FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar eps salud

No. de Radicación: 13012025 | Fecha de Radicación: A A A A M M D D

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

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

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

6. Apellidos y nombres: Giron | Puentes | luis | Fernando.
7. Tipo de documento de identidad: [ ]
8. Número de documento de identidad: 80928996
9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]
10. Fecha de nacimiento: 13 01 1982

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia: [ ]
12. Discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ]
13. Puntaje SISBÉN: [ ]
14. Grupo de población especial: [ ]
15. Administradora de riesgos laborales - ARL: AXXA colpatria
16. Administradora de pensiones: porvenir
17. Ingreso base de cotización - IBC: 1860000
18. Residencia: Calle 10 B Sur 20A - 35 | 8073592 | 3208590529
lufergi1302@hotmail.com | Bogota | Zona Urbana [X] Rural [ ] | 8 | Cundinamarca | BOGOTA

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

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

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

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino
01								
02								
03								
04								
05								

	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Sexo	31. Discapacidad: Tipo F	M	M	T	P	Condición	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
01															
02															
03															
04															
05															

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)
CM		1059
5		
6		
9		

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

35. Nombre o razón social: EBISU SAS
36. Tipo de documento de identificación: NIT
37. Número del documento de identificación: 807008957 - 9
38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS):
39. Ubicación: Carrera 16 #95 - 71 | 4568796 | Recursoshumanos.ebisu@gmail.com | Bogotá | Cundinamarca

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad: [ ] Número de documento de identidad: [ ]
Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ] Fecha de nacimiento: D D M M A A A A 07 01 2025
43. EPS anterior: [ ]
44. Motivo de traslado: Código [ ]
45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones: [ ]

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

EBISU S.A.S
EMPRESA DE SERVICIOS Y SUMINISTROS
NIT 807 008 957-7
IVA REGIMEN COMUN

VIII. FIRMAS

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] CE [ ] PE [ ] TI [ ] CC [X] PA [ ] CD [ ] SC [ ] Total [ ]
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio, acta de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el [illegible] [ ]
63. Copia de la autorización de traslado por [illegible] [ ]
64. Certificación de vinculación a una entidad [illegible] [ ]
65. Copia del acto administrativo o providencia [illegible] la calidad de beneficiario o se ordena la afi[illegible] [ ]

13 ENE 2025
Martha Lucia Navajo R.
VISTO A VERIFICACION

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio [ ] Código del departamento [ ]
67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha [ ] Puntaje [ ] Nivel [ ]
68. Fecha de radicación: D D M M A A A A
69. Fecha de validación: D D M M A A A A
70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad: [ ] Número de documento de identidad: [ ]
71. Firma del funcionario:
OBSERVACIONES:

aporte febrero, doc on base reingreso mismo nit novedad sispos

Escaneado con CamScanner

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9021179 correspondiente a la empresa Ebisu S.a.s. Empresa De Servicios Y Sumi.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
JOHANS DE JESUS BORJA ANDRADE	C.C.	11,802,823	09/01/2025

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el viernes 10 de enero de 2025 a las 08:41:44 a. m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9021179 correspondiente a la empresa Ebisu S.a.s. Empresa De Servicios Y Sumi.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
IRINA LUZ ALTAMMIRANDA GUERRA	C.C.	50,989,201	09/01/2025

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el viernes 10 de enero de 2025 a las 08:41:54 a. m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente

FECHA DE RADICACIÓN: 08 ENE 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIANTE: A. Individual [ ] a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. GÉNERO

A. AFILIACIÓN

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

9. APELLIDOS Y NOMBRES													
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE										
ALTAMIRANDA	GUERRA	IRINA	LUZ										
10. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	16. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	11. SEXO BIOLÓGICO		12. SEXO IDENTIFICACIÓN									
CC	50989201	M: X	F:	M	T	NB	Otro	Cual?					
13. NACIONALIDAD	14. LUGAR DE NACIMIENTO			15. FECHA NACIMIENTO									
colombiano	colombia	BOGOTA DC	BOGOTA DC	01	MARZO	1981							

C. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA	17. COMUNIDAD INDÍGENA	18. DISCAPACIDAD	CAT. DE DISCAPACIDAD	19. TIENE HIJO ESTA SIXENO	20. CLASIFICACIÓN SISBEN	NIVEL	GRUPO	21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL	22. ARL
6		SI [ ] NO [X]	N/A	SI [ ] NO [X]					COLPATRIA
23. AFP	24. IBC	25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA		26. RESIDENCIA	TELÉFONO CELULAR				TELÉFONO FIJO
PORVENIR	$1.423.500				3143129917				
DIRECCIÓN	COMPLEMENTO DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO		DEPARTAMENTO					
CRA 78 F # 54 A - 10 SUR		IRINALUZTG81@GMAIL.COM		BOGOTA DC					
MUNICIPIO / DISTRITO	LOCALIDAD/COMUNA	ZONA: URBANA [X] RURAL [ ]		UPZ					
BOGOTA DC				ALQUERIA					

D. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR – Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

27. APELLIDOS Y NOMBRES													
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE										
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	30. SEXO BIOLÓGICO		31. SEXO IDENTIFICACIÓN									
		F	M	F	M	T	NB	Otro	Cual?				
32. NACIONALIDAD	33. LUGAR DE NACIMIENTO			34. FECHA NACIMIENTO									
	PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DÍA	MES	AÑO							

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO		40. SEXO IDENTIFICACIÓN					41. LUGAR DE NACIMIENTO			42. FECHA DE NACIMIENTO		
					F	M	F	M	T	NB	Otro?	PAÍS	DEPTO.	MUNICIPIO	DÍA	MES	AÑO
01																	
02																	
03																	
04																	
05																	

Datos complementarios del Beneficiario			43. CANAL DE PRESENTACIÓN VIRTUAL	44. TIENE DISCAPACIDAD		45. ID. CAPACIDAD		46. ID. CAPACIDAD COMPLETA		47. Datos de residencia		ZONA			
41. PARENTESCO	42. ETNIA	43. DISCAPACIDAD		SI	NO	NIVEL	GRUPO	SI	NO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/DISTRITO				
01						N1:	N2:								
02						N1:	N2:								
03						N1:	N2:								
04						N1:	N2:								
05						N1:	N2:								

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (SI REQUIERE POR LA EPS)
01							
02							
03							
04							
05							

E. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de identificación	57. Número del documento de identificación		58. Tipo de cotizante o pagador de pensiones (si requiere por la EPS)
EBISU SAS	NIT	807008957	3108227861	
59. Dirección				
CRA 46 # 95 - 71	recursoshumanos.ebisu@gmail.com	BOGOTA DC	BOGOTA DC	

G. REPORTE DE NOVEDADES

60. TIPO DE NOVEDAD		8. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUIRIDOR DE CONDICIONES PARA COTIZAR		15. TRASLADO	
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN		10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO	X	A) DESDE RÉGIMEN	
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN		11. INGRESO EPS NOTORIO AL PAÍS 12. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA		B) DESDE EPS	
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD		13. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS		16. REPORTE DE FALLECIMIENTO	
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS		14. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS		17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE	
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código:		15. NOVEDAD A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO		18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO	
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código:				19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO	
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES				20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES				21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN													
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE										
MIRANDA	GUERRA	IRINA	LUZ										
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	62. SEXO BIOLÓGICO		63. SEXO IDENTIFICACIÓN									
CC	50989201	M: X	F:	M	T	NB	Otro	Cual?					
64. FECHA NACIMIENTO		65. EPS ANTERIOR	66. FECHA DE NOVEDAD	67. MOTIVO DE TRASLADO									
DÍA	MES	AÑO	07 ENE 2025	Código									

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. [ ]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
73. 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. [ ]
74. 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. [ ]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de 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. [ ]
76. a). Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [ ]
b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los fines regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [ ]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		

IX. FIRMAS

✓ irina luz miranda guerra	✓ LORENA PEÑA
80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] MPC [ ] RC [ ] TI [ ] CC [X] CE [ ] RC [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ]
Cantidad: 1 Total: 1

83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
84. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
85. 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. [ ]
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
88. 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. [ ]
89. Copia de la autorización de trabajo por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016 [ ]
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

Total Anexos:

nueva eps
Carlos Ramirez
RECIBIDO

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL — Código del Municipio: [ ] Código del departamento: [ ] 93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN

94. APELLIDOS Y NOMBRES

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		95. FIRMA DEL FUNCIONARIO	96. FECHA DE RADICACIÓN	DÍA	MES	AÑO	97. FECHA DE VALIDACIÓN	DÍA	MES	AÑO

OBSERVACIONES:

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

- ORIGINAL: E.P.S. -

SCAN AnyScanner

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

Autorización de mensajes de texto. (Circular externa 000016 mayo de 2013)

Yo,_____ identificado (a) con R.C. T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.E. N.I.

número _____ de _____, certifico que:

1	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SÍ☐ No☐
2	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	SÍ☐ No☐
3	¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SÍ☐ No☐
4	¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	SÍ☐ No☐
5	¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SÍ☐ No☐

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. _____

y/o correo electrónico: _____

SÍ☐ No☐

Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. SÍ☐ No☐

Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el micrositio Web https://www.nuevaeps.com.co/carta-derechos-deberes

Evitando impresiones para ser amigable con el planeta SI ☐ NO ☐

Cordialmente,

Firma: _____

Tipo ID: _____ No. ID: _____

Fecha de Solicitud: _____

Dirección: _____

Tel: _____ Municipio: _____

Departamento: _____

Huella

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma: _____

Tipo ID: _____ No. ID: _____

Fecha (dd/mm/aaaa): _____

Dirección: _____

Tel: _____ Municipio: _____

Departamento: _____

Huella

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hará NUEVA EPS S.A., en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A.

Declaración Juramentada de Convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ identificado(a) con _____ No. _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1999, a NUEVA EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms «short message service -, correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

- Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
- Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
- Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
- Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respetan los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.co

Régimen Contributivo:
Línea Gratuita: **01 8000 954400**
Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7022**

Régimen Subsidiado:
Línea Gratuita: **01 8000 95 2000**
Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7051**

Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Conmutador: **(601) 419 3000**
Dirección Administrativa: Carrera 85k No 46A – 66 Piso 2

Sr.(a) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Hábeas Data"; dicho tratamiento podrá implicar la trasferencia, trasmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de sí misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA	SI / NO	PRODUCTOR AGROPECUARIO	SI / NO
			$				

Nivel de Escolaridad: Ninguno ☐ Secundaria ☐ Normalista ☐ Profesional ☐ Doctorado ☐ Preescolar ☐ Media académica o clásica (bachillerato básico) ☐ Técnica Profesional ☐ Especialización ☐ Último Grado ☐ Básica Primaria ☐ Media técnica (bachillerato básico) ☐ Tecnológica ☐ Maestría ☐ Aprobado ☐ _____

Posición Ocupacional: Patrón/Empleador ☐ Contratista ☐ Trabaja por su Cuenta ☐

Inicio Contrato | Fin Contrato

SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD. EL NO HACERLO LE GENERA MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 17 DE 1998 Y ART. 39 DECRETO 1406 DE 1999.

SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO	Nombre del Tercero	Tipo de Identificación: NIT ☐ C.C. ☐ C.E. ☐ P.A. ☐ T.I. ☐ C.D. ☐	Identificación del Tercero que realiza el Aporte	DV

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	CIUDAD Y FECHA
CARLOS RAMIREZ	A1678	SAN CAYETANO	Bogota

SCAN AnyScanner

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9021179 correspondiente a la empresa Ebisu S.a.s. Empresa De Servicios Y Sumi.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
HERNAN RODRIGO YANGUATIN CRUZ	C.C.	87,572,106	09/01/2025

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el viernes 10 de enero de 2025 a las 08:41:20 a. m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4013946482	1|3|0|1|2|0|2|5

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

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

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

3.Regimen
A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4.Contribución Solidaria
Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐

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

7.Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante , cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8.Apellidos y nombres			
YANGUATIN Primer apellido	CRUZ Segundo apellido	HERNAN Primer nombre	RODRIGO Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	87572106	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento			15.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:	0|5|0|3|1|9|6|9

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	Si ☐	No ☒
		Categoria Discapacidad		

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN		21.Grupo población especial
SI ☐ NO ☒	Nivel	Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A		1423500	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
AV CL 48Q SUR 3 38		3133198453	YANGUATINRODRIGO@GMAIL.COM

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

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

27. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

28. Tipo documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento			34.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:	

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

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

	36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	Pais	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
					Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoria	Si	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Teléfono Fijo y/o celular	52.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								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

		53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.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 APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
EBISU SAS	NIT	807008957	

59.Ubicación

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

No de Radicacion
4013946482

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. 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.** Reporte de pago a través de un tercero; Código: ☐
- ☐ **7.** Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ **8.** Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ **9.** Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ **10.** Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ **11.** Inscripción EPS retorno al país.
- ☐ **12.** Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **13.** Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **14.** Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ **15.** Traslado: ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ **16.** Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia
- ☐ **17.** Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ **18.** Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ **19.** Reporte de la calidad del pensionado
- ☐ **20.** Ingreso a contribución solidaria
- ☐ **21.** Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
☐		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

65. EPS anterior	66. Fecha de Novedad	67. Motivo de traslado Código:	68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	0|8|0|1|2|0|2|5	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ **69.** Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ **70.** Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- ☐ **71.** Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- ☐ **72.** Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- ☐ **73.** 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.
- ☐ **74.** 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
- ☐ **75.** 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
- ☐ **76.** Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto
- ☐ **77.** Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes
- ☐ **78.** Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según encuesta del Sisbén vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

X. ANEXOS

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

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

- ☐ **83.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **84.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **85.** 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.
- ☐ **86.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ **87.** Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ **88.** 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.
- ☐ **89.** Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ **90.** Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ **91.** 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.

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio	Código del Departamento	93. Nombre de la Institución
☐	☐	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	95. Firma del funcionario
☐		

96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

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 SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9021179 correspondiente a la empresa Ebisu S.a.s. Empresa De Servicios Y Sumi.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
FRANK ALEJANDRO AREVALO FORERO	C.C.	1,001,045,259	09/01/2025

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el viernes 10 de enero de 2025 a las 08:41:29 a. m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9021179 correspondiente a la empresa Ebisu S.a.s. Empresa De Servicios Y Sumi.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
DINNO JHON MENDOZA	PT	1,097,775	09/01/2025

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el viernes 10 de enero de 2025 a las 08:40:07 a. m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4013946446	1|3|0|1|2|0|2|5

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

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

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

3.Regimen
A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4.Contribución Solidaria
Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐

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

7.Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante , cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8.Apellidos y nombres			
MENDOZA Primer apellido	Segundo apellido	DINNO Primer nombre	JHON Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
PT	1097775	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento			15.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:	0|7|0|6|1|9|6|4

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	Si ☐	No ☒
		Categoria Discapacidad		

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN		21.Grupo población especial
SI ☐ NO ☒	Nivel	Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A		1600000	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CR 94 130 A 79		3208877588	DINNOMENDOZA@GMAIL.COM

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

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

27. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

28. Tipo documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento			34.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:	

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

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

	36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	Pais	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
					Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoria	Si	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Teléfono Fijo y/o celular	52.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								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	C	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
B		VS AMERICAS - UOD CPO AMERICAS	VSAMERICAS - UODCPOAMER
B		-	-
B		-	-
B		-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
EBISU SAS	NIT	807008957	

59.Ubicación

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

No de Radicacion
4013946446

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. 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.** Reporte de pago a través de un tercero; Código: ☐
- ☐ **7.** Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ **8.** Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ **9.** Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ **10.** Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ **11.** Inscripción EPS retorno al país.
- ☐ **12.** Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **13.** Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **14.** Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ **15.**Traslado: ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ **16.** Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia
- ☐ **17.**Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ **18.** Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ **19.** Reporte de la calidad del pensionado
- ☐ **20.** Ingreso a contribución solidaria
- ☐ **21.** Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	62. Sexo biológico	63.Sexo identificación	64.Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	0|7|0|1|2|0|2|5	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ **69.** Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ **70.** Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- ☐ **71.** Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- ☐ **72.** Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- ☐ **73.** 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.
- ☐ **74.** 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
- ☐ **75.** 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
- ☐ **76.** Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto
- ☐ **77.** Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes
- ☐ **78.** Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según encuesta del Sisbén vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

X.ANEXOS

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

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

- ☐ **83.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **84.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **85.** 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.
- ☐ **86.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ **87.**Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ **88.**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.
- ☐ **89.**Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ **90.**Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ **91.**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.

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio	Código del Departamento	93. Nombre de la Institución
☐	☐	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	95.Firma del funcionario
☐		

96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

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 SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9021179 correspondiente a la empresa Ebisu S.a.s. Empresa De Servicios Y Sumi.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
ARISMENDI TORRES GUZMAN	C.C.	79,829,346	09/01/2025

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el viernes 10 de enero de 2025 a las 08:42:04 a. m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9011661942
9011661942

No. de Radicación: 28710617

Fecha de Radicación: 10 01 2025

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: X	A. Cotizante: X	A. Dependiente: X	
B. Reporte de Novedades: X	• Beneficiario o afiliado adicional:	B. Subsidiado:	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: TORRES	Segundo Apellido: GUZMAN	Primer Nombre: ARISMENDI	Segundo Nombre:

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	79829346	Femenino: Masculino: X	D D: 16 M M: 03 A A A A: 1976

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

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

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia		
$2.190.000	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	27. Sexo 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	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
AVENIDA 19 N 118 95 OFICINA	2130360		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación				
Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	
Tipo de documento de identidad:	Número del documento de identidad:	Sexo Femenino: Masculino:	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A):	42. Fecha novedad (D D M M A A A A): 07 01 2025
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 internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados 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: DIBUJANTE MECANICO
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

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	1102896714
Nombre:	ENDERSON ENRIQUE DE LA HOZ MORALES
Fecha Ingreso:	15/01/2025
Salario básico:	1,423,500
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	14/01/2025 10:54:50 a. m.

CLICK PARA REINICIAR TODO

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

A1678-CARLOS RAMIREZ-ASESOR

FECHA DE RADICACIÓN 15 DÍA | ENE MES | 2025 AÑO

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [✔]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [✔] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [✔] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [✔]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [✔] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [✔] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: DE LA HOZ | SEGUNDO APELLIDO: MORALES | PRIMER NOMBRE: ENDERSON | SEGUNDO NOMBRE: ENRIQUE

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC - Cédula de Ciudadaní
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1102896714
11. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [✔]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [✔] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: VENEZOLANO
14. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS MARACAIBO | DEPARTAMENTO MARACAIBO | MUNICIPIO MARACAIBO
15. FECHA NACIMIENTO: 2 DÍA | 2 MES | 1995 AÑO

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 06. Sin Etr
17. COMUNIDAD INDÍGENA:
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [✔] | CAT. DE DISCAPACIDAD:
19. TIENE ENCUESTA SISBÉN?: SI [ ] NO [✔]
20. CLASIFICACIÓN SISBÉN:
NIVEL:
GRUPO:
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL:
22. ARL: COLPATRIA
23. AFP: PROTECCION
24. IBC: $ 1.423.500
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA:
26. RESIDENCIA
TELÉFONO CELULAR: 3137835391
TELÉFONO FIJO:
DIRECCIÓN: CLL 50 BIS SUR 77 V 34
COMPLEMENTO DIRECCIÓN:
CORREO ELECTRÓNICO: endersondelahoz@gmail.com
DEPARTAMENTO: BOGOTA DC
MUNICIPIO/ DISTRITO: BOGOTA DC
LOCALIDAD/COMUNA:
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [✔] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
IPS: ALQUERIA

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC - Cédula de Ciudadanía
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
30. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
32. NACIONALIDAD
33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO F	39. SEXO M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN F	M	T	NB	Otro?	41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS	DEPART.	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO
B1																	
B2																	
B3																	
B4																	
B5																	

	Datos complementarios del Beneficiario 43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI	NO	48. CLASIFICACIÓN SISBÉN NIVEL	GRUPO	49. DIS CAPACIDAD SI	NO	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	50. INCAPACIDAD PERMANENTE SI	NO	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
B1							I. II.												
B2							I. II.												
B3							I. II.												
B4							I. II.												
B5							I. II.												

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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

55. Nombre o razón social: EBISU SAS
56. Tipo documento de identificación: NI - Número Identificación Tributaria
57. Número del documento de identificación: 807008957
TELÉFONO: 3108227861
58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
59. Dirección: CRA 46 95 71
recursoshumanos.ebisu@gmail.com
BOGOTA DC
BOGOTA DC

B. REPORTE DE NOVEDADES

59. 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/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código: [ ]
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código: [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [✔]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIP CIÓN EPS RETORNO AL PAÍS.1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ] B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. TRASLADO A) MISMO RÉGIMEN [ ] B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO: DE LA HOZ | SEGUNDO APELLIDO: MORALES | PRIMER NOMBRE: ENDERSON | SEGUNDO NOMBRE: ENRIQUE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC - Cédula de Ciudada
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1102896714
62. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [✔]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [✔] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: DÍA 2 | MES 2 | AÑO 1995
65. EPS ANTERIOR:
66. FECHA DE NOVEDAD: 15 | ENE | 2025
67. MOTIVO DE TRASLADO Código:
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES:

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mi. [✔]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [✔]
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [✔]
73. 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. [✔]
74. 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. [✔]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de 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. [✔]
76. a). Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [✔]
b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [✔]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [✔]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [✔]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

ENDERSON ENRIQUE DE LA HOZ
80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional

LORENA PEÑA
81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] MS [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ]
Cantidad: Total 0
83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
84. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
85. 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. [ ]
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
88. 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. [ ]
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016 [ ]
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]
Total Anexos 0

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Código del Municipio [ ] Código del departamento [ ]
93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.

94. APELLIDOS Y NOMBRES
Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | Número del documento de identidad | 95. FIRMA DEL FUNCIONARIO | 96. FECHA DE RADICACIÓN DÍA | MES | AÑO | 97. FECHA DE VALIDACIÓN DÍA | MES | AÑO

OBSERVACIONES:

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

- ORIGINAL: E.P.S. -

VIGILADO Supersalud

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

Autorización de mensajes de texto. (Circular externa 000016 mayo de 2013)

Yo, ENDERSON ENRIQUE DE LA HOZ MORALES identificado (a) con CC - Cédula de Ciudadanía número 1102896714 de _____, certifico que:

1	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SÍ ☑ No ☐
2	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	SÍ ☑ No ☐
3	¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SÍ ☑ No ☐
4	¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	SÍ ☑ No ☐
5	¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SÍ ☑ No ☐

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. 3137835391
y/o correo electrónico: endersondelahoz@gmail.com
SÍ ☑ No ☐
Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. SÍ ☑ No ☐
Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el micrositio Web https://www.nuevaeps.com.co/carta-derechos-deberes
Evitando impresiones para ser amigable con el planeta SI ☑ NO ☐

Cordialmente,

Firma: ENDERSON ENRIQUE DE LA HOZ
Tipo ID: CC - Cé No. ID: 1102896714
Fecha de Solicitud: 15 ENE 2025
Dirección: CLL 50 BIS SUR 77 V 34
Tel: 3137835391 Municipio: BOGOTA DC
Departamento: BOGOTA DC
Huella

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma: _____
Tipo ID: _____ No. ID: _____
Fecha (dd/mm/aaaa): _____
Dirección: _____
Tel: _____ Municipio: _____
Departamento: _____
Huella

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hará NUEVA EPS S.A., en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A..

Declaración Juramentada de Convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ Identificado(a) con No. _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____.

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service - , correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.
Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

- Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
- Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
- Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
- Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.co

Régimen Contributivo:
Línea Gratuita: **01 8000 954400**
Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7022**
Régimen Subsidiado:
Línea Gratuita: **01 8000 95 2000**
Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7051**

Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Conmutador: **(601) 419 3000**
Dirección Administrativa: Carrera 85k No 46A – 66 Piso 2

Sr.(a) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Hábeas Data"; dicho tratamiento podrá implicar la trasferencia, trasmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de sí misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA		PRODUCTOR AGROPECUARIO	
			$	SÍ		SÍ	
				NO		NO	

Nivel de Escolaridad										
Ninguno ☐	Secundaria ☐	Normalista ☐	Profesional ☐	Doctorado ☐
Preescolar ☐	Media académica o clásica (bachillerato básico) ☐	Técnica Profesional ☐	Especialización ☐	Último Grado
Básico Primaria ☐	Media técnica (bachillerato básico) ☐	Tecnológica ☐	Maestría ☐	Aprobado _____

Posición Ocupacional	Patrón/Empleador ☐	Contratista ☐	Trabaja por su Cuenta ☐
Inicio Contrato		Fin Contrato	

SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD, EL NO HACERLO LE GENERA MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 57 DE 1998 Y ART. 59 DECRETO 1406 DE 1999.

SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO	Nombre del Tercero	Tipo de Identificación	Identificación del Tercero que realiza el Aporte	DV

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	
CARLOS OCTAVIO RAMIREZ	A1678	SAN CAYETANO	BOGOTA 15 ENE 2025
			CIUDAD Y FECHA

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	1129593
Nombre:	BENJAMIN ANTOLINEZ QUINTERO
Fecha Ingreso:	14/01/2025
Salario básico:	1,700,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	13/01/2025 04:23:51 p. m.

CLICK PARA REINICIAR TODO

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

A1678-CARLOS RAMIREZ-ASESOR

FECHA DE RADICACIÓN 14 DÍA ENE MES 2025 AÑO

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE	2. TIPO DE AFILIACIÓN	3. RÉGIMEN
A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [✔]	A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [✔] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	A. Contributivo [✔] B. Subsidiado [ ]

4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	5. TIPO DE AFILIADO	6. TIPO DE COTIZANTE	7. CÓDIGO
SI [ ] NO [✔]	A. Cotizante [✔] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]	A. Dependiente [✔] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES			
PRIMER APELLIDO: ANTOLINEZ	SEGUNDO APELLIDO: QUINTERO	PRIMER NOMBRE: BENJAMIN	SEGUNDO NOMBRE:

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	11. SEXO BIOLÓGICO	12. SEXO IDENTIFICACIÓN
CC - Cédula de Ciudadaní	1129593	F [ ] M [✔]	F [✔] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?

13. NACIONALIDAD	14. LUGAR DE NACIMIENTO			15. FECHA NACIMIENTO
	PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DÍA / MES / AÑO
COLOMBIANO	COLOMBIA	CASANARE	LA SALINA	15 / 10 / 1984

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA	17. COMUNIDAD INDÍGENA	18. DISCAPACIDAD	CAT. DE DISCAPACIDAD	19. TIENE ENCUESTA SISBÉN?	20. CLASIFICACIÓN SISBÉN	NIVEL	GRUPO	21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL	22. ARL
06. Sin Etr		SI [ ] NO [✔]		SI [ ] NO [✔]					COLPATRIA

23. AFP	24. IBC	25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	26. RESIDENCIA	TELÉFONO CELULAR	TELÉFONO FIJO
PORVENIR	$ 1.700.000			3138275154	

DIRECCIÓN	COMPLEMENTO DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO
CARRERA 116 # 23B 15		benjaminantolinez@gmail.com	BOGOTA DC

MUNICIPIO/ DISTRITO	LOCALIDAD/COMUNA	ZONA	IPS
BOGOTA DC		CABECERA MUNICIPAL [✔] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]	FONTIBON

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	30. SEXO BIOLÓGICO	31. SEXO IDENTIFICACIÓN
CC - Cédula de Ciudadanía		F [ ] M [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?

32. NACIONALIDAD	33. LUGAR DE NACIMIENTO			34. FECHA NACIMIENTO
	PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DÍA / MES / AÑO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO F	39. SEXO M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN F	M	T	NB	Otro?	41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS	DEPART.	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO
B1																	
B2																	
B3																	
B4																	
B5																	

	Datos complementarios del Beneficiario 43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI	NO	48. CLASIFICACIÓN SISBÉN NIVEL	GRUPO	49. DISCAPACIDAD SI	NO	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	50. INCAPACIDAD PERMANENTE SI	NO	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
B1							I. II.												
B2							I. II.												
B3							I. II.												
B4							I. II.												
B5							I. II.												

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de identificación	57. Número del documento de identificación	TELÉFONO	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
EBISU SAS	NI - Número Identificación Tributaria	807008957	3108227861	

59. Dirección			
Cra 46 #95 - 71	recursoshumanos.ebisu@gmail.com	BOGOTA DC	BOGOTA DC

B. REPORTE DE NOVEDADES

59. TIPO DE NOVEDAD			
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]	9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [✔]	15. TRASLADO A) MISMO RÉGIMEN [ ] B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]	
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]	10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]	16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]	
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]	11. INSCRIP CIÓN EPS RETORNO AL PAÍS.1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]	17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]	
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]	12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]	18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]	
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código: [ ]	13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]	19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]	
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código: [ ]	14. MOVILIDAD A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ] B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]	20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]	
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]		21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]	
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]			

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN			
PRIMER APELLIDO: ANTOLINEZ	SEGUNDO APELLIDO: QUINTERO	PRIMER NOMBRE: BENJAMIN	SEGUNDO NOMBRE:

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	62. SEXO BIOLÓGICO	63. SEXO IDENTIFICACIÓN
CC - Cédula de Ciudada	1129593	F [ ] M [✔]	F [ ] M [✔] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?

64. FECHA NACIMIENTO				65. EPS ANTERIOR	66. FECHA DE NOVEDAD			67. MOTIVO DE TRASLADO Código	68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES
DÍA	MES	AÑO			14	ENE	2025		
15	10	1984							

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mi.	[✔]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.	[✔]
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad	
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.	[✔]
73. 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.	[✔]
74. 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.	[✔]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de 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.	[✔]
76. a). Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos.	[✔]
b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE).	[✔]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.	[✔]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.	[✔]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
BENJAMIN ANTOLINEZ QUINTERO	LORENA PEÑA

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad:

	CN	MS	RC	TI	CC	CE	SC	PA	CD	AS	PT	Total
Cantidad:												0

83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.	[ ]
84. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.	[ ]
85. 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.	[ ]
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.	[ ]
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.	[ ]
88. 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.	[ ]
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016	[ ]
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.	[ ]
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. Total Anexos 0	[ ]

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL	Código del Municipio	Código del departamento	93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.

94. APELLIDOS Y NOMBRES			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	Número del documento de identidad	95. FIRMA DEL FUNCIONARIO	96. FECHA DE RADICACIÓN DÍA	MES	AÑO	97. FECHA DE VALIDACIÓN DÍA	MES	AÑO

OBSERVACIONES:

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.

- ORIGINAL: E.P.S. -

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

Autorización de mensajes de texto. (Circular externa 000016 mayo de 2013)

Yo, BENJAMIN ANTOLINEZ QUINTERO identificado (a) con CC - Cédula de Ciudadanía número 1129593 de _____, certifico que:

1	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SÍ ☑ No ☐
2	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	SÍ ☑ No ☐
3	¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SÍ ☑ No ☐
4	¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	SÍ ☑ No ☐
5	¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SÍ ☑ No ☐

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. 3138275154
y/o correo electrónico: benjaminantolinez@gmail.com
SÍ ☑ No ☐
Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. SÍ ☑ No ☐
Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el micrositio Web https://www.nuevaeps.com.co/carta-derechos-deberes
Evitando impresiones para ser amigable con el planeta SI ☑ NO ☐

Cordialmente,

Firma: BENJAMIN ANTOLINEZ QUINTERO
Tipo ID: CC - Cé No. ID: 1129593
Fecha de Solicitud: 14 ENE 2025
Dirección: CARRERA 116 # 23B 15
Tel: 3138275154 Municipio: BOGOTA DC
Departamento: BOGOTA DC
Huella

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma: _____
Tipo ID: _____ No. ID: _____
Fecha (dd/mm/aaaa): _____
Dirección: _____
Tel: _____ Municipio: _____
Departamento: _____
Huella

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hará NUEVA EPS S.A., en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A..

Declaración Juramentada de Convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ Identificado(a) con No. _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____.

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service - , correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.
Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

- Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
- Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
- Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
- Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.co

Régimen Contributivo:
Línea Gratuita: **01 8000 954400**
Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7022**
Régimen Subsidiado:
Línea Gratuita: **01 8000 95 2000**
Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7051**

Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Conmutador: **(601) 419 3000**
Dirección Administrativa: Carrera 85k No 46A – 66 Piso 2

Sr.(a) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Hábeas Data"; dicho tratamiento podrá implicar la trasferencia, trasmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de sí misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA		PRODUCTOR AGROPECUARIO	
			$	SÍ		SÍ	
				NO		NO	

Nivel de Escolaridad					
Ninguno ☐	Secundaria ☐	Normalista ☐	Profesional ☐	Doctorado ☐	
Preescolar ☐	Media académica o clásica (bachillerato básico) ☐	Técnica Profesional ☐	Especialización ☐	Último Grado	
Básico Primaria ☐	Media técnica (bachillerato básico) ☐	Tecnológica ☐	Maestría ☐	Aprobado _____	

Posición Ocupacional	Patrón/Empleador ☐	Contratista ☐	Trabaja por su Cuenta ☐
Inicio Contrato		Fin Contrato	

SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD, EL NO HACERLO LE GENERA MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 57 DE 1998 Y ART. 59 DECRETO 1406 DE 1999.

SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO	Nombre del Tercero	Tipo de Identificación	Identificación del Tercero que realiza el Aporte	DV

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	
CARLOS OCTAVIO RAMIREZ	A1678	SAN CAYETANO	BOGOTA 14 ENE 2025
			CIUDAD Y FECHA

EBISU

CONSTRUIMOS EQUIDAD, BIENESTAR Y SUEÑOS

NIT 807.008.957-7

AFILIACIONES PERSONAL SUBCONTRATISTA

Medellín, 06 de January de 2025

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 %	
C1003288860	PEREZ SALCEDO YEFRI JOHAN	07/01/2025		24715260	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 06/01/2025 23:42:02 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.53.3, 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
4011536545	0|7|0|1|2|0|2|5

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			
PEREZ (Primer apellido)	SALCEDO (Segundo apellido)	YEFRI (Primer nombre)	JOHAN (Segundo nombre)

7.Tipo documento de Identidad	8.Número del documento de Identidad	9.Sexo	10.Fecha de nacimiento
CC	1003288860	Femenino Masculino ☒	2|4|0|9|1|9|9|3

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PROTECCION	1423500

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 43 78 90	3008654	3224678975	YEFRIJOHAN34@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
4011536545

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		0|7|0|1|2|0|2|5

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
Yefra	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.

Medellín, 06 de January de 2025

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	07/01/2025		735E3514	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 06/01/2025 23:46:55 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.53.3, 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
4223537597	0|7|0|1|2|0|2|5

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	1423500

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	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino Masculino		0|7|0|1|2|0|2|5

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
banner alexis	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.

Medellín, 06 de January de 2025

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	07/01/2025		W40206l1	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 06/01/2025 23:45:18 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.53.3, 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
4011537567	0|7|0|1|2|0|2|5

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	1423500

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 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
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 ☐		0|7|0|1|2|0|2|5

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.

Medellín, 08 de January de 2025

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 %	
C79223347	ERAZO ZUÑIGA HERSON DUVER	09/01/2025		19314919	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 08/01/2025 23:53:36 .
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
4011537567	0|8|0|1|2|0|2|5

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			
ERAZO Primer apellido	ZUÑIGA Segundo apellido	HERSON Primer nombre	DUVER Segundo nombre

7.Tipo documento de Identidad	8.Número del documento de Identidad	9.Sexo	10.Fecha de nacimiento
CC	79223347	Femenino Masculino ☒	1|6|0|8|1|9|8|5

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PROTECCION	1423500

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 43 78 90	3008654	3224678975	BRANDON_OROZCO34@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
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 ☐		0|8|0|1|2|0|2|5

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

herson duver	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, 09 de January de 2025

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 %	
C1007772125	CHACON JALK LUIS ALBERTO	10/01/2025		20417016	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 09/01/2025 15:28:24 .
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

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 09/01/2025, el empleador CARLOS ANDRES PEREZ SALCEDO identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 98652314 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
8121865	09/01/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1007772125	LUISALBERTO CHACON JALK	1423500	OPERADOR DE MAQUINA SOLDADORA	2025-01-09

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 9 días del mes de Enero del año 2025.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

Medellín, 16 de January de 2025

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 %	
C1043667669	ZAMBRANO MEJIA EDGARDO JOSE	17/01/2025		i4610321	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 16/01/2025 19:38:58 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 152.204.149.121, 192.230.104.12, 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
4011346712	1|7|0|1|2|0|2|5

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			
ZAMBRANO Primer apellido	MEJIA Segundo apellido	EDGARDO Primer nombre	JOSE Segundo nombre

7.Tipo documento de Identidad	8.Número del documento de Identidad	9.Sexo	10.Fecha de nacimiento
CC	1043667669	Femenino Masculino ☒	3|0|1|2|1|9|9|7

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	COLFONDOS	1423500

18.Residencia			
CL 43 78 90 **Dirección**	3008654 **Telefono fijo**	3224678975 **Telefono celular**	ZAMBRANOEDGARDO24@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
4011346712

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|0\1\2\0\2\5

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

edgardo zambrano	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, 26 de January de 2025

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 %		
X1720693	MICHE CORTABARRIA AMILCAR	27/01/2025		23663223	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 26/01/2025 15:04:59 .
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

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9011405081
9011405081

No. de Radicación: 29645432

Fecha de Radicación: 27 01 2025

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	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
MICHE	CORTABARRIA	AMILCAR	

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
PP	1720693	Femenino: Masculino: X	26 11 1988

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

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

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia: Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular
$1.423.500			

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:	

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					
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)
PEREZ SALCEDO CARLOS ANDRES	CC	98652314	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CARRERA 75 91A 97	NT		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino	Masculino	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
					27 01 2025

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: DEPENDIENTE SAT

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

Medellín, 26 de January de 2025

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 %	
C1005363076	VEGA VERA DIEGO JAVIER	27/01/2025		14017419	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 26/01/2025 15:01:07 .
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

NUMERO DE RADICADO : 5876529

Bogota 26 de Ene. de 25

Señores EPS Sanitas

Ciudad

Referencia: Solicitud Radiación Novedades Masivas

Respetados,

Por medio de la presente solicitamos realizar trámite de novedad a cargo del empleador identificado como persona natural identificado con cedula de ciudadania de nº 98652314, bajo la razon social CARLOS ANDRES PEREZ SALCEDO, para las personas que se detallan a continuación

N	Tipo Doc Empleado	No. Doc Empleado	Nombre Empleado	IBC	Fecha Ingreso Empresa	Fecha Retiro Si Aplica**	Dirección Residencia	Municipio / Departamento	# Celular	Correo electrónico
1	CEDULA	1005363076	Diego Javier Vega vera	1423500	27/01/2025		CALLE 53 # 87-09	BOGOTA /DC	3005877656	diego2022@gmail.com
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

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

Cordialmente

Ana garcia

Medellín, 27 de January de 2025

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 SOLER JUAN CARLOS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000002 PRINCIPAL			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C1000579738	SALAMANCA TOVAR JAROL DAVID	28/01/2025		18338160	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 27/01/2025 10:48:33 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.86.33.216, 198.143.41.40, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud eps-s
Te entiende. Te atiende

FORMULARIO No.

Número de Radicación	Fecha de Radicación
	27012025

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

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

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

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido: SALAMANCA	Segundo apellido: TOVAR	Primer nombre: JAROL	Segundo nombre: DAVID

7. Tipo documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1000579738	Femenino [ ] Masculino [X]	1 1 0 7 2 0 0 2

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingresos base de cotización - IBC
SURA - CIA. SURAMERICANA DE SEGUROS	[illegible]ISIONES	1.423.500

18. Residencia	Teléfono	Correo electrónico
CALLE 1 BIS ·2D ESTE	3027851447	sjarol680@gmail.com

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento
BOGOTA D.C.	Urbana [X] Rural [ ]	SANTA FE	BOGOTA D.C.

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

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

RADICADO
27-01-2025
AFILIACIÓN SUJETA A VERIFICACIÓN

Selección de la IPS primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador a pensiones (a registrar por la EPS)
JUAN CARLOS SOLER	CC	80814498	

39. Ubicación Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
CALLE 10A # 19B 56	3232895236	metalicassolmofer1@gmail.com	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.

VIGILADO Supersalud

capitalsalud epe-s
Te entiende, Te atiende

FORMULARIO No.

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino [ ] Masculino [ ]	1 1 0 7 2 0 0 2	2 7 0 1 2 0 2 5

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva. Institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones:

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

VIGILADO Supersalud

Medellín, 09 de January de 2025

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 SOLER JUAN CARLOS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000002 PRINCIPAL		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1012448596	APACHE PRECIADO JHONATAN MAURICIO	10/01/2025		215214P2	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 09/01/2025 19:24:53 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.104.96.207, 192.230.104.2, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

compensar | eps salud

No. de Radicación	Fecha de Radicación (D D M M A A A A)
	09 01 2025

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

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: APACHE	Segundo Apellido: PRECIADO	Primer Nombre: JHONATAN	Segundo Nombre: MAURICIO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)
CC	1012448596	Femenino [ ] Masculino [X]	10 12 1997

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad (Tipo F N M / Condición T P)	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
				SURA ARL	COLPENSIONES

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia	Teléfono fijo	
14235000	CRA 78 NO. 70 F SUR 16 SUR		3232895236

Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Localidad / Comuna	Departamento
BOGOTA	X			BOGOTA

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

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

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

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

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

	28. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F N M / Condición T P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la E
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)
Cot.		1051
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación
JUAN CARLOS SOLER	N

37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
80814498	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito
CALLE 33 17 51	3232895236	gestionconsultores2@gmail.com	BOGOTA

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación				
Primer Apellido: APACHE	Segundo Apellido: PRECIADO	Primer Nombre: JHONATAN	Segundo Nombre: MAURICIO	

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha
CC	1012448596	Femenino [ ] Masculino [X]	10 12 1997	09 01 2025

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. 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 [ ] Cant. [ ] RC [ ] Cant. [ ] TI [ ] Cant. [ ] CC [ ] Cant. [ ] PA [ ] Cant. [ ] CE [ ] Cant. [ ] CD [ ] Cant. [ ] SC [ ] Cant. [ ] Total [ ]

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente [ ]

61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia [ ]

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

compensar | eps salud

	SI	NO
¿Previo diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	XX	
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo la entrega de la carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	XX	
¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	XX	
¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	XX	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?		XX

Firma del afiliado (cotizante): _____

No. Identificación: 1012448596

FIRMA A RUEGO (Diligenciar exclusivamente cuando el cotizante no pueda firmar)

A ruego de (la) señor (a) _____ con C.C. No. _____

lo hace en su nombre, el (la) señor(a) _____

con C.C. No. _____ mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que se está entregando, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a) _____

Firma a Ruego: _____

Nombres y apellidos: _____

_____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección _____

de domicilio: _____

Nombres y apellidos de quien no sabe firmar: _____

_____

Identificación: _____

Huella

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explicita, previamente informada e inequívoca a todos los servicios de salud Compensar EPS, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, Decreto 1377 de 2013 y el Decreto 886 de 2012, para tratar mi información personal, según lo establecido en su Manual de Protección de Datos Personales, disponible en:www.compensar.com / vínculo protección Datos Personales; información que será utilizada en el desarrollo de las funciones propias para:

- Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y/o mis beneficiarios.
- Dar cumplimiento a requerimientos legales y de organismos de control.
- Proveer y/o evaluar la calidad de los productos y/o servicios requeridos por mí.
- La realización de estudios internos sobre fines estadísticos y analíticos de los datos, para mejoras de nuestros servicios o programas especializados de atención en salud; información sobre la cual podré, en cualquier momento, ejercer mis derechos de Habeas Data, para solicitar que no se me envíe información de los servicios en los casos que sea pertinente, y que no afecte el servicio de salud prestado por Compensar EPS.
- Transmitir mis datos personales a las administradoras encargadas de la seguridad social, con el fin de actualizar el estado de mi afiliación y/o traslado en el sistema.
- Compartir mis datos personales con la Caja de Compensación Familiar C[illegible]s de salud.

Cabe anotar, que la protección de los datos personales se efectúa a trav[illegible]e tienen firmados contratos de transmisión de información, en aras de cumplir a cabalidad co[illegible]omar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.

B

09-01-2025

REPORTE DE NOVEDAD DE INGRESO		
CONTRATO:	1198117	
RAZON SOCIAL	ORR CONSTRUCCIONES S.A.S.	
IDENTIFICACION:	NI 900435908	
INGRESO DE TRABAJADOR		
Radicado	**Inicio de vigencia**	**Identificación**
100456806	2025-1-15	CC 11319199
Apellidos	**Nombres**	**Fecha de nacimiento**
ROJAS GUARIN	ORLANDO	1971-1-29
Dirección residencia	**Localidad/Comuna**	**Zona**
Diagonal 73 # 87 21	CENTRO	Urbana
Ciudad/Departamento	**Correo electrónico**	**Teléfono**
BOGOTA, D.C. - Bogota D. C.	auxafiliacionesgruposer@gmail.com	8053379
Celular	**Sexo**	
3016170843	Masculino	
Cargo	**Salario**	**EPS**
aux de obra	$1,423,500.00	E.P.S. Famisanar Ltda.
AFP	**Centro de Trabajo**	
NO SUMINISTRADO	RIESGO 5	
Tasa de riesgo	**Clase de riesgo**	**Grado**
6.96	5	80
Tipo afiliado cotizante	**Subtipo afiliado cotizante**	**Tipo de modalidad**
Dependiente	NO DEFINIDO	Presencial
Fecha efectiva de la novedad	**Tipo jornada**	
2025-1-15	JORNADA UNICA	

Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Todos los Derechos Reservados **Colmena Seguros** ® - 2009

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación: 14/01/2025

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

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

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
ROJAS	GUARIN	ORLANDO	

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	11319199	Femenino [ ] Masculino [X]	29/01/1971

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad (Tipo F N M / Condición T P)	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
				RIESGOS LABORALES COLMENA	PORVENIR

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia: Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular
$ 1.423.500	CALLE 40 N 22 17		6018053379

Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana [X] Rural [ ]	Localidad / Comuna	Departamento
IVANGRUPOSER@GMAIL.COM	BOGOTA D.C.		CENTRO	BOGOTA D.C.

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 [ ]	DD/MM/AAAA

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

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

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		
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)
ORR CONSTRUCCIÃ“NES	NIT	900435908	

39. Ubicación	Teléfono	Correo electrónico	Municipio	Departamento
CALLE 40 # 17 CASA 115 BERBENAL	3625061	AUXAFILIACIONESGRUPOSER@GMAIL.COM	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.

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 [X] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

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 (DD/MM/AAAA)	42. Fecha novedad (DD/MM/AAAA)
		Femenino [ ] Masculino [ ]		14/01/2025

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 internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.	[ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.	[X]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.	[X]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.	[X]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.	[X]

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
Orlando Rojas	Ivan Valenzuela

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC
Cantidad:								

Total: [ ]

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación (DD/MM/AAAA)	69. Fecha de validación (DD/MM/AAAA)

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

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.

cadena s.a. 05/04/2019 32325

- ORIGINAL ÚNICA -

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

CERTIFICA QUE

El(La) señor(a) EDGARDO RAFAEL AHUMADA CASTRO identificado(a) con CC número 1043000792 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:	$ 1.423.500
Inicio de cobertura:	18/01/2025	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, 17 de enero de 2025 a las 12:20 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 00014509900002047513.

Cordialmente,

LA EQUIDAD SEGUROS O.C. – Riesgos Laborales

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No de Radicación: 08638-00006731-CN

Fecha de Radicación: 17/01/2025

I. DATOS DE TRÁMITE

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

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

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

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

6. Apellidos y Nombres			
AHUMADA	CASTRO	EDGARDO	RAFAEL

7. Tipo de Documento de Identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de Nacimiento
CC	1043090792	Femenino ( ) Masculino (X)	15/12/1985

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de Población Especial
06	Tipo: ( ) Condición: ( )	0	5

15. Administradora de Riesgos Laborales -	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotización - IBC
SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.	PORVENIR	1423500

18. Residencia			
CALLE 27 13 27		3002793049	
SABANALARGA (Municipio/Distrito)	Zona: Urbana (X) Rural ( )	EL TOLIMA (Localidad/Comuna)	ATLANTICO (Departamento)

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y Nombres			

20. Tipo de Documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de Nacimiento
		Femenino ( ) Masculino ( )	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados

24.	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

25.	Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo		28. Fecha de nacimiento
			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 Urban	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado (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	1		
B	2		
B	3		
B	4		

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

35. Nombre o razón	36. Tipo de Documento de identidad	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
COMPAÑIA DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA	NI	830072874	Empleador

39. Ubicación				
AVENIDA CALLE 62 NORTE # (Dirección)	7032433 (Teléfono)	TALENTOHUMANO@SEGURIDSADBOLIVAR.COM (Correo electrónico)	BOGOTA D.C. (Municipio/Distrito)	BOGOTA D.C. (Departamento)

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 805.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

II. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación					
Tipo de documento de identidad [ ]		Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento	42. Fecha 17 | 12 | 2025	
43. EPS anterior		44. Motivo de Traslado Código [ ]	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [ ] 51. Autorización para que 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 de cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 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	Afiliación realizada el 17/01/2025 por el empleador 830072874, COMPAÑIA DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA a través del portal aportante. 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación, colectiva institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Tipo documento de identidad [ ]	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario	

OBSERVACIONES:

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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 23/01/2025

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	396	24/01/2025	CC 1000227580	ORJUELA HERRERA DAYRON	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_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

2EFB2B9DC91E703487CDFB82D84D5120 Certificado impreso el día 1/23/2025 9:11:12 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

DAYRON SANTIAGO
ORJUELA HERRERA
1000227580
OSSA ARQUITECTURA Y CONSTRUCCIÓN SAS
901631535

CLICK PARA REINICIAR TODO

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente

FECHA DE RADICACIÓN: 23 ENERO 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea detenidamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [✓] B. REPORTE DE NOVEDADES [ ]
2. TIPO DE AFILIADO: A. Individual [ ] a) Cotizante o cabeza de familia [ ] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [✓] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [✓] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [✓]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [✓] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: ORJUELA | SEGUNDO APELLIDO: HERRERA | PRIMER NOMBRE: DAYRON | SEGUNDO NOMBRE: SANTIAGO

9. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC - Cédula de Ciudadanía
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1000227580
11. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [✓]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [✓] M [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD (COLOMBIA)
14. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA | CUNDINAMARCA | BOGOTA
15. FECHA NACIMIENTO: 08 AGOSTO 2001

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 06. Sin Etnia
17. CONOCIMIENTO INDÍGENA
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [✓]
CAT. DE DISCAPACIDAD: N/A
19. TIENE ENCU ESTA SITUACIÓN?: SI [ ] NO [ ]
20. CLASIFICACIÓN SISBEN
NIVEL
GRUPO
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL
22. ARS: POSITIVA
23. APF: PORVENIR
24. IBC: $ 1.423.500
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
26. RESIDENCIA
TELÉFONO CELULAR
TELÉFONO FIJO

DIRECCIÓN: KRA 8A ESTE #82 -52
CORREO ELECTRÓNICO: DAVIDSANTIAGO@GMAIL.COM
DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
MUNICIPIO/ DISTRITO: BOGOTA
LOCALIDAD/COMUNA
ZONA: URBANA [✓] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ]
IPS

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
30. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] NB [ ] Otro [ ]
32. NACIONALIDAD
33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO

nueva eps
RECIBIDO PARA ESTUDIO EN LA EPS

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO: F / M / NB / Otro	40. SEXO IDENTIFICACIÓN: F / M / T / NB / Otro / Cual?	41. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS / DEPARTAMENTO / MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO: DÍA / MES / AÑO
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								

Datos complementarios del Beneficiario

	43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. DISCAPACIDAD	46. GRUPO POBLACIONAL ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBEN? SI / NO	48. CLASIFICACIÓN SISBEN	49. DEL CAPAUDAS	50. RESIDENCIA TEMPORAL SI / NO	51. Datos de residencia: DEPARTAMENTO / MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA: CENTRO POBLADO / RURAL DISPERSO
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. CÓD DE LA IPS DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	CIUDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS A ASIGNADA POR LA EPS
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							

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

55. Nombre o razón social: OBRA ARQUITECTURA Y CONSTRUCCION SAS
56. Tipo documento de identificación: NI - Número Identificación Tributaria
57. Número del documento de identificación: 901631535
3209580859
58. Tipo de cotizante o pensionado no registrado por la EPS

59. Dirección: CALLE 64 #103 -32
OSSASST@GMAIL.COM
CUNDINAMARCA
BOGOTA

VI. REPORTE DE NOVEDADES

60. 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/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
9. MIGRACIÓN DE RÉGIMEN
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PERDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO
11. INGRESO COMO EPS ACTIVIDAD AL PASO 1. APORTE DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR APLICACIONES COLECTIVAS
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR APLICACIONES COLECTIVAS
14. MOVILIDAD: a) AL REGIMEN CONTRIBUTIVO b) AL REGIMEN SUBSIDIADO
15. TRASLADO: a) MISMO REGIMEN b) DIFERENTE REGIMEN
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO
17. REPORTE DEL TRAMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
62. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO
65. EPS ANTERIOR
66. FECHA DE NOVEDAD: DÍA | MES | AÑO
67. MOTIVO DE TRASLADO Código
68. CÓD DE CERTIFICACIÓN EMITIDA Y NÚMERO DE PREMISO

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí.
70. Declaración de la no cotización de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
71. Declaración de existencia de recursos de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad.
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
73. 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.
74. 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.
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de 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.
76. a). Autorizo mi consentimiento expreso para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos.
b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso al celular registrado en el "Registro de Usuarios Evolutivo" (RUE).
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

IX. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia registre la persona de su grupo familiar que hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

X. FIRMAS

SANTIAGO ORJUELA
80. El solicante, cabeza de familia, beneficiario agente aplique o afiliado adicional

KATHERINE BARRETO
81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

XI. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad (CN, RC, TI, CE, CD, SC, PA, CAN, AS, MS)
Cantidad: Total: 0
83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
84. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
85. 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
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia
88. Documento en que conste la petición de la pareja potencial y el certificado de defunción de los padres o la declaración juramentada por el interesado sobre la ausencia de los dos padres
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
91. Copia del acto administrativo o providencia de los administradores competentes en los que conste la calidad de beneficiario o en evalúe la afiliación de oficio
Total Anexos: 0

XII. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL: Código del Municipio | Código del departamento
93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

XIII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN

94. APELLIDOS Y NOMBRES
Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 95. NÚMERO DEL | 96. FECHA DE | 97. FECHA DE

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 15/01/2025

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	395	16/01/2025	CC 1034280628	MORA TOVAR 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_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

4F02BA80235069CC5254EFAA571F7B8D Certificado impreso el día 1/15/2025 10:09:56 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

DIEGO JESUS
MORA TOVAR
1034280628

OSSA ARQUITECTURA Y CONSTRUCCIÓN SAS
901631535

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

E.P.S. Sanitas
Operación Sanitas Internacional
NIT. 800.251.440-6
CÓDIGO 005, República de Colombia - SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Fecha de Radicación: 15/01/2025

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
A. Afiliación [X]	A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia [X]	A. Contributivo [X]
B. Reporte de Novedades [ ]	- Beneficiario o Afiliado adicional [ ]	B. Subsidiado [ ]
	B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De Oficio [ ]	

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

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: Mora	Segundo apellido: Tovar	Primer nombre: Diego	Segundo nombre: Jesus

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1.034.280.628	Femenino [ ] Masculino [X]	14/03/2005

III - DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
[ ]	Tipo [ ] Condición [ ]	[ ]	[ ]

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotización - IBC
Positiva.	Porvenir	$ 1,423,500

18. Residencia				
Dirección: Calle 1Bis D 29-63e	Teléfono Fijo:	Teléfono Celular: 3125203347	Correo Electrónico:	
Municipio / Distrito: Bogota	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	Localidad / Comuna:	Departamento: Bogota D.C.	

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 [ ]	[ ]

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 documento 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					33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la E.P.S.)
	Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o Celular	
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la I.P.S. Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (A registrar por la E.P.S.)
C		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de Aportante o Pagador (A registrar por la E.P.S.)
ossa Arquitectura	N I T [ ] [ ] [ ]	901631535	

39. Ubicación Dirección	Teléfono Fijo	Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CL 64 103 32		ossass@gmail.com	Distrito Capital	Bogotá

Powered by CamScanner

II. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino	Sexo: Masculino	Fecha de Radicación	42. Fecha
[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]		[ ]	[ ]		15 01 2025

43. EPS Anterior	44. Motivo de Traslado (Código [ ])	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [ ] 47. Declaración de la NO obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- [ ] 49. Declaración de NO internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- [ ] 50. Autorización para que la E.P.S. 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 E.P.S. reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- [ ] 52. Autorización para que la E.P.S. 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 E.P.S. envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje 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
Diego Mora	Katherine Barreto

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad — Cantidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ] — Total [ ]
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 58. Copia del Registro Civil de Matrimonio o de la Escritura Pública, Acta de Conciliación o Sentencia Judicial que declare la unión marital
- [ ] 59. Copia de la Escritura Pública o Sentencia Judicial que declare el divorcio, Sentencia Judicial que declare la separación de cuerpos y Escritura Pública, Acta de Conciliación o Sentencia Judicial que declare la terminación de unión marital
- [ ] 60. Copia del Certificado de Adopción o Acta de Entrega del menor
- [ ] 61. Copia de la Orden Judicial o del Acto Administrativo de Custodia
- [ ] 62. Documento que conste la pérdida de la patria potestad o el Certificado de Defunción de los padres o la Declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 65. Copia del Acto Administrativo o Providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de Ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación
[ ][ ]	[ ][ ]				[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones:

Cargo: Ayudante de obra.

Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial	Sello de radicación	Sticker procesamiento
C.C. No.	11098364.	

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

Powered by CamScanner

EBISU

CONSTRUIMOS EQUIDAD, BIENESTAR Y SUEÑOS

NIT 807.008.957-7

PLANILLAS DE SEGURIDAD SOCIAL EBISU S.A.S

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
2024-12	2025-01	1185590905	9480177975	E	2025/01/16	2025/01/10	BANCOLOMBIA	0	$34,764,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS			PARAFISCALES	
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	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	6	ESSC07	6	CCF24	6	14-4	6	0.000%	6	Si
2	CC	1081930766	CAMARGO STEVEN																		230301	24	ESSC07	24	CCF24	24	14-4	24	0.522%	24	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	4	EPS010	4	CCF24	4	14-4	4	0.000%	4	Si
5	CC	1030639027	OSORIO PAULA																		230301	26	EPS010	26	CCF24	26	14-4	26	0.522%	26	Si
6	CC	1032399345	PEÑA LORENA													X					230301	2	EPS005	2	CCF24	2	14-4	2	0.000%	2	Si
7	CC	1032399345	PEÑA LORENA																		230301	28	EPS005	28	CCF24	28	14-4	28	0.522%	28	Si
8	CC	52277740	POVEDA MARIA													X					231001	4	EPS037	4	CCF24	4	14-4	4	0.000%	4	Si
9	CC	52277740	POVEDA MARIA																		231001	26	EPS037	26	CCF24	26	14-4	26	0.522%	26	Si
10	CE	685755	RAMIREZ NERIO													X					231001	2	EPS005	2	CCF24	2	14-4	2	0.000%	2	Si
11	CE	685755	RAMIREZ NERIO																		231001	28	EPS005	28	CCF24	28	14-4	28	0.522%	28	Si
Centro de Trabajo: RIESGO 2 (1 Afiliados)																														
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																														
12	CC	52209240	CHAGUALA SANDRA													X					230201	2	EPS005	2	CCF24	2	14-4	2	0.000%	2	Si
13	CC	52209240	CHAGUALA SANDRA																		230201	28	EPS005	28	CCF24	28	14-4	28	1.044%	28	Si

Centro de Trabajo: RIESGO 5 (6 Afiliados)

Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (6 Afiliados)

No.		Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Pensión Codigo	Pensión Dias	Salud Codigo	Salud Dias	CCF Codigo	CCF Dias	Riesgos Codigo	Riesgos Dias	Tarifa	Parafiscales Dias	Exonerado SENA e ICBF
14	CC	1026297800	ARIAS BRIGITTE													X					230301	3	EPS002	3	CCF24	3	14-4	3	0.000%	3	Si
15	CC	1026297800	ARIAS BRIGITTE																		230301	27	EPS002	27	CCF24	27	14-4	27	6.960%	27	Si
16	CC	1013662097	CELIS DAYANA													X					230301	1	EPS008	1	CCF24	1	14-4	1	0.000%	1	Si
17	CC	1013662097	CELIS DAYANA													X					230301	2	EPS008	2	CCF24	2	14-4	2	0.000%	2	Si
18	CC	1013662097	CELIS DAYANA													X					230301	2	EPS008	2	CCF24	2	14-4	2	0.000%	2	Si
19	CC	1013662097	CELIS DAYANA																		230301	25	EPS008	25	CCF24	25	14-4	25	6.960%	25	Si
20	CC	60356576	COTE MONICA													X					25-14	5	EPS010	5	CCF24	5	14-4	5	0.000%	5	No
21	CC	60356576	COTE MONICA													X					25-14	10	EPS010	10	CCF24	10	14-4	10	0.000%	10	No
22	CC	60356576	COTE MONICA																		25-14	15	EPS010	15	CCF24	15	14-4	15	6.960%	15	No
23	CC	1010188418	MARCIALES FABIAN																		230301	30	EPS010	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
24	CC	1014204230	SANCHEZ YAMIL										X								25-14	2	EPS017	2	CCF24	2	14-4	2	0.000%	2	Si
25	CC	1014204230	SANCHEZ YAMIL																		25-14	28	EPS017	28	CCF24	28	14-4	28	6.960%	28	Si
26	CC	1090457336	SOCHA ALEXIS																		230901	30	EPS008	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	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	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Tarifa	Dias	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: HELIOS (5 Afiliados)																															
Centro de Trabajo: BOGOTA (5 Afiliados)																															
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (5 Afiliados)																															
27	CC	80362362	AMADO JOSE													X					25-14	1	EPS002	1	CCF24	1	14-4	1	0.000%	1	Si
28	CC	80362362	AMADO JOSE													X					25-14	1	EPS002	1	CCF24	1	14-4	1	0.000%	1	Si
29	CC	80362362	AMADO JOSE																		25-14	28	EPS002	28	CCF24	28	14-4	28	6.960%	28	Si
30	CC	74325097	BARRETO MARIO																		230301	30	EPS005	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
31	CC	1020785106	CONTRERAS SERGIO									X									230301	30	EPS017	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
32	CC	82392781	MONCADA MARIO													X					230301	8	EPS037	8	CCF24	8	14-4	8	0.000%	8	Si
33	CC	82392781	MONCADA MARIO																		230301	22	EPS037	22	CCF24	22	14-4	22	6.960%	22	Si
34	CC	1193081451	VILLARREAL ZORAIDA		X							X									230201	5	EPS002	5	CCF24	5	14-4	5	6.960%	5	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	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Tarifa	Dias	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: PROYECTO BOITA (35 Afiliados)																															
Centro de Trabajo: PROYECTO BOITA (35 Afiliados)																															
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (35 Afiliados)																															
35	CC	92551355	AGUAS GREDIS		X																230301	29	EPS002	29	CCF24	29	14-4	29	6.960%	29	Si
36	CC	50989201	ALTAMIRANDA IRINA		X							X									230201	4	EPS037	4	CCF24	4	14-4	4	6.960%	4	Si
37	CC	1033694813	AMADO JUAN													X					231001	1	EPS005	1	CCF24	1	14-4	1	0.000%	1	Si
38	CC	1033694813	AMADO JUAN											X		X					231001	3	EPS005	3	CCF24	3	14-4	3	0.000%	3	Si
39	CC	1033694813	AMADO JUAN																		231001	26	EPS005	26	CCF24	26	14-4	26	6.960%	26	Si
40	CC	1129593	ANTOLINEZ BENJAMIN		X																230301	24	EPS037	24	CCF24	24	14-4	24	6.960%	24	Si
41	CC	1023893213	AQUITE JONATHAN										X								230301	1	EPS002	1	CCF24	1	14-4	1	0.000%	1	Si
42	CC	1023893213	AQUITE JONATHAN	X																	230301	28	EPS002	28	CCF24	28	14-4	28	6.960%	28	Si
43	CC	13840356	ARCE MARINO																			0	EPS017	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si

PLANILLA PAGADA

44	CC	1001045259	AREVALO FRANK		X															230301	21	EPS005	21	CCF24	21	14-4	21	6.960%	21	Si
45	CC	1003045086	BERRIO JOSE										X							230301	1	EPS037	1	CCF24	1	14-4	1	0.000%	1	Si
46	CC	1003045086	BERRIO JOSE									X								230301	29	EPS037	29	CCF24	29	14-4	29	6.960%	29	Si
47	CC	11802823	BORJA JOHANS		X															25-14	18	EPS005	18	CCF24	18	14-4	18	6.960%	18	Si
48	CC	1044914028	CAICEDO LEIDIS									X								230301	30	EPS008	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
49	CC	1020761157	CARREÑO CESAR												X					231001	1	EPS017	1	CCF24	1	14-4	1	0.000%	1	Si
50	CC	1020761157	CARREÑO CESAR												X					231001	1	EPS017	1	CCF24	1	14-4	1	0.000%	1	Si
51	CC	1020761157	CARREÑO CESAR												X					231001	3	EPS017	3	CCF24	3	14-4	3	0.000%	3	Si
52	CC	1020761157	CARREÑO CESAR												X					231001	3	EPS017	3	CCF24	3	14-4	3	0.000%	3	Si
53	CC	1020761157	CARREÑO CESAR																	231001	22	EPS017	22	CCF24	22	14-4	22	6.960%	22	Si
54	CC	1102896714	DE LA HOZ ENDERSON		X							X								230201	11	EPS037	11	CCF24	11	14-4	11	6.960%	11	Si
55	CC	80728996	GIRON LUIS		X							X								230301	30	EPS008	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
56	CC	1106890780	GONZALEZ CHRISTIAN		X							X								230201	29	EPS017	29	CCF24	29	14-4	29	6.960%	29	Si
57	CC	79895630	HERRERA CARLOS												X					230301	1	EPS005	1	CCF24	1	14-4	1	0.000%	1	Si
58	CC	79895630	HERRERA CARLOS												X					230301	1	EPS005	1	CCF24	1	14-4	1	0.000%	1	Si
59	CC	79895630	HERRERA CARLOS																	230301	28	EPS005	28	CCF24	28	14-4	28	6.960%	28	Si
60	CC	1001297434	HERRERA JOSE									X								230201	30	EPS017	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
61	CC	1026585125	MARTINEZ DARWIN										X							25-14	1	EPS002	1	CCF24	1	14-4	1	0.000%	1	Si
62	CC	1026585125	MARTINEZ DARWIN		X							X								25-14	25	EPS002	25	CCF24	25	14-4	25	6.960%	25	Si
63	PT	1097775	MENDOZA DINNO		X							X								230301	29	EPS002	29	CCF24	29	14-4	29	6.960%	29	Si
64	CC	87946129	OLAYA MARVIN																	230301	30	EPS002	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
65	CC	1063164092	OSORIO ELIEZER										X							230301	7	EPS005	7	CCF24	7	14-4	7	0.000%	7	Si
66	CC	1063164092	OSORIO ELIEZER																	230301	23	EPS005	23	CCF24	23	14-4	23	6.960%	23	Si
67	CC	70466659	PAMPLONA HERNAN												X					230301	1	EPS010	1	CCF24	1	14-4	1	0.000%	1	Si
68	CC	70466659	PAMPLONA HERNAN												X					230301	5	EPS010	5	CCF24	5	14-4	5	0.000%	5	Si
69	CC	70466659	PAMPLONA HERNAN												X					230301	6	EPS010	6	CCF24	6	14-4	6	0.000%	6	Si
70	CC	70466659	PAMPLONA HERNAN									X								230301	18	EPS010	18	CCF24	18	14-4	18	6.960%	18	Si
71	CC	1030700290	PARRA ANGIE																	230301	30	EPS008	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
72	CC	1003656243	REYES RAY		X															230301	18	EPS005	18	CCF24	18	14-4	18	6.960%	18	Si
73	CC	1127394477	RINCONES RAFAEL										X							230301	3	EPS010	3	CCF24	3	14-4	3	0.000%	3	Si
74	CC	1127394477	RINCONES RAFAEL																	230301	27	EPS010	27	CCF24	27	14-4	27	6.960%	27	Si
75	CC	1216976666	RODRIGUEZ ANDRES										X							230201	1	EPS002	1	CCF24	1	14-4	1	0.000%	1	Si
76	CC	1216976666	RODRIGUEZ ANDRES										X							230201	1	EPS002	1	CCF24	1	14-4	1	0.000%	1	Si
77	CC	1216976666	RODRIGUEZ ANDRES																	230201	28	EPS002	28	CCF24	28	14-4	28	6.960%	28	Si
78	CC	1216968625	RODRIGUEZ FRANEISON		X															25-14	12	ESSC24	12	CCF24	12	14-4	12	6.960%	12	Si
79	PT	5122996	SANCHEZ FAUSTO									X								230201	30	EPS002	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
80	PT	7636590	SANTIAGO JOSE		X															230301	5	EPS002	5	CCF24	5	14-4	5	6.960%	5	Si
81	CC	79829346	TORRES ARISMENDI		X															25-14	30	EPS017	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
82	CC	1000128491	TORRES DAVID										X							230301	1	EPS017	1	CCF24	1	14-4	1	0.000%	1	Si

83	CC	1000128491	TORRES DAVID										X							23030 1	11	EPS017	11	CCF24	11	14-4	11	0.000%	11	Si
84	CC	1000128491	TORRES DAVID																	23030 1	18	EPS017	18	CCF24	18	14-4	18	6.960%	18	Si
85	CC	1001275418	VALERIANO MAICOL		X															23020 1	5	EPS017	5	CCF24	5	14-4	5	6.960%	5	Si
86	CC	79482565	VELASCO ISIDRO									X								25-14	30	EPS002	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
87	CC	1022937991	YAGUE WILLIAM										X							23030 1	1	EPS017	1	CCF24	1	14-4	1	0.000%	1	Si
88	CC	1022937991	YAGUE WILLIAM	X																23030 1	28	EPS017	28	CCF24	28	14-4	28	6.960%	28	Si
89	CC	87572106	YANGUATIN HERNAN										X							23030 1	1	EPS002	1	CCF24	1	14-4	1	0.000%	1	Si
90	CC	87572106	YANGUATIN HERNAN		X							X								23030 1	10	EPS002	10	CCF24	10	14-4	10	6.960%	10	Si
91	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
2024-12	2025-01	1185590905	9480177975	E	2025/01/16	2025/01/10	BANCOLOMBIA	0	$34,764,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 5)				52	$18,010,600	$0	$0	$18,010,600
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	4	$1,720,200	$0	$0	$1,720,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	8	$3,615,400	$0	$0	$3,615,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	30	$10,116,000	$0	$0	$10,116,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	9	$1,369,000	$0	$0	$1,369,000
SKANDIA	230901	800,253,055	2	1	$1,190,000	$0	$0	$1,190,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				53	$6,158,000	$0	$0	$6,158,000
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	53	$6,158,000	$0	$0	$6,158,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				53	$4,622,700	$0	$0	$4,622,700
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	53	$4,622,700	$0	$0	$4,622,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 8)				53	$5,472,700	$0	$0	$5,472,700
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	6	$673,200	$0	$0	$673,200
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	1	$22,000	$0	$0	$22,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	5	$1,704,900	$0	$0	$1,704,900
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	10	$834,300	$0	$0	$834,300
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	1	$76,500	$0	$0	$76,500
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	6	$299,400	$0	$0	$299,400
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	13	$740,900	$0	$0	$740,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	11	$1,121,500	$0	$0	$1,121,500
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**	**$34,764,300**	**$0**	**$0**	**$34,764,300**

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
2024-12	2024-12	1182984683	9480114587	Y	2025/01/16	2025/01/09	BANCOLOMBIA	0	$814,500

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	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			$11,700,000		$814,500		$0	$0		$814,500
Centro de Trabajo: PROYECTO BOITA (9 Afiliados)																						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$11,700,000		$814,500		$0	$0		$814,500
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (9 Afiliados)																						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$11,700,000		$814,500		$0	$0		$814,500
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																		0	$0	$0	0	$0	$0		0	$0	$0	14-7	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	0	$0	$0	No	$90,500
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			$11,700,000		$814,500		$0	$0		$814,500

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
2024-12	2024-12	1182984683	9480114587	Y	2025/01/16	2025/01/09	BANCOLOMBIA	0	$814,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 2)				9	$814,500	$0	$0	$814,500
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	8	$724,000	$0	$0	$724,000
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$90,500	$0	$0	$90,500
TOTAL				**9**	**$814,500**	**$0**	**$0**	**$814,500**

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	1030627112	JAVIER DAVID GARCIA GONZALEZ	CL 97 70 89 T3 apto 701	6014508347	javiergarcia.hsg@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	
2024-12	2024-12	I	07/01/2025	82832729	$461.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1

TOTALES PENSIÓN

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

TOTALES RIESGOS LABORALES

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

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

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

PAGADA

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

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

compensar | miplanilla.com

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1030627112	JAVIER DAVID GARCIA GONZALEZ	CL 97 70 89 T3 apto 701	6014508347	javiergarcia.hsg@gmail.com	

FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	07/01/2025	82832729	$461.000	

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	1030627112	GARCIA GONZALEZ JAVIER DAVID	57	0			N																

No.	PENSIÓN							SALUD		
	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	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS037	1.300.000	162.500

No.	RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
	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	14-11	1.300.000	5	90.500		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.

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.

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.

aportes en línea

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

aportes en línea

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	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
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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	

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	79797289	VASQUEZ QUINTERO CARLOS ANDRES	59	0			N																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	1	6.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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:	**7953660649**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	diciembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	diciembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		2			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/01/22	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1212667556

NOVEDADES

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

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 208.300
		SUBTOTAL:	1	**$ 208.300**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 162.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 162.800**

VALOR SIN MORA:	**$ 370.500**
VALOR MORA:	**$ 600**
TOTAL PAGADO:	**$ 371.100**

Planilla Pagada

Certificado de Aportes

Se certifica que ANYELA VIVIANA FUENTES CAMARGO identificado(a) con CC 1052397887 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: HMV INGENIEROS LIMITADA NI 860000656

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
9479994400	1195176480	E	2025-01-15	EPS	EPS008	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-01	28																	
9479994400	1195176480	E	2025-01-15	EPS	EPS008	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-01	1													X				
9479994400	1195176480	E	2025-01-15	EPS	EPS008	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-01	1													X				
9479994400	1195176480	E	2025-01-15	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	28																	
9479994400	1195176480	E	2025-01-15	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	1													X				
9479994400	1195176480	E	2025-01-15	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	1													X				
9479994400	1195176480	E	2025-01-15	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	28																	
9479994400	1195176480	E	2025-01-15	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	1													X				
9479994400	1195176480	E	2025-01-15	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	1													X				
9479994400	1195176480	E	2025-01-15	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	28																	
9479994400	1195176480	E	2025-01-15	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	1													X				
9479994400	1195176480	E	2025-01-15	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	1													X				

Este certificado se expide el día 2025-02-05 a las 12:02.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-02-11, 15:25:06 AM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS **Número Planilla:** 1070335947

Periodo Cotización: enero de 2025 **Periodo Servicio:** febrero de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8822894571

PAGADO 11/02/2025

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**	UNICO
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	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	SLN	IGE	LMA	VAC-LR	AVP	VCT	IRP	VST	SUS	INC-EG	LNR	LPA	RED	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 Minieducación	Total
[illegible]	[illegible]	01	00	X																					[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Caja	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
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	[illegible]	[illegible]	[illegible]

EBISU
CONSTRUIMOS EQUIDAD, BIENESTAR Y SUEÑOS
NIT 807.008.957-7

SOPORTE DE PAGO DE PLANILLAS DE SEGURIDAD SOCIAL SUBCONTRATISTAS

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
2024-12	2025-01	1176623766	9479966711	E	2025/01/07	2025/01/07	BANCOLOMBIA	0	$3,772,500

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	PT	5070509	BARRIOS MATEOS ROGER SEGUNDO		X																230301	10	$433,334	$69,400	EPS010	10	$433,334	$17,400	CCF04	10	$433,334	$17,400	14-11	10	$433,334	$30,200	10	$0	$0	Si	$134,400
2	CC	1007389394	BELLO RODRIGUEZ NICOLAS ANDREY		X																230201	13	$563,334	$90,200	EPS005	13	$563,334	$22,600	CCF04	13	$563,334	$22,600	14-11	13	$563,334	$39,300	13	$0	$0	Si	$174,700
3	CC	1066880496	CACERES JIMENEZ MARLON ENRIQUE	X	X																230301	9	$390,000	$62,400	EPS041	9	$390,000	$15,600	CCF04	9	$390,000	$15,600	14-11	9	$390,000	$27,200	9	$0	$0	Si	$120,800
4	CC	1111478921	CAÑAVERAL MOSQUERA MANUEL DAVID	X																	230301	16	$693,334	$111,000	EPS002	16	$693,334	$27,800	CCF04	16	$693,334	$27,800	14-11	16	$693,334	$48,300	16	$0	$0	Si	$214,900
5	CC	1007772125	CHACON JALK LUIS ALBERTO		X																230301	10	$433,334	$69,400	EPS037	10	$433,334	$17,400	CCF04	10	$433,334	$17,400	14-11	10	$433,334	$30,200	10	$0	$0	Si	$134,400
6	CC	82363017	COPETE MOSQUERA JAKSON EMILSON		X																25-14	23	$996,667	$159,500	EPS010	23	$996,667	$39,900	CCF04	23	$996,667	$39,900	14-11	23	$996,667	$69,400	23	$0	$0	Si	$308,700
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	1005091028	GONZALEZ CARDONA BANNER ALEXIS	X	X																230301	12	$520,000	$83,200	EPS002	12	$520,000	$20,800	CCF04	12	$520,000	$20,800	14-11	12	$520,000	$36,200	12	$0	$0	Si	$161,000
9	CC	18859252	GUILLIN MONTES HERBIN DE JESUS		X																230201	22	$953,334	$152,600	EPS002	22	$953,334	$38,200	CCF04	22	$953,334	$38,200	14-11	22	$953,334	$66,400	22	$0	$0	Si	$295,400
10	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
11	CC	93379874	MATTA AROCA JOSE FERNANDO	X	X																231001	1	$43,334	$7,000	EPS002	1	$43,334	$1,800	CCF04	1	$43,334	$1,800	14-11	1	$43,334	$3,100	1	$0	$0	Si	$13,700
12	CC	1010760823	MONTENEGRO ARAQUE JHOAN SEBASTIAN																		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
13	CC	1003288860	PEREZ SALCEDO YEFRI JOHAN		X																230201	28	$1,213,334	$194,200	EPS002	28	$1,213,334	$48,600	CCF04	28	$1,213,334	$48,600	14-11	28	$1,213,334	$84,500	28	$0	$0	Si	$375,900
14	CC	1118571853	RODRIGUEZ SOLANO EDISSON JAVIER	X																	230301	16	$693,334	$111,000	EPS002	16	$693,334	$27,800	CCF04	16	$693,334	$27,800	14-11	16	$693,334	$48,300	16	$0	$0	Si	$214,900
15	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
16	CC	93359998	VARGAS VERA YEZID	X	X																230301	1	$43,334	$7,000	EPS037	1	$43,334	$1,800	CCF04	1	$43,334	$1,800	14-11	1	$43,334	$3,100	1	$0	$0	Si	$13,700
Total	**Afiliados(16)**																					$12,176,673	$1,948,900			$12,176,673	$487,700			$12,176,673	$487,700			$12,176,673	$848,200		$0	$0		$3,772,500

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
2024-12	2025-01	1176623766	9479966711	E	2025/01/07	2025/01/07	BANCOLOMBIA	0	$3,772,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				16	$1,948,900	$0	$0	$1,948,900
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	2	$215,000	$0	$0	$215,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$159,500	$0	$0	$159,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	10	$1,137,400	$0	$0	$1,137,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	3	$437,000	$0	$0	$437,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				16	$848,200	$0	$0	$848,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	16	$848,200	$0	$0	$848,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				16	$487,700	$0	$0	$487,700
COMFAMA	CCF04	890,900,841	9	16	$487,700	$0	$0	$487,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				16	$487,700	$0	$0	$487,700
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	3	$109,300	$0	$0	$109,300
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	3	$71,200	$0	$0	$71,200
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$15,600	$0	$0	$15,600
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	7	$217,000	$0	$0	$217,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	2	$74,600	$0	$0	$74,600
TOTAL				**16**	**$3,772,500**	**$0**	**$0**	**$3,772,500**

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	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cr 75 91A 47 BR. Robledo kennedy	MEDELLIN-ANTIOQUIA	7343458	No

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	1203978700	9479094871	I	2025/01/07	2025/01/20	BANCOLOMBIA	13	$491,200

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	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	98652314	PEREZ SALCEDO CARLOS ANDRES																		25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS010	30	$1,300,000	$162,500	CCF04	30	$1,300,000	$26,000	14-11	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0	No	$487,000
Total	**Afiliados(1)**																						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000	$90,500		$0	$0		$487,000

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	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cr 75 91A 47 BR. Robledo kennedy	MEDELLIN-ANTIOQUIA	7343458	No

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	1203978700	9479094871	I	2025/01/07	2025/01/20	BANCOLOMBIA	13	$491,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$1,700	$0	$209,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$208,000	$1,700	$0	$209,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$90,500	$800	$0	$91,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$90,500	$800	$0	$91,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$26,000	$300	$0	$26,300
COMFAMA	CCF04	890,900,841	9	1	$26,000	$300	$0	$26,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$1,400	$0	$163,900
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$162,500	$1,400	$0	$163,900
TOTAL				**1**	**$487,000**	**$4,200**	**$0**	**$491,200**

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
					10	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-01	2024-12	E	07/01/2025	83174348	$1.517.100	

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	57.400	0		0		0	0	0	0	57.400	4
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	1.800	0		0		0	0	0	0	1.800	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	131.600	0		0		0	0	0	0	131.600	2
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	1.800	0		0		0	0	0	0	1.800	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	3.600	0		0		0	0	0	0	3.600	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	7.000	0	0	0	0	0	0		7.000	1
230301	Porvenir	800224808-8	346.400	0	0	0	0	0	0		346.400	5
231001	Colfondos	800227940-6	7.000	0	0	0	0	0	0		7.000	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	423.000	0	0	0	0	0	0		423.000	3

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-25	Riesgos prof Colmena	800226175-3	341.300				341.300	0	0	341.300			3.413	341.300	10

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	196.200	0	0	196.200	10

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
					10	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-01	2024-12	E	07/01/2025	83174348	$1.517.100	

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	5	196.200	196.200
Pensión	4	783.400	783.400
Riesgos Laborales	1	341.300	341.300
CCF	1	196.200	196.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	11	1.517.100	1.517.100

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	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					10	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-01	2024-12	E	07/01/2025	83174348	$1.517.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cdenc. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	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	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
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	43.334	7.000	0	0	0	0	EPS037	43.334	1.800	14-25	43.334	5	3.100	CCF24	43.334	1.800	0	0	0	0	0
4	CC	1081829476	DOMINGUEZ RODRIGUEZ JHON JAIDER	1	0			S	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
5	CC	1081833300	DOMINGUEZ RODRIGUEZ CARLOS DANIEL	1	0			S	X																230201	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
6	CC	1128149744	OSPINO JIMENEZ JORGE ALBERTO	1	0			S	X																231001	43.334	7.000	0	0	0	0	EPS037	43.334	1.800	14-25	43.334	5	3.100	CCF24	43.334	1.800	0	0	0	0	0
7	CC	11319199	ROJAS GUARIN ORLANDO	1	0			S	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
8	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
9	CC	79593271	ROZO RUEDA HUMBERTO	1	0			S																	25-14	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
10	CC	9273005	CARO ROJAS ULISES	1	0			S	X																230301	43.334	7.000	0	0	0	0	EPS005	43.334	1.800	14-25	43.334	5	3.100	CCF24	43.334	1.800	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
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
2024-12	2025-01	1186121426	9480186694	E	2025/01/10	2025/01/10	BANCOLOMBIA	0	$8,041,100

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	1026293855	ANGULO OROBIO JEFFERSON																		25-14	27	$1,170,000	$187,200	EPS002	27	$1,170,000	$46,800	CCF24	27	$1,170,000	$46,800	14-23	27	$1,170,000	$81,500	27	$0	$0	Si	$362,300
2	CC	1026293855	ANGULO OROBIO JEFFERSON										X								25-14	3	$130,000	$15,600	EPS002	3	$130,000	$0	CCF24	3	$130,000	$0	14-23	3	$130,000	$0	3	$0	$0	Si	$15,600
3	CC	1055551295	ANZOLA PEÑA JOSE MIGUEL		X																231001	3	$130,000	$20,800	EPS002	3	$130,000	$5,200	CCF24	3	$130,000	$5,200	14-23	3	$130,000	$9,100	3	$0	$0	Si	$40,300
4	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
5	CC	1000806477	BARRETO JIMENEZ LEIDY KATHERINE																		230301	27	$1,170,000	$187,200	EPS017	27	$1,170,000	$46,800	CCF24	27	$1,170,000	$46,800	14-23	27	$1,170,000	$81,500	27	$0	$0	Si	$362,300
6	CC	1000806477	BARRETO JIMENEZ LEIDY KATHERINE										X								230301	3	$130,000	$15,600	EPS017	3	$130,000	$0	CCF24	3	$130,000	$0	14-23	3	$130,000	$0	3	$0	$0	Si	$15,600
7	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
8	CC	1033709942	CARDOZO GARCIA URIEL FABIAN																		230201	30	$1,300,000	$208,000	EPS010	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	1101879720	CHIQUILLO MONTERROSA URIEL																		231001	21	$910,000	$145,600	EPS017	21	$910,000	$36,400	CCF24	21	$910,000	$36,400	14-23	21	$910,000	$63,400	21	$0	$0	Si	$281,800
10	CC	1101879720	CHIQUILLO MONTERROSA URIEL										X								231001	9	$390,000	$46,800	EPS017	9	$390,000	$0	CCF24	9	$390,000	$0	14-23	9	$390,000	$0	9	$0	$0	Si	$46,800
11	CC	1000722787	CIFUENTES GUTIERREZ IVAN SEBASTIAN																		230301	27	$1,170,000	$187,200	EPS017	27	$1,170,000	$46,800	CCF24	27	$1,170,000	$46,800	14-23	27	$1,170,000	$81,500	27	$0	$0	Si	$362,300
12	CC	1000722787	CIFUENTES GUTIERREZ IVAN SEBASTIAN										X								230301	3	$130,000	$15,600	EPS017	3	$130,000	$0	CCF24	3	$130,000	$0	14-23	3	$130,000	$0	3	$0	$0	Si	$15,600
13	CC	1010029137	CIFUENTES GUTIERREZ JHON MAURICIO																		230201	27	$1,170,000	$187,200	EPS017	27	$1,170,000	$46,800	CCF24	27	$1,170,000	$46,800	14-23	27	$1,170,000	$81,500	27	$0	$0	Si	$362,300
14	CC	1010029137	CIFUENTES GUTIERREZ JHON MAURICIO										X								230201	3	$130,000	$15,600	EPS017	3	$130,000	$0	CCF24	3	$130,000	$0	14-23	3	$130,000	$0	3	$0	$0	Si	$15,600
15	CC	80150047	GARCIA SAAVEDRA ALEXANDER	X																	25-14	17	$736,667	$117,900	EPS037	17	$736,667	$29,500	CCF24	17	$736,667	$29,500	14-23	17	$736,667	$51,300	17	$0	$0	Si	$228,200
16	CC	80150047	GARCIA SAAVEDRA ALEXANDER										X								25-14	3	$130,000	$15,600	EPS037	3	$130,000	$0	CCF24	3	$130,000	$0	14-23	3	$130,000	$0	3	$0	$0	Si	$15,600
17	CC	80721590	GUTIERREZ DIMAS DIEGO FERNANDO		X																230201	7	$303,334	$48,600	EPS017	7	$303,334	$12,200	CCF24	7	$303,334	$12,200	14-23	7	$303,334	$21,200	7	$0	$0	Si	$94,200
18	CC	18410548	HERRERA VALDERRAMA JOSE ISIDRO																			0	$0	$0	EPS005	21	$910,000	$36,400	CCF24	21	$910,000	$36,400	14-23	21	$910,000	$63,400	21	$0	$0	Si	$136,200
19	CC	18410548	HERRERA VALDERRAMA JOSE ISIDRO										X									0	$0	$0	EPS005	9	$390,000	$0	CCF24	9	$390,000	$0	14-23	9	$390,000	$0	9	$0	$0	Si	$0
20	CC	1031130128	JIMENEZ MYCHEL ALEXANDER		X																230301	5	$216,667	$34,700	EPS037	5	$216,667	$8,700	CCF24	5	$216,667	$8,700	14-23	5	$216,667	$15,100	5	$0	$0	Si	$67,200
21	CC	1020715738	LOPEZ SANCHEZ MICHAEL ESTIBEN		X																230301	3	$130,000	$20,800	EPSC34	3	$130,000	$5,200	CCF24	3	$130,000	$5,200	14-23	3	$130,000	$9,100	3	$0	$0	Si	$40,300
22	CC	79518373	MACIAS RUBIO JOSE HELMER																		230301	27	$1,170,000	$187,200	EPS002	27	$1,170,000	$46,800	CCF24	27	$1,170,000	$46,800	14-23	27	$1,170,000	$81,500	27	$0	$0	Si	$362,300
23	CC	79518373	MACIAS RUBIO JOSE HELMER										X								230301	3	$130,000	$15,600	EPS002	3	$130,000	$0	CCF24	3	$130,000	$0	14-23	3	$130,000	$0	3	$0	$0	Si	$15,600
24	CC	1024469602	MEDINA CIFUENTES FERNEY DARIO																		230301	27	$1,170,000	$187,200	EPS017	27	$1,170,000	$46,800	CCF24	27	$1,170,000	$46,800	14-23	27	$1,170,000	$81,500	27	$0	$0	Si	$362,300
25	CC	1024469602	MEDINA CIFUENTES FERNEY DARIO										X								230301	3	$130,000	$15,600	EPS017	3	$130,000	$0	CCF24	3	$130,000	$0	14-23	3	$130,000	$0	3	$0	$0	Si	$15,600
26	CC	1016096281	OLIVERA MARTIN CRISTIAN MATEO																		230301	27	$1,170,000	$187,200	EPS005	27	$1,170,000	$46,800	CCF24	27	$1,170,000	$46,800	14-23	27	$1,170,000	$81,500	27	$0	$0	Si	$362,300
27	CC	1016096281	OLIVERA MARTIN CRISTIAN MATEO										X								230301	3	$130,000	$15,600	EPS005	3	$130,000	$0	CCF24	3	$130,000	$0	14-23	3	$130,000	$0	3	$0	$0	Si	$15,600

Planilla Resumen

28	CC	1032481868	OSSA SUAREZ HEYNNER SEBASTIAN																		230301	27	$1,170,000	$187,200	EPS002	27	$1,170,000	$46,800	CCF24	27	$1,170,000	$46,800	14-23	27	$1,170,000	$81,500	27	$0	$0	Si	$362,300
29	CC	1032481868	OSSA SUAREZ HEYNNER SEBASTIAN										X								230301	3	$130,000	$15,600	EPS002	3	$130,000	$0	CCF24	3	$130,000	$0	14-23	3	$130,000	$0	3	$0	$0	Si	$15,600
30	CC	1024524913	OSTOS ABELLO GUSTAVO ADOLFO																		230301	27	$1,170,000	$187,200	EPSC34	27	$1,170,000	$46,800	CCF24	27	$1,170,000	$46,800	14-23	27	$1,170,000	$81,500	27	$0	$0	Si	$362,300
31	CC	1024524913	OSTOS ABELLO GUSTAVO ADOLFO										X								230301	3	$130,000	$15,600	EPSC34	3	$130,000	$0	CCF24	3	$130,000	$0	14-23	3	$130,000	$0	3	$0	$0	Si	$15,600
32	CC	79887483	PEDRAZA RODRIGUEZ JHON FREDY										X								231001	1	$43,334	$5,300	EPS010	1	$43,334	$0	CCF24	1	$43,333	$0	14-23	1	$43,334	$0	1	$0	$0	Si	$5,300
33	CC	79887483	PEDRAZA RODRIGUEZ JHON FREDY																		231001	26	$1,126,667	$180,300	EPS010	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
34	CC	79887483	PEDRAZA RODRIGUEZ JHON FREDY										X								231001	3	$130,000	$15,600	EPS010	3	$130,000	$0	CCF24	3	$130,000	$0	14-23	3	$130,000	$0	3	$0	$0	Si	$15,600
35	CC	79780385	PEDRAZA RODRIGUEZ LUIS ALEJANDRO										X								25-14	1	$43,334	$5,300	EPS002	1	$43,334	$0	CCF24	1	$43,333	$0	14-23	1	$43,334	$0	1	$0	$0	Si	$5,300
36	CC	79780385	PEDRAZA RODRIGUEZ LUIS ALEJANDRO																		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
37	CC	79780385	PEDRAZA RODRIGUEZ LUIS ALEJANDRO										X								25-14	3	$130,000	$15,600	EPS002	3	$130,000	$0	CCF24	3	$130,000	$0	14-23	3	$130,000	$0	3	$0	$0	Si	$15,600
38	CC	91514912	QUIROGA DEIBY JULIAN	X																	230201	16	$693,334	$111,000	EPS002	16	$693,334	$27,800	CCF24	16	$693,334	$27,800	14-23	16	$693,334	$48,300	16	$0	$0	Si	$214,900
39	CC	91514912	QUIROGA DEIBY JULIAN										X								230201	3	$130,000	$15,600	EPS002	3	$130,000	$0	CCF24	3	$130,000	$0	14-23	3	$130,000	$0	3	$0	$0	Si	$15,600
40	CC	1001286573	SALAMANCA TOVAR ESTEBAN FELIPE																		230301	27	$1,170,000	$187,200	EPS017	27	$1,170,000	$46,800	CCF24	27	$1,170,000	$46,800	14-23	27	$1,170,000	$81,500	27	$0	$0	Si	$362,300
41	CC	1001286573	SALAMANCA TOVAR ESTEBAN FELIPE										X								230301	3	$130,000	$15,600	EPS017	3	$130,000	$0	CCF24	3	$130,000	$0	14-23	3	$130,000	$0	3	$0	$0	Si	$15,600
42	CC	1000579738	SALAMANCA TOVAR JAROL DAVID																		25-14	27	$1,170,000	$187,200	EPSC34	27	$1,170,000	$46,800	CCF24	27	$1,170,000	$46,800	14-23	27	$1,170,000	$81,500	27	$0	$0	Si	$362,300
43	CC	1000579738	SALAMANCA TOVAR JAROL DAVID										X								25-14	3	$130,000	$15,600	EPSC34	3	$130,000	$0	CCF24	3	$130,000	$0	14-23	3	$130,000	$0	3	$0	$0	Si	$15,600
44	CC	1003777085	SARMIENTO SOTO ANDERSON JULIAN																		230301	27	$1,170,000	$187,200	EPS002	27	$1,170,000	$46,800	CCF24	27	$1,170,000	$46,800	14-23	27	$1,170,000	$81,500	27	$0	$0	Si	$362,300
45	CC	1003777085	SARMIENTO SOTO ANDERSON JULIAN										X								230301	3	$130,000	$15,600	EPS002	3	$130,000	$0	CCF24	3	$130,000	$0	14-23	3	$130,000	$0	3	$0	$0	Si	$15,600
46	CC	1000930664	VEGA SOTO JEFERSON																		230301	27	$1,170,000	$187,200	EPS002	27	$1,170,000	$46,800	CCF24	27	$1,170,000	$46,800	14-23	27	$1,170,000	$81,500	27	$0	$0	Si	$362,300
47	CC	1000930664	VEGA SOTO JEFERSON										X								230301	3	$130,000	$15,600	EPS002	3	$130,000	$0	CCF24	3	$130,000	$0	14-23	3	$130,000	$0	3	$0	$0	Si	$15,600
Total	**Afiliados(26)**																						$27,170,004	$4,240,200			$28,470,004	$1,016,000			$28,470,002	$1,016,000			$28,470,004	$1,768,900		$0	$0		$8,041,100

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
2024-12	2025-01	1186121426	9480186694	E	2025/01/10	2025/01/10	BANCOLOMBIA	0	$8,041,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				25	$4,240,200	$0	$0	$4,240,200
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	3	$414,400	$0	$0	$414,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	4	$740,300	$0	$0	$740,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	13	$2,291,500	$0	$0	$2,291,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	5	$794,000	$0	$0	$794,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				26	$1,768,900	$0	$0	$1,768,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	26	$1,768,900	$0	$0	$1,768,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				26	$1,016,000	$0	$0	$1,016,000
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	26	$1,016,000	$0	$0	$1,016,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 6)				26	$1,016,000	$0	$0	$1,016,000
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	3	$98,800	$0	$0	$98,800
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	2	$97,100	$0	$0	$97,100
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	8	$334,600	$0	$0	$334,600
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	2	$38,200	$0	$0	$38,200
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	9	$364,100	$0	$0	$364,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	2	$83,200	$0	$0	$83,200
TOTAL				**26**	**$8,041,100**	**$0**	**$0**	**$8,041,100**

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	
2024-12	2024-12	I	17/01/2025	83430301	$461.500	

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	162.500	0		0		0	1	200	0	162.700	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	1	200	0	208.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	90.500				90.500	1	100	90.600			905	90.600	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	1	0	0	0
ICBF				
0	1	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	162.700
Pensión	1	208.000	208.200
Riesgos Laborales	1	90.500	90.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	461.000	461.500

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
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.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	17/01/2025	83430301	$461.500	

DETALLE POR COTIZANTE

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

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
2024-12	2025-01	1198394981	9480352378	E	2025/01/15	2025/01/16	BANCOLOMBIA	1	$2,189,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: OBRA (2 Afiliados)																							$7,250,000	$1,148,000			$7,250,000	$278,000			$7,250,000	$278,000			$7,250,000		$483,800		$0	$0		$2,187,800
Centro de Trabajo: OBRA (2 Afiliados)																							$7,250,000	$1,148,000			$7,250,000	$278,000			$7,250,000	$278,000			$7,250,000		$483,800		$0	$0		$2,187,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados)																							$7,250,000	$1,148,000			$7,250,000	$278,000			$7,250,000	$278,000			$7,250,000		$483,800		$0	$0		$2,187,800
1	CC	79746881	LEON JUAN																		23030 1	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								23020 1	4	$300,000	$36,000	EPS017	4	$300,000	$0	CCF21	4	$300,000	$0	14-7	4	$300,000	0.000%	$0	4	$0	$0	Si	$36,000
3	CC	13563241	LOPEZ ALEXANDER																		23020 1	26	$1,950,000	$312,000	EPS017	26	$1,950,000	$78,000	CCF21	26	$1,950,000	$78,000	14-7	26	$1,950,000	6.960%	$135,800	26	$0	$0	Si	$603,800
Total			**Afiliados(2)**																				$7,250,000	$1,148,000			$7,250,000	$278,000			$7,250,000	$278,000			$7,250,000		$483,800		$0	$0		$2,187,800

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
2024-12	2025-01	1198394981	9480352378	E	2025/01/15	2025/01/16	BANCOLOMBIA	1	$2,189,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				2	$1,148,000	$900	$0	$1,148,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$800,000	$600	$0	$800,600
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$348,000	$300	$0	$348,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$483,800	$400	$0	$484,200
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	2	$483,800	$400	$0	$484,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$278,000	$200	$0	$278,200
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	2	$278,000	$200	$0	$278,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				2	$278,000	$300	$0	$278,300
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$78,000	$100	$0	$78,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$200,000	$200	$0	$200,200
TOTAL				2	$2,187,800	$1,800	$0	$2,189,600

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	901254651-3	RECICLAJES MARTHA SAS	CR 69 K NO. 73 - A - 87	5413749	reciclajesmarthasas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					12	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-01	2024-12	E	15/01/2025	83395017	$4.364.200	

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	104.000	0		0		0	0	0	0	104.000	2
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	350.200	0		0		0	0	0	0	350.200	7
EPS010	EPS Sura	800088702-2	52.000	0		0		0	0	0	0	52.000	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	52.000	0		0		0	0	0	0	52.000	1
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	41.600	0		0		0	0	0	0	41.600	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	832.000	0	0	0	0	0	0		832.000	4
230301	Porvenir	800224808-8	624.100	0	0	0	0	0	0		624.100	3
231001	Colfondos	800227940-6	208.100	0	0	0	0	0	0		208.100	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	624.000	0	0	0	0	0	0		624.000	3

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	876.400				876.400	0	0	876.400			8.764	876.400	12

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	599.800	0	0	599.800	12

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	901254651-3	RECICLAJES MARTHA SAS		CR 69 K NO. 73 - A - 87	5413749	reciclajesmarthasas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					12	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-01	2024-12	E	15/01/2025	83395017	$4.364.200	

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	5	599.800	599.800
Pensión	4	2.288.200	2.288.200
Riesgos Laborales	1	876.400	876.400
CCF	1	599.800	599.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	11	4.364.200	4.364.200

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	901254651-3	RECICLAJES MARTHA SAS		CR 69 K NO. 73 - A - 87	5413749	reciclajesmarthasas@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	C – MIPYME			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					12	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-01	2024-12	E	15/01/2025	83395017	$4.364.200	

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	AYP	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	1015409001	MORA LEAL FABIAN ALBERTO	1	0			S																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	5	90.500	CCF24	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
2	CC	1015416463	MORA LEAL JOHN FREDY	1	0			S																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	5	90.500	CCF24	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
3	CC	1015439643	ANDRADE VARGAS LIBARDO ANDRES	1	0			S																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	5	90.500	CCF24	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
4	CC	1041256215	DORIA SÁNCHEZ HENRY	1	0			S		X															230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	5	90.500	CCF24	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
5	CC	3158551	MORA PINZON ALBERTO	1	3			S																		0	0	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	5	90.500	CCF24	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
6	CC	1014292053	FONSECA CARDENAS NATHALIA	1	0			S																	25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	1	6.800	CCF24	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
7	CC	1019072728	HIDALGO ROMERO LINA MARIA	1	0			S																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS017	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	1	6.800	CCF24	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
8	CC	1104378252	PEREZ JEREZ ELVER JOSE	1	0			S																	230301	953.334	152.600	0	0	0	0	EPS008	953.334	38.200	14-11	953.334	5	66.400	CCF24	953.334	38.200	0	0	0	0	0
9	CC	1104378252	PEREZ JEREZ ELVER JOSE	1	0			S									X								230301	346.667	55.500	0	0	0	0	EPS008	346.667	0	14-11	346.667	5	0	CCF24	346.667	0	0	0	0	0	0
10	CC	79762122	LEAL LOPEZ JIMMY ANDRES	1	0			S																	25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS010	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	5	90.500	CCF24	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
11	CC	80144368	RIAÑO MORALES JULIO ANDRES	1	0			S																	231001	1.040.000	166.400	0	0	0	0	EPSC34	1.040.000	41.600	14-11	1.040.000	5	72.400	CCF24	1.040.000	41.600	0	0	0	0	0
12	CC	80144368	RIAÑO MORALES JULIO ANDRES	1	0			S										X							231001	86.667	13.900	0	0	0	0	EPSC34	86.667	0	14-11	86.667	5	0	CCF24	86.667	0	0	0	0	0	0
13	CC	80144368	RIAÑO MORALES JULIO ANDRES	1	0			S										X							231001	86.667	13.900	0	0	0	0	EPSC34	86.667	0	14-11	86.667	5	0	CCF24	86.667	0	0	0	0	0	0
14	CC	80144368	RIAÑO MORALES JULIO ANDRES	1	0			S										X							231001	86.667	13.900	0	0	0	0	EPSC34	86.667	0	14-11	86.667	5	0	CCF24	86.667	0	0	0	0	0	0
15	CC	3169269	RAMIREZ VEGA LUIS ALBERTO	1	0			S																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	5	90.500	CCF24	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
16	CC	19473884	RODRIGUEZ CORTES JOSE AGUSTIN	1	0			S																	25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	5	90.500	CCF24	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0

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 **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 **83409907** 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
14-11	ARL SURA	1	0															0		20	$1.466.667	$102.100	Diciembre - 2024	83409907	16/01/2025	S
14-11	ARL SURA	1	0												X			0		10	$733.334	$0	Diciembre - 2024	83409907	16/01/2025	S
CCF21	Cafam Caja de Compensacion Fliar	1	0															0		20	$1.466.667	$58.700	Diciembre - 2024	83409907	16/01/2025	S
CCF21	Cafam Caja de Compensacion Fliar	1	0												X			0		10	$733.334	$29.400	Diciembre - 2024	83409907	16/01/2025	S
EPS008	Compensar EPS	1	0															0		20	$1.466.667	$58.700	Enero - 2025	83409907	16/01/2025	S
EPS008	Compensar EPS	1	0												X			0		10	$733.334	$29.400	Enero - 2025	83409907	16/01/2025	S
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	1	0															0		20	$1.466.667	$234.700	Diciembre - 2024	83409907	16/01/2025	S
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	1	0												X			0		10	$733.334	$117.400	Diciembre - 2024	83409907	16/01/2025	S

PAGADA

El presente certificado se expide a los 16 días del mes Enero de 2025

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 **FRANKLIN EDUARDO LOZANO SUAREZ**, identificado(a) con **CC** número **1073629425** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **E** número **83409907** 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
14-11	ARL SURA	1	0															0		20	$970.667	$67.600	Diciembre - 2024	83409907	16/01/2025	S
14-11	ARL SURA	1	0												X			0		10	$485.334	$0	Diciembre - 2024	83409907	16/01/2025	S
CCF21	Cafam Caja de Compensacio n Fliar	1	0															0		20	$970.667	$38.900	Diciembre - 2024	83409907	16/01/2025	S
CCF21	Cafam Caja de Compensacio n Fliar	1	0												X			0		10	$485.334	$19.500	Diciembre - 2024	83409907	16/01/2025	S
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1	0															0		20	$970.667	$38.900	Enero - 2025	83409907	16/01/2025	S
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1	0												X			0		10	$485.334	$19.500	Enero - 2025	83409907	16/01/2025	S
230301	Porvenir	1	0															0		20	$970.667	$155.400	Diciembre - 2024	83409907	16/01/2025	S
230301	Porvenir	1	0												X			0		10	$485.334	$77.700	Diciembre - 2024	83409907	16/01/2025	S

PAGADA

El presente certificado se expide a los 16 días del mes Enero de 2025

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 **83409907** 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
14-11	ARL SURA	1	0															0		20	$1.466.667	$102.100	Diciembre - 2024	83409907	16/01/2025	S
14-11	ARL SURA	1	0												X			0		10	$733.334	$0	Diciembre - 2024	83409907	16/01/2025	S
CCF21	Cafam Caja de Compensacion Fliar	1	0															0		20	$1.466.667	$58.700	Diciembre - 2024	83409907	16/01/2025	S
CCF21	Cafam Caja de Compensacion Fliar	1	0												X			0		10	$733.334	$29.400	Diciembre - 2024	83409907	16/01/2025	S
EPS037	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	1	0															0		20	$1.466.667	$58.700	Enero - 2025	83409907	16/01/2025	S
EPS037	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	1	0												X			0		10	$733.334	$29.400	Enero - 2025	83409907	16/01/2025	S
230301	Porvenir	1	0															0		20	$1.466.667	$234.700	Diciembre - 2024	83409907	16/01/2025	S
230301	Porvenir	1	0												X			0		10	$733.334	$117.400	Diciembre - 2024	83409907	16/01/2025	S

El presente certificado se expide a los 16 días del mes Enero de 2025

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 830072874	1	COMPAÑIA DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA PRIVADA SIMON BOLIVAR LTDA.	A - 200 O MAS COTIZANTES	SEG 3	CLL 62#21-20	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7032433	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2025-01	1207660152	9480418936	E	2025/01/20	2025/01/20	BANCO CAJA SOCIAL	0	$7,909,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: SEG 3 (12 Afiliados)																							$19,768,957	$3,163,300			$19,768,957	$789,100			$19,768,957	$789,100			$19,768,957		$858,500		$0	$0		$5,600,000
Centro de Trabajo: SEGMETACIONT (12 Afiliados)																							$19,768,957	$3,163,300			$19,768,957	$789,100			$19,768,957	$789,100			$19,768,957		$858,500		$0	$0		$5,600,000
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (12 Afiliados)																							$19,768,957	$3,163,300			$19,768,957	$789,100			$19,768,957	$789,100			$19,768,957		$858,500		$0	$0		$5,600,000
1	CC	1050279475	ARROYO LUIS									X									23030 1	30	$1,647,413	$263,600	ESSC07	30	$1,647,413	$65,900	CCF21	30	$1,647,413	$65,900	14-29	30	$1,647,413	4.350%	$71,700	30	$0	$0	Si	$467,100
2	CC	19418535	BELTRAN JULIO									X									23030 1	30	$1,647,413	$263,600	EPS037	30	$1,647,413	$65,900	CCF21	30	$1,647,413	$65,900	14-29	30	$1,647,413	4.350%	$71,700	30	$0	$0	Si	$467,100
3	CC	1082802025	CAPERA ZICDNEY									X									23030 1	30	$1,647,413	$263,600	EPS005	30	$1,647,413	$65,900	CCF21	30	$1,647,413	$65,900	14-29	30	$1,647,413	4.350%	$71,700	30	$0	$0	Si	$467,100
4	CC	63392366	CASTELLANOS SOCORRO									X									25-14	30	$1,647,413	$263,600	EPS005	30	$1,647,413	$65,900	CCF21	30	$1,647,413	$65,900	14-29	30	$1,647,413	4.350%	$71,700	30	$0	$0	Si	$467,100
5	CC	52747647	MAHECHA CARMEN										X								23030 1	1	$43,334	$7,000	EPS005	1	$43,334	$0	CCF21	1	$43,334	$0	14-29	1	$43,334	0.000%	$0	1	$0	$0	Si	$7,000
6	CC	52747647	MAHECHA CARMEN									X									23030 1	29	$1,604,080	$256,700	EPS005	29	$1,604,080	$64,200	CCF21	29	$1,604,080	$64,200	14-29	29	$1,604,080	4.350%	$69,800	29	$0	$0	Si	$454,900
7	CC	1052963360	OLIVEROS JAIDER									X									23030 1	30	$1,647,413	$263,600	EPS002	30	$1,647,413	$65,900	CCF21	30	$1,647,413	$65,900	14-29	30	$1,647,413	4.350%	$71,700	30	$0	$0	Si	$467,100
8	CC	1033742651	PALOMO CRISTIAN									X									23020 1	30	$1,647,413	$263,600	EPS002	30	$1,647,413	$65,900	CCF21	30	$1,647,413	$65,900	14-29	30	$1,647,413	4.350%	$71,700	30	$0	$0	Si	$467,100
9	CC	1010228088	PEREZ FRANKLIN									X									23030 1	30	$1,647,413	$263,600	EPS005	30	$1,647,413	$65,900	CCF21	30	$1,647,413	$65,900	14-29	30	$1,647,413	4.350%	$71,700	30	$0	$0	Si	$467,100
10	CC	79924688	SANTAMARIA JOSE									X									23100 1	30	$1,647,413	$263,600	EPS002	30	$1,647,413	$65,900	CCF21	30	$1,647,413	$65,900	14-29	30	$1,647,413	4.350%	$71,700	30	$0	$0	Si	$467,100
11	CC	1031149763	SIERRA MARIA									X									23030 1	30	$1,647,413	$263,600	EPS002	30	$1,647,413	$65,900	CCF21	30	$1,647,413	$65,900	14-29	30	$1,647,413	4.350%	$71,700	30	$0	$0	Si	$467,100
12	CC	80220121	SILVA DIEGO									X									23020 1	30	$1,647,413	$263,600	EPS008	30	$1,647,413	$65,900	CCF21	30	$1,647,413	$65,900	14-29	30	$1,647,413	4.350%	$71,700	30	$0	$0	Si	$467,100
13	CC	13791028	TELLEZ ROSENDO									X									25-14	30	$1,647,413	$263,600	EPS037	30	$1,647,413	$65,900	CCF21	30	$1,647,413	$65,900	14-29	30	$1,647,413	4.350%	$71,700	30	$0	$0	Si	$467,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: CALERA (7 Afiliados)																							$6,674,829	$1,068,300			$8,322,242	$329,600			$8,531,686	$338,000			$8,322,242		$573,500		$0	$0		$2,309,400
Centro de Trabajo: LA CALERA (7 Afiliados)																							$6,674,829	$1,068,300			$8,322,242	$329,600			$8,531,686	$338,000			$8,322,242		$573,500		$0	$0		$2,309,400
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (7 Afiliados)																							$6,674,829	$1,068,300			$8,322,242	$329,600			$8,531,686	$338,000			$8,322,242		$573,500		$0	$0		$2,309,400
14	CC	91209953	BAUTISTA LAURENTINO									X										0	$0	$0	EPS037	30	$1,647,413	$65,900	CCF21	30	$1,647,413	$65,900	14-29	30	$1,647,413	6.960%	$114,700	30	$0	$0	Si	$246,500
15	CC	1033814115	BECERRA MIGUEL	X																	23030 1	19	$823,334	$131,800	EPS002	19	$823,334	$33,000	CCF21	19	$823,334	$33,000	14-29	19	$823,334	6.960%	$57,400	19	$0	$0	Si	$255,200
16	PT	6653515	CAMARGO JOSE	X																	23030 1	12	$520,000	$83,200	EPS002	12	$520,000	$20,800	CCF21	12	$520,000	$20,800	14-29	12	$520,000	6.960%	$36,200	12	$0	$0	Si	$161,000
17	CC	79499041	CASALLAS JUAN	X																	25-14	17	$736,667	$117,900	EPS002	17	$736,667	$29,500	CCF21	17	$736,667	$29,500	14-29	17	$736,667	6.960%	$51,300	17	$0	$0	Si	$228,200
18	CC	1001401275	DIAZ YOMAR										X								23020 1	1	$43,334	$7,000	EPS005	1	$43,334	$0	CCF21	1	$43,334	$0	14-29	1	$43,334	0.000%	$0	1	$0	$0	Si	$7,000
19	CC	1001401275	DIAZ YOMAR										X								23020 1	1	$43,334	$7,000	EPS005	1	$43,334	$0	CCF21	1	$43,334	$0	14-29	1	$43,334	0.000%	$0	1	$0	$0	Si	$7,000
20	CC	1001401275	DIAZ YOMAR																		23020 1	28	$1,213,334	$194,200	EPS005	28	$1,213,334	$48,600	CCF21	28	$1,213,334	$48,600	14-29	28	$1,213,334	6.960%	$84,500	28	$0	$0	Si	$375,900
21	CC	1000617548	FLOREZ DIEGO		X							X								X	23030 1	30	$1,647,413	$263,600	EPS008	30	$1,647,413	$65,900	CCF21	30	$1,856,857	$74,300	14-29	30	$1,647,413	6.960%	$114,700	30	$0	$0	Si	$518,500
22	CC	3274270	RAMOS PEDRO									X									23030 1	30	$1,647,413	$263,600	EPS037	30	$1,647,413	$65,900	CCF21	30	$1,647,413	$65,900	14-29	30	$1,647,413	6.960%	$114,700	30	$0	$0	Si	$510,100
Total			**Afiliados(19)**																				$26,443,786	$4,231,600			$28,091,199	$1,118,700			$28,300,643	$1,127,100			$28,091,199		$1,432,000		$0	$0		$7,909,400

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 830072874	1	COMPAÑIA DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA PRIVADA SIMON BOLIVAR LTDA.	A - 200 O MAS COTIZANTES	SEG 3	CLL 62#21-20	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7032433	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2025-01	1207660152	9480418936	E	2025/01/20	2025/01/20	BANCO CAJA SOCIAL	0	$7,909,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				18	$4,231,600	$0	$0	$4,231,600
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$263,600	$0	$0	$263,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	3	$645,100	$0	$0	$645,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	11	$2,587,500	$0	$0	$2,587,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	3	$735,400	$0	$0	$735,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				19	$1,432,000	$0	$0	$1,432,000
LA EQUIDAD SEGUROS	14-29	830,008,686	1	19	$1,432,000	$0	$0	$1,432,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				19	$1,127,100	$0	$0	$1,127,100
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	19	$1,127,100	$0	$0	$1,127,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				19	$1,118,700	$0	$0	$1,118,700
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	2	$131,800	$0	$0	$131,800
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	1	$65,900	$0	$0	$65,900
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	4	$263,600	$0	$0	$263,600
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	7	$346,900	$0	$0	$346,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	5	$310,500	$0	$0	$310,500
TOTAL				**19**	**$7,909,400**	**$0**	**$0**	**$7,909,400**

Certificado de Aportes

Se certifica que EUROLIFT SAS identificado(a) con NI 900013681 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para ALEX BELEÑO MENDIVIL identificado(a) con CC 1143339519

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%	$65,800
9478942922	1130438035	E	2024-12-16	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	30									X									16%	$263,000
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									4.35%	$71,500
9478942922	1130438035	E	2024-12-16	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	30									X									4%	$65,800

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 YEIMI LORENA RODRIGUEZ NEISA identificado(a) con CC 1032474803

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		
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	EPS	EPS010	EPS SURA (ANTES SUSALUD)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-01	28									X									4%	$75,600
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	EPS	EPS010	EPS SURA (ANTES SUSALUD)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-01	1													L					4%	$2,700
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	EPS	EPS010	EPS SURA (ANTES SUSALUD)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-01	1													L					4%	$2,700
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	28									X									16%	$302,400
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	1													L					16%	$10,800
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	1													L					16%	$10,800
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2024-12	28									X										$0
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2024-12	1													L						$0
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2024-12	1													L						$0
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2024-12	28									X										$0
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2024-12	1													L						$0
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2024-12	1													L						$0
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2024-12	28									X									0%	$0
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2024-12	1													L					0%	$0
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2024-12	1													L					0%	$0
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2024-12	28									X									0%	$0
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2024-12	1													L					0%	$0
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2024-12	1													L					0%	$0
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	ARL	14-4	COLPATRIA ARP	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	28									X									6.96%	$131,600
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	ARL	14-4	COLPATRIA ARP	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	1													L					0%	$0

Certificado de Aportes

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		
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	ARL	14-4	COLPATRIA ARP	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	1													L					0%	$0
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	28									X									4%	$75,600
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	1													L					0%	$0
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	1													L					0%	$0

Este certificado se expide el día 2025-01-21 a las 02:58.

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	
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-01	30																	4%	$81,400
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	30																	16%	$325,600
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	AFP	25-14	COLPENSIONES	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2024-12	30																		$0
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	AFP	25-14	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2024-12	30																		$0
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2024-12	30																	0%	$0
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2024-12	30																	0%	$0
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	ARL	14-4	COLPATRIA ARP	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	30																	6.96%	$141,700
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	30																	4%	$81,400

Este certificado se expide el día 2025-01-21 a las 02:55.

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	
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-01	30																	4%	$81,400
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	30																	16%	$325,600
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	AFP	25-14	COLPENSIONES	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2024-12	30																		$0
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	AFP	25-14	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2024-12	30																		$0
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2024-12	30																	0%	$0
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2024-12	30																	0%	$0
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	ARL	14-4	COLPATRIA ARP	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	30																	6.96%	$141,700
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	30																	4%	$81,400

Este certificado se expide el día 2025-01-21 a las 02:55.

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	
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	EPS	EPS017	FAMISANAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-01	30																	4%	$54,000
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	30																	16%	$216,000
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2024-12	30																		$0
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2024-12	30																		$0
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2024-12	30																	0%	$0
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2024-12	30																	0%	$0
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	ARL	14-4	COLPATRIA ARP	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	30																	6.96%	$94,000
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	30																	4%	$54,000

Este certificado se expide el día 2025-01-21 a las 02:55.

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	
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-01	30																	4%	$121,500
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	30																	16%	$486,000
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2024-12	30																		$0
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2024-12	30																		$0
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2024-12	30																	0%	$0
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2024-12	30																	0%	$0
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	ARL	14-4	COLPATRIA ARP	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	30																	6.96%	$211,400
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	30																	4%	$121,500

Este certificado se expide el día 2025-01-21 a las 02:56.

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	
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	EPS	EPS017	FAMISANAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-01	30																	4%	$77,800
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	30																	16%	$310,900
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2024-12	30																		$0
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2024-12	30																		$0
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2024-12	30																	0%	$0
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2024-12	30																	0%	$0
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	ARL	14-4	COLPATRIA ARP	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	30																	6.96%	$135,300
9480558095	1210300999	E	2025-01-21	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	30																	4%	$77,800

Este certificado se expide el día 2025-01-21 a las 02:58.

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 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
2025-01	2025-01	1195652565	9480327125	Y	2025/02/18	2025/01/15	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,416,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: TARIFA RIESGO V (12 Afiliados)						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$20,347,000	$1,416,200		$0	$0
Centro de Trabajo: RIESGO 5 (12 Afiliados)						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$20,347,000	$1,416,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (12 Afiliados)						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$20,347,000	$1,416,200		$0	$0
1	CC	1000806477	BARRETO LEIDY		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-23	30	$1,423,500	$99,100	0	$0	$0
2	CC	72019828	CASADIEGO ROMAN		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-23	30	$2,000,000	$139,200	0	$0	$0
3	CC	79818672	CRIALES OMAR		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-23	30	$1,500,000	$104,400	0	$0	$0
4	CC	1030651432	CUBILLOS BRAYAN		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-23	30	$1,500,000	$104,400	0	$0	$0
5	CC	1030587111	CUBILLOS JONNY		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-23	30	$1,500,000	$104,400	0	$0	$0
6	CC	19453221	GUERRERO ALEJANDRO		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-23	30	$1,500,000	$104,400	0	$0	$0
7	CC	80212272	JULIO JOSE		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-23	30	$2,000,000	$139,200	0	$0	$0
8	CC	1072744987	MORENO MANUEL		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-23	30	$2,000,000	$139,200	0	$0	$0
9	CC	79521836	PORTILLA CARLOS		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-23	30	$2,000,000	$139,200	0	$0	$0
10	CC	79473319	QUINTERO JOSE		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-23	30	$1,423,500	$99,100	0	$0	$0
11	CC	79370477	RUIZ OSCAR		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-23	30	$1,500,000	$104,400	0	$0	$0
12	CC	79789594	VARGAS OSCAR		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-23	30	$2,000,000	$139,200	0	$0	$0
Total			**Afiliados(12)**			$0	$0			$0	$0			$0	$0			$20,347,000	$1,416,200		$0	$0

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 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
2025-01	2025-01	1195652565	9480327125	Y	2025/02/18	2025/01/15	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,416,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				12	$1,416,200	$0	$0	$1,416,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	12	$1,416,200	$0	$0	$1,416,200
TOTAL				12	$1,416,200	$0	$0	$1,416,200

Resumen de Pago por Administradora

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
2024-12	2024-12	1193174540	9479340742	I	2025/01/13	2025/01/14	BANCO DAVIVIENDA	1	$570,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$320,000	$300	$0	$320,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$320,000	$300	$0	$320,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$250,000	$200	$0	$250,200
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$250,000	$200	$0	$250,200
TOTAL				1	$570,000	$500	$0	$570,500

Resumen de Pago por Administradora

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
2024-12	2024-12	1193506926	9479772910	I	2025/01/24	2025/01/14	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

2025/01/14 02:33 PM

Resumen de Pago por Administradora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80212272		JULIO JIMENEZ JOSE ALEJANDRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 92SUR N. 2-34	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
2024-12	2024-12	1193489932	9479575343	I	2025/01/20	2025/01/14	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

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-01-27, 12:04:25 PM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 75691224

Periodo Cotización: diciembre de 2024 **Periodo Servicio:** enero de 2025

PAGADO 27/01/2025

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 1016119141	ALBERT JONATHAN MORENO ALDANA	01	00	X																0	21	21	21	21	(230201) PROTECCION	$ 910.000	$ 145.600	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 910.000	$ 36.400	6,960	$ 910.000	$ 63.400	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 910.000	$ 36.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 281.800
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																	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
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
PT 1720693	AMILCAR JOSE MICHE CORTABARRIA	01	00		X															0	3	3	3	3	(230301) PORVENIR	$ 130.000	$ 20.800	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 130.000	$ 5.200	6,960	$ 130.000	$ 9.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 130.000	$ 5.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 40.300
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
$ 7.540.000	$ 7.540.000	$ 7.540.000	$ 7.540.000	$ 1.206.400	$ 301.600	$ 525.000	$ 301.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.334.600	$ 4.600	$ 2.339.200

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.

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	901574058-8	DSM INSTALL SAS	CLL151 111A 26 CA 76	3049616	infodsm4@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					11	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-01	2024-12	E	20/01/2025	83371693	$4.171.700	

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	104.100	0		0		0	4	300	0	104.400	2
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	104.000	0		0		0	4	300	0	104.300	2
EPS010	EPS Sura	800088702-2	52.000	0		0		0	4	200	0	52.200	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	208.100	0		0		0	4	600	0	208.700	4
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	52.000	0		0		0	4	200	0	52.200	1
ESSC24	EPS-S Coosalud	900226715-3	52.000	0		0		0	4	200	0	52.200	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	4	600	0	208.600	1
230301	Porvenir	800224808-8	832.000	0	0	0	0	4	2.100	0	834.100	4
231001	Colfondos	800227940-6	832.200	0	0	0	0	4	2.100	0	834.300	4
25-14	Colpensiones	900336004-7	416.000	0	0	0	0	4	1.100	0	417.100	2

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	863.700				863.700	4	2.200	865.900			8.637	865.900	11

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF07	Comfamiliar Atlantico	890101994-9	78.200	4	200	78.400	2
CCF21	Cafam	860013570-3	358.400	4	900	359.300	9

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	901574058-8	DSM INSTALL SAS		CLL151 111A 26 CA 76	3049616	infodsm4@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					11	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-01	2024-12	E	20/01/2025	83371693	$4.171.700	

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	6	572.200	574.000
Pensión	4	2.288.200	2.294.100
Riesgos Laborales	1	863.700	865.900
CCF	2	436.600	437.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	13	4.160.700	4.171.700

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	901574058-8	DSM INSTALL SAS		CLL151 111A 26 CA 76	3049616	infodsm4@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	C – MIPYME			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					11	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-01	2024-12	E	20/01/2025	83371693	$4.171.700	

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	1000589323	SEPULVEDA AYALA DUVAN CAMILO	1	0			S	X																230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS017	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	5	90.500	CCF21	1.805.700	54.200	0	0	0	0	0
2	CC	1019002509	OSORIO OSORIO DIANA LUCIA	1	0			S																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	5	90.500	CCF21	1.300.000	39.000	0	0	0	0	0
3	CC	1047461723	ESTRADA ACOSTA ESNEIDER SAMITH	1	0			S																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS017	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	5	90.500	CCF07	1.300.000	39.000	0	0	0	0	0
4	CC	78688157	TORDECILLA OSORIO JORGE ENRIQUE	1	0			S																	25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS017	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	5	90.500	CCF21	1.300.000	39.000	0	0	0	0	0
5	CC	80762707	GARZON BARBOSA CARLOS JULIO	1	0			S																	25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	5	90.500	CCF21	1.300.000	39.000	0	0	0	0	0
6	CC	80815017	OSORIO OSORIO DIEGO ALDEMAR	1	0			S																	231001	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS010	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	5	90.500	CCF21	1.300.000	39.000	0	0	0	0	0
7	PT	927036	HERNANDEZ RONALD RENE	1	0			S																	230301	1.170.000	187.200	0	0	0	0	EPS002	1.170.000	46.800	14-11	1.170.000	5	81.500	CCF21	1.170.000	35.100	0	0	0	0	0
8	PT	927036	HERNANDEZ RONALD RENE	1	0			S											X						230301	130.000	20.800	0	0	0	0	EPS002	130.000	5.200	14-11	130.000	5	0	CCF21	130.000	0	0	0	0	0	0
9	CC	73186510	SEGOVIA OSPINA CARLOS ALBERTO	1	0			S																	231001	1.170.000	187.200	0	0	0	0	EPS017	1.170.000	46.800	14-11	1.170.000	5	81.500	CCF21	1.170.000	35.100	0	0	0	0	0
10	CC	73186510	SEGOVIA OSPINA CARLOS ALBERTO	1	0			S											X						231001	86.667	13.900	0	0	0	0	EPS017	86.667	3.500	14-11	86.667	5	0	CCF21	86.667	0	0	0	0	0	0
11	CC	73186510	SEGOVIA OSPINA CARLOS ALBERTO	1	0			S											X						231001	43.334	7.000	0	0	0	0	EPS017	43.334	1.800	14-11	43.334	5	0	CCF21	43.334	0	0	0	0	0	0
12	CC	1002199662	SANTIAGO LUNA JAIDER LUIS	1	0			S																	231001	866.667	138.700	0	0	0	0	EPS002	866.667	34.700	14-11	866.667	5	60.400	CCF07	866.667	26.100	0	0	0	0	0
13	CC	1002199662	SANTIAGO LUNA JAIDER LUIS	1	0			S													X				231001	433.334	69.400	0	0	0	0	EPS002	433.334	17.400	14-11	433.334	5	0	CCF07	433.334	13.100	0	0	0	0	0
14	CC	80172635	MURCIA CASTAÑEDA GERMAN DARIO	1	0			S																	231001	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPSC34	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	1	6.800	CCF21	1.300.000	39.000	0	0	0	0	0
15	CC	6597821	ESTUPIÑAN MORENO OSCAR	1	0			S																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	ESSC24	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	5	90.500	CCF21	1.300.000	39.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	820003639-4	INVERSIONES & CONSTRUCCIONES ESPECIALES	CARRERA 73 A No. 3-22	3183514704	inconstruespeciales@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
					8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-01	2024-12	E	10/01/2025	83275018	$2.079.700	

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	55.500	0		0		0	0	0	0	55.500	2
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	177.300	0		0		0	0	0	0	177.300	3
EPS010	EPS Sura	800088702-2	60.000	0		0		0	0	0	0	60.000	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	19.100	0		0		0	0	0	0	19.100	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	34.700	0	0	0	0	0	0		34.700	2
230301	Porvenir	800224808-8	76.300	0	0	0	0	0	0		76.300	2
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.136.100	0	0	0	0	0	0		1.136.100	4

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	268.800				268.800	0	0	268.800			2.688	268.800	8

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	251.900	0	0	251.900	8

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	4	311.900	311.900
Pensión	3	1.247.100	1.247.100
Riesgos Laborales	1	268.800	268.800
CCF	1	251.900	251.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	9	2.079.700	2.079.700

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	820003639-4	INVERSIONES & CONSTRUCCIONES ESPECIALES SAS		CARRERA 73 A No. 3-22	3183514704	inconstruespeciales@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.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	**FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)**	**TIPO PLANILLA**	**FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)**	**NÚMERO PLANILLA**	**CANTIDAD**	
					EMPLEADOS	**UPC**
					8	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2025-01	2024-12	E	10/01/2025	83275018	$2.079.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	**Tipo**	**No. de Identificación**	**Apellidos y Nombres**	**Cotizante**	**Subtipo**	**Extranjero**	**Colom. exterior**	**Estudiante**	**ING**	**RET**	**TDE**	**TAE**	**TDP**	**TAP**	**VSP**	**VST**	**SLN**	**IGE**	**LMA**	**VAC**	**AVP**	**VCT**	**IRL**	**CORRECCIÓN**	**Cód. AFP**	**IBC AFP**	**Cotización**	**Voluntario Afiliado**	**Voluntario Aportante**	**Fondo pensional de solidaridad**	**Fondo pensional de subsistencia**	**Cód. EPS**	**IBC EPS**	**Cotización / Valor UPC**	**Cód. ARL**	**IBC ARL**	**Clase de Riesgo**	**Cotización**	**Código CCF**	**IBC CCF**	**Aporte CCF**	**IBC otros parafiscales**	**Aporte SENA**	**Aporte ICBF**	**Aporte ESAP**	**Aporte MEN**
1	CC	1010177705	CUBILLOS PINZON CARLOS JULIO	1	0			S																	25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	5	90.500	CCF24	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
2	CC	1018447354	LEIVA RAGUA ANDRES CAMILO	1	0			S		X															230301	346.667	55.500	0	0	0	0	EPS017	346.667	13.900	14-11	346.667	5	24.200	CCF24	346.667	13.900	0	0	0	0	0
3	CC	1022322715	MASMELA MOYA JOHN ALEXANDER	1	0			S																	25-14	563.334	90.200	0	0	0	0	EPS005	563.334	22.600	14-11	563.334	5	39.300	CCF24	563.334	22.600	0	0	0	0	0
4	CC	1022322715	MASMELA MOYA JOHN ALEXANDER	1	0			S													X				25-14	736.667	117.900	0	0	0	0	EPS005	736.667	29.500	14-11	736.667	5	0	CCF24	736.667	29.500	0	0	0	0	0
5	CC	75093914	GRANADA JIMENEZ ANGEL FERNANDO	1	0			S		X															230201	130.000	20.800	0	0	0	0	EPS017	130.000	5.200	14-11	130.000	5	9.100	CCF24	130.000	5.200	0	0	0	0	0
6	CC	75095190	BERNAL RIOS CESAR AUGUSTO	1	0			S		X															230301	130.000	20.800	0	0	0	0	EPS005	130.000	5.200	14-11	130.000	5	9.100	CCF24	130.000	5.200	0	0	0	0	0
7	CC	79827629	MASMELA MOYA MIGUEL ANGEL	1	0			S																	25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	5	90.500	CCF24	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
8	CC	79827629	MASMELA MOYA MIGUEL ANGEL	1	0			S													X				25-14	1.700.000	272.000	0	0	0	0	EPS005	1.700.000	68.000	14-11	1.700.000	5	0	CCF24	1.700.000	68.000	0	0	0	0	0
9	CC	80796746	CARO SANCHEZ EDISON EDUARDO	1	0			S		X															230201	86.667	13.900	0	0	0	0	EPS002	86.667	3.500	14-11	86.667	5	6.100	CCF24	86.667	3.500	0	0	0	0	0
10	CC	80801383	RIVERA BAUTISTA JHON MARIO	1	0			S											X						25-14	1.500.000	240.000	0	0	0	0	EPS010	1.500.000	60.000	14-11	1.500.000	5	0	CCF24	1.500.000	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	820003639-4	INVERSIONES & CONSTRUCCIONES ESPECIALES SAS	CARRERA 73 A No. 3-22	3183514704	inconstruespeciales@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	obras cortas	010	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-01	2024-12	E	13/01/2025	83311152	$436.600	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	56.400	0		0		0	0	0	0	56.400	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	225.600	0	0	0	0	0	0		225.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	98.200				98.200	0	0	98.200			982	98.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	56.400	0	0	56.400	1

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	56.400	56.400
Pensión	1	225.600	225.600
Riesgos Laborales	1	98.200	98.200
CCF	1	56.400	56.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	436.600	436.600

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
NI	820003639-4	INVERSIONES & CONSTRUCCIONES ESPECIALES SAS	CARRERA 73 A No. 3-22	3183514704	inconstruespeciales@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	obras cortas	010	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-01	2024-12	E	13/01/2025	83311152	$436.600	

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	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	79723703	JIMENEZ MUÑOZ NELSON ENRIQUE	1	0			S																	25-14	1.410.000	225.600	0	0	0	0	EPS017	1.410.000	56.400	14-11	1.410.000	5	98.200	CCF24	1.410.000	56.400	0	0	0	0	0

PAGADA

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

EBISU

CONSTRUIMOS EQUIDAD, BIENESTAR Y SUEÑOS

NIT 807.008.957-7

DOCUMENTOS DE EGRESO DEL PERSONAL

ESTRUCTURAS OBRAS CIVILES & ASESORIAS

CAP

Nit. 98652314-1

Bogotá, D.C 18 de 1 del 2025

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

Asunto: **PAZ Y SALVO**

Respetados Señores.

Por medio de la presente yo Sebastian Montenegro, identificado con cédula de ciudadanía número 1010760823 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 _____ a los ____ días del mes _____ del año _____.

Firma: sebastian M
Nombre: sebastian
Cargo: Aludante
C. C. 1010760823

Powered by CamScanner

Nit: 98652314-1

Bogotá, D.C 2 de 1 del 2025

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

Asunto: **PAZ Y SALVO**

Respetados Señores.

Por medio de la presente yo Nicolas Bello, identificado con cédula de ciudadanía número 1004389394 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 a los 2 días del mes enero del año 2025.

Firma:
Nombre: Nicolas Bello
Cargo: Soldador
C. C. 1004389394

Powered by CamScanner

NIt 98652314-1

Bogotá, D.C 15 de 01 del 2025

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

Asunto: **PAZ Y SALVO**

Respetados Señores.

Por medio de la presente yo Hernando Erazo Zuñiga, identificado con cédula de ciudadanía número 79.223347 de Soacha, 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 15 días del mes 01 del año 2025.

Firma:
Nombre: Hernando Erazo
Cargo: Soldador
C. C. 79223347

Powered by CamScanner

[redacted]

Nit: 98652314-1

Bogotá, D.C 2 de 1 del 2025

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

Asunto: **PAZ Y SALVO**

Respetados Señores.

Por medio de la presente yo Carlos Mario Hurtado, identificado con cédula de ciudadanía número 18.855.975 de San Vicente, 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 Articulo 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 2 días del mes Enero del año 2025.

Firma:
Nombre: Carlos Mario Hurtado
Cargo: Soldador
C. C. 18855975

Powered by CamScanner

Bogotá, D.C 18 de 1 del 2025

Señores:
CARLOS ANDRES PEREZ SALCEDO (CAP)
Ciudad.

Asunto: **PAZ Y SALVO**

Respetados Señores.

Por medio de la presente yo Cesar Jesus Herrera Dela, identificado con cédula de ciudadanía número 2464149 de P.P.T 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 18 días del mes Enero del año 2025.

Firma:
Nombre: Cesar Herrera
Cargo: Ayudante
C. C. 2464149 P.P.T

Powered by CamScanner

Bogotá, D C 2 de 1 del 2025

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

Asunto: **PAZ Y SALVO**

Respetados Señores.

Por medio de la presente yo Bayron Gonzalez, identificado con cédula de ciudadanía número 1005.091.028 de 1005.091.028 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 2 días del mes Enero del año 2025.

Firma:
Nombre: Bayron
Cargo: Soldador
C C 1005.091.028

Powered by CamScanner

CERTIFICACIÓN DE PAZ Y SALVO

Yo **JOHANS DE JESUS SEGUNDO BORJA ANDRADE** identificado con CC. No. **11802823**, 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.



JOHANS DE JESUS SEGUNDO BORJA ANDRADE
CC. No. 11802823

CERTIFICACIÓN DE PAZ Y SALVO

Yo **BENJAMIN ANTOLINEZ QUINTERO** identificado con C.C. No. **1129593**, 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 24 de Diciembre del 2024.

El presente certificado se expide por solicitud del interesado a los veintiséis (26) días del mes de Diciembre del año 2024.

Cordialmente.

BENJAMIN ANTOLINEZ QUINTERO
C.C. No. 1129593

CERTIFICACIÓN DE PAZ Y SALVO

Yo **DINNO JHON MENDOZA** identificado con PT. No. **1097775**, 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 finalizo 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.

DINNO JHON MENDOZA
PT. No. 1097775

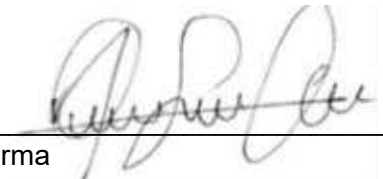
CERTIFICACION DE PAZ Y SALVO

Referencia: **Contrato No. 2220555 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**

Asunto: Paz y salvo

Yo OSCAR ARTURO SANABRIA GALINDO identificado con CC número 80.035.331, certifico que EBISU S.A.S. EMPRESA DE SERVICIOS Y SUMINISTROS identificada con Nit. 807.008.957-7, y el proyecto de referencia se encuentra a Paz y Salvo por todo concepto, El presente certificado se expide por solicitud del interesado a los VEINTISIETE (27) días del mes de enero de 2025.

Cordialmente.



Firma
Nombre Oscar Arturo Sanabria.
C.C. 80.035.331
CEL. 3176915519

CERTIFICACIÓN DE PAZ Y SALVO

Yo **IRINA LUZ ALTAMIRANDA GUERRA** identificado con CC. No. **50989201**, 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 04 de Diciembre del 2024.

El presente certificado se expide por solicitud del interesado a los cuatro (04) días del mes de Diciembre del año 2024.

Cordialmente.

Irina Altamiranda.

IRINA LUZ ALTAMIRANDA GUERRA
CC. No. 50989201

Bogota, 19 de 12 de 2024

YO Michael Estiben Lopez Sanchez
CON CC 1020715738

CERTIFICA

Que la empresa, **OSSA ARQUITECTURA Y CONSTRUCCION SAS** se encuentra a paz y salvo con mi persona, la empresa antes mensionada cumplio con sus pagos de nómina correspondientes por mi trabajo realizado en la obra **MEGA COLEGIO BOITA.** Estos pagos corresponden a trabajos realizados en 2024.

Se firma en Bogota, a los Diecinueve (19) días de Diciembre de dos mil veinticuatro (2024).

Cordialmente:

NOMBRE Michael Lopez
cc 1020715738

Powered by 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.meneZ, identificado con cédula de ciudadanía número 1066880496 de valledupar, 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

EUROLIFT S.A.S
NIT. 900.013.681-7

Bogotá, 31 de enero de 2025

PAZ Y SALVO

Yo **GABRIEL DAVID PEÑA BETANCOURT,** identificado con cedula de ciudadanía **No. 1.073.629.571**, certifico que la compañía **EUROLIFT SAS** con **Nit. 900.013.681-7**, se encuentra a paz y salvo conmigo por todo concepto incluido pago de salarios, prestaciones sociales, seguridad social y demás cargos derivados al contrato laboral.

Así mismo, también declaro que mi contrato laboral se encuentra vigente con la compañía.

Se firma la presente a solicitud del proyecto **COLEGIO BOITA** en **BOGOTA, CUNDINAMARCA**, a los treinta y un (31) días del mes de enero (01) del año dos mil veinticinco (2025).

Atentamente,

GABRIEL DAVID PEÑA BETANCOURT
C.C. 1.073.629.571

Anillos de Seguridad Ltda.

NIT: 830.109.368-6
Resolución Súper vigilancia No. 20184100045207

PAZ Y SALVO

YO, Carlos David Prieto Rodriguez identificado con cedula de ciudadanía No. 1003505380 de Cachipay, hago constar que la empresa anillos de seguridad Ltda, para la cual laboro, me ha cancelado hasta la fecha todas y cada una de mis acreencias laborales como lo son : sueldo, prestaciones sociales y demás a todo lo que tengo derecho por ley. Por lo tanto me permito declarar que dicha empresa se encuentra a **PAZ Y SALVO** por todo concepto.

La presente constancia se expide a los (19) del mes de DIC (21) en Bogolá D.C, y se firma sin ninguna presión o coacción de parte alguna.

Cordialmente.

NOMBRE

Carlos David Prieto Rodriguez

FIRMA

C.c. No. 1003505380

Anillos de Seguridad Ltda.

NIT: 830.109.368-6
Resolución Súper vigilancia No. 20184100065207

PAZ Y SALVO

YO, José Javier Camargo Ventura, identificado con cedula de ciudadanía No. 6653515 de Vergara, hago constar que la empresa anillos de seguridad Ltda, para la cual labore, me ha cancelado hasta la fecha todas y cada una de mis acreencias laborales como lo son : sueldo, prestaciones sociales y demás a todo lo que tengo derecho por ley. Por lo tanto me permito declarar que dicha empresa se encuentra a **PAZ Y SALVO** por todo concepto.

La presente constancia se expide a los (16) del mes de OCT (24) en Bogotá D.C. y se firma sin ninguna presión o coacción de parte alguna.

Cordialmente.

NOMBRE

José Javier Camargo

FIRMA

C.c. No. 6653515

Anillos de Seguridad Ltda.

NIT: 830.109.368-6
Resolución Súper vigilancia No. 20184100065207

PAZ Y SALVO

YO, David Alexander Alvarez Gualtero identificado con cedula de ciudadanía No. 1005824808 de Purificación., hago constar que la empresa anillos de seguridad Ltda, para la cual labore, me ha cancelado hasta la fecha todas y cada una de mis acreencias laborales como lo son : sueldo, prestaciones sociales y demás a todo lo que tengo derecho por ley. Por lo tanto me permito declarar que dicha empresa se encuentra a **PAZ Y SALVO** por todo concepto.

La presente constancia se expide a los (16) del mes de Dic (21) en Bogolá D.C. y se firma sin ninguna presión o cuacción de parte alguna.

Cordialmente.

NOMBRE

David Alexander Alvarez Gualtero

FIRMA David Alvarez Gualtero

C.c. No. 1005824808

ALDABA

SEGURIDAD PRIVADA

PAZ Y SALVO

YO, Jorge Enrique Beltran identificado con cedula de ciudadanía No. 4050 605 de Gambita., hago constar que la empresa ALDABA SEGURIDAD PRIVADA LTDA con NIT No.830.109.368-6 para la cual labore, me ha cancelado hasta la fecha todas y cada una de mis acreencias laborales como lo son: Sueldo, prestaciones sociales y demás a todo lo que tengo derecho por ley. Por lo tanto, me permito declarar que dicha empresa se encuentra a **PAZ Y SALVO POR** todo concepto.

La presente constancia se expide a los (19) del mes de DIC (11) en Bogotá D.C, y se firma sin ninguna presión o coacción de parte alguna.

Cordialmente,

NOMBRE: Jorge Enrique Beltran

CEDULA: 4050605

ALDABA
SEGURIDAD PRIVADA

PAZ Y SALVO

YO, John Alexander Rodriguez Torres identificado con cedula de ciudadanía No. 80.200.731 de Bogotá, hago constar que la empresa ALDABA SEGURIDAD PRIVADA LTDA con NIT No.830.109.368-6 para la cual labore, me ha cancelado hasta la fecha todas y cada una de mis acreencias laborales como lo son: Sueldo, prestaciones sociales y demás a todo lo que tengo derecho por ley. Por lo tanto, me permito declarar que dicha empresa se encuentra a **PAZ Y SALVO POR** todo concepto.

La presente constancia se expide a los (16) del mes de DIC (21) en Bogotá D.C, y se firma sin ninguna presión o coacción de parte alguna.

Cordialmente,

NOMBRE: John A Rodriguez

CEDULA: 80200731

EBISU

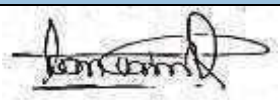
CONSTRUIMOS EQUIDAD, BIENESTAR Y SUEÑOS

NIT 807.008.957-7

ACTA DE REUNIÓN COPASST

No. DEACTA: 36

Fecha de reunión:16 de Enero de 2025	**Lugar:** Bogotá
Responsable de lareunión: Paula Osorio	**Cargo:** Inspector HSEQ
Asuntode la reunión: Reunión mensual COPAST	
Objetivode la reunión: Reunión ordinaria del COPASST.	

PARTICIPANTES			
Empresa	**Nombre**	**Cargo**	**Firma**
EBISU	**CESAR IVAN CARREÑO**	**Principal del empleador**	
EBISU	**PAULA OSORIO**	**Presidente**	
EBISU	**JHONZAMORA**	**Invitado**	

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	Plan de mejores estándares mínimos 2024	Inspectores SST	Todo el mes	Cumplido

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			Mes 31			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	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		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		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		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		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		R	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																	
24	Prevencion de enfermedades de la piel	Inspector SST	Todos los trabajadores																									P	E		
25	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											

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			Mes 31			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	P	E	R	
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	Uso correcto de elementos de proteccion personal	Inspector SST	Todos los trabajadores																									P	E		
3	Capacitacion que es un equipo de proteccion contra caidas y como funciona	Inspector SST	Todos los trabajadores																									P	E		
4	Seguridad en trabajos con andamios	Inspector SST	Todos los trabajadores																									P	E		
5	Cpacitación colores de seguridad (señalización)	Inspector SST	Todos los trabajadores				P	E																							
6	Capacitación trabajo en alturas	Inspector SST	Todos los trabajadores	P	E																										
7	Capacitación trabjao en Caliente (riesgo mecanico)	Inspector SST	Todos los trabajadores							P	E																				
8	Capacitación etiquetado y almcenamiento de productos químicos	InspectorSST,Ingeniero ambiental	Todos los trabajadores				P	E																							
9	Capacitación medidas pasivas de protección y medidas activas de protección	Inspector SST	Todos los trabajadores				P	E																							
10	Capacitación Riesgo Electrico	Inspector SST	Todos los trabajadores																			P	E								
11	Que es Caja de Compensación Familiar																														
12	Capacitación identificacion de peligros en sitios de trabajo	Inspector SST	Todos los trabajadores										P	E																	
13	Cpacitacuión como reportar un accidente y documentarlo	Inspector SST	Todos los trabajadores										P	E																	
14	Capacitación que es el COPASST	Inspector SST	Todos los trabajadores										P	E																	
15	Capacitación que es un peligro	Inspector SST	Todos los trabajadores							P	E																				
16	Resposabulidad social en obras	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			Mes 31			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	P	E	R	
17	Capacitación que es un Riesgo	Director HSEQ, Inspector SST	Todos los trabajadores							P	E																				
18	Capacitación Riesgo Electrico	Director HSEQ, Inspector SST	Todos los trabajadores	P	E																										
19	Divulgación de politica HSEQ	Inspector SST	Todos los trabajadores												P	E															
20	Capacitación diferencia entre accidente e incidente laboral	Inspector SST	Todos los trabajadores							P	E																				
21	Capacitaión que es ARL	Director HSEQ, Inspector SST	Todos los trabajadores				P	E																							
22	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 15 MES 01 AÑO 2023
FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO		Cual?		REALIZADO EN:
CHARLA DE SEGURIDAD PREOPERACIONAL CAPACITACIÓN	X			Proyecto Boito
CONFERENCIA - VIDEO-TALLER				INTENSIDAD HORARIA
BOLETINES- FOLLETOS-CARTILLAS				15 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: Que es un equipo protección contra caidas

REALIZADA POR: JHON ROMERO CARGO O EMPRESA: Inspector SST

RELACION DE ASISTENCIA

Nº	PARTICIPANTE	EMPRESA	DOCUMENTO	FIRMA
1	Irina Hamirenda	Ebisu	50989201	Irina A.
2	[illegible]	EBISU	1003045086	
3	AGUSTO SANCHEZ	EBISO	5122996	
4	Ryan Mendoza	EBISU	1097715	
5	Leidy Caicedo	EBISU	1044914028	Leidy C.
6	[illegible]	Ebisu	1003656243	
7	Eliezer Osorio	EBISU	1063164092	
8	Rafael [illegible]	EBISU	1127394477	
9	Hector Felipe Rodriguez R	1216976666	1216976666	
10	Jose Alfredo Alvarado	Ebisu	1001045254	
11	ARLIS MELISSA TORRES	EBISU	79824546	
	Santiago Torres	EBISU	1000128491	Santiago Torres
13	Benjamin Antolinez Quintero	EBISU	1129393	
14	Hernan Vanegas	EBISU	87572106	
15	Jose HERRERA	EBISU	1001974134	Josell
16	Alexander Lopez	EBISU	1556324	
17				
18				
19				
20				
21				
22				

FIRMA DE QUIEN DIRIGIO 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 21 MES 01 AÑO 2025
FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO		Cual? Uso Correcto de EPP'S		REALIZADO EN: Colegio Boita
CHARLA DE SEGURIDAD PREOPERACIONAL/ CAPACITACION	X			INTENSIDAD HORARIA: 20 Minutos
CONFERENCIA - VIDEO-TALLER				MATERIAL ENTREGADO
BOLETINES- FOLLETOS-CARTILLAS				
GIMNASIA LABORAL(PAUSAS ACTIVAS)				
REUNIÓN				

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

TEMA: Uso correcto de epp's

REALIZADA POR: Angie Parra M CARGO O EMPRESA: EBISU SAS

RELACIÓN DE ASISTENCIA

Nº	PARTICIPANTE	EMPRESA	DOCUMENTO	FIRMA
1	Gladys Felipe Rodriguez	EBISU	1169766610	
2	Yaruin Yanor Olaya	EBISU	87946129	
3	LUIS ALFONSO YAGUE	EBISU	1.077 937 441	
4	Jonathan Monte Lopez	EBISU	1023893213	
5	Eliezer Osorio	EBISU	1063764092	
6	Andres de la Hoz	EBISU	1102896774	
7	Hernan Yanguatia	EBISU	87372106	
8	Edy Alexis Lopez	EBISU	1003656443	
9	Leido Caicedo Julio	EBISU	1044914028	
10	Dina Miranda	EBISU	50989201	
11	Luis Mendoza	EBISU	1097775	
12	Jose Herrera	EBISU	1001971134	
13	Santiago Torres	EBISU	1000128401	
14	German Antolinez Pinedo	EBISU	7729593	
15	Hernan Pamplona	EBISU	70466659	
16	Alexander Lopez	EBISU	13563241	
17	Frank Alejandro Acosta	EBISU	1001045759	
18				
19				
20				
21				
22				

FIRMA DE QUIEN DIRIGIÓ LA ACTIVIDAD

Este documento impreso se considera copia no controlada

EBISU

REGISTRO ASISTENCIA

Código: F-SST
Versión 01
Fecha 15/03/2023

ACTIVIDAD		TEMA	
INDUCCION		CURA	
FORMACION Y ENTRENAMIENTO		Cual?	
CHARLA DE SEGURIDAD PREOPERACIONAL	X		
CONFERENCIA - VIDEO-TALLER			
BOLETINES- FOLLETOS-CARTILLAS			
[illegible] LABORAL/PAUSAS			
[illegible]CION			

FECHA: DIA 23 MES 01 AÑO 2023

REALIZADO EN: Coloyro Boita

INTENSIDAD HORARIA: 20 minutos.

MATERIAL ENTREGADO: Andamio Multidireccional.

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

TEMA: Construccion correcta de andamios, Que es y para que sirve, Que es una inspeccion de andamios y los tipos de andamios que existen.

REALIZADA POR: JHON ZAMORA CARGO O EMPRESA: INSpector SST

RELACIÓN DE ASISTENCIA

N°	PARTICIPANTE	EMPRESA	DOCUMENTO	FIRMA
1	[illegible] ALEXANDER YAGUE	EBISU	1.022.937.991	
2	David Santiago Torres	EBISU	1000128491	Santiago Torres
3	Sebastian Aguilera G	EBISO	1073893213	
4	Rafael G. Rincon R.	EBISU	1123394477	
5	Eliezer Ospino	EBISU	1063764092	
6	Yeyk Alejandro Arevalo	EBISU	1000175254	
7	Jesus Caicedo	EBISU	1044914028	Jesus C.
8	Enderson de la Hoz	EBISU	1102896714	Enderson
9	JOSE HERRERA	EBISU	1001274734	Joseth
10	Hernan Pamplona	EBISU	7041666659	Hernan PC.
11	EDILBERTO AMADO	EBISU	803.622.362	
12	Andres felipe R	EBISU	1216976666	
13	FAUSTO SANCHEZ	EBISU	5122994	
14	Irina A Maldonado Guerra	EBISU	50989201	Irina A.
15	Alexander Lopez	EBISU	13563241	
16	[illegible]	EBISU	[illegible]	
17	Dagoberto Hernandez Gutierrez	EBISU	7729593	
18	[illegible] Di Benio Conde	EBISU	1005045086	
19	Pablo Alvarez Guerrero	EBISU	1022352554.	

FIRMA DE QUIEN DIRIGIO LA ACTIVIDAD: Jhon Zamora

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

ACTIVIDAD		TEMA		FECHA
INDUCCIÓN		OTRA		DIA 22 MES 01 AÑO 2025
FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO		Cual?		REALIZADO EN:
CHARLA DE SEGURIDAD PREOPERACIONAL/ CAPACITACIÓN	X			Colegio Bolivia
CONFERENCIA - VIDEO-TALLER				INTENSIDAD HORARIA
BOLETINES- FOLLETOS-CARTILLAS				20 minutos
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: Prevención en enfermedades de la piel

REALIZADA POR: Angie Parra CARGO O EMPRESA: Insp SST

RELACIÓN DE ASISTENCIA

Nº	PARTICIPANTE	EMPRESA	DOCUMENTO	FIRMA
1	Alexander Lopez	EBISU	1356820	
2	Benjamin Antolinez	EBISU	1129593	
3	Dino Madera	EBISU	1097775	
4	Yuly Rojas	EBISU	1003656443	
5	Barbara Torres	EBISU	1000128491	
6	Wilson Alexander Vargas	EBISU	1022937991	
7	Jonathan Mauricio Cortez	EBISU	1027893213	
8	Elezer Osorio	EBISU	1063264092	
9	Hernan Pamplona	EBISU	70466659	Hernan PC.
10	Jorge Alvaro Acosta	EBISU	1010145289	
11	Andres Felipe R	EBISU	1121976666	
12	Leidy Caicedo	EBISU	1044914078	
13	Pablo Alvarez Guerrero	EBISU	1022352559	
14	Irina Altamiranda	EBISU	50989201	Irina A.
15	Hernan Yangcatipa	EBISU	87572106	
16	Endrina de la Hoz	EBISU	1102896714	Endrina
17	Jose Herrera	EBISU	1012974139	José H.
18	Jose D Soto	EBISU	1003045086	
19				
20				
21				
22				

FIRMA DE QUIEN DIRIGIÓ LA ACTIVIDAD

Este documento impreso se considera copia no controlada

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		OTRA		DIA 28 MES 1 AÑO 2025
FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO		Cuál?		REALIZADO EN
CHARLA DE SEGURIDAD/PREOPERACIONAL	✓			Taller
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: Prevencion Cuidado de la piel

REALIZADA POR: Gian Fernandez CARGO O EMPRESA: Co P CAP

RELACIÓN DE ASISTENCIA

Nº	NOMBRES COMPLETOS	CARGO	DOCUMENTO	FIRMA
1	Jeiri Johan Perez Salcedo	1003222316	1003222316	Jeiri Perez
2	Hendrick Javier Acosta Cuesta	1065835105	Axiliante	Hendrick
3	Carlos Perez	98691314	98691314	
4	Manuel Carrascal	Axiliante	11478422	
5	[illegible] Chacon	Soldador	1003732125	
6	Edgardo [illegible]	ayudante	1043667669	
7	Enrico Michel	Soldador	21.067904	
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

FIRMA DE QUIEN DIRIGIÓ LA ACTIVIDAD: Gian

Powered by CamScanner

	REGISTRO ASISTENCIA	CODIGO: SST-CAP-003
		FECHA: 20/02/2023
		VERSION: 01

ACTIVIDAD		TEMA		FECHA
INDUCCIÓN		OTRA		DIA 23 MES 1 AÑO 2025
FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO		CUAL?		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: Seguridad en trabajo en andamios

REALIZADA POR: Gian Fernandez CARGO O EMPRESA: CAP

RELACIÓN DE ASISTENCIA

Nº	NOMBRES COMPLETOS	CARGO	DOCUMENTO	FIRMA
1	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
2	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
3	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
4	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
5	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
6	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
7	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

FIRMA DE QUIEN DIRIGIÓ LA ACTIVIDAD

Powered by CamScanner

CAP	REGISTRO ASISTENCIA	CODIGO: SST-CAP-003 FECHA: 26/07/2023 VERSION: 01

ACTIVIDAD		TEMA		FECHA
INDUCCION		OTRA		DIA 28 MES 1 AÑO 2025
FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO		Cual?		REALIZADA EN
CHARLA DE SEGURIDAD PRE-OPERACIONAL	✓			Torres
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: uso correcto de EPP'S y Como es un Equipo de Protección contra caídas?

REALIZADA POR: Cesar Fernandez CARGO O EMPRESA: CAP

RELACIÓN DE ASISTENCIA

Nº	NOMBRES COMPLETOS	CARGO	DOCUMENTO	FIRMA
1	Jefri Johan Ruiz Collado	Soldador	1003822[illegible]	
2	Heiber Javier Vargas Huerta	Ayudante	1[illegible]5735	
3	Carlos Pena	Jefe	78.012.[illegible]	
4	[illegible]	Ayudante	1[illegible]	
5	Yuris Chacon	Soldador	1003[illegible]	
6	Edgardo Zambrano R	Ayudante	1043[illegible]	
7	Andres Mieles	Soldador	1.[illegible]	
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

FIRMA DE QUIEN DIRIGIÓ LA ACTIVIDAD

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

ACTIVIDAD		TEMA	FECHA
INDUCCIÓN		OTRA:	DIA 28 MES 01 AÑO 2025
FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO		CUAL?	REALIZADO EN:
CHARLA DE SEGURIDAD/PRE-OPERACIONAL	X		Tanque B
CONFERENCIA - VIDEO-TALLER			INTENSIDAD HORARIA
BOLETINES- FOLLETOS-CARTILLAS			
CAMINATA 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: Inducción acto inseguro manual Canavaral

REALIZADA POR: Oscar Fernandez CARGO O EMPRESA: CAP

RELACIÓN DE ASISTENCIA

Nº	NOMBRES COMPLETOS	CARGO	DOCUMENTO	FIRMA
1	Perez Salcedo, Jeir Johan	Soldador	1002278246	Jeir Perez
2	Hendrick Javier Valbuena	Ayudante	1068805135	Hendrick
3	Carlo Perez	Jefe	78652314	
4	Manuel Coronel H.	Ayudante	1114892	
5	Luis Chacon	Soldador	1007772125	
6	Eduardo Zambrano	Mecanico	1043669669	
7	Yunikar Mick	Soldador	21.260904	
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

FIRMA DE QUIEN DIRIGIÓ LA ACTIVIDAD

Powered by CamScanner

	REGISTRO DE ASISTENCIA	CODIGO: RGT-OSSA-002
		FECHA: 13/01/2025
		VERSION: 01

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

ACTIVIDAD		TEMA	FECHA
INDUCCIÓN		Cuál? Uso correcto de EPP'S.	DIA 13 MES 01 AÑO 2025
REINDUCCIÓN			INTENSIDAD HORARIA: 1 hora
CAPACITACIÓN	X		PROYECTO: Proyecto Boita
CHARLA DE SEGURIDAD/PREOPERACIONAL			RESPONSABLE: Katherine Barreto
PAUSAS ACTIVAS	X		CARGO: Inspector SST
REUNIÓN			
OTRA ¿Cuál?			

RELACIÓN DE ASISTENCIA

Nº	NOMBRES COMPLETOS	CARGO	DOCUMENTO	FIRMA
1	Jorol David salamanca	Aux	1000579738	
2	YIMER AMACHO VELANDIA	CORTADOR	1033729293	YIMER AMACHO
3	Jose Isidro Herrera		18410548	Jose Isidro H
4	Cristian Mateo Olivera Martin	AUX	1.016.016.781	
5	Yuber Chiquillo	Oficial	1101879720	
6	Helmer Macias	Pulidor	79518373	Helmer
7	ALEXANDER GARCÍA	PULIDOR	80150047	ALEXANDER
8	gustavo Ostos	oficial	1024524913	
9	Jefferson Angelo	Oficial	1026093955	
10	Jhon Hernandez	Oficial	1010028157	Jhon Hernandez
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

FIRMA DE QUIEN DIRIGIÓ LA ACTIVIDAD

Powered by CamScanner

	REGISTRO DE ASISTENCIA	CODIGO: RGT-OSSA-002
		FECHA: 13/01/2025
		VERSION: 01

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

ACTIVIDAD		TEMA	FECHA
INDUCCIÓN		Cual? Prevencion enfermedades de la piel. Que es una EPCC	DIA 23 MES 01 AÑO 2025
REINDUCCIÓN			INTENSIDAD HORARIA:
CAPACITACIÓN	X		PROYECTO: Colegio Barta
CHARLA DE SEGURIDAD PREOPERACIONAL			RESPONSABLE: Katherine Barrieto
PAUSAS ACTIVAS	X		CARGO: Inspector SST
REUNIÓN			
OTRA ¿Cual?			

RELACIÓN DE ASISTENCIA

Nº	NOMBRES COMPLETOS	CARGO	DOCUMENTO	FIRMA
1	Jefferson Angelo	DRIVAL	1006703855	JEFFERSON
2	CLEMER CAMACHO	CORTADOR	1.033729293	CLEMER CAMACHO
3	Jose Isidro Herrera V		18410548	Jose Isidro
4	Jhon Cifuentes	oficial	1010029137	Jhon Cifuentes
5	Ivan Cifuentes	Oficial	1000727781	Ivan Cifuentes
6	Fermen cifuentes	Aseo	1020466621	
7	Helmer Macias	Pulidor	74518373	Helmer
8	Alexander Garcia	Pulidor	80150047	Alexander
9	Uriel Miguel	oficios	1101879720	Uriel
10	Gustavo Ospino	oficial	1024524913	
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				

FIRMA DE QUIEN DIRIGIÓ LA ACTIVIDAD

Powered by CamScanner

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

FECHA DE INDUCCIÓN:	29/01/2025		
NOMBRE DEL TRABAJADOR:	Diego Javier vega		
CARGO	ayudante	CEDULA	1005363676

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.

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
c. 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
d. 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
e. 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
d. 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

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	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		X
• No usar los elementos de protección personal es un acto seguro.	X		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	✓

15/18

Firma del evaluado:	Firma del evaluador:
Nombre: Diego Javier Vega	Nombre: JHON ZAMORA
Cargo: ayudante	Cargo: Inspector SST

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

OSHA

FECHA DE INDUCCIÓN: 27 ENE 2025
NOMBRE DEL TRABAJADOR: [illegible] CEDULA 1001 227 380
CARGO Aux

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.

Santiago

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
   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.
   e. 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
   c. 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
    c. ARL SURA
    d. Ninguna de las anteriores. AXA colpatria

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

    a. La responsabilidad la tiene el trabajador accidentado.
    b. 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

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: Santiago	Firma del evaluador:
Nombre: Darlon santiago Urrutia	Nombre: Hugo Jaime M
Cargo: 1006 223 520	Cargo: Insp SST

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

CR.

FECHA DE INDUCCIÓN 2025.07.10
NOMBRE DEL TRABAJADOR Angel Michel
CARGO Soldador CEDULA 1120693

1. **Bienvenida.**

EBISU S A S le da la bienvenida como nuevo empleado y desea el mejor desempeño en el puesto de trabajo. A continuación 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	Vision		
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.

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
   c. 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. X Al Inspector SST
   d. 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
   e. Todos los anteriores

6. ¿Un accidente de trabajo es?

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

7. ¿cuáles son las políticas de la empresa?

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

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: AMILCAR MICHE	Nombre: Angie Jano M
Cargo: SOLDADOR	Cargo: Insp SST

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

Inverco

FECHA DE INDUCCIÓN:	22-01-2025		
NOMBRE DEL TRABAJADOR:	NELSON JIMENEZ NIÑO		
CARGO	OFICIAL	**CEDULA**	7972370

1. **Bienvenida.**

EBISU S.A.S. le da la bienvenida como nuevo empleado y desea el mejor desempeño en el puesto de trabajo. A continuación 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.

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
   e. 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.
   e. 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
   c. 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
    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.
    b. 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

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: NELSON JIMENEZ MUÑOZ	Nombre: Angie Lorena M
Cargo: OFICIAL	Cargo: Insp SST

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

Ingreso

FECHA DE INDUCCIÓN:	22-01-2025		
NOMBRE DEL TRABAJADOR:	Carlos Guillen Pinzón		
CARGO	Oficial Encargado	CEDULA	1010177705

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 especifica que consten por escrito, puede acarrear la terminación del contrato de trabajo por justa causa.

Carlos Guillen

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
   c. 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
   d. 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
   e. 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
   d. 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
   e. 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.
   e. 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
   c. 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
    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.
    b. 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

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:**
Carlos Cubillos	
Nombre: Carlos Cubillos pinzon	Nombre: Jorge Olivos
Cargo: oficial Encargado	Cargo: Irsp SST

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

EBISU

FECHA DE INDUCCIÓN: 21/enero/2025
NOMBRE DEL TRABAJADOR: pablo antonio alvarez guerrero
CARGO Maestro de obra | CEDULA 1022352554

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.

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 politicas de la empresa?

a. Politica integral de calidad, salud en el trabajo, seguridad, ambiente y responsabilidad social
b. Politica de comunidades y responsabilidad social empresarial
c. Politica de no alcohol, tabaquismo y drogas
d. Politica 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
c. ARL SURA
X 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.	✓	
• 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:	**Firma del evaluador:**
Nombre: Pablo Alvarez Gomez	Nombre: JHON CUYDU
Cargo: Maestro - de obra	Cargo: INSPECTOR SST

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

cap.

FECHA DE INDUCCIÓN: 19/01/25
NOMBRE DEL TRABAJADOR: Edgardo José Zambrano Vélez
CARGO: Pfuntor | CEDULA: 1043663669

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.

FIRMA DEL EMPLEADO

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

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
   c. 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
   d. 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
   e. 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
   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
   e. 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.
   e. 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
   c. 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
    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.
    b. 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.	✓	
• 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		✓

17/18

Firma del evaluado:	**Firma del evaluador:**
Nombre: Eduardo Zambrano Alfaro.	Nombre: Jhon Ramora
Cargo: Pintor	Cargo: Inspector SST

OSSA

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

FECHA DE INDUCCIÓN: 1-ab-2025 cap.
NOMBRE DEL TRABAJADOR: [illegible] CEDULA [illegible]
CARGO [illegible]

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.

FIRMA DEL EMPLEADO

OSSA

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
   e. 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.
   e. 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
   c. 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
    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.
    b. 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.	✓	
• 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.		X
• 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.		X
• No usar los elementos de protección personal es un acto seguro.		X
• 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		X

Firma del evaluado:	**Firma del evaluador:**
Nombre: HENRY ALEXIS VALERA	Nombre: Angie Lang M
Cargo: AYUDANTE	Cargo: Insp SST

OSSA

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

FECHA DE INDUCCIÓN: 16/01/2025
NOMBRE DEL TRABAJADOR: Diego Jesus Mora Tovar
CARGO: Ayudante de obra 3 CEDULA: 1033220628

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 especifica que consten por escrito, puede acarrear la terminación del contrato de trabajo por justa causa.

Diego M.
FIRMA DEL EMPLEADO

EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN

1. Nombre dos valores corporativos

•
•

2. Unir con una linea 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
   c. 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
   d. 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
   e. 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
   d. a y c Son correctos
   e. Es un milagro de Dios

7 ¿cuáles son las politicas de la empresa?

a. Politica integral de calidad, salud en el trabajo, seguridad, ambiente y responsabilidad social
b. Politica de comunidades y responsabilidad social empresarial
c. Politica de no alcohol, tabaquismo y drogas
d. Politica de seguridad Vial y levantamiento mecánico de cargas
e. 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.
e. 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
c. 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
c. ARL SURA
d. Ninguna de las anteriores. AYXA.

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

a. La responsabilidad la tiene el trabajador accidentado.
b. 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

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.		X
• 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.		X
• No usar los elementos de protección personal es un acto seguro.		X
• 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		X

19
19

Firma del evaluado:	Firma del evaluador:
Diego M	
Nombre: Diego Jesús Mejía Tovar	Nombre:
Cargo: Ayudante de obra	Cargo: Practicante SST

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

CAP.

FECHA DE INDUCCIÓN: 10/01/2025
NOMBRE DEL TRABAJADOR: Luis Alberto Chacon
CARGO Soldador CEDULA 1003777125

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.

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
   c. 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
   d. 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
   e. 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
   d. 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
e. 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.
e. 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
c. 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
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.
b. 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	/	
• 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		/

19/19

Firma del evaluado:	Firma del evaluador:
Nombre: Luis Chacon Valk	Nombre: Angie Lama M
Cargo: Soldador	Cargo: Tec SST

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

CAP.

FECHA DE INDUCCIÓN: 10/01/2025
NOMBRE DEL TRABAJADOR: Luis Anderson
CARGO SOLDADOR CEDULA 1073670011

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 politicas, 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.

LUIS ANDERSON F.
FIRMA DEL EMPLEADO

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

EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN

1. Nombre dos valores corporativos

•
•

2. Unir con una linea 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 c. 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
   X b. Al jefe inmediato
   X c. Al Inspector SST
   d. 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
   e. Todos los anteriores

6. ¿Un accidente de trabajo es?

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

7 ¿cuáles son las políticas de la empresa?

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

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: Luis Anderson F.	**Firma del evaluador:** Angie Parra M
Nombre: Luis Anderson Farfeta	Nombre: Angie Parra M
Cargo: 1073670011	Cargo: Insp SST

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

CAP.

FECHA DE INDUCCIÓN: 10-01-2025
NOMBRE DEL TRABAJADOR: DIERSON ERAZO ZUÑIGA
CARGO SOLDADOR **CEDULA** 79.223.347.

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.

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 Fisica y Calidad
   b. Hacer, Secuenciar, experimentar y quitar
   c. 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
   d. 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
   e. 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
   d. a y c Son correctos
   e. Es un milagro de Dios

- ¿cuales 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
e. a y c son correctas

8 ¿Cuales 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.
e. 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
c. 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
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.
b. 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

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
9

Firma del evaluado:	Firma del evaluador:
Nombre: Nelson Ecito Ramirez	Nombre: Angie Duran
Cargo: Soldador	Cargo: Ing SST

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

E. BISU

FECHA DE INDUCCIÓN: 08-01-2025
NOMBRE DEL TRABAJADOR: Javier David García
CARGO: Ing Esp Hidráulico CEDULA: 1050625112

1. **Bienvenida**

EBISU S A S le da la bienvenida como nuevo empleado y desea el mejor desempeño en el puesto de trabajo. A continuación 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.

FIRMA DEL EMPLEADO

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

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

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
Procesos misionales	○ Publicidad y mercadeo ○ Gestión de Recursos Humanos
Procesos de apoyo	○ Técnica ○ 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

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
   e. 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.
   e. 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
   c. 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
    c. ARL SURA
    d. Ninguna de las anteriores. Arl Colpatria

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

    a. La responsabilidad la tiene el trabajador accidentado.
    b. 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.	✓	
• 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		✓

19/19

Firma del evaluado:	Firma del evaluador:
Nombre: Javier David García	Nombre: Angie Parra M
Cargo: Ing Esp Hidráulica	Cargo: Insp SST

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

Eva C.H.

FECHA DE INDUCCIÓN:	08/01/24		
NOMBRE DEL TRABAJADOR:	Alix Belén Mendoza		
CARGO	Enchapador asesor	CEDULA	

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 especifica que consten por escrito, puede acarrear la terminación del contrato de trabajo por justa causa.

Alix Belén

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
   c. 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
   d. 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
   e. 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
   d. 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
e. 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.
e. 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
c. 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
c. ARL SURA
d. Ninguna de las anteriores. Axa colpatria

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

a. La responsabilidad la tiene el trabajador accidentado.
b. 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

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		✓

19
19

Firma del evaluado:	**Firma del evaluador:**
Nombre: Alex Bolaño	Nombre:
Cargo: Soldador	Cargo: Insp SST

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

Eval. 11

FECHA DE INDUCCIÓN:	08-01-2025		
NOMBRE DEL TRABAJADOR:	Yimi Lorena Rodriguez Nieto		
CARGO	Coordinadora	CEDULA	1032481613

1. **Bienvenida.**

EBISU S A S le da la bienvenida como nuevo empleado y desea el mejor desempeño en el puesto de trabajo. A continuación 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 energia.	/	
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.

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
   c. 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
   d. 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
   e. 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
   d. 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
   e. 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.
   e. 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
   c. 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
    c. ARL SURA
    d. Ninguna de las anteriores. AXa Colpatria

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

    a. La responsabilidad la tiene el trabajador accidentado.
    b. 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

12 Conteste falso o verdadero según corresponda

PREGUNTAS	V	F
• Este 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: [illegible]	Nombre: [illegible]
Cargo: [illegible]	Cargo: [illegible]

EBISU

CONSTRUIMOS EQUIDAD, BIENESTAR Y SUEÑOS

NIT 807.008.957-7

REGISTRO DE ATS PREOPERACIONALES PERMISOS SST - EBISU SAS

EBISU

PREOPERACIONAL SIERRA CIRCULAR

CODIGO FST-IN-08
VERSION 01
FECHA 15/12/2021

PROYECTO	Colegio Bosta	EQUIPO	SIERRA CIRCULAR
FECHA INICIO	06-01-25	FECHA FINAL	11-01-25
INSPECCIONADO POR	Cristian Gonzales	CARGO	Oficial de obra
MARCA	Dewalt	MODELO	N/A

Nº	CONDICIÓN	LUNES B	LUNES M	MARTES B	MARTES M	MIERCOLES B	MIERCOLES M	JUEVES B	JUEVES M	VIERNES B	VIERNES M	SABADO B	SABADO M	DOMINGO B	DOMINGO M
1	Estado de conexiones eléctricas (cables, extensiones y/o tomas)			✓		✓		✓		✓		✓			
2	Estado del interruptor de encendido y su seguro			✓		✓		✓		✓		✓			
3	Estado del accesorio portadiscos			✓		✓		✓		✓		✓			
4	Estado del mango			✓		✓		✓		✓		✓			
5	Estado del cuerpo			✓		✓		✓		✓		✓			
6	Estado del accesorio Revoluciones Por Minuto			✓		✓		✓		✓		✓			
7	Estado general de guía y la guarda			✓		✓		✓		✓		✓			
8	Estado de la regleta de posición			✓		✓		✓		✓		✓			
9	Estado tope paralelo			✓		✓		✓		✓		✓			
#	Estado Protector Pendular			✓		✓		✓		✓		✓			
#	Estado Cuña Separadora			✓		✓		✓		✓		✓			
#	Estado Caperuza Protectora			✓		✓		✓		✓		✓			
#	Estado Expulsor de Virutas			✓		✓		✓		✓		✓			
#	Estado Placa Base			✓		✓		✓		✓		✓			
#	Estado Tornillería y Mariposas			✓		✓		✓		✓		✓			
#	El trabajador cuenta con EPP adecuados para la actividad			✓		✓		✓		✓		✓			
18	FIRMA DIARIA DEL TRABAJADRO QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA LA PERICIA MANIPULANDO LA HERRAMIENTA			✓		✓		✓		✓		✓			
19	NOMBRE COMPLETO DEL TRABAJADOR: Chisha Gonzales	CEDULA: 1166890780						FIRMA DEL TRABAJADOR							
20	NOMBRE COMPLETO DEL TRABAJADOR: Angie Lopez	CEDULA						FIRMA DEL INSPECTOR SST							

OBSERVACIONES

Vo Bo Residente de SST: Angie Lopez

FIRMA

REPARACION: SI [ ] NO [X]

EBISU	PREOPERACIONAL TRONZADORA DE METAL	CODIGO: FST.IN-10
		VERSION: 01
		FECHA: 15/12/2021

PROYECTO	Viejo Barta	EQUIPO	TRONZADORA DE METAL
FECHA INICIO	06-01-25	FECHA FINAL	11-01-25
INSPECCIONADO POR:	Santiago Torres	CARGO	Ayudante de obra
MARCA	Dewalt	MODELO	N/A

FECHAS DE INPECCION		LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
Nº	CONDICION	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
1	Cadena de Sujecion														
2	Tornillo del Deflector de chispas														
3	Base														
4	Guia														
5	Mordaza de tornillo														
6	Llave para disco y pernos														
7	Manivela														
8	Bloqueo del recorrido de la mordaza														
9	Disco														
10	Guarda protectora														
11	Palanca de bloqueo de eje														
12	Palanca de torno														
13	Palanca de fijación														
14	Perno de tope de profundidad														
15	Interruptor tipo gatillo														
16	Tuerca de bloqueo														
17	Pernos para la guia														
18	El trabajador cuenta con EPP adecuados														
	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			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
David Santiago Torres	1000128491	Santiago Torres
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angie Arroyo M		

OBSERVACIONES

*USAR SIEMPRE CON LA GUARDA DE SEGURIDAD
*QUITAR LAS LLAVES DE AJUSTE ANTES DE ENCENDERLA
*NO UTILIZAR EN LUGARES HUMEDOS O BAJO LA LLUVIA Y USAR CON BUENA ILUMINACIÓN
*USAR CON PRECAUCION, PUEDE CAUSAR LESIONES GRAVES E INCLUSO LA MUERTE

Vo Bo Residente de SST	Angie Arroyo M.	FIRMA		REPARACION	SI	NO

EBISU	PREOPERACIONAL SIERRA CIRCULAR	CODIGO: FST IN-08 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

PROYECTO	Boita	EQUIPO	SIERRA CIRCULAR
FECHA INICIO	13- enero- 2023	FECHA FINAL	18 enero- 2023
INSPECCIONADO POR	Alexander Lopez	CARGO	OFICIAL OBRA
MARCA	Dewal - Bosch	MODELO	

Nº	CONDICIÓN	LUNES B	LUNES M	MARTES B	MARTES M	MIERCOLES B	MIERCOLES M	JUEVES B	JUEVES M	VIERNES B	VIERNES M	SABADO B	SABADO M	DOMINGO B	DOMINGO M
1	Estado de conexiones eléctricas (cables, extensiones y/o tomas)	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
2	Estado del interruptor de encendido y su seguro	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
3	Estado del accesorio portadiscos	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
4	Estado del mango	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
5	Estado del cuerpo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
6	Estado del accesorio Revoluciones Por Minuto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
7	Estado general de guia y la guarda	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
8	Estado de la regleta de posición	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
9	Estado tope paralelo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
#	Estado Protector Pendular	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
#	Estado Cuña Separadora	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
#	Estado Caperuza Protectora	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
#	Estado Expulsor de Virutas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
#	Estado Placa Base	✓										✓			
#	Estado Tornillería y Mariposas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
#	El trabajador cuenta con EPP adecuados para la actividad														
18	FIRMA DIARIA DEL TRABAJADRO QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA LA PERICIA MANIPULANDO LA HERRAMIENTA														

19	NOMBRE COMPLETO DEL TRABAJADOR: Alexander Lopez	CEDULA: 18563241	FIRMA DEL TRABAJADOR
20	NOMBRE COMPLETO DEL TRABAJADOR: JHON Zamora	CEDULA: 1-233.691.000	FIRMA DEL INSPECTOR SST

OBSERVACIONES

o Bo Residente de SST		FIRMA	REPARACION	SI	NO

EBISU	PREOPERACIONAL TRONZADORA DE METAL	CODIGO: FST.IN.10
		VERSION: 01
		FECHA: 15/12/2021

PROYECTO	Bolo	EQUIPO	TRONZADORA DE METAL
FECHA INICIO	14-ENERO-2023	FECHA FINAL	18 ENERO-2023
INSPECCIONADO POR:	BENJAMIN QUINTERO	CARGO	Oficial Hidraulico
MARCA	DEWALT	MODELO	

FECHAS DE INPECCION		LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
Nº	CONDICION	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
1	Cadena de Suecion			✓		✓		✓		✓		✓			
2	Tornillo del Deflector de chapas			✓		✓		✓		✓		✓			
3	Base			✓		✓		✓		✓		✓			
4	Guia			✓		✓		✓		✓		✓			
5	Mordaza de tornillo			✓		✓		✓		✓		✓			
6	Llave para disco y pernos			✓		✓		✓		✓		✓			
7	Manivela			✓		✓		✓		✓		✓			
8	Bloqueo del recorrido de la mordaza			✓		✓		✓		✓		✓			
9	Disco			✓		✓		✓		✓		✓			
10	Guarda protectora			✓		✓		✓		✓		✓			
11	Palanca de bloqueo de eje			✓		✓		✓		✓		✓			
12	Palanca de torno			✓		✓		✓		✓		✓			
13	Palanca de fijacion			✓		✓		✓		✓		✓			
14	Perno de tope de profundidad			✓		✓		✓		✓		✓			
15	Interruptor tipo gatillo			✓		✓		✓		✓		✓			
16	Tuerca de bloqueo			✓		✓		✓		✓		✓			
17	Pernos para la guia			✓		✓		✓		✓		✓			
18	El trabajador cuenta con EPP adecuados			✓		✓		✓		✓		✓			
	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 Quinto	1729593	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON EDMOND	1.733.691.790	

OBSERVACIONES

*USAR SIEMPRE CON LA GUARDA DE SEGURIDAD
*QUITAR LAS LLAVES DE AJUSTE ANTES DE ENCENDERLA
*NO UTILIZAR EN LUGARES HUMEDOS O BAJO LA LLUVIA Y USAR CON BUENA ILUMINACION
*USAR CON PRECAUCION, PUEDE CAUSAR LESIONES GRAVES E INCLUSO LA MUERTE



Vo Bo Residente de SST		FIRMA	REPARACION	SI	NO

EBISU	PREOPERACIONAL TRONZADORA DE METAL	CODIGO: FST.IN-10
		VERSION: 01
		FECHA: 15/12/2021

PROYECTO	Boila	EQUIPO	TRONZADORA DE METAL
FECHA INICIO	13 · ENERO · 2025	FECHA FINAL	18 ENERO - 2025
INSPECCIONADO POR:	Santiago Torres	CARGO	Ayudante Hidraulico
MARCA	Dewalt	MODELO	

FECHAS DE INPECCION		LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
Nº	CONDICION	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
1	Cadena de Sujecion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
2	Tornillo del Deflector de chispas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
3	Base	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
4	Guia	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
5	Mordaza de tornillo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
6	Llave para disco y pernos	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
7	Manivela	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
8	Bloqueo del recorrido de la mordaza	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
9	Disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
10	Guarda protectora	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Palanca de bloqueo de eje	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Palanca de torno	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Palanca de fijacion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Perno de tope de profundidad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Interruptor tipo gatillo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Tuerca de bloqueo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	ernos para la guia	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	trabajador cuenta con EPP adecuados	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	ARIA 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: aud Santiago Torres
CEDULA: 1000128441
FIRMA DEL TRABAJADOR: Santiago Torres

NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST: HON Zamora
CEDULA: 1.233.691.750
FIRMA DEL INSPECTOR SST

OBSERVACIONES

*USAR SIEMPRE CON LA GUARDA DE SEGURIDAD
QUITAR LAS LLAVES DE AJUSTE ANTES DE ENCENDERLA
ILIZAR EN LUGARES HUMEDOS O BAJO LA LLUVIA Y USAR CON BUENA ILUMINACIÓN
N PRECAUCION, PUEDE CAUSAR LESIONES GRAVES E INCLUSO LA MUERTE

sidente de SST		FIRMA	REPARACION	SI	NO

EBISU

PREOPERACIONAL TRONZADORA DE METAL

CODIGO: FST.IN-10	
VERSION: 01	
FECHA: 15/12/2021	

PROYECTO	Colegio Boita	EQUIPO	TRONZADORA DE METAL
FECHA INICIO	20-01-25	FECHA FINAL	25-01-25
INSPECCIONADO POR	Santiago Torres	CARGO	Ayudante de obra
MARCA	Pendl.	MODELO	n/a

FECHAS DE INPECCION		LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
Nº	CONDICION	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
1	Cadena de Sujecion	✓		✓		✓		✓		✓		✓		\	
2	Tornillo del Deflector de chispas	✓		✓		✓		✓		✓		✓		\	
3	Base	✓		✓		✓		✓		✓		✓		\	
4	Guia	✓		✓		✓		✓		✓		✓		\	
5	Mordaza de tornillo	✓		✓		✓		✓		✓		✓		\	
6	Llave para disco y pernos	✓		✓		✓		✓		✓		✓		\	
7	Manivela	✓		✓		✓		✓		✓		✓		\	
8	Bloqueo del recorrido de la mordaza	✓		✓		✓		✓		✓		✓		\	
9	Disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓		\	
10	Guarda protectora	✓		✓		✓		✓		✓		✓		\	
11	Palanca de bloqueo de eje	✓		✓		✓		✓		✓		✓		\	
12	Palanca de torno	✓		✓		✓		✓		✓		✓		\	
13	Palanca de fijacion	✓		✓		✓		✓		✓		✓		\	
14	Perno de tope de profundidad	✓		✓		✓		✓		✓		✓		\	
15	Interruptor tipo gatillo	✓		✓		✓		✓		✓		✓		\	
16	Tuerca de bloqueo	✓		✓		✓		✓		✓		✓		\	
17	Pernos para la guia	✓		✓		✓		✓		✓		✓		\	
18	El trabajador cuenta con EPP adecuados	✓		✓		✓		✓		✓		✓		\	
	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
Santiago Torres	1007254401	Santiago Torres
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST

OBSERVACIONES

*USAR SIEMPRE CON LA GUARDA DE SEGURIDAD
*QUITAR LAS LLAVES DE AJUSTE ANTES DE ENCENDERLA
*NO UTILIZAR EN LUGARES HUMEDOS O BAJO LA LLUVIA Y USAR CON BUENA ILUMINACION
USAR CON PRECAUCION, PUEDE CAUSAR LESIONES GRAVES E INCLUSO LA MUERTE

Bo Residente de SST	Angie Lopez	FIRMA		REPARACION	SI / NO

EBISU	PREOPERACIONAL TRONZADORA DE METAL	CODIGO: FST.IN-10 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

PROYECTO	Colegio Bosta	EQUIPO	TRONZADORA DE METAL
FECHA INICIO	20-01-25	FECHA FINAL	26-01-25
INSPECCIONADO POR:	Benjamin Antolinez	CARGO	Oficial Planta
MARCA	Dewalt	MODELO	N/A

FECHAS DE INPECCION		LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
Nº	CONDICION	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
1	Cadena de Sujecion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
2	Tornillo del Deflector de chispas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
3	Base	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
4	Guia	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
5	Mordaza de tornillo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
6	Llave para disco y pernos	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
7	Manivela	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
8	Bloqueo del recorrido de la mordaza	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
9	Disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
10	Guarda protectora	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
11	Palanca de bloqueo de eje	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
12	Palanca de torno	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
13	Palanca de fijacion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
14	Perno de tope de profundidad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
15	Interruptor tipo gatillo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
16	Tuerca de bloqueo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
17	Pernos para la guia	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
18	El trabajador cuenta con EPP adecuados	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR: Benjamin Antolinez — CEDULA: 1129593 — FIRMA DEL TRABAJADOR

NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST: Angie Yuma — FIRMA DEL INSPECTOR SST

OBSERVACIONES

*USAR SIEMPRE CON LA GUARDA DE SEGURIDAD
*QUITAR LAS LLAVES DE AJUSTE ANTES DE ENCENDERLA
*NO UTILIZAR EN LUGARES HUMEDOS O BAJO LA LLUVIA Y USAR CON BUENA ILUMINACIÓN
*USAR CON PRECAUCION, PUEDE CAUSAR LESIONES GRAVES E INCLUSO LA MUERTE

Vo Bo Residente de SST		FIRMA		REPARACION	SI	X

EBISU	PREOPERACIONAL TRONZADORA DE METAL	CODIGO: FST.IN-10
		VERSION: 01
		FECHA: 15/12/2021

PROYECTO	Boito	EQUIPO	TRONZADORA DE METAL
FECHA INICIO	27 enero - 2023	FECHA FINAL	01 febrero - 2023
INSPECCIONADO POR:	Santiago Torres	CARGO	
MARCA	Dewalt	MODELO	

FECHAS DE INPECCION		LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
Nº	CONDICION	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
1	Cadena de Sujeción	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
2	Tornillo del Deflector de chispas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
3	Base	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
4	Guia	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
5	Mordaza de tornillo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
6	Llave para disco y pernos	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
7	Manivela	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
8	Bloqueo del recorrido de la mordaza	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
9	Disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
10	Guarda protectora	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
11	Palanca de bloqueo de eje	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
12	Palanca de torno	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
13	Palanca de fijación	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
14	Perno de tope de profundidad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
15	Interruptor tipo gatillo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
16	Tuerca de bloqueo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
17	Pernos para la guia	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
18	El trabajador cuenta con EPP adecuados	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
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: Juan Santiago Torres	CEDULA: 1000128464	FIRMA DEL TRABAJADOR: Santiago Torres
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST: JHON Ecmora	CEDULA: 1.233.691.230	FIRMA DEL INSPECTOR SST

OBSERVACIONES

*USAR SIEMPRE CON LA GUARDA DE SEGURIDAD
*QUITAR LAS LLAVES DE AJUSTE ANTES DE ENCENDERLA
*NO UTILIZAR EN LUGARES HUMEDOS O BAJO LA LLUVIA Y USAR CON BUENA ILUMINACIÓN
*USAR CON PRECAUCION, PUEDE CAUSAR LESIONES GRAVES E INCLUSO LA MUERTE



Vo Bo Residente de SST		FIRMA	REPARACION	SI	NO

EBISU	PREOPERACIONAL TRONZADORA DE METAL	CODIGO: FST.IN-10
		VERSION: 01
		FECHA: 15/12/2021

PROYECTO	Bolta	EQUIPO	TRONZADORA DE METAL
FECHA INICIO	07 Enero - 2025	FECHA FINAL	01 - Febrero - 2025
INSPECCIONADO POR:	Benjamin Quintero	CARGO	Oficial Hidraulico
MARCA	Dewalt	MODELO	

FECHAS DE INPECCION		LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
Nº	CONDICION	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
1	Cadena de Sujeción	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
2	Tornillo del Deflector de chapas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
3	Base	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
4	Guia	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
5	Mordaza de tornillo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
6	Llave para disco y pernos	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
7	Manivela	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
8	Bloqueo del recorrido de la mordaza	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
9	Disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
10	Guarda protectora	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
11	Palanca de bloqueo de eje	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
12	Palanca de torno	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
13	Palanca de fijacion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
14	Perno de tope de profundidad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
15	Interruptor tipo gatillo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
16	Tuerca de bloqueo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
17	Pernos para la guia	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
18	El trabajador cuenta con EPP adecuados	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR: Benjamin Molanca
CEDULA: 1729593
FIRMA DEL TRABAJADOR:

NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST: JHON FAMORA
CEDULA: 1.233.691.700
FIRMA DEL INSPECTOR SST:

OBSERVACIONES

*USAR SIEMPRE CON LA GUARDA DE SEGURIDAD
*QUITAR LAS LLAVES DE AJUSTE ANTES DE ENCENDERLA
*NO UTILIZAR EN LUGARES HUMEDOS O BAJO LA LLUVIA Y USAR CON BUENA ILUMINACIÓN
USAR CON PRECAUCION, PUEDE CAUSAR LESIONES GRAVES E INCLUSO LA MUERTE

Bo Residente de SST		FIRMA	REPARACION	SI	NO

EBISU	PREOPERACIONAL SIERRA CIRCULAR	CODIGO: FST IN-08 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

PROYECTO	Bolta	EQUIPO	SIERRA CIRCULAR
FECHA INICIO	27 enero - 2023	FECHA FINAL	01 febrero - 2023
INSPECCIONADO POR	Alexander lopez	CARGO	Oficial obra
MARCA	Makita	MODELO	

Nº	CONDICION	LUNES B	LUNES M	MARTES B	MARTES M	MIERCOLES B	MIERCOLES M	JUEVES B	JUEVES M	VIERNES B	VIERNES M	SABADO B	SABADO M	DOMINGO B	DOMINGO M
1	Estado de conexiones eléctricas (cables, extensiones y/o tomas)	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
2	Estado del interruptor de encendido y su seguro	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
3	Estado del accesorio portadiscos	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
4	Estado del mango	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
5	Estado del cuerpo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
6	Estado del accesorio Revoluciones Por Minuto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
7	Estado general de guia y la guarda	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
8	Estado de la regleta de posición	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
9	Estado tope paralelo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
#	Estado Protector Pendular	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
#	Estado Cuña Separadora	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
#	Estado Caperuza Protectora	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
#	Estado Expulsor de Virutas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
#	Estado Placa Base	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
#	Estado Tornilleria y Mariposas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
#	El trabajador cuenta con EPP adecuados para la actividad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
18	FIRMA DIARIA DEL TRABAJADRO QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA LA PERICIA MANIPULANDO LA HERRAMIENTA														

	NOMBRE COMPLETO DEL TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
19	Alexander	1556324	
20	JHON EDWIN	1.033.691.250	FIRMA DEL INSPECTOR SST

OBSERVACIONES

Vo Bo Residente de SST		FIRMA		REPARACION	SI	NO

EBISU

INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO

CODIGO: FST.IN-04
VERSION: 01
FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Colegio Bosque
MARCA EQUIPO: Dewalt
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Taller de [illegible]
SEMANA: 30 | 31 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05
ACTIVIDAD: Mantenimiento [illegible]

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]enta con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
[illegible]ldril 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														
[illegible]scarilla para polvo y material particulado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
[illegible]fas de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
[illegible]tectores auditivos inserción y copa	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
[illegible]ntes de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
[illegible]co con barbuquejo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
[illegible]roca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
[illegible]oca esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
[illegible]metro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
[illegible]ndicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
[illegible]DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO [illegible]CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA	✓						✓		✓		✓			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
[illegible]RIAN ALEXANDER YAÑEZ	1.022 937 991	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
[illegible]ANIO [illegible]		

[illegible]DEL: 30 AL 04 DE 12 - 01 DE 2024 - 25

[illegible]RITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR
[illegible]rvicio: si ☐ no ☒ ☐

Fecha de Corrección:

[illegible] 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 Ruito

MARCA EQUIPO: Dewalt

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: [illegible]

SEMANA: 30/12/24 al 04/01/25

ACTIVIDAD: [illegible]

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							✓		✓		✓			
Manril 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							✓		✓		✓			
uantes de seguridad							✓		✓		✓			
sco con barbuquejo							✓		✓					
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
broca se encuentra bien ajustada							✓		✓		✓			
rca esta buenas condiciones.							✓		✓		✓			
iametro es el correcto							✓		✓		✓			
condicion de operación es normal							✓		✓		✓			
A 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]	1123944977	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angie Ramos		

A DEL: 30 AL 04 DE 12-01 DE 2024

O CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

e servicio: si ☐ no ☒ ☐ Fecha de Corrección:

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 Bolivar
MARCA EQUIPO: Dewalt
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Terreno
SEMANA: 30-12-24 / 04-01-25.
ACTIVIDAD:

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														
Broca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Broca esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Diametro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
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 Agudelo Gomez	1.023893213	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angie Lorena		

FECHA DEL: 30 AL 04 DE 12-01 DE 2024-25

CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

servicio: si ☐ no ☒ ☐ Fecha de Corrección:

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 Bolivar

MARCA EQUIPO: Dewalt

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre A y B

SEMANA: 30-12-24 / 04/01/25

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	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
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 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														
Broca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Broca esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Diametro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
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
Andrea Feliz	1128971666	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Frank Turo D		

FECHA DEL: 20 AL 04 DE 12-01 DE 2024-25

SI ESTE ITEM ES CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☒ ☐

Fecha de Corrección:

Firma 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 Bolito

MARCA EQUIPO: Bosch

SEMANA: 30/12/24 | 02/01/25

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: [illegible]

ACTIVIDAD: [illegible]

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	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
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	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
La 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	Marvin				Marvin		Marvin		Marvin					

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Marvin Olaya	Marvin Olaya 8796124	Marvin Olaya
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angie Jurado		

SEMANA DEL: 30 AL 04 DE 01 - 01 DE 2024 - 25

PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☒ ☐

Fecha de Corrección:

Firma 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 Bulo
MARCA EQUIPO: Bosch
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD:
SEMANA: 30/12/24 / 04/01/25
ACTIVIDAD: Arreglos electricos

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											✓			
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
Alexander Osorio	1063764092.	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angie Duno M	1030900240	

SEMANA DEL: 30 AL 04 DE 12-01 DE 2024

PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

era de servicio: si ☐ no ☐ ☐

Fecha de Corrección:

nbre del INSPECTOR SST:

NOMBRE/APELLIDOS

EBISU

INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO

CODIGO: FNT-SI-04
VERSION: 01
FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Colegio Bosa
MARCA EQUIPO: Dewalt
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre A y B
SEMANA: 06 al 11/01/25
ACTIVIDAD: Arreglos y pruebas

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 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			✓		✓		✓		✓		✓			
La 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
Misleidy Gonzalez	1106890780	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angie Forero M		

SEMANA DEL: 06 AL 11 DE 01 DE 2024

DEFECTO 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:

MARCA EQUIPO: SEMANA: 06 al 11 / 01 / 25

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: 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														
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 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														
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	5744612	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**

SEMANA DEL: 06 AL 11 DE 01 DE 2025

PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Orden 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 Anglo
MARCA EQUIPO: Dewalt
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: TOMA 1 y 2
SEMANA: 6 al 11 / 01 / 25
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			✓		✓		✓		✓		✓			
Ruidem 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
Eliecer Osorio	1063964097	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angel Parra		

SEMANA DEL: 6 AL 11 DE 01 DE 2025

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 Bosty
MARCA EQUIPO: Dewalt
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Taller A-1A
SEMANA: 06 al 11 / 01 / 25
ACTIVIDAD: Talleres 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 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
Andres felipe Rodriguez	1216776666	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angie Rivera M		

SEMANA DEL: 06 AL 11 DE 01 DE 2025

PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☒ ☐

Fecha de Corrección:

Firma 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 Boita
MARCA EQUIPO: Gamlit
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre 4 y 3
SEMANA: 06 - 4/01/25
ACTIVIDAD: Anclajes Instalaciones

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 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 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			Santiago Torres		Santiago Torres		Santiago Torres		Santiago Torres		Santiago Torres			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
David Santiago Torres	1000128.491	Santiago Torres
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Hugo Daro		

SEMANA DEL: 06 AL 11 DE 01 DE 2025

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:

MARCA EQUIPO: SEMANA:

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: ACTIVIDAD:

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 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														
La 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]	1127324772	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
[illegible]		

SEMANA DEL: 06 AL 11 DE 01 DE 2025

SI EL ITEM CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☒ ☐ Fecha de Corrección:

Firma 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 Bolta
MARCA EQUIPO: Dewalt
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre A y B
SEMANA: 06 al 11 / 01 / 25
ACTIVIDAD: Arreglos Varios

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 ajustarte 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														
La 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 grasa esta buenas condiciones.														
El diametro es el correcto														
La 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]	1.070.979.971	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angie Daniela M		

FECHA DEL: 06 AL 11 DE 01 DE 2025

ITEM CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR
servicio: si ☐ no ☑ ☐

Fecha de Corrección:

Firma 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: Lago Agrio

MARCA EQUIPO: Dewalt

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Tren A y B

SEMANA: 06 al 11 / 01 / 25

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 ajustara 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 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			[signature]		[signature]		[signature]		[signature]		[signature]			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Edilberto Aguado		
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angie Davila		

SEMANA DEL: 06 AL 11 DE 01 DE 2025

* 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

SEMANA 14 al 18 ENERO - 2024

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: TALLER 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			✓		✓		✓		✓		✓			
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 Antonio Pinto	7729593	

NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST
JHON EDMUNDO	1.733.691.030	

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: EST.IN.04 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Bolo

MARCA EQUIPO: Bosch

SEMANA: 13 al 18. Enero 2025

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	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
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														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Jarvin Ola	87 946 129	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON FOMOTO	1.733.691.290	

ANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

NTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

de servicio: si ☐ no ☐ ☐ Fecha de Corrección:

re 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: Bonta
MARCA EQUIPO: Dewalt
SEMANA: 13 al 18 ENERO - 2025
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre A abierta
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	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Taladro 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 operacion 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
WILLIAN ALEXANDER YAGUE	1.007.957.991	
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: Bogotá

MARCA EQUIPO: Bosch

SEMANA: 13 al 18 enero - 2025

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Taller B abierto

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 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 G. Riscanò R.	1127314977	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON Famoid	1.233.691.500	

FECHA 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: Bogotá

MARCA EQUIPO: Bosch

SEMANA: 13 al 18 enero - 2025

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Taller A abierto

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	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
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														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Andres Felipe [illegible]	1216976666	
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: Boito

MARCA EQUIPO: BOSCH

SEMANA: 13 al 18 enero - 2025

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre a abierta

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	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
[illegible] 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 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
Eliezer Osorio	1063164092	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON FONSECA	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: Boita

MARCA EQUIPO: DEWALT

SEMANA: 13 al 18 ENERO 2025

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre A y B cubierta

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] 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 insercion y copa	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guantes de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
[illegible]ca 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 G.	1073893213	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON ALEXANDER FRANCO	1.233.691.200	

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: Boito
MARCA EQUIPO: MAKITA
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre A 4B
SEMANA: 18 al 18 ENERO. 2025
ACTIVIDAD: perforacion 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	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
La 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 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	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
La condicion de operacion 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	1000129411	Santiago Torres
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON FUMORO	1.233.691.200	

ANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

TO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

de servicio: si ☐ no ☐ ☐ Fecha de Corrección:

re 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 Bosco
MARCA EQUIPO: Bosch
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Taller
SEMANA: 30 al 25 de 03
ACTIVIDAD: Archivos Institucionales

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 y 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 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														
[illegible]broca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
[illegible]broca esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
diametro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
condicion de operacion 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
Santiago Torres	1000128491	Santiago Torres
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Ryan Torres		

SEMANA DEL: 20 AL 25 DE 01 DE 2026

[illegible]TO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR
[illegible]de servicio: si ☐ no ☒ ☐

Fecha de Corrección:

[illegible]re 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
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre A y B
SEMANA: 20 al 25 de 03/23
ACTIVIDAD: Perforar Agujeros

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
LUIS IVAN ALEXANDER YAGUE	1077927941	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST
Angie Jane M		

SEMANA DEL: 20 AL 25 DE 03 DE 2023

* 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 Bolet
MARCA EQUIPO: Bosch
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre A y B
SEMANA: 20 al 25 / 01 / 25
ACTIVIDAD: Taladros electricos

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	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Esta 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														
Broca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
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
Jaider Felipe	1216976066	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angie Yamile		

SEMANA DEL: 20 AL 25 DE 01 DE 2025

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 Bosco

MARCA EQUIPO: BOSCH

SEMANA: 20 al 25 / 01 / 25

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Taller A y M

ACTIVIDAD: Mantenimiento preventivo

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 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
Jolethcy Aguilera G.	1023893713	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angie Yana P		

SEMANA DEL: 20 AL 25 DE 01 DE 2025

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 Bolo
MARCA EQUIPO: Dewalt
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre A y B
SEMANA: 20 al 25 / 01 / 25
ACTIVIDAD: Instalaciones electricas

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	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Taladril 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	Yarin Olaya		Yarin Olaya		Yarin Olaya		Yarin Olaya		Yarin Olaya		Yarin Olaya			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Yarin Olaya	87 464 126	Yarin Olaya
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Fraw Yarin M		

SEMANA DEL: 20 AL 25 DE 01 DE 2025

PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☒ ☐ Fecha de Corrección:

Firma 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 Alpha — SEMANA: 20 al 25 / 04 / 25.

MARCA EQUIPO: Bosch — ACTIVIDAD: Mantenimiento Electricos

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Jardin A y B

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 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
Eliezer Ochoa	1063164092	✓
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angie Parra		✓

SEMANA DEL: 20 AL 25 DE Abril DE 2025

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: Colegio Bolta

MARCA EQUIPO: Bosch

SEMANA: 20 al 23 | 01 | 25

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre A 4-3

ACTIVIDAD: Puntos 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	[signature]		[signature]		[signature]		[signature]		[signature]		[signature]			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Abel G. Rincones R.	1122394973	[signature]
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Iran Jaime M		[signature]

SEMANA DEL: 20 AL 25 DE 01 DE 2025

EVENTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ **no** ☒ ☐ **Fecha de Corrección:** [signature]

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 Burro

MARCA EQUIPO: Bosch

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre A y B

SEMANA: 20 al 25 Julio

ACTIVIDAD: Perforar para Cortina

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 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
José D. Zapata	1003045086	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angie Lamo M		

SEMANA DEL: 20 AL 25 DE 01 DE 2025

* 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 Aurelio
MARCA EQUIPO: Dewalt
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Taller A y A
SEMANA: 20 al 25 de Enero
ACTIVIDAD: Arreglos Mobiliarios

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	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
C[illegible]a con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
A[illegible]n 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]ca esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El diametro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
La 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	Bayron	Bayron	Bayron	Bayron	Bayron	Bayron								

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Carpintero Artolaza	1122593	Bayron
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST
[illegible]		

SEMANA DEL: 20 AL 25 DE 01 DE 2026

ITO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

de servicio: si ☐ no ☒ ☐ **Fecha de Corrección:**

re 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: 28 Ene al 01 Feb 2025
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			✓		✓		✓		✓		✓			
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
Rafael Rincon	1127394477	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON FAMORA	1.093.691.290	

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: Bosco
MARCA EQUIPO: Makita
SEMANA: 30 al 01 Febrero - 2025
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD:
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							✓		✓		✓			
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							[signature]		[signature]		[signature]			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Yorvin Olaya	84946129	[signature]
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON FAMOSO	1-233691-750	[signature]

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Puesta de servicio: si ☐ no ☐ ☐ Fecha de Corrección: _____

Firma 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
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: TORRE A
SEMANA: 27 enero al 01 Feb 2025
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	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Cuenta 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	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El cable esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El diametro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
La condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
REVISA 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 Zamora	1.233.691.700	

A DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

O CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

servicio: si ☐ no ☐ ☐ Fecha de Corrección: _____

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: DEWALT
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: TALLER A

SEMANA: 07 ENE - 01 Feb - 2025
ACTIVIDAD: REPARACION 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	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
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 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	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su placa esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El diametro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
La 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	7.000.143.759	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON FONSECA	1.233.691.250	

VIGENCIA DEL ___ AL ___ DE DE 2024

SI ES UN ITEM CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR
Requiere servicio: si ☐ no ☐ ☐ Fecha de Corrección: _____

Firma 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
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre A
SEMANA: 27 enero - 2025 al 01 Feb/25
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	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
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	Bayron		Bayron		Bayron		Bayron		Bayron		Bayron			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Bayron Antolinez	7729593	Bayron
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON ESMORIO	1-233.691.290	

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

NTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR
de servicio: si ☐ no ☐ ☐ Fecha de Corrección: _____

re 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: Baity
MARCA EQUIPO: Makita
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre B
SEMANA: 27 de al 01 Feb - 2025
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	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
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: Wilman Alexander Yañez
CEDULA: 1.072.927.991
FIRMA DEL TRABAJADOR:

NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST: JHON ZAMORA
CEDULA: 1.233.691.750
FIRMA DEL INSPECTOR SST:

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR
Orden 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: Boito
MARCA EQUIPO: Makita
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre B
SEMANA: 27 ene - 01 Feb - 2025
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	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
...il portabroca en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
...erramienta de ajuste esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
...vastago se encuentra en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
...interruptor esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
...cable de alimentacion se encuentra en buenas ...ndiciones	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
...condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
...scarilla para polvo y material particulado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
...as de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
...tectores auditivos insercion y copa	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
...ntes de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
...o con barbuquejo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
...oca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
...ca esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
...metro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
...dicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
...RIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO ...RTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
...nathan Aguilar G.	1.023893213	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
...JHON FONSECA	1.233.691.700	

...EL: ___ AL ___ DE DE 2024

...RITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR
...rvicio: si ☐ no ☐ ☐ Fecha de Corrección: _____

...INSPECTOR SST: _____
NOMBRE/APELLIDOS

EBISU

INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO

CODIGO: FST IN-04
VERSION: 01
FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: BOLIA
MARCA EQUIPO: Dewalt
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD:
SEMANA: 07 al 01 Febrero - 2025
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	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
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	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
oca esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
diametro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
u condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
IRMA 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 [illegible]	1216976666	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST
JHON ECHEVERRY	1.033.691.750	

ANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

INTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

a de servicio: si ☐ no ☐ ☐ Fecha de Corrección: _____

bre 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: Bonfa
MARCA EQUIPO: MAKITA
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: TOLVE B
SEMANA: 07 ENE al 01 Feb - 2025
ACTIVIDAD: PERFORACION PISOS

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	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mm 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 insercion y copa	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guantes de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Fue ica 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 Osorio	1063764097	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON FUNDORA	1.233.691.050	

MANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

UNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

ra de servicio: si ☐ no ☐ ☐ Fecha de Corrección: _____

mbre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

EBISU

PREOPERACIONAL PULIDORA

Proyecto: Colegio Porto | Ubicación: Torre A y B | Equipo No. 45

SEMANA DEL 30 AL 04 DE 12-01 DE 2024-25

ÍTEM	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
Estado de cables														
Funcionamiento del encendido														
Estado copa grata														
Estado disco de corte														
Conexiones electricas en buen estado														
Manger y manija de sujecion														
Guarda de seguridad														
Estado de la tuerca del aprete del disco														
Estado general del equipo														
Uso del extintor														
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
Wilian Alexander Yoni	1077 937 901	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angie Yoni M		

SEMANA DEL: 30 AL 04 DE 12-01 DE 2024-25

PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☒ Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST:

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU

PREOPERACIONAL PULIDORA

Proyecto: Colegio Inglés | Ubicación: Torre A-B | Equipo No.: 11

SEMANA DEL: 30 AL 04 DE 12-01 DE 2024 - 25

ITEM	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
	S	M	S	M	S	M	S	M	S	M	S	M	S	M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
Cable de corriente	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Interruptor del encendido	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Estado copa grata	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Estado disco de corte	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Conexiones electricas en buen estado	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Mango y manija de sujecion	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Guarda de seguridad	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Estado general del equipo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Uso del extintor	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
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 G.	1073893213	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angie Jano M		

SEMANA DEL: 30 AL 04 DE 12-01 DE 2024 - 25

PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ **no** ☒ **Fecha de Corrección:**

Nombre del INSPECTOR SST: NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU

PREOPERACIONAL PULIDORA

Proyecto: Colegio Bosa | Ubicación: Torre A y B | Equipo No. #3.

SEMANA DEL: 30 AL 04 DE 12 - 01 DE 2024 - 25

ÍTEM	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Pulidora No:	MODELO:								MARCA:					
Estado de cuerpo	✓						✓		✓		✓			
Funcionamiento del encendido	✓						✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓						✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓						✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓						✓		✓		✓			
Mango y manija de sujecion	✓						✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓						✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓						✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓						✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓						✓		✓		✓			
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	1216971666	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST
Angie Pavon P		

SEMANA DEL: 30 AL 04 DE 12 - 01 DE 2024 - 25

PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☑ Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST: NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su SUPERVISOR quien tomará la decisión más segura.

EBISU

PREOPERACIONAL PULIDORA

Proyecto: Torre A y A | Ubicación: Colegio Bote. | Equipo No. # 2

SEMANA DEL: 30 AL 04 DE 12 01 DE 2024 - 25

ÍTEM	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
Sello de clavija							✓	✓	✓	✓	✓			
Interruptor del encendido							✓	✓	✓	✓	✓			
Estado cinta grata							✓	✓	✓	✓	✓			
Estado disco de corte							✓	✓	✓	✓	✓			
Conexiones eléctricas en buen estado							✓	✓	✓	✓	✓			
Mango o manija de sujecion							✓	✓	✓	✓	✓			
Guarda de seguridad							✓	✓	✓	✓	✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco							✓	✓	✓	✓	✓			
Estado general del equipo							✓	✓	✓	✓	✓			
Uso del extintor							✓	✓	✓	✓	✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA	Mauricio						Mauricio		Mauricio		Mauricio			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR: Manuel Olaya | CEDULA: 87 946 129 | FIRMA DEL TRABAJADOR: Manuel Olaya

NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST: Angie Parra | CEDULA: | FIRMA DEL INSPECTOR SST:

SEMANA DEL: 30 AL 04 DE 12 01 DE 2024

PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ **no** ☒ **Fecha de Corrección:**

Nombre del INSPECTOR SST:

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU

PREOPERACIONAL PULIDORA

Proyecto: Colegio Bonito | Ubicación: | Equipo No. # 1

SEMANA DEL 30 AL 04 DE 12-01 DE 2024

ITEM	LUN. B	LUN. M	MAR. B	MAR. M	MIER. B	MIER. M	JUEV. B	JUEV. M	VIER. B	VIER. M	SAB. B	SAB. M	DOM. B	DOM. M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
Estado de cable							✓		✓		✓			
Interruptor del encendido							✓		✓		✓			
Estado cinta gratis							✓		✓		✓			
Estado disco de corte							✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado							✓		✓		✓			
Mango y manija de sujecion							✓		✓		✓			
Guarda de seguridad							✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco							✓		✓		✓			
Estado general del equipo							✓		✓		✓			
Uso del extintor							✓		✓		✓			
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 Antonio Rivera R.	1127394477	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST
Angie Lamo	1030700290	

SEMANA DEL: 30 AL 04 DE 12-01 DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☒

Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST: NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su SUPERVISOR quien tomará la decisión más segura.

EBISU	PREOPERACIONAL PULIDORA	

Proyecto:	Ubicación:	Equipo No.

SEMANA DEL: AL DE DE 20

ITEM	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
[illegible] de clavija														
Interruptor del encendido														
Estado cinta guarda														
Estado disco de corte														
Conexiones electricas en buen estado														
Mango y manija de sujecion														
Guarda de seguridad														
Estado de la tuerca del apriete del disco														
Estado general del equipo														
Uso del extintor														
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] ALEJANDRO [illegible]	1022 934 991	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
[illegible]		

SEMANA DEL: 06 AL 11 DE 01 DE 2025

*** PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR**

Fuera de servicio: si ☐ **no** ☒

Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST:

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU

PREOPERACIONAL PULIDORA

Proyecto: Colegio Bosta | Ubicación: Torre A 1 9 | Equipo No. 45

SEMANA DEL 06 AL 11 DE 01 DE 2025

ITEM	LUN. B	LUN. M	MAR. B	MAR. M	MIER. B	MIER. M	JUEV. B	JUEV. M	VIER. B	VIER. M	SAB. B	SAB. M	DOM. B	DOM. M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
[illegible] de clavija			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Interruptor del encendido			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Estado cepillo grafo			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Estado disco de corte			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Conexiones electricas en buen estado			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Mango y manija de sujecion			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Guarda de seguridad			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Estado de la tuerca del apriete del disco			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Estado general del equipo			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Uso del extintor			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
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			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
David Santiago Torres	1000128401	Santiago Torres
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Arge Dama M		

SEMANA DEL: 06 AL 11 DE 01 DE 2025

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☒ **Fecha de Corrección:** _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU

PREOPERACIONAL PULIDORA

Proyecto: Colegio Norte | Ubicación: Cra 4 # 18 | Equipo No.: # 4

SEMANA DEL: 06 AL 11 DE 01 DE 2025

ITEM	LUN. B	LUN. M	MAR. B	MAR. M	MIER. B	MIER. M	JUEV. B	JUEV. M	VIER. B	VIER. M	SAB. B	SAB. M	DOM. B	DOM. M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
Adecuado de clavija			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Interruptor del encendido			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Estado cable guía			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Estado disco de corte			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Conexiones electricas en buen estado			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Mango y manija de sujeccion			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Guarda de seguridad			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Estado de la tuerca del apriete del disco			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Estado general del equipo			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Uso del extintor														
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR: Jairo Orozco	CEDULA: 70631640 92	FIRMA DEL TRABAJADOR
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST: Andres Zapata M	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST

SEMANA DEL: 06 AL 11 DE 01 DE 2025

PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☒

Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST:

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU

PREOPERACIONAL PULIDORA

Proyecto: Lago Bento	Ubicación: Torre A y B	Equipo No. #01

SEMANA DEL: 06 AL 11 DE 01 DE 2026

ITEM	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M
Tipo de clavija			✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido			✓		✓		✓		✓		✓			
Estado cinta gruta			✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte			✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado			✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujecion			✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad			✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco			✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo			✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extinter			✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA			✓		✓		✓		✓		✓			

MODELO: MARCA:

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Raquel G. Lucero R	1127394477	✓
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Arturo Parra		✓

SEMANA DEL: 06 AL 11 DE 01 DE 2026

*** PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR**

Fuera de servicio: si ☐ **no** ☒

Fecha de Corrección: ✓

Nombre del INSPECTOR SST: ✓

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU

PREOPERACIONAL PULIDORA

Proyecto: Colegio Bosque | Ubicación: Torre A y B | Equipo No. #2

SEMANA DEL 02 AL 11 DE 01 DE 2024.

ITEM	LUN. B	LUN. M	MAR. B	MAR. M	MIER. B	MIER. M	JUEV. B	JUEV. M	VIER. B	VIER. M	SAB. B	SAB. M	DOM. B	DOM. M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
...ulo de clavija			✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido			✓		✓		✓		✓		✓			
Estado cinta guia			✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte			✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado			✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujecion			✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad			✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco			✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo			✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor			✓		✓		✓		✓		✓			
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
Charlie Granada	1106800780	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angie Lamo M		

SEMANA DEL: 02 AL 11 DE 01 DE 2025

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☒ Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST: NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU

PREOPERACIONAL PULIDORA

Proyecto: [illegible] Ubicación: [illegible] Equipo No. #3

SEMANA DEL: 02 AL 11 DE 01 DE 2025

ITEM	LUN. D	LUN. M	MAR. D	MAR. M	MIER. D	MIER. M	JUEV. D	JUEV. M	VIER. D	VIER. M	SAB. D	SAB. M	DOM. D	DOM. M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
[illegible] de clavija			✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido			✓		✓		✓		✓		✓			
Estado cinta gratia			✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte			✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado			✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujecion			✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad			✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco			✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo			✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor			✓		✓		✓		✓		✓			
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]	72169766	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST
[illegible]		

SEMANA DEL: 02 AL 11 DE 01 DE 2025

PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☒ Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST:

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU

PREOPERACIONAL PULIDORA

Proyecto: [illegible] **Ubicación:** **Equipo No.** 8

SEMANA DEL: 26 AL 1 DE 01 DE 2024

ITEM	LUN. B	LUN. M	MAR. B	MAR. M	MIER. B	MIER. M	JUEV. B	JUEV. M	VIER. B	VIER. M	SAB. B	SAB. M	DOM. B	DOM. M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
[illegible] de clavija														
Interruptor del encendido														
Estado copa grata														
Estado disco de corte														
Conexiones electricas en buen estado														
Mango y manija de sujecion														
Guarda de seguridad														
Estado de la tuerca del apriete del disco														
Estado general del equipo														
Uso del extintor														

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
Alexander Lopez	1356?241	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Fabio Jara M		

SEMANA DEL: 26 AL 1 DE 01 DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☑ **Fecha de Corrección:**

Nombre del INSPECTOR SST:

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU

PREOPERACIONAL PULIDORA

Proyecto: Llano Rico	Ubicación: Tame Ayu	Equipo No: # 10

SEMANA DEL: 06 AL 11 DE 01 DE 2026

ITEM	LUN. D	LUN. M	MAR. D	MAR. M	MIER. D	MIER. M	JUEV. D	JUEV. M	VIER. D	VIER. M	SAB. D	SAB. M	DOM. D	DOM. M
Pulidora No:	MODELO:								MARCA:					
Punto de conexión														
Interruptor del encendido														
Estado cinta gratia														
Estado disco de corte														
Conexiones eléctricas en buen estado														
Mango y manija de sujeccion														
Guarda de seguridad														
Estado de la fuerca del apriete del disco														
Estado general del equipo														
Uso del extensión														
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
Dario Mendoza	1097775	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angie Lorio M		

ANA DEL: 06 AL 11 DE 01 DE 2026

*** PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR**

Fuera de servicio: si ☐ **no** ☒ **Fecha de Corrección:**

Nombre del INSPECTOR SST:

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU

PREOPERACIONAL PULIDORA

Proyecto: Colegio Bonito | Ubicación: Torre A y B | Equipo No. # 9

SEMANA DEL: 06 AL 11 DE 01 DE 2025

MODELO: | MARCA:

ITEM	LUN. B	LUN. M	MAR. B	MAR. M	MIER. B	MIER. M	JUEV. B	JUEV. M	VIER. B	VIER. M	SAB. B	SAB. M	DOM. B	DOM. M
Pulidora No														
Cable de conexión			✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido			✓		✓		✓		✓		✓			
Estado cinta grata			✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte			✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado			✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujecion			✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad			✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco			✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo			✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor			✓		✓		✓		✓		✓			
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	80362367	

NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST

SEMANA DEL: 06 AL 11 DE 01 DE 2025

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐ **Fecha de Corrección:**

Nombre del INSPECTOR SST:

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU

PREOPERACIONAL PULIDORA

Equipo No: # 1

Proyecto: Colegio Bosa | Ubicación: Zona A y B

SEMANA DEL: 06 AL 11 DE 01 DE 2026

ITEM	LUN. B	LUN. M	MAR. B	MAR. M	MIER. B	MIER. M	JUEV. B	JUEV. M	VIER. B	VIER. M	SAB. B	SAB. M	DOM. B	DOM. M
MARCA:														
MODELO:														
Motora No														
Cuello de cisne			✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor de encendido			✓		✓		✓		✓		✓			
Estado cono gratis			✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte			✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado			✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujecion			✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad			✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco			✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo			✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor			✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA	Marvin Olaya		Marvin Olaya		Marvin Olaya		Marvin Olaya		Marvin Olaya					

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR: Marvin Olaya — CEDULA 80496169 — FIRMA DEL TRABAJADOR

NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST: Fran Jomi M — CEDULA — FIRMA DEL INSPECTOR SST

AÑO

SEMANA DEL: 06 AL 11 DE 01 DE 2026

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☒

Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST: NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su SUPERVISOR quien tomará la decisión más segura.

EBISU

PREOPERACIONAL PULIDORA

Proyecto: Colegio Bolig | Ubicación: Torre A y B | Equipo No. # 10

SEMANA DEL 06 AL 11 DE 01 DE 2025

ITEM	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
Tipo de clavija			✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido			✓		✓		✓		✓		✓			
Estado cinta grata			✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte			✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado			✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujecion			✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad			✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del aprete del disco			✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo			✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor			✓		✓		✓		✓		✓			
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 Soria	1003045086	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angie Pamo M		

SEMANA DEL: 06 AL 11 DE 01 DE 2025

PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ **no** ☒ **Fecha de Corrección:**

Nombre del INSPECTOR SST:

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU

PREOPERACIONAL PULIDORA

Proyecto: Boito | Ubicación: TOCA | Equipo No: #8

SEMANA DEL: 1 AL 18 DE ENERO DE 2025

ITEM	LUN. B	LUN. M	MAR. B	MAR. M	MIER. B	MIER. M	JUEV. B	JUEV. M	VIER. B	VIER. M	SAB. B	SAB. M	DOM. B	DOM. M
Pulidora No MODELO:									MARCA: Dewalt					
Cuerda de clavija			✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido			✓		✓		✓		✓		✓			
Estado cinta guía			✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte			✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones eléctricas en buen estado			✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeción			✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad			✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco			✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo			✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor			✓		✓		✓		✓		✓			
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]			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Benjamin Antolinez	1129593	[signature]
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST
JHON FONSECA	1.233.691.230	[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

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU

PREOPERACIONAL PULIDORA

Proyecto: Bolla | Ubicación: Torre A y B | Equipo No: HC

SEMANA DEL: 13 AL 18 DE ENERO DE 2025

ITEM	LUN. B	LUN. M	MAR. B	MAR. M	MIER. B	MIER. M	JUEV. B	JUEV. M	VIER. B	VIER. M	SAB. B	SAB. M	DOM. B	DOM. M
Pulidora No	MODELO:								MARCA: DeWALT					
Cable de corriente	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor de encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado cinta gratis	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del agrete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor														
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR: JHON EDWIN	CEDULA: 1.233.691.256	FIRMA DEL TRABAJADOR
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST: Diana Mendoza	CEDULA: 1097775	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

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU

PREOPERACIONAL PULIDORA

Proyecto: Boita | Ubicación: TORRE A | Equipo No. #3

SEMANA DEL: 13 AL 19 DE ENERO DE 2025

ÍTEM	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Pulidora No	MODELO:								MARCA: Dewalt					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado cola gruesa	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones eléctricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango o manija de sujeción	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del agarre del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
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 Aguilera G.	1023893213	

NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST
JHON RAMOA	1.735.691.750	

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

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU

PREOPERACIONAL PULIDORA

Proyecto: Boita | Ubicación: TORRE A | Equipo No. #3

SEMANA DEL: 13 AL 18 DE ENERO DE 2025

ITEM	LUN. B	LUN. M	MAR. B	MAR. M	MIER. B	MIER. M	JUEV. B	JUEV. M	VIER. B	VIER. M	SAB. B	SAB. M	DOM. B	DOM. M
Pulidora No	MODELO:								MARCA: Dewalt					
Juego de claves	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango o manija de sujecion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
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
Cipher Osorio	1063164092	1063164092
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON FAMOIA	1235.691.790	

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

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU

PREOPERACIONAL PULIDORA

Proyecto: Boito | Ubicación: Torre A | Equipo No. #1

SEMANA DEL: 13 AL 18 DE OCTUBRE DE 2024

ITEM	LUN. B	LUN. M	MAR. B	MAR. M	MIER. B	MIER. M	JUEV. B	JUEV. M	VIER. B	VIER. M	SAB. B	SAB. M	DOM. B	DOM. M
Pulidora No	MODELO:								MARCA: makita					
Uso de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujecion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
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	1216936666	

NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST
JHON ROMERO	1.733.691.250	

FALTAN DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Para de servicio: si ☐ no ☐ Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU

PREOPERACIONAL PULIDORA

Proyecto: Boiru | Ubicación: Torre 4 | Equipo No: #4

SEMANA DEL 13 AL 19 DE ENERO DE 2024

ITEM	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Pulidora No	MODELO:								MARCA: Bosch					
Cable de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado cinta gris	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujecion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
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 G. Rincones R	1127349477	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON EDMOND	1-735.691-790	

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

uera de servicio: si ☐ **no** ☐ **Fecha de Corrección:** _____

ombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU

PREOPERACIONAL PULIDORA

Proyecto: Boita | Ubicación: Torre A | Equipo No. #1

SEMANA DEL: 15 AL 18 DE Octubre DE 2024

ÍTEM	LUN. B	LUN. M	MAR. B	MAR. M	MIER. B	MIER. M	JUEV. B	JUEV. M	VIER. B	VIER. M	SAB. B	SAB. M	DOM. B	DOM. M
Pulidora No	MODELO:								MARCA: Dewalt					
Ajuste de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mangos manija de sujecion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
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
WILLIAN ALEXAN YAGUE	1.022.924.991	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON ESPINOZA	1.233.691.750	

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

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU

PREOPERACIONAL PULIDORA

Proyecto: Boita | Ubicación: TOLICA | Equipo No. #8

SEMANA DEL 13 AL 18 DE OCTUBRE DE 2025

ITEM	LUN. B	LUN. M	MAR. B	MAR. M	MIER. B	MIER. M	JUEV. B	JUEV. M	VIER. B	VIER. M	SAB. B	SAB. M	DOM. B	DOM. M
Pulidora No	MODELO:								MARCA: Oswalt					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado cinta gratia	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujecion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la fuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
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. BERRIO	1003045086	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
HON ZAMORA	1.233.601.260	

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

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU

PREOPERACIONAL PULIDORA

Proyecto: Bonia | Ubicación: TORRE A | Equipo No. #7

SEMANA DEL 13 AL 18 DE AGOSTO DE 2024

ITEM	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Pulidora No	MODELO:								MARCA: Dewalt					
Estado de cables	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado cinta gris	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujecion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
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]	87 946 129	

NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST
JHON ZAMORA	1-733.691.250	

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

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.