección Auditiva	✓		✓		✓	
Guantes	✓		✓		✓	
Calzado de Seguridad	✓		✓		✓	

ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS

	NECESIDAD		Revisión 1		Revisión 2	
	SI	NO	B	M	B	M
Linea de vida (Verificar puntos de an	✓		✓		✓	
Arnés de seguridad	✓		✓		✓	

Eslinga — Sencilla ☐ Ajustable ☐ — "Y" X Posicionamiento (cuerda) ☐ — Con absorbedor? S X N ☐

ANDAMIOS

	Necesidad		Revisión 1		Revisión 2	
	SI	NO	B	M	B	M
Móvil						
Fijo						
Se ha verificado el estado del andamio						
Los puntos de apoyo del andamio son estables y resistentes						
Las bases del andamio se encuentran aseguradas						
El andamio cuenta con barandas laterales						

Carga Máxima: _____

Altura máxima: _____

Otras precauciones. Cuales? _____

Construcción del Andamio

Se garantiza que el levantamiento del andamio ha estado en manos de personal entrenado y calificado en esta actividad y bajo la supervisión adecuada. Los usuarios del andamio conocen los propósitos de este y sus responsabilidades.

Elaborado Por: _____

Modificaciones autorizadas por : _____

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACION DEL PERMISO

DESDE (DIA)	HORA	DESDE (DIA)	HORA
//		//	//

DESDE (DIA)	HORA	DESDE (DIA)	HORA
//	//	//	//

EQUIPOS A UTILIZAR

* pluma grua
* Andes

SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

N/A

RECURSOS A UTILIZAR

Agua	☐	Madera	☐		☐
Aire	☐	Gasolina	☐		☐
Energia	☑	ACPM	☐		☐

REVISION CONDICIONES DEL AREA AL TERMINAR EL TRABAJO.

	Condiciones OK	No Conforme *
Orden y aseo	☑	☐
Manejo de residuos	☑	☐
Levantamiento de señalización o aislamientos especiales (Si a	☑	☐
Otras. Cuales? _____	☐	☐
_____	☐	☐

Observaciones

_____

_____

_____

FIRMAS

Dejo constancia de que estoy enterado del trabajo que se hará y que no tengo ninguna objeción en cuanto al tipo de trabajo.	Yo he leido y entiendo las recomendaciones aqui dadas, dispongo de los recursos que son necesarios y he tomado las precauciones de seguridad establecidas. Certifico que el trabajo pueda ser realizado sin riesgo de daño para el equipo ni el personal.		Certifico que he verificado las condiciones de seguridad recomendadas para la ejecución de las actividades. Soy conciente del trabajo que se realizará y doy APROBACION para su ejecución.
Responsable SST/Inspector SST ó Coordinador trabajo en Alturas (EBISU S.A.S)	**Responsable del trabajo a ejecutarse (EBISU S.A.S)**	**Responsable del trabajo a ejecutarse (Contratista)**	****Responsable SST ó Coordinador trabajo en Alturas (Contratista)**

** Sólo en caso que en el contrato entre las partes se exija un responsable de SST para el desarrollo de las operaciones de los trabajadores por parte del Contratista.

EBISU

		Codigo: FST.ATS.02	
		Version 01	
		Fecha: 15/03/2022	
OBRA			
ACTIVIDAD	23 Dic 2021	FECHA DE INSPECCION:	23-Dic-2021
UBICACIÓN	Izaje carga pluma 6100 Torre A		

ITEM	DESCRIPCIÓN	CRITERIOS DE REVISIÓN ✓	X	N/A	OBSERVACIONES
	PUNTO DE ANCLAJE				
1	Los puntos de anclaje deben soportar una resistencia de 5000 libras	✓			
2	Revisar el anclaje en cuatro puntos del trípode de la pluma y estado de soldadura	✓			
3	Asegurar la solidez y la firmeza del suelo o placa donde se se fije el trípode	✓			
4	la pluma de anclarse a la losa (placa) con pases y/o anclajes en forma U con platina y asegurado con tornillos atravesando la losa completamente	✓			
5	El cuerpo de la pluma debe estar sujeto por una guaya anclada a la placa	✓			
	ELECTRICO Y MECANICO				
6	Verificar antes de iniciar la operación que las instalaciones electricas esten funcionando bien, lo mismo el motor	✓			
7	Las correas se encuentran en buenas condiciones	✓			
8	Las poleas se encuentran en buenas condiciones	✓			
9	El breaker o taco se encuentra en buenas condiciones	✓			
10	El sistema de freno se encuentra en buenas de condiciones	✓			
11	Las guardas de los sistemas de transmisión deben estar en su sitio, nunca se deben retirar mientras este en operación el equipo	✓			
12	El equipo tiene carcasa	✓			
	GUAYA Y GANCHOS				
13	Los ganchos estan en buenas condiciones (el gancho no permite pandeo de la carga y solo se abre cuando se va a ingresar o sacar la carga)	✓			
14	El gancho utilizado para izar la carga debe garantizar su resistencia y el cierre total, no se permite ganchos tipo cola de marrano	✓			
15	Las grilletas o perros estan en buenas condiciones	✓			
16	La guaya de operación debe tener diametro no inferior a 1/4"	✓			
17	Verifique la longitud del cable (corresponde a la altura del izaje) y cuando esté en el nivel mas bajo quede como minimo cuatro vueltas del cable en el tambor	✓			
18	Esta lubricado el cable de carga	✓			
19	Verificar que la guaya no tenga cuerdas dobladas, con quiebres, partes desilachadas o cualquier otro desperfecto que impida su uso o comprometa su resistencia, en caso de encontrarlas se debe cambiar inmediatamente	✓			
20	Si se utiliza un andamio de carga se debe contravnetiar con guaya de un 1/4" como mnimo	✓			
	CARGA Y DESCARGA				
21	En el area de cargue y descargue se mantiene el área señalizada	✓			
22	La canasta cuenta con su base de soporte, partes laterales completas y en buen estado	✓			
23	El balde se encuentra en buenas condiciones (Soldaduras y broches)	✓			
24	El balde debe tener seguro para evitar que pendule durante el izaje	✓			

A-10-5003-01

Estado de Revisión: 0

EBISU	PERMISO DE TRABAJO PARA IZAJE DE CARGA	Código: FST.PM-02
		Versión: 01
		Fecha: 15/01/2022

VALIDO PARA EL PERIODO, LUGAR, EQUIPO Y TRABAJO INDICADO

Fecha: 23 DIC - 2024 Valido desde: 23/12/24 Hasta: 28/12/24

Puesto: Area de trabajo: Torre A - proyecto Bahia

Responsable del area: Isidro velasco

Equipo especifico objeto del trabajo: pluma grua

Descripción del trabajo a ejecutar: (Defina estrategias para realizar las labores)

Carga y descarga material

Item	LISTA DE VERIFICACIÓN SUPERVISOR RESPONSABLE DEL ÁREA	SI	NO	N/A
1	El personal se encuentra afiliado a seguridad social	✓		
2	Se ha delimitado y aislado el área de trabajo	✓		
3	Se verificó que solo intervenga en la maniobra personal entrenado y autorizado para su ejecución	✓		
4	Se encuentran identificados los riesgos propios de la labor a realizar	✓		
5	Permiten los equipos y/o maquinaria disponible realizar la labor con facilidad	✓		
6	Se conocen las especificaciones técnicas del equipo / material a movilizar	✓		
7	Se tienen en cuenta las dimensiones (alto, ancho, largo, peso, volumen) del material a movilizar	✓		
8	Se verificó que las condiciones del suelo permitan una maniobra segura de los equipos y vehículos	✓		
9	Se verificó el estado de la maquinaria o equipo disponible para realizar la labor (preoperacional)	✓		
10	El personal ha sido capacitado en relación con las actividades a desarrollar	✓		
11	El personal ha sido instruido en relación a los riesgos que pueden presentarse durante el trabajo	✓		
12	El personal cuenta con todos sus elementos de protección personal adecuados a la labor	✓		
13	Permite los factores externos (dirección del viento, condiciones atmosféricas, etc.) realizar los trabajos con seguridad	✓		
14	Los equipos y maquinarias se encuentran ubicados en un lugar seguro	✓		
15	Se verificó que no hay cables, cuerdas, basura, etc., en las áreas adyacentes que puedan causar una conflagración	✓		
16	Se tiene claro un plan en caso de emergencia (vías de evacuación, ubicación de extintores, etc.)	✓		
17	En caso de maniobras con productos químicos se tienen las hojas de seguridad disponibles	✓		
18	Requiere permiso adicional: TRABAJO EN ALTURA	✓		

Se requiere de los siguiente equipos de protección personal para la ejecución de los trabajos

Casco	✓	Gafas	✓	Tapones auditivos	✓	escaleras	✓
Careta		Protección respiratoria	✓	además de seguridad		Andamios	
Guantes	✓	pechera		equipo aire asistido		línea de vida	✓
Mangas		Botas seguridad	✓	Otro:			

PERSONAL AUTORIZADO PARA EJECUTAR LAS ACTIVIDADES

Nombre	Firma	Nombre	Firma
Jose Hernandez	Jose H		

Conocemos los riesgos inherentes a las actividades a desarrollar y nos comprometemos a ejecutar el trabajo, siguiendo las normas y recomendaciones establecidas

RESPONSABLES DE AUTORIZAR LOS TRABAJOS

Responsables	Nombre	Cargo	Firma
SPV responsable del área			
SPV respons. Del trabajo			
SPV Residente SST	JHON ESPINOSA	Inspector SST	

Observaciones

CIERRE DEL PERMISO

Fecha: _____ Hora: _____ Responsable del área _____

Resp trabajo Firma Firma

EBISU	PLUMA ELECTRICA	CODIGO: FST.IN-11
	INSPECCION Y PREOPERACIONAL	VERSION: 01
	SG-SST	FECHA: 15/12/2021

Semana del: 23 Diciembre - 2021 **al** 28- Diciembre- 2021

Modelo	2020
Marca	Siemens
Centro de trabajo	Proyecto Bonita

DESCRIPCION	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
FECHA														
Estructura metalica pluma.	✓						✓		✓		✓			
Anclajes de bases de pluma.	✓						✓		✓		✓			
Instalaciones y conexiones electricas.	✓						✓		✓		✓			
Interruptores electricos.	✓						✓		✓		✓			
Botón de encendido y apagado.	✓						✓		✓		✓			
[illegible]to metalico.	✓						✓		✓		✓			
Palanca de freno.	✓						✓		✓		✓			
Tambor o Winche.	✓						✓		✓		✓			
Guaya.	✓						✓		✓		✓			
Gancho con seguro.	✓						✓		✓		✓			
Grilletes de valde en buen estado.	✓						✓		✓		✓			
Valde y fondo del Valde.	✓						✓		✓		✓			
Orden y aseo.	✓						✓		✓		✓			
Aislamiento zona interior de trabajo.	✓						✓		✓		✓			
Señalizacion de zona y descargue de material	✓						✓		✓		✓			
Uso de EPP, Casco, Barbuquejo, Monogafas, Tapaoidos, , Botas.	✓						✓		✓		✓			
Elementos de proteccion contra caidas.	✓						✓		✓		✓			
Firmo permiso de alturas?	✓						✓		✓		✓			
SE PUEDE USAR	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
FIRMA VERIFICACION OPERARIO	Jose		—		—		Jose		Jose		Jose			
FIRMA VERIFICACION INSPECTOR														

OBSERVACIONES

Lunes:

Martes:

Miercoles:

Jueves:

Viernes:

Sabado:

Domingo:

Responsable Accion Corretiva **Fecha de Ejecucion** **Firma**

Cargo

Fecha Ultimo Mantenimiento Correctivo

Fecha Ultimo Mantenimiento Preventivo

EBISU	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS	Código: FST.TA-01 Versión:01 Fecha:15/03/2022

INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Instalación de piso

Lugar: proyecto Bella Torre A

Duración estimada: 20 al 30 NOV. 2021 Numero de personas en el trabajo: 2

Altura aproximada: 5 mts

INFORMACION DEL EJECUTOR (ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	ARL	EPS	CONSTACIA CAPACITACION			FIRMA TRABAJADOR
		SI	SI	SI	NO	VIGENCIA	
1	Endrson de la Hoz	✓	✓	✓		MAR-2021	Endrson
2	Edwin Diaz	✓	✓	✓		OCT-2021	Edwin
3							
4							
5							

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1		2		3		4		5		6		7		8		9		Observaciones
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año?	✓		✓																
¿Ha consumido medicamentos en las últimas 8 horas?		✓		✓															
¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 8 horas?		✓		✓															
¿Inspecciono los equipos de protección contra caídas antes de usarlos?	✓		✓																
¿Conoce el procedimiento para el desarrollo de la actividad?	✓		✓																
¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad?		✓		✓															
¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de trabajo en alturas?		✓		✓															
En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es	✓		✓																
¿El ejecutante cuenta y conoce el procedimiento de trabajo seguro en alturas (SG-SST-01)?	✓		✓																
¿El área de trabajo se encuentra señalizada y demarcada?	✓		✓																
¿El ejecutante tiene conocimiento a los riesgos a que está expuesto?	✓		✓																
¿El ejecutante cuenta con ayudante para realizar	✓		✓																

...cutante cuenta con ...ema de ...ramiento de ...mientas?	✓		✓						
...ecutante sabe qué ... en caso de una ...gencia?	✓		✓						
...realizo el análisis de ...jo seguro (ATS) ...RO para la tarea?	✓		✓						
...ejecutante sospecha ...e duda de que se ...entra en estado de ...azo	N/A		N/A						
...realizo la inspección ...scaleras, andamios, ... y otros elementos de ...so a utilizar?	✓		✓						

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

...rea de trabajo necesita o se ha verifi

	Necesidad SI	NO	Revisión 2 B	M
...marcación provisional	✓		✓	
...ñales de peligro adicionales	✓		✓	
...rrar las vias	✓		✓	
...minación Adicional	✓		✓	
...perficies secas, no	✓		✓	
...eas de advertencia	✓		✓	
...ntos de ancleje	✓		✓	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

El personal requiere:

	Necesidad SI	NO	Revisión 1 B	M	Revisión 2 B	M
Casco de Seguridad	✓		✓		✓	
Barbuquejo y mentonera	✓		✓		✓	
Gafas de Seguridad	✓		✓		✓	
Protección Respiratoria	✓		✓		✓	
Protección Auditiva	✓		✓		✓	
Guantes	✓		✓		✓	
Calzado de Seguridad	✓		✓		✓	

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS

	NECESIDAD SI	NO	Revisión 1 B	M	Revisión 2 B	M
...nea de vida (Verificar puntos de an...	✓	✓	✓		✓	✓
...s de seguridad		✓	✓		✓	

Eslinga — Sencilla / Ajustable — "Y" / Posicionamiento (cuerda) — Con absorbedor?

Este documento impreso se considera copia no controlada

ANDAMIOS

	Necesidad SI	NO	Revisión 1 B	M	Revisión 2 B	M
...óvil						
...jo						
...e ha verificado el estado del andamio						
...os puntos de apoyo del andamio son estables y resistentes						
...as bases del andamio se encuentran aseguradas						
...l andamio cuenta con barandas laterales						

...arga Máxima: __________

...ltura máxima: __________

...tras precauciones. Cuales? ______________

Construcción del Andamio

Se garantiza que el levantamiento del andamio ha estado en manos de personal entrenado y calificado en esta actividad y bajo la supervisión adecuada. Los usuarios del andamio conocen los propósitos de este y sus responsabilidades:

Elaborado Por: ______________

Modificaciones autorizadas por: ______________

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DÍA)	HORA	DESDE (DÍA)	HORA

DESDE (DÍA)	HORA	DESDE (DÍA)	HORA

EQUIPOS A UTILIZAR

Ninguno

SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

RECURSOS A UTILIZAR

Agua	☐	Madera	☐		☐
Aire	☐	Gasolina	☐		☐
Energía	☒	ACPM	☐		☐

REVISION CONDICIONES DEL AREA AL TERMINAR EL TRABAJO.

	Condiciones OK	No Conforme *
Orden y aseo	☑	☐
Manejo de residuos	☑	☐
Levantamiento de señalización o aislamientos especiales (Si a	☑	☐
Otras. Cuales?	☐	☐
	☐	☐

Observaciones

FIRMAS

Dejo constancia de que estoy enterado del trabajo que se hará y que no tengo ninguna objeción en cuanto al tipo de trabajo	Yo he leído y entiendo las recomendaciones aquí dadas, dispongo de los recursos que son necesarios y he tomado las precauciones de seguridad establecidas. Certifico que el trabajo puede ser realizado sin riesgo de daño para el equipo ni el personal.		Certifico que he verificado las condiciones de seguridad recomendadas para la ejecución de las actividades. Soy conciente del trabajo que se realizará y doy APROBACION para su ejecución.
Responsable SST/Inspector SST ó Coordinador trabajo en Alturas (EBISU S.A.S)	**Responsable del trabajo a ejecutarse (EBISU S.A.S)**	**Responsable del trabajo a ejecutarse (Contratista)**	****Responsable SST ó Coordinador trabajo en Alturas (Contratista)**

** Sólo en caso que en el contrato entre las partes se exija un responsable de SST para el desarrollo de las operaciones de los trabajadores por parte del Contratista.

EBISU	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS	Código: FST.TA-01 Versión:01 Fecha:15/03/2022

INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Cargue y descargue Material plumo GIRO

Lugar: proyecto Patio Torre A

Duracion estimada: 22 al 30 NOV. 24 Numero de personas en el trabajo: 1

Altura aproximada: 20 Mts

INFORMACIÓN DEL EJECTUTOR (ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	ARL		EPS		CONSTACIA CAPACITACION			FIRMA TRABAJADOR
		SI		SI		SI	NO	VIGENCIA	
1	Jose Herrera	✓		✓		✓		oct. 2023	Jose Herrera
2									
3									
4									
5									

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1		2		3		4		5		6		7		8		9		Observaciones
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año?	✓																		
¿Ha consumido medicamentos en las últimas 8 horas?		✓																	
¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 8 horas?		✓																	
¿Inspecciono los equipos de protección contra caídas antes de usarlos?	✓																		
¿Conoce el procedimiento para el desarrollo de la actividad?	✓																		
¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad?		✓																	
¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de trabajo en alturas?		✓																	
En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es	✓																		
¿El ejecutante cuenta y conoce el procedimiento de trabajo seguro en alturas (SG-SST-01)?	✓																		
¿El área de trabajo se encuentra señalizada y demarcada?	✓																		
¿El ejecutante tiene conocimiento a los riesgos que está expuesto?	✓																		
¿El ejecutante cuenta con un ayudante para realizar la tarea?	✓																		

...ción	✓																	
...qué ...a	✓																	
...sis de ...SI ...area?	✓																	
...ospecha ...ue se ...ado de		N/A																
...specciòn ...ndamios, ...mentos de ...r?	✓																	

...ECAUCIONES DE SEGURIDAD

...abajo necesita o se ha verifi

	Necesidad		Revision 2	
	SI	NO	B	M
...n provisional	✓		✓	
...peligro adicionales	✓		✓	
...rias	✓		✓	
...Adicional	✓		✓	
...s secas, no	✓		✓	
...advertencia	✓		✓	
...anclaje	✓		✓	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

El personal requiere:

	Necesidad		Revision 1		Revision 2	
	SI	NO	B	M	B	M
Casco de Seguridad	✓		✓		✓	
Barbuquejo y mentonera	✓		✓		✓	
Gafas de Seguridad	✓		✓		✓	
Protección Respiratoria	✓		✓		✓	
Protección Auditiva	✓		✓		✓	
Guantes	✓		✓		✓	
Calzado de Seguridad	✓		✓		✓	

ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS

	NECESIDAD		Revision 1		Revision 2	
	SI	NO	B	M	B	M
...e vida (Verificar puntos de an...	✓		✓		✓	
...e seguridad	✓		✓		✓	

Eslinga: Sencilla [X] Ajustable [ ] "Y" [X] Posicionamiento (cuerda) [ ] Con absorbedor? SI [ ] NO [X]

Este documento impreso se considera copia no controlada

ANDAMIOS

	Necesidad		Revision 1		Revision 2	
	SI	NO	B	M	B	M
...I						
...ha verificado el estado del andamio						
...puntos de apoyo del andamio son estables y resistentes						
...bases del andamio se encuentran aseguradas						
...andamio cuenta con barandas laterales						

...rga Máxima: ____________

...tura máxima: ____________

...tras precauciones. Cuales? ____________

Construcción del Andamio

Se garantiza que el levantamiento del andamio ha estado en manos de personal entrenado y calificado en esta actividad y bajo la supervisión adecuada. Los usuarios del andamio conocen los propósitos de este y sus responsabilidades:

Elaborado Por: ____________

Modificaciones autorizadas por: ____________

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DÍA)	HORA	DESDE (DÍA)	HORA

DESDE (DÍA)	HORA	DESDE (DÍA)	HORA

EQUIPOS A UTILIZAR

Plomo Gico

SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

N/A

RECURSOS A UTILIZAR

Agua	☐	Madera	☐		☐
Aire	☐	Gasolina	☐		☐
Energia	☒	ACPM	☐		☐

REVISION CONDICIONES DEL AREA AL TERMINAR EL TRABAJO.

	Condiciones OK	No Conforme *
rden y aseo	☑	☐
anejo de residuos	☑	☐
evantamiento de señalización o aislamientos especiales (Si :	☑	☐
tras. Cuales? _____	☐	☐
_____	☐	☐

ervaciones

_____

_____

FIRMAS

Dejo constancia de que estoy enterado del trabajo que se hará y que no tengo ninguna objeción en cuanto al tipo de trabajo.	Yo he leido y entiendo las recomendaciones aquí dadas, dispongo de los recursos que son necesarios y he tomado las precauciones de seguridad establecidas. Certifico que el trabajo puede ser realizado sin riesgo de daño para el equipo ni el personal.		Certifico que he verificado las condiciones de seguridad recomendadas para la ejecución de las actividades. Soy conciente del trabajo que se realizará y doy APROBACION para su ejecución.
Responsable SST/Inspector SST ó Coordinador trabajo en Alturas (EBISU S.A.S)	**Responsable del trabajo a ejecutarse (EBISU S.A.S)**	**Responsable del trabajo a ejecutarse (Contratista)**	****Responsable SST ó Coordinador trabajo en Alturas (Contratista)**

** Sólo en caso que en el contrato entre las partes se exija un responsable de SST para el desarrollo de las operaciones de los trabajadores por parte del Contratista.

BISU	ATS PLUMA ORUA	Codigo: FST.ATS-02 Versión:01 Fecha: 15/03/2022
RA: Bo. Ia	FECHA DE INSPECCIÓN: 20 NOV - 2024	
CTIVIDAD: carga y descarga Material		
UBICACIÓN: Torre A		

ITEM	DESCRIPCIÓN	CRITERIOS DE REVISIÓN			OBSERVACIONES
			X	N/A	
	PUNTO DE ANCLAJE				
1	Los puntos de anclaje deben soportar una resistencia de 5000 libras	✓			
2	Revisar el anclaje en cuatro puntos del trípode de la pluma y estado de soldadura	✓			
3	Asegurar la solidez y la firmeza del suelo o placa donde se se fije el trípode	✓			
4	la pluma de anclarse a la losa (placa) con pases y/o anclajes en forma U con platina y asegurado con tornillos atravesando la losa completamente	✓			
5	El cuerpo de la pluma debe estar sujeto por una guaya anclada a la placa	✓			
	ELECTRICO Y MECANICO				
6	Verificar antes de iniciar la operación que las instalaciones electricas esten funcionando bien, lo mismo el motor	✓			
7	Las correas se encuentran en buenas condiciones	✓			
8	Las poleas se encuentran en buenas condiciones	✓			
9	El breaker o taco se encuentra en buenas condiciones	✓			
10	El sistema de freno se encuentra en buenas de condiciones	✓			
11	Las guardas de los sistemas de transmisión deben estar en su sitio, nunca se deben retirar mientras este en operación el equipo	✓			
12	El equipo tiene carcasa	✓			
	GUAYA Y GANCHOS				
13	Los ganchos estan en buenas condiciones (el gancho no permite pandeo de la carga y solo se abre cuando se va a ingresar o sacar la carga)	✓			
14	El gancho utilizado para izar la carga debe garantizar su resistencia y el cierre total, no se permite ganchos tipo cola de marrano	✓			
15	Las grilletas o perros estan en buenas condiciones	✓			
16	La guaya de operación debe tener diametro no inferior a 1/4"	✓			
17	Verifique la longitud del cable (corresponde a la altura del izaje) y cuando esté en el nivel mas bajo quede como minimo cuatro vueltas del cable en el tambor	✓			
18	Esta lubricado el cable de carga	✓			
19	Verificar que la guaya no tenga cuerdas dobladas, con quiebres, partes desilachadas o cualquier otro desperfecto que impida su uso o comprometa su resistencia, en caso de encontrarlas se debe cambiar inmediatamente	✓			
20	Si se utiliza un andamio de carga se debe contravientear con guaya de un 1/4" como minimo	✓			
	CARGA Y DESCARGA				
21	En el area de cargue y descargue se mantiene el area señalizada	✓			
22	La canasta cuenta con su base de soporte, partes laterales completas y en buen estado	✓			
23	El balde se encuentra en buenas condiciones (soldaduras y broches)	✓			
24	El balde debe tener seguro para evitar que pendule durante el izaje	✓			

INSPECCIÓN PARA GRUA PLUMA Y ACCESORIOS			
CODIGO:	VERSIÓN:	FECHA DE ELABORACION:	PÁGINA:

25	El operador cuenta con la capacidad del área de trabajo para realizar la operación	✓				
26	Realiza un levantamiento de prueba con la carga para la cual esta especificada la pluma	✓				
	ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL					
27	El trabajador cuenta con equipo de protección contra caídas certificado	✓				
28	El trabajador cuenta con casco y barbuquejo	✓				
29	Guantes de vaqueta	✓				
30	Botas punteras	✓				
31	Protectos visual con UV	✓				
	SEGUIMIENTO A EQUIPOS					
27	El equipo cuenta con hoja de vida	✓				
28	Indique la fecha de mantenimiento preventivo del equipo	✓				

ACCIONES CORRECTIVAS A TOMAR (SI APLICA)

FIRMAS TRABAJADORES

Manifestamos haber entendido y comprendido las instrucciones de seguridad y manejo del equipo brindadas por el supervisor de SST antes de iniciar la labor. Nos encontramos en condiciones optimas de salud y libre del efecto del alcohol y/o sustancias psicoactivas.

NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	FIRMA
JOSE HERRERA	1061761434	FLUMERO	JOSE HERRERA

FIRMA DEL SUPERVISOR SST

He verificado la lista anterior y certifico que es seguro realizar el trabajo. Como profesional, responsable y persona ética en temas de SST, manifiesto no haber pasado por alto ninguna condición de seguridad que atente contra la salud e integridad física de los trabajadores que realizan izajes de cargas con pluma grúa.

NOMBRE COMPLETO: JHON EDINSON

CÉDULA: 1.033.681.230

FIRMA:

RECOMENDACIONES:

1. Verificar el peso de la carga y la resistencia de la pluma grúa.
2. Solo el mecánico podra realizar las reparaciones a la pluma grúa y siempre se debe realizar con el motor apagado.
3. Realice despacio la maniobrabilidad de izada y bajada de la carga para evitar arrancadas y paradas bruscas.
4. Evitar el balanceo de la carga.
5. El gancho no puede estar soldado.
6. El auxiliar de la operación debe retirarse y quedar fuera del radio de acción de la carga cuando se este izando o bajando.

NOTA: Recuerde que si alguna condición no se cumple se debe tomar la medida correctiva inmediata y realizar un nuevo ATS de soporte a esta para la verificación del cumplimiento de las medidas correctivas

EBISU	PERMISO DE TRABAJO PARA IZAJE DE CARGA	Estado de Revisión: 0 Codigo: FST.PM-02 Versión:01 Fecha: 15/03/2022

O PARA EL PERIODO, LUGAR, EQUIPO Y TRABAJO INDICADO

Fecha 06 NOV 2024 | Valido desde 20/11/24 | Hasta 30/11/24

Sector: Área de trabajo Torre A

Responsable del área Isidro Velasco

Equipo específico objeto del trabajo pluma 6100

Descripción del trabajo a ejecutar (Defina estrategias para realizar las labores)

Cargue y descargue material pluma 6100

ITEM	LISTA DE VERIFICACIÓN SUPERVISOR RESPONSABLE DEL ÁREA	SI	NO	N/A
1	El personal se encuentra afiliado a seguridad social	✓		
2	Se ha delimitado y aislado el área de trabajo	✓		
	Se verifico que solo intervenga en la maniobra personal entrenado y autorizado para su ejecución	✓		
4	Se encuentran identificados los riesgos propios de la labor a realizar	✓		
5	Permiten los equipos y/o maquinaria disponible realizar la labor con facilidad	✓		
6	Se conocen las especificaciones técnicas del equipo / material a movilizar	✓		
7	Se tienen en cuenta las dimensiones (alto, ancho, largo, peso, volumen) del material a movilizar	✓		
8	Se verifico que las condiciones del suelo permitan una maniobra segura de los equipos y vehículos	✓		
9	Se verifico el estado de la maquinaria o equipo disponible para realizar la labor (preoperacional)	✓		
10	El personal ha sido capacitado en relación con las actividades a desarrollar	✓		
11	El personal ha sido instruido en relación a los riesgos que pueden presentarse durante el trabajo	✓		
12	El personal cuenta con todos sus elementos de protección personal adecuados a la labor	✓		
13	Permite los factores externos (dirección del viento, condiciones atmosféricas, etc.) realizar los trabajos con seguridad	✓		
14	Los equipos y maquinarias se encuentran ubicados en un lugar seguro	✓		
15	Se verificó que no hay cables, cuerdas, basura, etc., en las áreas adyacentes que puedan causar una conflagración	✓		
16	Se tiene claro un plan en caso de emergencia (vías de evacuación, ubicación de extintores, etc.)	✓		
17	En caso de maniobras con productos químicos se tienen las hojas de seguridad disponibles	✓		
18	Requiere permiso adicional: TRABAJO EN ALTURA		✓	

Se requiere de los siguiente equipos de protección personal para la ejecución de los trabajos

Casco	✓	Gafas	✓	Tapones auditivos	✓	escaleras	
Careta		Protección respiratoria		arnés de seguridad		Andamios	
Guantes	✓	pechera		equipo aire asistido		línea de vida	✓
Mangas	✓	Botas seguridad	✓	Otro			

PERSONAL AUTORIZADO PARA EJECUTAR LAS ACTIVIDADES

Nombre	Firma	Nombre	Firma
JOSE HERRERA	JOSE HERRERA.		

Conocemos los riesgos inherentes a las actividades a desarrollar y nos comprometemos a ejecutar el trabajo, siguiendo las normas y recomendaciones establecidas

RESPONSABLES DE AUTORIZAR LOS TRABAJOS

Responsables	Nombre	Cargo	Firma
SPV responsable del área			
SPV respons. Del trabajo			
SPV Residente SST	JHON ZUMAYA	Inspector SST	

Observaciones

CIERRE DEL PERMISO

Fecha _____ Hora _____ Responsable del área _____

Resp trabajo _____ Firma _____ Firma _____

	PLUMA ELECTRICA	CODIGO: FSTJN-11
BISU	INSPECCION Y PREOPERACIONAL	VERSION: 01
	SG-SST	FECHA: 15/12/2021

20 NOV- 2024 al 30 NOV- 2024

2019

Siemens

Centro de trabajo: proyecto pailo

DESCRIPCION	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
FECHA	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Estructura metalica pluma.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Anclajes de bases de pluma.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Instalaciones y conexiones electricas.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptores electricos.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Botón de encendido y apagado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
[illegible] metalico.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Palanca de freno.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Tambor o Winche.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guaya.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Gancho con seguro.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Grilletes de valde en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Valde y fondo del Valde.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Orden y aseo.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Asiamiento zona interior de trabajo.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Señalizacion de zona y descargue de material	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso de EPP, Casco, Barbuquejo, Monogafas, Tapaoidos, , Botas.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Elementos de proteccion contra caidas.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Firmo permiso de alturas?	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
SE PUEDE USAR	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
FIRMA VERIFICACION OPERARIO	[signature]		[signature]		[signature]		[signature]		[signature]		[signature]			
FIRMA VERIFICACION INSPECTOR	[signature]		[signature]		[signature]		[signature]		[signature]		[signature]			

OBSERVACIONES

Lunes:

Martes:

Miercoles:

Jueves:

Viernes:

Sabado:

Domingo:

Responsable Accion Corretiva **Fecha de Ejecucion** **Firma**

Cargo

Fecha Ultimo Mantenimiento Correctivo

Fecha Ultimo Mantenimiento Preventivo

EBISU	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS	Código: FST.TA-01 Versión:01 Fecha:15/03/2022

INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Instalación pinos bombas

Lugar: proyecto Boita

Duración estimada: 29 al 30 NOV. 2024 Numero de personas en el trabajo: 3

Altura aproximada: 20 m/o

INFORMACION DEL EJECUTOR (ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	ARL	EPS	CONSTACIA CAPACITACIÓN			FIRMA TRABAJADOR
		SI	SI	SI	NO	VIGENCIA	
1	Hernan [illegible]	✓	✓	✓		NOV - 2024	
2	Alexander J.	✓	✓	✓		NOV - 2024	
3	[illegible]	✓	✓	✓		MAYO - 2025	
4							
5							

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1		2		3		4		5		6		7		8		9		Observaciones
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año?	✓		✓		✓														
¿Ha consumido medicamentos en las últimas 8 horas?		✓		✓		✓													
¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 8 horas?		✓		✓		✓													
¿Inspecciono los equipos de protección contra caídas antes de usarlos?	✓		✓		✓														
¿ Conoce el procedimiento para el desarrollo de la actividad?	✓		✓		✓														
¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad?		✓		✓		✓													
¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de trabajo en alturas?		✓		✓		✓													
En terminos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es	✓		✓																
¿El ejecutante cuenta y conoce el procedimiento de trabajo seguro en alturas (SG-SST-01)?	✓		✓		✓														
¿El área de trabajo se encuentra señalizada y demarcada?	✓		✓		✓														
¿El ejecutante tiene conocimiento a los riesgos que está expuesto?	✓		✓		✓														
¿El ejecutante cuenta con un ayudante para realizar la tarea?	✓		✓		✓														

...nte cuenta con ...na de ...amiento de ...amientas?	✓		✓		✓																
¿El ejecutante sabe que hacer en caso de una emergencia?	✓		✓		✓																
¿Se realizo el análisis de trabajo seguro (ATS) formatO para la tarea?	✓		✓		✓																
¿La ejecutante sospecha o tiene duda de que se encuentra en estado de embrazo	N/A		N/A		N/A																
¿Se realizo la inspección de escaleras, andamios, rack y otros elementos de acceso a utilizar?	✓		✓		✓																

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

El area de trabajo necesita o se ha verifi

	Necesidad		Revisión 2	
	SI	NO	B	M
Demarcación provisional	✓		✓	
Señales de peligro adicionales	✓		✓	
Cerrar las vias	✓		✓	
Iluminación Adicional	✓		✓	
Superficies secas, no	✓		✓	
Lineas de advertencia	✓		✓	
Puntos de anclaje			✓	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

El personal requiere:

	Necesidad		Revisión 1		Revisión 2	
	SI	NO	B	M	B	M
Casco de Seguridad	✓		✓		✓	
Barbuquejo y mentonera	✓		✓		✓	
Gafas de Seguridad	✓		✓		✓	
Protección Respiratoria	✓		✓		✓	
Protección Auditiva	✓		✓		✓	
Guantes	✓		✓		✓	
Calzado de Seguridad	✓		✓			

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS

	NECESIDAD		Revisión 1		Revisión 2	
	SI	NO	B	M	B	M
Linea de vida (Verificar puntos de an	✓		✓		✓	
Arnés de seguridad	✓		✓		✓	

Eslinga — Sencilla / Ajustable ☒ — "Y" / Posicionamiento (cuerda) ☐ — Con absorbedor? S ☒ N ☐

Este documento impreso se considera copia no controlada

ANDAMIOS

	Necesidad		Revisión 1		Revisión 2	
	SI	NO	B	M	B	M
Móvil						
Fijo						
Se ha verificado el estado del andamio						
Los puntos de apoyo del andamio son estables y resistentes						
Las bases del andamio se encuentran aseguradas						
El andamio cuenta con barandas laterales						

Carga Máxima: _____

Altura máxima: _____

Otras precauciones. Cuales? _____

Construcción del Andamio

Se garantiza que el levantamiento del andamio ha estado en manos de personal entrenado y calificado en esta actividad y bajo la supervisión adecuada. Los usuarios del andamio conocen los propósitos de este y sus responsabilidades.

Elaborado Por: _____

Modificaciones autorizadas por : _____

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DÍA)	HORA	DESDE (DÍA)	HORA

DESDE (DÍA)	HORA	DESDE (DÍA)	HORA

EQUIPOS A UTILIZAR

AINES

SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

N/A

RECURSOS A UTILIZAR

Agua	☐	Madera	☐		☐
Aire	☐	Gasolina	☐		☐
Energia	☒	ACPM	☐		☐

REVISION CONDICIONES DEL AREA AL TERMINAR EL TRABAJO.

	Condiciones OK	No Conforme *
Orden y aseo	☑	☐
Manejo de residuos	☑	☐
Levantamiento de señalización o aislamientos especiales (Si a	☑	☐
Otras. Cuales? _____	☐	☐
_____	☐	☐

Observaciones

_____

_____

_____

FIRMAS

Dejo constancia de que estoy enterado del trabajo que se hará y que no tengo ninguna objeción en cuanto al tipo de trabajo.	Yo he leído y entendo las recomendaciones aquí dadas, dispongo de los recursos que son necesarios y he tomado las precauciones de seguridad establecidas. Certifico que el trabajo puede ser realizado sin riesgo de daño para el equipo ni el personal.		Certifico que he verificado las condiciones de seguridad recomendadas para la ejecución de las actividades. Soy conciente del trabajo que se realizará y doy APROBACION para su ejecución.
Responsable SST Inspector SST ó Coordinador trabajo en Alturas (EBISU S.A.S)	**Responsable del trabajo a ejecutarse (EBISU S.A.S)**	**Responsable del trabajo a ejecutarse (Contratista)**	****Responsable SST ó Coordinador trabajo en Alturas (Contratista)**

** Sólo en caso que en el contrato entre las partes se exija un responsable de SST para el desarrollo de las operaciones de los trabajadores por parte del Contratista.

EBISU	PERMISO DE TRABAJOS EN CALIENTE	Codigo: FST.PM-01 Versión:01 Fecha: 15/03/2022

INFORMACIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Instalación eléctrica "regulus"

Lugar: proyecto Bolta Torre B

Duración estimada: 20 al 30 NOV 2024

Numero de personas en el trabajo: 4

Altura aproximada: N/A

INFORMACION DEL EJECUTOR (ES) DEL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	N° CÉDULA	EPS SI	EPS No	ARL SI	ARL No	CONSTANCIA CAPACITACION SI	CONSTANCIA CAPACITACION NO	VIGENCIA	FIRMA TRABAJADOR
1	[illegible]	[illegible]	✓		✓		✓			
2	[illegible]	[illegible]	✓		✓		✓			
3	[illegible]	[illegible]	✓		✓		✓			
4	[illegible]	[illegible]	✓		✓					
5										
6										
7										
8										
9										
10										

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1 SI	1 NO	2 SI	2 NO	3 SI	3 NO	4 SI	4 NO	5 SI	5 NO	6 SI	6 NO	7 SI	7 NO	8 SI	8 NO	9 SI	9 NO	10 SI	10 NO	Observaciones
¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año?	✓		✓		✓		✓														
¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas?		✓		✓		✓		✓													
¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas?		✓		✓		✓		✓													
¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad?		✓		✓		✓		✓													
¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su		✓		✓		✓		✓													
En términos generales ¿Considera ud que su estado de salud es bueno?	✓		✓		✓		✓														

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

V: verificación

	Necesidad SI	Necesidad No	V.
El área de trabajo necesita y/o se ha verificado	✓		
Demarcación provisional	✓		
Señales de peligro adicionales	✓		
Cerrar la vias	✓		
Iluminación adicional	✓		
Superficies secas, seguras, no resbalosas	✓		
Extintores adicionales	✓		
El equipo ha sido:			
Despresurizado		✓	
Limpiado con vapor		✓	
Ventilado		✓	
Drenado		✓	
Lavado con agua a presión		✓	
Limpiado con aire a presión		✓	
El equipo ha sido aislado con:		✓	
Bridas ciegas		✓	
Cierre de válvulas		✓	

El personal requiere:

	Necesidad SI	Necesidad No	V.
Casco de seguridad	✓		✓
Caretas	✓		✓
Gafas / casco para soldar	✓		✓
Filtro contra gases	✓		✓
Filtro contra polvos/humos de soldadura	✓		✓
Peto	✓		✓
Protección auditiva	✓		✓
Cinturón de seguridad	✓		✓
Traje especial de protección	✓		✓
Botas de seguridad	✓		✓
Otros EPP. Cuales?			

Pruebas Requeridas:

	SI	NO
Prueba de Gases		✓

...a de material combustibles
...s/fosos cercanos libres de
.../buros
...rtarillas/fosos cercanos protegidos
...ntra chispa
Disponible mamparas/pantallas protectoras
Hay explosimetro, calibrado y buen estado

Otras precauciones Cuales?



Realice personalmente la prueba a GAS en el área con los siguientes resultados

Fecha
Hora:
Método de Prueba

Tipo de Gas
Nivel de Concentración

Responsable:

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA

FIRMAS

Dejo constancia de que estoy enterado del trabajo que se hará y que no tengo ninguna objeción en cuanto al tipo de trabajo	Yo he leído y entiendo las recomendaciones aquí dadas, dispongo de los recursos que son necesarios y he tomado las precauciones de seguridad establecidas. Certifico que el trabajo puede ser realizado sin riesgo de daño para el equipo ni el personal		Certifico que he verificado las condiciones de seguridad recomendadas para la ejecución de las actividades. Soy conciente del trabajo que se realizará y doy APROBACION para su ejecución
Responsable SST/Vigia HSE ó Coordinador Trabajo en Alturas (EBISU S.A.S)	**Responsable del trabajo a ejecutarse (EBISU S.A.S)**	**Responsable del trabajo a ejecutarse (Contratista)**	**Responsable SST (Contratista)**

** Sólo en caso que en el contrato entre las partes se exija un responsable de SST para el desarrollo de las operaciones de los trabajadores por parte del Contratista

EQUIPOS A UTILIZAR

* polidoro
* extensión

SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

N/A

RECURSOS A UTILIZAR

Agua	☐	Madera	☐	Gas natural	☐
Aire	☐	Gasolina	☐	Gas propano	☐
Energia	☒	ACPM	☐	Otros	☐

REVISIÓN CONDICIONES DEL ÁREA AL TERMINAR EL TRABAJO.

	Condiciones OK	No Conforme *
Orden y aseo	☑	☐
Manejo de residuos	☑	☐
Levantamiento de señalización o aislamientos especiales (Si aplica)	☑	☐
Otras Cuales? _____	☐	☐
_____	☐	☐

Observaciones

EBISU

PERMISO DE TRABAJOS EN CALIENTE

Codigo: FST.PM-01
Versión:01
Fecha: 15/03/2022

INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Instalaciones Hidraulicas

Lugar: proyecto Bello Torre A

Duración estimada: 20 al 30 NOV 2024

Numero de personas en el trabajo: 5

Altura aproximada: N/A

INFORMACION DEL EJECTUTOR (ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº CÉDULA	EPS		ARL		CONSTACIA CAPACITACION			FIRMA TRABAJADOR
			SI	No	SI	No	SI	NO	VIGENCIA	
1	Frank Arrieta	1001045759	✓		✓		✓			
2	[illegible]	[illegible]	✓		✓		✓			
3	[illegible]	[illegible]	✓		✓		✓			
4	[illegible]	[illegible]	✓		✓		✓			
5	[illegible]	[illegible]	✓		✓		✓			
6										
7										
8										
9										
10										

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Observaciones
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año?	✓		✓		✓		✓		✓												
¿He consumido medicamentos en las últimas 24 horas?		✓		✓		✓		✓	✓	✓											
¿ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas?		✓		✓		✓		✓		✓											
¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad?		✓		✓		✓		✓		✓											
¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su		✓		✓		✓		✓		✓											
En terminos generales ¿Considera ud que su estado de salud es bueno?	✓		✓		✓		✓		✓												

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

	Necesidad SI	Necesidad No	V.
Verificacion			
El área de trabajo necesita y/o se ha verificado	✓		
Demarcación provisional	✓		
Señales de peligro adicionales	✓		
Cerrar la vias	✓		
Iluminación adicional	✓		
Superficies secas, seguras, no resbalosas	✓		
Extintores adicionales		✓	
El equipo ha sido:			
Despresurizado		✓	
Limpiado con vapor		✓	
Ventilado		✓	
Drenado		✓	
Lavado con agua a presión		✓	
Limpiado con aire a presión		✓	
El equipo ha sido aislado con:		✓	
Bridas ciegas		✓	
Cierre de válvulas		✓	

El personal requiere:	Necesidad SI	Necesidad No	V.
Casco de seguridad	✓		✓
Caretas	✓		✓
Gafas / casco para soldar	✓		✓
Filtro contra gases	✓		✓
Filtro contra polvos/humos de soldadura	✓		✓
Peto	✓		✓
Protección auditiva	✓		✓
Cinturón de seguridad	✓		✓
Traje especial de protección	✓		✓
Botas de seguridad	✓		✓
Otros EPP. Cuales?			

Pruebas Requeridas:	SI	NO
Prueba de Gases		

Quitado

en busca de material combustibles

Alcantarillas/fosos cercanos libres de hidrocarburos

Alcantarillas/fosos cercanos protegidos contra chispa

Disponible mamparas/pantallas protectoras

Más explosímetro calibrado y buen estado

Otras precauciones Cuales?

Fecha

Hora

Método de Prueba

Tipo de Gas

Nivel de Concentración

Responsable:

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA

FIRMAS

Doy constancia de que estoy enterado del trabajo que se hará y que no tengo ninguna objeción en cuanto al tipo de trabajo	Yo he leido y entiendo las recomendaciones aquí dadas, dispongo de los recursos que son necesarios y he tomado las precauciones de seguridad establecidas Certifico que el trabajo puede ser realizado sin riesgo de daño para el equipo ni el personal	Certifico que he verificado las condiciones de seguridad recomendadas para la ejecución de las actividades Soy conciente del trabajo que se realizará y doy APROBACION para su ejecución
Responsable SST/Vigia HSE ó Coordinador trabajo en Alturas (EBISU S.A.S)	**Responsable del trabajo a ejecutarse** (EBISU S.A.S)	**Responsable del trabajo a ejecutarse (Contratista)** / **Responsable SST (Contratista)**

** Solo en caso que en el contrato entre las partes se exija un responsable de SST para el desarrollo de las operaciones de los trabajadores por parte del Contratista

EQUIPOS A UTILIZAR

* TRONZADORA
* PULIDORA

SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

RECURSOS A UTILIZAR

Agua	☐	Madera	☐	Gas natural	☐
Aire	☐	Gasolina	☐	Gas propano	☐
Energia	☒	ACPM	☐	Otros	☐

REVISIÓN CONDICIONES DEL ÁREA AL TERMINAR EL TRABAJO.

	Condiciones OK	No Conforme *
Orden y aseo	☑	☐
Manejo de residuos	☑	☐
Levantamiento de señalización o aislamientos especiales (Si aplica)	☑	☐
Otras Cuales?	☐	☐
	☐	☐

Observaciones

EBISU	PERMISO DE TRABAJOS EN CALIENTE	Codigo: FST.PM-01 Versión:01 Fecha: 15/03/2022

INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Corte ACERO

Lugar: proyecto Bolta Torre D

Duración estimada: 29 al 30 NOV 2021

Numero de personas en el trabajo: 1

Altura aproximada: N/A

INFORMACION DEL EJECUTOR (ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº CÉDULA	EPS		ARL		CONSTACIA CAPACITACION			FIRMA TRABAJADOR
			SI	No	SI	No	SI	NO	VIGENCIA	
1	Alexand...	1856 3047	✓		✓		✓			
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Observaciones
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año?	✓																				
¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas?		✓																			
¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas?		✓																			
¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad?		✓																			
¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su		✓																			
En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es bueno?	✓																				

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

V. verificación El área de trabajo necesita y/o se ha verificado	Necesidad SI	Necesidad No	V.
Demarcación provisional	✓		
Señales de peligro adicionales	✓		
Cerrar la vías	✓		
Iluminación adicional	✓		
Superficies secas, seguras, no resbalosas	✓		
Extintores adicionales	✓		
El equipo ha sido:		✓	
Despresurizado		✓	
Limpiado con vapor		✓	
Ventilado		✓	
Drenado		✓	
Lavado con agua a presión		✓	
Limpiado con aire a presión		✓	
El equipo ha sido aislado con:		✓	
Bridas ciegas		✓	
Cierre de válvulas		✓	

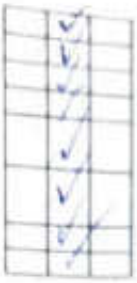
El personal requiere:	Necesidad SI	Necesidad No	V.
Casco de seguridad	✓		✓
Caretas	✓		✓
Gafas / casco para soldar	✓		✓
Filtro contra gases	✓		✓
Filtro contra polvos/humos de soldadura	✓		
Peto	✓		✓
Protección auditiva			
Cinturón de seguridad	✓		✓
Traje especial de protección	✓		✓
Botas de seguridad	✓		✓
Otros EPP. Cuales?	✓		✓

Pruebas Requeridas:	SI	NO
Prueba de Gases		

...quetado

...en busca de material combustibles
...cantarillas/fosos cercanos libres de
...idrocarburos
Alcantarillas/fosos cercanos protegidos
contra chispa
Dispondrá mamparas/pantallas protectoras
Hay explosimetro calibrado y buen estado

Otras precauciones Cuales?



Realice personalmente la prueba a GAS en el área con los siguientes resultados

Fecha
Hora
Método de Prueba

Tipo de Gas
Nivel de Concentración

Responsable

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA

FIRMAS

Dejo constancia de que estoy enterado del trabajo que se hará y que no tengo ninguna objeción en cuanto al tipo de trabajo	Yo he leído y entiendo las recomendaciones aquí dadas, dispongo de los recursos que son necesarios y he tomado las precauciones de seguridad establecidas. Certifico que el trabajo puede ser realizado sin riesgo de daño para el equipo ni el personal		Certifico que he verificado las condiciones de seguridad recomendadas para la ejecución de las actividades. Soy conciente del trabajo que se realizará y doy APROBACION para su ejecución
Responsable SST/Vigia HSE ó Coordinador trabajo en Alturas (EBISU S.A.S)	**Responsable del trabajo a ejecutarse** (EBISU S.A.S)	**Responsable del trabajo a ejecutarse (Contratista)**	**Responsable SST (Contratista)**

** Sólo en caso que en el contrato entre las partes se exija un responsable de SST para el desarrollo de las operaciones de los trabajadores por parte del Contratista.

EQUIPOS A UTILIZAR

x polidora

SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

RECURSOS A UTILIZAR

Agua	☐	Madera	☐	Gas natural	☐
Aire	☐	Gasolina	☐	Gas propano	☐
Energia	☒	ACPM	☐	Otros	☐

REVISIÓN CONDICIONES DEL ÁREA AL TERMINAR EL TRABAJO

	Condiciones OK	No Conforme *
Orden y aseo	☑	☐
Manejo de residuos	☑	☐
Levantamiento de señalización o aislamientos especiales (Si aplica)	☑	☐
Otras Cuales? _____	☐	☐
_____	☐	☐

Observaciones

EBISU	PERMISO DE TRABAJOS EN CALIENTE	Codigo: FST.PM-01 Versión:01 Fecha: 15/03/2022

INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Remodelacion de obra cale ladrillo

Lugar: proyecto Bella Torre A

Duración estimada: 22 al 30 NOV - 2021

Número de personas en el trabajo: 1

Altura aproximada: N/A

INFORMACION DEL EJECUTOR (ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº CÉDULA	EPS		ARL		CONSTACIA CAPACITACION			FIRMA TRABAJADOR
			SI	No	SI	No	SI	NO	VIGENCIA	
1	[illegible]	[illegible]	✓		✓		✓			
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Observaciones
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año?	✓																				
¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas?		✓																			
¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas?		✓																			
¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad?		✓																			
¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su		✓																			
En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es bueno?	✓																				

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

V verificación El área de trabajo necesita y/o se ha verificado	Necesidad SI	Necesidad No	V.
Demarcación provisional	✓		
Señales de peligro adicionales	✓		
Cerrar la vías	✓		
Iluminación adicional	✓		
Superficies secas, seguras, no resbalosas	✓		
Extintores adicionales		✓	
El equipo ha sido:			
Despresurizado		✓	
Limpiado con vapor		✓	
Ventilado		✓	
Drenado		✓	
Lavado con agua a presión		✓	
Limpiado con aire a presión		✓	
El equipo ha sido aislado con:		✓	
Bridas ciegas		✓	
Cierre de válvulas		✓	

El personal requiere:	Necesidad SI	Necesidad No	V.
Casco de seguridad	✓		
Caretas	✓		
Gafas / casco para soldar	✓		
Filtro contra gases	✓		
Filtro contra polvos/humos de soldadura	✓		
Peto	✓		
Protección auditiva	✓		
Cinturón de seguridad	✓		
Traje especial de protección	✓		
Botas de seguridad	✓		
Otros EPP. Cuales?	✓		

Pruebas Requeridas:	SI	NO
Prueba de Gases		✓

...aquetado
...ual?
...a en busca de material combustibles
Alcantarillas/fosos cercanos libres de hidrocarburos
Alcantarillas/fosos cercanos protegidos contra chispa
Disponible mamparas/pantallas protectoras
Uso explosimetro calibrado y buen estado



Otras precauciones. Cuales?

Realice personalmente la prueba a GAS en el área con los siguientes resultados

Fecha
Hora
Método de Prueba
Tipo de Gas
Nivel de Concentración
Responsable

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACION DEL PERMISO

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA

FIRMAS

Dejo constancia de que estoy enterado del trabajo que se hará y que no tengo ninguna objeción en cuanto al tipo de trabajo	Yo he leído y entiendo las recomendaciones aquí dadas, dispongo de los recursos que son necesarios y he tomado las precauciones de seguridad establecidas Certifico que el trabajo puede ser realizado sin riesgo de daño para el equipo ni el personal		Certifico que he verificado las condiciones de seguridad recomendadas para la ejecución de las actividades Soy conciente del trabajo que se realizará y doy APROBACION para su ejecución
Responsable SST/Vigia HSE ó Coordinador trabajo en Alturas (EBISU S.A.S)	**Responsable del trabajo a ejecutarse** (EBISU S.A.S)	**Responsable del trabajo a ejecutarse (Contratista)**	**Responsable SST (Contratista)**

** Sólo en caso que en el contrato entre las partes se exija un responsable de SST para el desarrollo de las operaciones de los trabajadores por parte del Contratista

EQUIPOS A UTILIZAR

* polidora

SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

N/A

RECURSOS A UTILIZAR

Agua	☐	Madera	☐	Gas natural	☐
Aire	☐	Gasolina	☐	Gas propano	☐
Energía	☒	ACPM	☐	Otros	☐

REVISIÓN CONDICIONES DEL ÁREA AL TERMINAR EL TRABAJO

	Condiciones OK	No Conforme *
Orden y aseo	☒	☐
Manejo de residuos	☒	☐
Levantamiento de señalización o aislamientos especiales (Si aplica)	☒	☐
Otras. Cuales?	☐	☐
	☐	☐

Observaciones

EBISU	PERMISO DE TRABAJOS EN CALIENTE	Codigo: FST.PM-01 Versión: 01 Fecha: 15/03/2022

INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Instalaciones eléctricas

Lugar: Unidad Bolu Torre A y B

Duración estimada: 02/03/22 al 04/03/22 — Número de personas en el trabajo: 5 personas

Altura aproximada: N/A

INFORMACION DEL EJECTUTOR (ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº CÉDULA	EPS		ARL		CONSTACIA CAPACITACIÓN			FIRMA TRABAJADOR
			SI	No	SI	No	SI	NO	VIGENCIA	
1			✓		✓		✓			
2	Cristian Castro	1063682891	✓		✓		✓			
3	Gilberto Bolaños	98362362	✓		✓		✓			
4			✓		✓		✓			
5	Marcos Calazá	98461169	✓		✓		✓			
6										
7										
8										
9										
10										

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Observaciones
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año?	✓		✓		✓		✓		✓												
¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas?		✓		✓		✓		✓		✓											
¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas?		✓		✓		✓		✓		✓											
¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad?		✓		✓		✓		✓		✓											
¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su		✓		✓		✓		✓		✓											
En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es bueno?	✓		✓		✓		✓		✓												

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

V. verificación El área de trabajo necesita y/o se ha verificado	Necesidad SI	Necesidad No	V.
Demarcación provisional		✓	
Señales de peligro adicionales		✓	
Cerrar la vías		✓	
Iluminación adicional		✓	
Superficies secas, seguras, no resbalosas	✓		
Extintores adicionales		✓	
El equipo ha sido:			
Despresurizado		✓	
Limpiado con vapor			
Ventilado			
Drenado			
Lavado con agua a presión			
Limpiado con aire a presión			

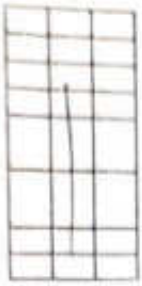
El equipo ha sido aislado con:			
Bridas ciegas			
Cierre de válvulas			

El personal requiere:	Necesidad SI	Necesidad No	V.
Casco de seguridad	✓		
Caretas		✓	
Gafas / casco para soldar	✓		
Filtro contra gases		✓	
Filtro contra polvos/humos de soldadura		✓	
Peto	✓		
Protección auditiva		✓	
Cinturón de seguridad		✓	
Traje especial de protección	✓		
Botas de seguridad			
Otros EPP. Cuales?			

Pruebas Requeridas:	SI	NO
Prueba de Gases		✓

...ca de material combustibles
...das/fosos cercanos libres de
...alburos
...antallas/fosos cercanos protegidos
contra chispa
Disponible mamparas/pantallas protectoras
Hay explosimetro, calibrado y buen estado

Otras precauciones Cuales?



Se hizo personalmente la prueba a GAS en el área con los siguientes resultados

Fecha
Hora
Método de Prueba
Tipo de Gas
Nivel de Concentración
Responsable

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA
02-12-24	7:00am	03-12-24	12:00pm

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA

FIRMAS

Dejo constancia de que estoy enterado del trabajo que se hará y que no tengo ninguna objeción en cuanto al tipo de trabajo	Yo he leído y entiendo las recomendaciones aquí dadas, dispongo de los recursos que son necesarios y he tomado las precauciones de seguridad establecidas Certifico que el trabajo puede ser realizado sin riesgo de daño para el equipo ni el personal	Certifico que he verificado las condiciones de seguridad recomendadas para la ejecución de las actividades Soy conciente del trabajo que se realizará y doy APROBACION para su ejecución
Responsable SST/Vigia HSE ó Coordinador trabajo en Alturas (EBISU S.A.S)	**Responsable del trabajo a ejecutarse (EBISU S.A.S)**	**Responsable del trabajo a ejecutarse (Contratista)**	**Responsable SST (Contratista)**

** Sólo en caso que en el contrato entre las partes se exija un responsable de SST para el desarrollo de las operaciones de los trabajadores por parte del Contratista

EQUIPOS A UTILIZAR

- pulidora
- Tronzadora
- Mascarilla facial
- gafas de seguridad
- Tapaoidos de inserción

SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

RECURSOS A UTILIZAR

Agua	☐	Madera	☐	Gas natural	☐
Aire	☑	Gasolina	☐	Gas propano	☐
Energia	☑	ACPM	☐	Otros	☐

REVISIÓN CONDICIONES DEL ÁREA AL TERMINAR EL TRABAJO.

	Condiciones OK	No Conforme *
Orden y aseo	☑	☐
Manejo de residuos	☑	☐
Levantamiento de señalización o aislamientos especiales (Si aplica)	☑	☐
Otras. Cuales?	☐	☐
	☐	☐

Observaciones

EBISU	PERMISO DE TRABAJOS EN CALIENTE	Codigo: FST.PM-01 Versión:01 Fecha: 15/03/2022

INFORMACIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Colegio Bolita

Lugar: Colegio Bolita Torre A y B

Duración estimada: 02/07/24

Numero de personas en el trabajo: 3 Personas

Altura aproximada: N/A

INFORMACIÓN DEL EJECUTOR (ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº CÉDULA	EPS		ARL		CONSTANCIA CAPACITACION			FIRMA TRABAJADOR
			SI	No	SI	No	SI	NO	VIGENCIA	
1	Alexander	1356284	✓		✓		✓			
2	Christian Camilo	1069790780	✓		✓		✓			
3	Jose J. Bento	7232a586	✓		✓		✓			
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Observaciones
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año?	✓		✓		✓																
¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas?		✓		✓		✓															
¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas?		✓		✓		✓															
¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad?		✓		✓		✓															
¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su		✓		✓		✓															
En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es bueno?	✓		✓		✓																

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

	Necesidad SI	Necesidad No	V.
V verificación			
El área de trabajo necesita y/o se ha verificado		✓	
Demarcación provisional		✓	
Señales de peligro adicionales		✓	
Cerrar la vias		✓	
Iluminación adicional		✓	
Superficies secas, seguras, no resbalosas	✓		
Extintores adicionales		✓	
El equipo ha sido:			
Despresurizado			
Limpiado con vapor			
Ventilado			
Drenado			
Lavado con agua a presión			
Limpiado con aire a presión			
El equipo ha sido aislado con:			
Bridas ciegas			
Cierre de válvulas			

El personal requiere:	Necesidad SI	Necesidad No	V.
Casco de seguridad	✓		
Caretas	✓		
Gafas / casco para soldar	✓		
Filtro contra gases		✓	
Filtro contra polvos/humos de soldadura	✓		
Peto		✓	
Protección auditiva	✓		
Cinturón de seguridad		✓	
Traje especial de protección		✓	
Botas de seguridad	✓		
Otros EPP. Cuales?			

Pruebas Requeridas:	SI	NO
Prueba de Gases		X

...o y etiquetado
...s. Cual? _____

Revisar

Área en busca de material combustibles

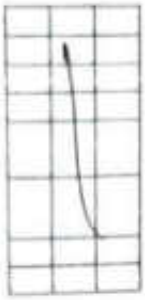
Alcantarillas/fosos cercanos libres de hidrocarburos

Alcantarillas/fosos cercanos protegidos contra chispa

Disponible mamparas/pantallas protectoras

Hay explosimetro calibrado y buen estado

Otras precauciones Cuales? _____



Realice personalmente la prueba a GAS en el área con los siguientes resultados

Fecha: _____

Hora: _____

Método de Prueba

Tipo de Gas

Nivel de Concentración

Responsable: _____

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA
07-12-24	7:00 am	13-12-24	12:00 pm

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA

FIRMAS

Doy constancia de que estoy enterado del trabajo que se hará y que no tengo ninguna objeción en cuanto al tipo de trabajo	Yo he leído y entiendo las recomendaciones aquí dadas, dispongo de los recursos que son necesarios y he tomado las precauciones de seguridad establecidas Certifico que el trabajo puede ser realizado sin riesgo de daño para el equipo ni el personal	Certifico que he verificado las condiciones de seguridad recomendadas para la ejecución de las actividades Soy conciente del trabajo que se realizará y doy APROBACION para su ejecución
Responsable SST/Vigia HSE ó Coordinador trabajo en Alturas (EBISU S.A.S)	**Responsable del trabajo a ejecutarse** (EBISU S.A.S)	**Responsable del trabajo a ejecutarse (Contratista)** / **Responsable SST (Contratista)**

** Sólo en caso que en el contrato entre las partes se exija un responsable de SST para el desarrollo de las operaciones de los trabajadores por parte del Contratista

EQUIPOS A UTILIZAR

- Polipasto
- Tronzadora
- Arnes
- Eslinga

SUSTANCIAS QUIMICAS A UTILIZAR

RECURSOS A UTILIZAR

Agua	☐	Madera	☐	Gas natural	☐
Aire	☒	Gasolina	☐	Gas propano	☐
Energia	☒	ACPM	☐	Otros	☐

REVISIÓN CONDICIONES DEL ÁREA AL TERMINAR EL TRABAJO

	Condiciones OK	No Conforme *
Orden y aseo	☒	☐
Manejo de residuos	☒	☐
Levantamiento de señalización o aislamientos especiales (Si aplica)	☒	☐
Otras Cuales? _____	☐	☐
	☐	☐

Observaciones

EBISU	PERMISO DE TRABAJOS EN CALIENTE	Codigo: FST.PM-01 Versión:01 Fecha: 15/03/2022

INFORMACIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Pandeo en obra

Lugar: Conjunto Bolo Torre A y A

Duración estimada: 02 al 09/12/2024

Numero de personas en el trabajo: 1 persona

Altura aproximada: N/A

INFORMACIÓN DEL EJECUTOR (ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº CÉDULA	EPS		ARL		CONSTACIA CAPACITACIÓN			FIRMA TRABAJADOR
			SI	No	SI	No	SI	NO	VIGENCIA	
1	Duvan Mendoza	1099225	✓		✓		✓			
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Observaciones
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año?	✓																				
¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas?		X																			
¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas?		X																			
¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad?		X																			
¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su		X																			
En términos generales ¿Considera ud que su estado de salud es bueno?	✓																				

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

V. verificación El área de trabajo necesita y/o se ha verificado	Necesidad SI	Necesidad No	V.
Demarcación provisional		X	
Señales de peligro adicionales		X	
Cerrar la vías		X	
Iluminación adicional		X	
Superficies secas, seguras, no resbalosas	✓		
Extintores adicionales		X	
El equipo ha sido:			
Despresurizado			
Limpiado con vapor			
Ventilado			
Drenado			
Lavado con agua a presión			
Limpiado con aire a presión			

El equipo ha sido aislado con:			
Bridas ciegas			
Cierre de válvulas			

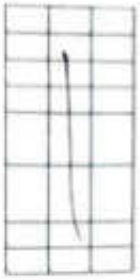
El personal requiere:

	Necesidad SI	Necesidad No	V.
Casco de seguridad	✓		
Caretas	✓		
Gafas / casco para soldar	✓		
Filtro contra gases		X	
Filtro contra polvos/humos de soldadura	✓		
Peto		X	
Protección auditiva	✓		
Cinturón de seguridad	-	X	
Traje especial de protección		✓	
Botas de seguridad	✓		
Otros EPP. Cuales?			

Pruebas Requeridas:

	SI	NO
Prueba de Gases		X

y etiquetado
Cual?
Revisar
Area en busca de material combustibles
Alcantarillas/fosos cercanos libres de hidrocarburos
Alcantarillas/fosos cercanos protegidos contra chispa
Disponible mamparas/pantallas protectoras
Han explosimetro calibrado y buen estado



Otras precauciones Cuales?

Realice permanentemente la prueba a GAS en el área con los siguientes resultados

Fecha
Hora
Método de Prueba
Tipo de Gas
Nivel de Concentración
Responsable

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA
07-12-24	7:00 am	09-12-24	12:00 pm

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA

FIRMAS

Dejo constancia de que estoy enterado del trabajo que se hará y que no tengo ninguna objeción en cuanto al tipo de trabajo	Yo he leído y entiendo las recomendaciones aquí dadas, dispongo de los recursos que son necesarios y he tomado las precauciones de seguridad establecidas Certifico que el trabajo puede ser realizado sin riesgo de daño para el equipo ni el personal.	Certifico que he verificado las condiciones de seguridad recomendadas para la ejecución de las actividades Soy conciente del trabajo que se realizará y doy APROBACION para su ejecución
Responsable SST/Vigia HSE ó Coordinador trabajo en Alturas (EBISU S.A.S)	**Responsable del trabajo a ejecutarse** (EBISU S.A.S)	**Responsable del trabajo a ejecutarse (Contratista)**	**Responsable SST (Contratista)**

** Solo en caso que en el contrato entre las partes se exija un responsable de SST para el desarrollo de las operaciones de los trabajadores por parte del Contratista

EQUIPOS A UTILIZAR

- Pulidora
- Tapaoidos de copa
- Mascarilla facial
- gafas de seguridad

SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

RECURSOS A UTILIZAR

Agua	☐	Madera	☐	Gas natural	☐
Aire	☑	Gasolina	☐	Gas propano	☐
Energia	☑	ACPM	☐	Otros	☐

REVISIÓN CONDICIONES DEL ÁREA AL TERMINAR EL TRABAJO.

	Condiciones OK	No Conforme *
Orden y aseo	☑	☐
Manejo de residuos	☑	☐
Levantamiento de señalización o aislamientos especiales (Si aplica)	☑	☐
Otras Cuales?	☐	☐
	☐	☐

Observaciones

EBISU	PERMISO DE TRABAJOS EN CALIENTE	Codigo: FST.PM-01 Versión:01 Fecha: 15/03/2022

INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Instalaciones hidraulicas

Lugar: Colegio Bilingüe Torre Alta

Duración estimada: 02 al 04 /12/24

Numero de personas en el trabajo: 5 personas

Altura aproximada: N/A

INFORMACIÓN DEL EJECUTOR (ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº CÉDULA	EPS		ARL		CONSTACIA CAPACITACION			FIRMA TRABAJADOR
			SI	No	SI	No	SI	NO	VIGENCIA	
1	Cristian Moya	97 551 755	✓		✓		✓			
2	Sebastian Botero	7729593	✓		✓		✓			
3	Mateo Barrera	1017	✓		✓		✓			
4	Jesus Arcila	1017643829	✓		✓		✓			
5	Sebastian Toro	1001 [illegible]491	✓		✓		✓			
6										
7										
8										
9										
10										

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Observaciones
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año?	✓		✓		✓		✓		✓												
¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas?		✓		✓		✓		✓		✓											
¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas?		✓		✓		✓		✓		✓											
¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad?		✓		✓		✓		✓		✓											
¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su		✓		✓		✓		✓		✓											
En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es bueno?	✓		✓		✓		✓		✓												

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

V: verificación

	Necesidad SI	Necesidad No	V.
El área de trabajo necesita y/o se ha verificado			
Demarcación provisional		✓	
Señales de peligro adicionales		✓	
Cerrar la vías		✓	
Iluminación adicional		✓	
Superficies secas, seguras, no resbalosas	✓		
Extintores adicionales		✓	
El equipo ha sido:			
Despresurizado			
Limpiado con vapor			
Ventilado			
Drenado			
Lavado con agua a presión			
Limpiado con aire a presión			
El equipo ha sido aislado con:		✓	
Bridas ciegas			
Cierre de válvulas			

El personal requiere:	Necesidad SI	Necesidad No	V.
Casco de seguridad	✓		
Caretas		✓	
Gafas / casco para soldar	✓		
Filtro contra gases		✓	
Filtro contra polvos/humos de soldadura	✓		
Peto		✓	
Protección auditiva	✓		
Cinturón de seguridad		✓	
Traje especial de protección		✓	
Botas de seguridad	✓		
Otros EPP. Cuales?			

Pruebas Requeridas:	SI	NO
Prueba de Gases		X

señalizado

...a en busca de material combustibles

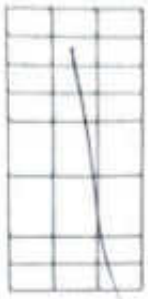
Alcantarillas/fosos cercanos libres de hidrocarburos

Alcantarillas/fosos cercanos protegidos contra chispa

Disponible mamparas/pantallas protectoras

...s explosimetro calibrado y buen estado

Otras precauciones Cuales?



Realice personalmente la prueba a GAS en el área con los siguientes resultados

Fecha

Hora

Método de Prueba

Tipo de Gas

Nivel de Concentración

Responsable:

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA
07-12-24	8:00 a.m	07-12-24	12:00 p.m

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA

FIRMAS

Doy constancia de que estoy enterado del trabajo que se hara y que no tengo ninguna objeción en cuanto a tipo de trabajo	Yo he leido y entiendo las recomendaciones aquí dadas, dispongo de los recursos que son necesarios y he tomado las precauciones de seguridad establecidas Certifico que el trabajo puede ser realizado sin riesgo de daño para el equipo ni el personal		Certifico que he verificado las condiciones de seguridad recomendadas para la ejecución de las actividades Soy conciente del trabajo que se realizará y doy APROBACION para su ejecución
Responsable SST/Vigia HSE ó Coordinador trabajo en Alturas (EBISU S.A.S)	**Responsable del trabajo a ejecutarse** (EBISU S.A.S)	**Responsable del trabajo a ejecutarse (Contratista)**	**Responsable SST (Contratista)**

** Sólo en caso que en el contrato entre las partes se exija un responsable de SST para el desarrollo de las operaciones de los trabajadores por parte del Contratista.

EQUIPOS A UTILIZAR

- Pulidora
- Tapabocas
- Taladradora
- Tapaoidos
- Taladro
- gafas de seguridad

SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

RECURSOS A UTILIZAR

Agua	☐	Madera	☐	Gas natural	☐
Aire	☑	Gasolina	☐	Gas propano	☐
Energia	☑	ACPM	☐	Otros	☐

REVISIÓN CONDICIONES DEL ÁREA AL TERMINAR EL TRABAJO

	Condiciones OK	No Conforme *
Orden y aseo	☑	☐
Manejo de residuos	☑	☐
Levantamiento de señalización o aislamientos especiales (Si aplica)	☑	☐
Otras Cuales?	☐	☐
	☐	☐

Observaciones

EBISU	PERMISO DE TRABAJOS EN CALIENTE	Codigo: FST.PM-01 Versión:01 Fecha: 15/03/2022

INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: corte de mimbre

Lugar: proyecto Bora Torre A

Duración estimada: 09 Dic - 2021

Numero de personas en el trabajo: 3

Altura aproximada: N/A

INFORMACIÓN DEL EJECTUTOR (ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº CÉDULA	EPS		ARL		CONSTACIA CAPACITACION			FIRMA TRABAJADOR
			SI	No	SI	No	SI	NO	VIGENCIA	
1	[illegible]	1769393	✓		✓		✓			
2	[illegible]	[illegible]	✓		✓		✓			
3	[illegible]	1061045256	✓		✓		✓			
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Observaciones
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año?	✓		✓		✓																
¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas?		✓		✓		✓															
¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas?		✓		✓		✓															
¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad?		✓		✓		✓															
¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su		✓		✓		✓															
En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es bueno?	✓		✓		✓																

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

V: verificación El área de trabajo necesita y/o se ha verificado	Necesidad SI	Necesidad No	V.
Demarcación provisional	✓		
Señales de peligro adicionales	✓		
Cerrar la vias	✓		
Iluminación adicional	✓		
Superficies secas, seguras, no resbalosas	✓		
Extintores adicionales	✓		
El equipo ha sido:			
Despresurizado		✓	
Limpiado con vapor		✓	
Ventilado		✓	
Drenado		✓	
Lavado con agua a presión		✓	
Limpiado con aire a presión		✓	
El equipo ha sido aislado con:		✓	
Bridas ciegas			
Cierre de válvulas			

El personal requiere:	Necesidad SI	Necesidad No	V.
Casco de seguridad	✓		✓
Caretas	✓		✓
Gafas / casco para soldar	✓		✓
Filtro contra gases	✓		✓
Filtro contra polvos/humos de soldadura	✓		✓
Peto	✓		✓
Protección auditiva	✓		✓
Cinturón de seguridad	✓		✓
Traje especial de protección	✓		✓
Botas de seguridad	✓		✓
Otros EPP. Cuales?			

Pruebas Requeridas:	SI	NO
Prueba de Gases		✓

Aislado

Limpieza de material combustibles
Extintores/fosos cercanos libres de
obstáculos
Extintores/fosos cercanos protegidos
contra chispa
Dispondrán mamparas/pantallas protectoras
Hay explosímetro calibrado y buen estado

Otras precauciones Cuales?



Realice personalmente la prueba a GAS en el área con los siguientes resultados

Fecha
Hora
Método de Prueba

Tipo de Gas
Nivel de Concentración

Responsable:

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA

FIRMAS

Dejo constancia de que estoy enterado del trabajo que se hará y que no tengo ninguna objeción en cuanto al tipo de trabajo	Yo he leído y entiendo las recomendaciones aquí dadas, dispongo de los recursos que son necesarios y he tomado las precauciones de seguridad establecidas Certifico que el trabajo puede ser realizado sin riesgo de daño para el equipo ni el personal		Certifico que he verificado las condiciones de seguridad recomendadas para la ejecución de las actividades Soy conciente del trabajo que se realizará y doy APROBACION para su ejecución
Responsable SST/Vigía HSE ó Coordinador trabajo en Alturas (EBISU **S.A.S**)	**Responsable del trabajo a ejecutarse** (EBISU S.A.S)	**Responsable del trabajo a ejecutarse (Contratista)**	**Responsable SST (Contratista)**

** Sólo en caso que en el contrato entre las partes se exija un responsable de SST para el desarrollo de las operaciones de los trabajadores por parte del Contratista

EQUIPOS A UTILIZAR

x polidora
x extención

SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

N/A

RECURSOS A UTILIZAR

Agua	☐	Madera	☐	Gas natural	☐
Aire	☐	Gasolina	☐	Gas propano	☐
Energía	☒	ACPM	☐	Otros	☐

REVISIÓN CONDICIONES DEL ÁREA AL TERMINAR EL TRABAJO

	Condiciones OK	No Conforme *
Orden y aseo	☒	☐
Manejo de residuos	☒	☐
Levantamiento de señalización o aislamientos especiales (Si aplica)	☒	☐
Otras Cuales?	☐	☐
	☐	☐

Observaciones