AXA COLPATRIA

CONSULTA EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Documento:	NIT
Documento:	901631535
Número Afiliación:	9026861
Razón social:	OSSA ARQUITECTURA Y CONSTRUCCION SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de Documento:	CÉDULA
Documento:	79887483
Nombre:	JHON FREDY
Apellidos:	PEDRAZA RODRIGUEZ
Tipo de Afiliación:	DEPENDIENTE
Cargo:	ENCHAPADOR
Estado:	VIGENTE
Tipo de Salario:	BÁSICO
Valor Salario:	1425500
Fecha de Ingreso:	01/02/2025
Fecha de Retiro:	0

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS | sura

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud **6l_5105242**

Por favor imprima este comprobante como constancia de la novedad reportada.

Reingreso 1	
Empleador	NI 901631535 OSSA ARQUITECTURA Y CONSTRUCCIÓN SAS
Afiliado	CC 79887483 JHON FREDY PEDRAZA RODRIGUEZ
Tipo de trabajador	1 Dependiente
Salario Base	$ 1,423,500
Cargo	OTRO
Sucursal	BOGOTA D.C. CL 64 103 32
Fecha de ingreso	01/02/2025
Fecha de radicación	12/02/2025 09:38:04 a.m.
Código de Transacción	193407451
Resultado del Reingreso 1	
Novedad aplicada con éxito	El período de inicio de pago es 03/2025

Fecha de generación 12/02/2025

AXA COLPATRIA

CONSULTA EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Documento:	NIT
Documento:	901631535
Número Afiliación:	9026861
Razón social:	OSSA ARQUITECTURA Y CONSTRUCCION SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de Documento:	CÉDULA
Documento:	79780385
Nombre:	LUIS ALEJANDRO
Apellidos:	PEDRAZA RODRIGUEZ
Tipo de Afiliación:	DEPENDIENTE
Cargo:	ENCHAPADOR
Estado:	VIGENTE
Tipo de Salario:	BÁSICO
Valor Salario:	1425500
Fecha de Ingreso:	01/02/2025
Fecha de Retiro:	0

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014095774	3|1|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	4.Contribución Solidaria
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐ A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐	Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7.Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
PEDRAZA (Primer apellido)	RODRIGUEZ (Segundo apellido)	LUIS (Primer nombre)	ALEJANDRO (Segundo nombre)

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	79780385	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA	Departamento: BOGOTA	Municipio: BOGOTA		1|0|0|1|1|9|7|5

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	Si ☐ No ☒
6		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
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	PROTECCION	1423500	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CR 19B 1 43 SUR		3223768846	LUIS.APEDRAZAR@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
CUNDINAMARCA	SOACHA	COL	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 SOACHA TERREROS - VS SOACHA TERREROS	VSSOACHA - VSSOACHA
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)
OSSA ARQUITECTURA Y CONSTRUCCION SAS	NIT	901631535	01

59.Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito
CL 64 103 32	2361655	OSSAARQUITECTURAC@GMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA

No de Radicacion
4014095774

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

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
Alejandro Pedroza	Katharine Barreto

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. 9026861 correspondiente a la empresa Ossa Arquitectura Y Construccion Sas.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
JOHAN STEVEN CADENA HERNANDEZ	C.C.	1,030,678,298	14/02/2025

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 jueves 13 de febrero de 2025 a las 09:21:40 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
NIT 830.003.564-7

9011795557
9011795557

No. de Radicación: 28910587

Fecha de Radicación: 13 02 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
	CADENA	HERNANDEZ	JOHAN	STEVEN

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1030678298	Femenino ☐ Masculino X	31 05 1997

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			POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia		
$1.423.500	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
01				
02				
03				
04				
05				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios 29. Parentesco	Datos complementarios 30. Etnia
01					D D M M A A A A		
02					D D M M A A A A		
03					D D M M A A A A		
04					D D M M A A A A		
05					D D M M A A A A		

	31. Discapacidad Tipo F	Tipo Ps	Tipo M	Condición T	Condición P	32. Datos de residencia Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
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)
C		
S		
S		
S		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
OSSA ARQUITECTURA Y	NT	901631535	

39. Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CL 64 103 32	32022599		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	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino ☐ Masculino ☐	D D M M A A A A	13 02 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 afiliación 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 desde la 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 declara la unión marital. ☐
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declara la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. ☐
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. ☐
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. ☐
62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. ☐
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. ☐
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. ☐
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. ☐

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

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

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

71. Firma del funcionario

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

Cambio Empleo

INTERNET

VE/2016

Medellín, 19 de February 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 %	
C1024598191	VEGA VERA JOSE EFRAIN	20/02/2025		3728161G	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 19/02/2025 22:51:34 .
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

CamScanner

Made with Xodo PDF Reader and Editor

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014231108	1|9|0|2|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	4.Contribución Solidaria
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐	Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7.Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

8. Apellidos y nombres			
VEGA (Primer apellido)	VERA (Segundo apellido)	JOSE (Primer nombre)	EFRAIN (Segundo nombre)

9. Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1024598191	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento	15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA Departamento: SANTANDER Municipio: CIMITARRA	1|8|0|4|1|9|9|9

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	Si ☐	No ☒
6		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	PORVENIR FPC	1423500	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 12 22 35	3800333	3004633013	JOSEEFRAINVEGA@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
ATLANTICO	BARRANQUILLA		Urbana cabecera municipal ☐ Urbana centro poblado ☒ Rural dispersa ☐ 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 ENSUENO - ENSUENO	VS ENSUENO - ENSUENO
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. Número de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CARLOS ANDRES PEREZ SALCEDO	NIT	98652314	01

59.Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito
CL 80 78B 201	3719312	CARLOSANDRESPEREZ@GMAIL.COM	ATLANTICO	BARRANQUILLA

CamScanner

Made with Xodo PDF Reader and Editor

No de Radicacion
4014231108

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
	1|7|0|2|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

Jose Vega	Anny Cruz
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: 1 Total: 1

- ☐ **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		93. Nombre de la Institución
Código del municipio	Código del Departamento	
☐	☐	

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.

CamScanner

Medellín, 25 de February 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 ESTRUCTURAS OBRAS CIVILES & ASESORIAS CAP S.A.S..

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 ANTIOQUIA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1082497086	ORTIZ CHICA JESUS DAVID	26/02/2025		221e1232	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 25/02/2025 23:34:12 .
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

NIT 830.003.564-7

9011405081

9011405081

No. de Radicación: 28315876

Fecha de Radicación: 25 02 2025

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

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

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

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

Código (a registrar por la EPS):

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

6. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
	ORTIZ	CHICA	JESUS	DAVID

7. Tipo de documento de identidad: CC

8. Número del documento de identidad: 1082497086

9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]

10. Fecha de nacimiento: 23 09 1997

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia:

12. Discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ]

13. Puntaje SISBÉN:

14. Grupo de población especial:

16. A. Administradora de riesgos laborales - ARL: NINGUNA

16. Administradora de pensiones:

17. Ingreso base de cotización - IBC: $1.423.500

18. Residencia: Dirección | Teléfono fijo | Teléfono celular | Correo electrónico | Municipio / Distrito | Zona Urbana [ ] Rural [ ] | Localidad / Comuna | Departamento

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

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

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

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

24. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
01				
02				
03				
04				
05				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios: 29. Parentesco	30. Etnia
01							
02							
03							
04							
05							

	31. Discapacidad: Tipo F S M	Condición T P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
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)
C		
01		
02		
03		

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

35. Razón social o apellidos y nombres del empleador o aportante	36. Tipo de documento	37. Número del documento	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
ESTRUCTURAS OBRAS CIVILES ASESORIAS CAP	NIT	901896678	

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

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ] | Fecha de nacimiento: D D M M A A A A | 42. Fecha novedad: 25 02 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 aportar al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. [ ]
49. Declaración de no inscripción del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [ ]

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, 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 [ ] PE [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] MC [ ] Cantidad: [ ] Total: [ ]

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

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

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

71. Firma del funcionario

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

Cambio Empleo

INTERNET

VERSIÓN 3 - Febrero 2025

Medellín, 25 de February 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 ESTRUCTURAS OBRAS CIVILES & ASESORIAS CAP S.A.S..

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 ANTIOQUIA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1072750359	MARTIN CAMACHO JUAN CARLOS	26/02/2025		141Y166I	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 25/02/2025 23:33:05 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.60.54.51, 192.230.104.2, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar

NIT 830.003.564-7

9011405081

9011405081

No. de Radicación: 29432186

Fecha de Radicación: 26 02 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 B. Reporte de Novedades: X	A. Individual: - Cotizante o cabeza de Familia: X - Beneficiario o afiliado adicional B. Corporativa C. Institucional D. De oficio	A. Contributivo B. Subsidiado: X	A. Cotizante: X B. Cabeza de familia C. Beneficiario	A. Dependiente: X B. Independiente C. Pensionado	

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: MEJIA	Segundo Apellido: URREGO	Primer Nombre: JHEISON	Segundo Nombre:

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	79222709	Femenino: Masculino: X	26 02 1985

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:			NINGUNA	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia		
$1.423.500	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
01				
02				
03				
04				
05				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino / Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios: 29. Parentesco	30. Etnia
01				D D M M A A A A		
02				D D M M A A A A		
03				D D M M A A A A		
04				D D M M A A A A		
05				D D M M A A A A		

	31. Discapacidad: Tipo (F, N, M)	Condición (T, P)	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana / Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
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)
C		
01		
02		
03		

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)
ESTRUCTURAS OBRAS CIVILES & ASESORIAS CAP	NIT	901896768	

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

VI. 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
				26 02 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 ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ MC ☐ Cantidad: ☐ Total: ☐

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES	71. Firma del funcionario
		CARGO: DEPENDIENTE SAT	

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

Versión 3 - Febrero 2025

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014088765	2|5|0|2|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	4.Contribución Solidaria
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐	Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7.Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
MARTIN (Primer apellido)	CAMACHO (Segundo apellido)	JUAN (Primer nombre)	CARLOS (Segundo nombre)

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1072750359	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA	Departamento: DSTR CAPITAL	Municipio: BOGOTA		2|5|0|4|1|9|9|5

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	Si ☐ No ☒
6		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
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	COLFONDO	1423500	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CR 72 43 28	3803455	3006756766	JUANCARLOS10987@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

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

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL 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)
ESTRUCTURAS OBRAS CIVILES & ASESORIAS CAP S.A.S	NIT	901896768	01

59.Ubicación

CR 51 51 47 (Dirección)	5122958 (Teléfono fijo o celular)	OBRASCAP50@GMAIL.COM (Correo electrónico)	ANTIOQUIA (Departamento)	MEDELLIN (Municipio/distrito)

No de Radicacion
4014088765

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
	2|5|0|2|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
juan carlos	Ana Garcia

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.

Medellín, 26 de February 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 ESTRUCTURAS OBRAS CIVILES & ASESORIAS CAP S.A.S..

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 ANTIOQUIA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C79222709	MEJIA URREGO JHEISON ALEXANDER	27/02/2025		18017714	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 26/02/2025 19:34:37 .
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

EBISU

CONSTRUIMOS EQUIDAD, BIENESTAR Y SUEÑOS

NIT 807.008.957-7

PLANILLAS DE SEGURIDAD SOCIAL EBISU S.A.S

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-02	1265739145	9481688865	E	2025/02/14	2025/02/14	BANCOLOMBIA	0	$33,841,400

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	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						230301	2	ESSC07	2	CCF24	2	14-4	2	0.000%	2	Si
2	CC	1081930766	CAMARGO STEVEN													X						230301	4	ESSC07	4	CCF24	4	14-4	4	0.000%	4	Si
3	CC	1081930766	CAMARGO STEVEN																			230301	24	ESSC07	24	CCF24	24	14-4	24	0.522%	24	Si
4	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)																																
5	CC	1030639027	OSORIO PAULA													X						230301	1	EPS010	1	CCF24	1	14-4	1	0.000%	1	Si
6	CC	1030639027	OSORIO PAULA													X						230301	2	EPS010	2	CCF24	2	14-4	2	0.000%	2	Si
7	CC	1030639027	OSORIO PAULA																			230301	27	EPS010	27	CCF24	27	14-4	27	0.522%	27	Si
8	CC	1032399345	PEÑA LORENA													X						230301	2	EPS005	2	CCF24	2	14-4	2	0.000%	2	Si
9	CC	1032399345	PEÑA LORENA																			230301	28	EPS005	28	CCF24	28	14-4	28	0.522%	28	Si
10	CC	52277740	POVEDA MARIA													X						231001	2	EPS037	2	CCF24	2	14-4	2	0.000%	2	Si
11	CC	52277740	POVEDA MARIA													X						231001	4	EPS037	4	CCF24	4	14-4	4	0.000%	4	Si
12	CC	52277740	POVEDA MARIA							X												231001	24	EPS037	24	CCF24	24	14-4	24	0.522%	24	Si
13	CE	685755	RAMIREZ NERIO													X						231001	3	EPS005	3	CCF24	3	14-4	3	0.000%	3	Si
14	CE	685755	RAMIREZ NERIO													X						231001	3	EPS005	3	CCF24	3	14-4	3	0.000%	3	Si
15	CE	685755	RAMIREZ NERIO													X						231001	5	EPS005	5	CCF24	5	14-4	5	0.000%	5	Si
16	CE	685755	RAMIREZ NERIO																			231001	19	EPS005	19	CCF24	19	14-4	19	0.522%	19	Si
Centro de Trabajo: RIESGO 2 (1 Afiliados)																																
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																																
17	CC	52209240	CHAGUALA SANDRA													X						230201	1	EPS005	1	CCF24	1	14-4	1	0.000%	1	Si
18	CC	52209240	CHAGUALA SANDRA							X												230201	29	EPS005	29	CCF24	29	14-4	29	1.044%	29	Si

Planilla Resumen

No.		Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	PENSION Codigo	PENSION Dias	SALUD Codigo	SALUD Dias	CCF Codigo	CCF Dias	RIESGOS Codigo	RIESGOS Dias	RIESGOS Tarifa	PARAFISCALES Dias	PARAFISCALES Exonerado SENA e ICBF
Centro de Trabajo: RIESGO 5 (6 Afiliados)																															
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (6 Afiliados)																															
19	CC	1026297800	ARIAS BRIGITTE																		230301	30	EPS002	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
20	CC	1013662097	CELIS DAYANA													X					230301	2	EPS008	2	CCF24	2	14-4	2	0.000%	2	Si
21	CC	1013662097	CELIS DAYANA																		230301	28	EPS008	28	CCF24	28	14-4	28	6.960%	28	Si
22	CC	60356576	COTE MONICA																		25-14	30	EPS010	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	No
23	CC	1010188418	MARCIALES FABIAN													X					230301	1	EPS010	1	CCF24	1	14-4	1	0.000%	1	Si
24	CC	1010188418	MARCIALES FABIAN																		230301	29	EPS010	29	CCF24	29	14-4	29	6.960%	29	Si
25	CC	1014204230	SANCHEZ YAMIL										X								25-14	6	EPS017	6	CCF24	6	14-4	6	0.000%	6	Si
26	CC	1014204230	SANCHEZ YAMIL																		25-14	24	EPS017	24	CCF24	24	14-4	24	6.960%	24	Si
27	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 (4 Afiliados)																															
Centro de Trabajo: BOGOTA (4 Afiliados)																															
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (4 Afiliados)																															
28	CC	80362362	AMADO JOSE													X					25-14	3	EPS002	3	CCF24	3	14-4	3	0.000%	3	Si
29	CC	80362362	AMADO JOSE																		25-14	27	EPS002	27	CCF24	27	14-4	27	6.960%	27	Si
30	CC	74325097	BARRETO MARIO									X									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	3	EPS037	3	CCF24	3	14-4	3	0.000%	3	Si
33	CC	82392781	MONCADA MARIO									X									230301	27	EPS037	27	CCF24	27	14-4	27	6.960%	27	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 (31 Afiliados)																															
Centro de Trabajo: PROYECTO BOITA (31 Afiliados)																															
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (31 Afiliados)																															
34	CC	50989201	ALTAMIRANDA IRINA	X																	230201	24	EPS037	24	CCF24	24	14-4	24	6.960%	24	Si
35	CC	1022352554	ALVAREZ PABLO	X																	230301	10	EPS017	10	CCF24	10	14-4	10	6.960%	10	Si
36	CC	1033694813	AMADO JUAN									X									231001	30	EPS005	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
37	CC	1129593	ANTOLINEZ BENJAMIN	X																	230301	17	EPS037	17	CCF24	17	14-4	17	6.960%	17	Si
38	CC	1023893213	AQUITE JONATHAN										X								230301	1	EPS002	1	CCF24	1	14-4	1	0.000%	1	Si
39	CC	1023893213	AQUITE JONATHAN										X								230301	1	EPS002	1	CCF24	1	14-4	1	0.000%	1	Si
40	CC	1023893213	AQUITE JONATHAN											X							230301	4	EPS002	4	CCF24	4	14-4	4	0.000%	4	Si
41	CC	1023893213	AQUITE JONATHAN																		230301	24	EPS002	24	CCF24	24	14-4	24	6.960%	24	Si
42	CC	13840356	ARCE MARINO											X								0	EPS017	4	CCF24	4	14-4	4	0.000%	4	Si
43	CC	13840356	ARCE MARINO																			0	EPS017	26	CCF24	26	14-4	26	6.960%	26	Si
44	CC	1001045259	AREVALO FRANK	X																	230301	22	EPS005	22	CCF24	22	14-4	22	6.960%	22	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	3	EPS037	3	CCF24	3	14-4	3	0.000%	3	Si
47	CC	1003045086	BERRIO JOSE																		230301	26	EPS037	26	CCF24	26	14-4	26	6.960%	26	Si

PLANILLA PAGADA

48	CC	11802823	BORJA JOHANS										X							25-14	2	EPS005	2	CCF24	2	14-4	2	0.000%	2	Si
49	CC	11802823	BORJA JOHANS	X																25-14	22	EPS005	22	CCF24	22	14-4	22	6.960%	22	Si
50	CC	1044914028	CAICEDO LEIDIS						X		X									23030 1	30	EPS008	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
51	CC	1020761157	CARREÑO CESAR																	23100 1	30	EPS017	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
52	CC	1102896714	DE LA HOZ ENDERSON									X								23020 1	1	EPS037	1	CCF24	1	14-4	1	0.000%	1	Si
53	CC	1102896714	DE LA HOZ ENDERSON	X																23020 1	15	EPS037	15	CCF24	15	14-4	15	6.960%	15	Si
54	CC	80728996	GIRON LUIS									X								23030 1	1	EPS008	1	CCF24	1	14-4	1	0.000%	1	Si
55	CC	80728996	GIRON LUIS	X																23030 1	23	EPS008	23	CCF24	23	14-4	23	6.960%	23	Si
56	CC	1106890780	GONZALEZ CHRISTIAN	X	X															23020 1	4	EPS017	4	CCF24	4	14-4	4	6.960%	4	Si
57	CC	79895630	HERRERA CARLOS																	23030 1	30	EPS005	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
58	CC	1001297434	HERRERA JOSE								X									23020 1	30	EPS017	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
59	PT	1097775	MENDOZA DINNO										X							23030 1	2	EPS002	2	CCF24	2	14-4	2	0.000%	2	Si
60	PT	1097775	MENDOZA DINNO	X																23030 1	22	EPS002	22	CCF24	22	14-4	22	6.960%	22	Si
61	CC	87946129	OLAYA MARVIN										X							23030 1	5	EPS002	5	CCF24	5	14-4	5	0.000%	5	Si
62	CC	87946129	OLAYA MARVIN						X											23030 1	25	EPS002	25	CCF24	25	14-4	25	6.960%	25	Si
63	CC	1063164092	OSORIO ELIEZER									X								23030 1	1	EPS005	1	CCF24	1	14-4	1	0.000%	1	Si
64	CC	1063164092	OSORIO ELIEZER																	23030 1	29	EPS005	29	CCF24	29	14-4	29	6.960%	29	Si
65	CC	70466659	PAMPLONA HERNAN																	23030 1	12	EPS010	12	CCF24	12	14-4	12	6.960%	12	Si
66	CC	70466659	PAMPLONA HERNAN									X								23030 1	18	EPS010	18	CCF24	18	14-4	18	0.000%	18	Si
67	CC	1030700290	PARRA ANGIE									X								23030 1	2	EPS008	2	CCF24	2	14-4	2	0.000%	2	Si
68	CC	1030700290	PARRA ANGIE										X		X					23030 1	5	EPS008	5	CCF24	5	14-4	5	0.000%	5	Si
69	CC	1030700290	PARRA ANGIE																	23030 1	23	EPS008	23	CCF24	23	14-4	23	6.960%	23	Si
70	CC	1003656243	REYES RAY	X																23030 1	22	EPS005	22	CCF24	22	14-4	22	6.960%	22	Si
71	CC	1127394477	RINCONES RAFAEL									X								23030 1	1	EPS010	1	CCF24	1	14-4	1	0.000%	1	Si
72	CC	1127394477	RINCONES RAFAEL									X								23030 1	1	EPS010	1	CCF24	1	14-4	1	0.000%	1	Si
73	CC	1127394477	RINCONES RAFAEL										X							23030 1	2	EPS010	2	CCF24	2	14-4	2	0.000%	2	Si
74	CC	1127394477	RINCONES RAFAEL						X											23030 1	26	EPS010	26	CCF24	26	14-4	26	6.960%	26	Si
75	CC	1216976666	RODRIGUEZ ANDRES									X								23020 1	1	EPS002	1	CCF24	1	14-4	1	0.000%	1	Si
76	CC	1216976666	RODRIGUEZ ANDRES						X		X									23020 1	29	EPS002	29	CCF24	29	14-4	29	6.960%	29	Si
77	PT	5122996	SANCHEZ FAUSTO								X									23020 1	30	EPS002	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
78	CC	79829346	TORRES ARISMENDI	X																25-14	24	EPS017	24	CCF24	24	14-4	24	6.960%	24	Si
79	CC	1000128491	TORRES DAVID						X											23030 1	30	EPS017	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
80	CC	79482565	VELASCO ISIDRO		X															25-14	10	EPS002	10	CCF24	10	14-4	10	6.960%	10	Si
81	CC	1022937991	YAGUE WILLIAM									X								23030 1	1	EPS017	1	CCF24	1	14-4	1	0.000%	1	Si
82	CC	1022937991	YAGUE WILLIAM									X								23030 1	1	EPS017	1	CCF24	1	14-4	1	0.000%	1	Si
83	CC	1022937991	YAGUE WILLIAM																	23030 1	28	EPS017	28	CCF24	28	14-4	28	6.960%	28	Si
84	CC	87572106	YANGUATIN HERNAN	X																23030 1	23	EPS002	23	CCF24	23	14-4	23	6.960%	23	Si
85	CC	1233691250	ZAMORA JHON								X									23030 1	30	EPS008	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
Total		**Afiliados(48)**																													

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
2025-01	2025-02	1265739145	9481688865	E	2025/02/14	2025/02/14	BANCOLOMBIA	0	$33,841,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 5)				47	$17,385,600	$0	$0	$17,385,600
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	4	$1,743,900	$0	$0	$1,743,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	6	$3,132,500	$0	$0	$3,132,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	29	$10,005,300	$0	$0	$10,005,300
PROTECCION	230201	800,229,739	0	7	$1,313,900	$0	$0	$1,313,900
SKANDIA	230901	800,253,055	2	1	$1,190,000	$0	$0	$1,190,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				48	$6,253,300	$0	$0	$6,253,300
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	48	$6,253,300	$0	$0	$6,253,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				48	$4,423,600	$0	$0	$4,423,600
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	48	$4,423,600	$0	$0	$4,423,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 7)				48	$5,278,900	$0	$0	$5,278,900
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	6	$651,400	$0	$0	$651,400
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	5	$1,663,000	$0	$0	$1,663,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	10	$789,300	$0	$0	$789,300
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	1	$80,100	$0	$0	$80,100
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	6	$327,100	$0	$0	$327,100
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	9	$585,700	$0	$0	$585,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	11	$1,182,300	$0	$0	$1,182,300
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$300,000	$0	$0	$300,000
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	1	$300,000	$0	$0	$300,000
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$200,000	$0	$0	$200,000
SENA	PASENA	899,999,034	1	1	$200,000	$0	$0	$200,000
TOTAL				48	$33,841,400	$0	$0	$33,841,400

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 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
2025-01	2025-01	1265747775	9481689047	Y	2025/02/14	2025/02/14	BANCOLOMBIA	0	$915,300

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	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: PROYECTO BOITA (12 Afiliados)																								$0	$0			$0	$0			$0	$0			$13,143,650		$915,300		$0	$0		$915,300
Centro de Trabajo: PROYECTO BOITA (12 Afiliados)																								$0	$0			$0	$0			$0	$0			$13,143,650		$915,300		$0	$0		$915,300
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (12 Afiliados)																								$0	$0			$0	$0			$0	$0			$13,143,650		$915,300		$0	$0		$915,300
1	CC	5820626	BERNAL CARLOS		X					X												0		$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	14-4	15	$711,750	6.960%	$49,600	0	$0	$0	No	$49,600
2	CC	1052397887	FUENTES ANYELA	X																		0		$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	14-7	15	$711,750	6.960%	$49,600	0	$0	$0	No	$49,600
3	CC	1010228105	GALLEGO ELTON							X												0		$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	14-4	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	0	$0	$0	No	$99,100
4	CC	1030627112	GARCIA JAVIER	X																		0		$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	14-4	15	$711,750	6.960%	$49,600	0	$0	$0	No	$49,600
5	CC	80149151	JIMENEZ MILTON							X												0		$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	14-4	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	0	$0	$0	No	$99,100
6	CC	1012363273	ROA YURY							X												0		$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	14-7	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	0	$0	$0	No	$99,100
7	CC	80035331	SANABRIA OSCAR		X					X												0		$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	14-4	15	$711,750	6.960%	$49,600	0	$0	$0	No	$49,600
8	CC	1012413543	SANCHEZ ANGIE							X												0		$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	14-4	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	0	$0	$0	No	$99,100
9	CC	1010175874	SOLANO MANUEL							X												0		$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	14-4	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	0	$0	$0	No	$99,100
10	CC	79154597	URIBE ALFONSO	X																		0		$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	14-4	7	$332,150	6.960%	$23,200	0	$0	$0	No	$23,200
11	CC	79797289	VASQUEZ CARLOS							X												0		$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	14-4	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	0	$0	$0	No	$99,100
12	CC	11188061	VELANDIA FRANK							X												0		$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	14-4	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	0	$0	$0	No	$99,100
Total	**Afiliados(12)**																							$0	$0			$0	$0			$0	$0			$13,143,650		$915,300		$0	$0		$915,300

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
2025-01	2025-01	1265747775	9481689047	Y	2025/02/14	2025/02/14	BANCOLOMBIA	0	$915,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 2)				12	$915,300	$0	$0	$915,300
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	10	$766,600	$0	$0	$766,600
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	2	$148,700	$0	$0	$148,700
TOTAL				12	$915,300	$0	$0	$915,300

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
9481376453	1263995939	E	2025-02-13	EPS	EPS008	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-02	1							X										
9481376453	1263995939	E	2025-02-13	EPS	EPS008	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-02	29													X				
9481376453	1263995939	E	2025-02-13	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-01	1							X										
9481376453	1263995939	E	2025-02-13	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-01	29													X				
9481376453	1263995939	E	2025-02-13	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-01	1							X										
9481376453	1263995939	E	2025-02-13	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-01	29													X				
9481376453	1263995939	E	2025-02-13	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-01	1							X										
9481376453	1263995939	E	2025-02-13	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-01	29													X				

Este certificado se expide el día 2025-03-04 a las 10:03.

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: 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
9481349401	1243503806	E	2025-02-04	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-02	20													X				
9481349401	1243503806	E	2025-02-04	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-02	10							X										
9481349401	1243503806	E	2025-02-04	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-01	20													X				
9481349401	1243503806	E	2025-02-04	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-01	10							X										
9481349401	1243503806	E	2025-02-04	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-01	20													X				
9481349401	1243503806	E	2025-02-04	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-01	10							X										
9481349401	1243503806	E	2025-02-04	CCF	CCF21	CAFAM	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-01	20													X				
9481349401	1243503806	E	2025-02-04	CCF	CCF21	CAFAM	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-01	10							X										
9481349401	1243503806	E	2025-02-04	FSP	25-14	COLPENSIONES	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-01	20													X				
9481349401	1243503806	E	2025-02-04	FSP	25-14	COLPENSIONES	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-01	10							X										
9481349401	1243503806	E	2025-02-04	SUB	25-14	COLPENSIONES	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-01	20													X				
9481349401	1243503806	E	2025-02-04	SUB	25-14	COLPENSIONES	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-01	10							X										

Este certificado se expide el día 2025-02-28 a las 16:02.

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	80149151	MILTON JAVIER JIMENEZ SOSA	cra 73a #7b-95	7000000	miltonjjs@yahoo.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	
2025-03	2025-03	I	04/03/2025	84695214	$826.500	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	362.500	0		0		0	0	0	0	362.500	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
231001	Colfondos	800227940-6	464.000	0	0	0	0	0	0		464.000	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										

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	362.500	362.500
Pensión	1	464.000	464.000
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	826.500	826.500

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	80149151	MILTON JAVIER JIMENEZ SOSA		cra 73a #7b-95	7000000	miltonjjs@yahoo.es
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	
2025-03	2025-03	I	04/03/2025	84695214	$826.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	80149151	JIMENEZ SOSA MILTON JAVIER	3	0			N	X																231001	2.900.000	464.000	0	0	0	0	EPS008	2.900.000	362.500		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	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	
2025-02	2025-02	I	03/03/2025	84316845	$406.200	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	178.200	0		0		0	0	0	0	178.200	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
230301	Porvenir	800224808-8	228.000	0	0	0	0	0	0		228.000	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										

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	178.200	178.200
Pensión	1	228.000	228.000
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	406.200	406.200

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
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.	

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	
2025-02	2025-02	I	03/03/2025	84316845	$406.200	

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	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	1030627112	GARCIA GONZALEZ JAVIER DAVID	3	0			N																	230301	1.425.000	228.000	0	0	0	0	EPS037	1.425.000	178.200		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

aportes en línea

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
9481536755	E	2025/01	2025/02/10	1256586633	ARP	14-7	SEGUROS BOLIVAR												X					8	0%	$0	$0	$0
9481536755	E	2025/01	2025/02/10	1256586633	ARP	14-7	SEGUROS BOLIVAR								X									22	6.96%	$619,800	$0	$0
9481536755	E	2025/01	2025/02/10	1256586633	CCF	CCF22	COLSUBSIDIO												X					8	4%	$95,000	$0	$0
9481536755	E	2025/01	2025/02/10	1256586633	CCF	CCF22	COLSUBSIDIO								X									22	4%	$261,200	$0	$0
9481536755	E	2025/02	2025/02/10	1256586633	EPS	EPS005	SANITAS												X					8	4%	$129,600	$0	$0
9481536755	E	2025/02	2025/02/10	1256586633	EPS	EPS005	SANITAS								X									22	4%	$356,200	$0	$0

Certificado generado el 2025-02-10 a las 13:10

aportes en línea

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			
9482093146	1316508797	E	2025-03-06	EPS	EPS037	NUEVA E.P.S.	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-03	30																	$6,770,742	12.5%	$846,400
9482093146	1316508797	E	2025-03-06	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-02	30																	$6,770,742	16%	$1,083,400
9482093146	1316508797	E	2025-03-06	AFP	25-14	COLPENSIONES	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-02	30																	$6,770,742		$33,900
9482093146	1316508797	E	2025-03-06	AFP	25-14	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-02	30																	$6,770,742		$33,900
9482093146	1316508797	E	2025-03-06	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2025-02	30																	$0	0%	$0
9482093146	1316508797	E	2025-03-06	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2025-02	30																	$0	0%	$0
9482093146	1316508797	E	2025-03-06	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-02	30																	$6,770,742	0.522%	$35,400
9482093146	1316508797	E	2025-03-06	CCF	CCF21	CAFAM	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-02	30																	$6,770,742	4%	$270,900
9482093146	1316508797	E	2025-03-06	SENA	PASENA	SENA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-02	30																	$6,770,742	0.5%	$33,900
9482093146	1316508797	E	2025-03-06	ICBF	PAICBF	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-02	30																	$6,770,742	3%	$203,200
9482093146	1316508797	E	2025-03-06	ESAP	PAESAP	ESCUELA DE ADMINISTRACION PUBLICA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-02	30																	$6,770,742	0.5%	$33,900
9482093146	1316508797	E	2025-03-06	MEN	PAMIED	MINISTERIO DE EDUCACION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-02	30																	$6,770,742	1%	$67,800
9480705457	1247810734	E	2025-02-06	EPS	EPS037	NUEVA E.P.S.	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-02	30																	$6,770,742	12.5%	$846,400
9480705457	1247810734	E	2025-02-06	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-01	30																	$6,770,742	16%	$1,083,400
9480705457	1247810734	E	2025-02-06	AFP	25-14	COLPENSIONES	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-01	30																	$6,770,742		$33,900
9480705457	1247810734	E	2025-02-06	AFP	25-14	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-01	30																	$6,770,742		$33,900
9480705457	1247810734	E	2025-02-06	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2025-01	30																	$0	0%	$0
9480705457	1247810734	E	2025-02-06	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2025-01	30																	$0	0%	$0
9480705457	1247810734	E	2025-02-06	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-01	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			
9480705457	1247810734	E	2025-02-06	CCF	CCF21	CAFAM	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-01	30																		$6,770,742	4%	$270,900
9480705457	1247810734	E	2025-02-06	SENA	PASENA	SENA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-01	30																		$6,770,742	0.5%	$33,900
9480705457	1247810734	E	2025-02-06	ICBF	PAICBF	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-01	30																		$6,770,742	3%	$203,200
9480705457	1247810734	E	2025-02-06	ESAP	PAESAP	ESCUELA DE ADMINISTRACION PUBLICA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-01	30																		$6,770,742	0.5%	$33,900
9480705457	1247810734	E	2025-02-06	MEN	PAMIED	MINISTERIO DE EDUCACION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-01	30																		$6,770,742	1%	$67,800

Este certificado se expide el día 2025-03-10 a las 10:00.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

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:	**7957747031**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES: enero	PERIODO COTIZACIÓN	MES: enero		
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD:	AÑO: 2025		
DÍAS DE MORA:	8				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/02/26	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1292477764		

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	$ 229.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 229.100**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 179.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 179.000**

VALOR SIN MORA:	**$ 405.800**
VALOR MORA:	**$ 2.300**
TOTAL PAGADO:	**$ 408.100**

Planilla Pagada

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	
2025-01	2025-1	I	14/02/2025	95685352	$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	
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	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	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	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

PAGOSIMPLE | Informe Histórico Resumido

Fecha de Creación del Informe: jueves, 04 de marzo 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	06/02/2025	202501	202502																		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.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-03-13, 03:42:34 PM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 1071176837

Periodo Cotización: febrero de 2025 **Periodo Servicio:** marzo de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8822986094

PAGADO 13/03/2025

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**	ÚNICO
Ciudad	DUITAMA	**Departamento**	BOYACA
Representante Legal	SOLANO SILVA MANUEL FERNANDO	**Identificación**	CC 1010175874
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1010175874	MANUEL FERNANDO SOLANO SILVA	01	00	X																0	30	30	30	30	(231001) COLFONDOS	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.423.500	$ 57.000	0,522	$ 1.423.500	$ 7.500	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 349.300

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 57.000	$ 7.500	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 349.300	$ 1.900	$ 351.200

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

EBISU
CONSTRUIMOS EQUIDAD, BIENESTAR Y SUEÑOS
NIT 807.008.957-7

SOPORTE DE PAGO DE PLANILLAS DE SEGURIDAD SOCIAL SUBCONTRATISTAS

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-02-13, 11:08:38 AM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 76078852

Periodo Cotización: enero de 2025 **Periodo Servicio:** febrero de 2025

PAGADO 13/02/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	METALICAS SOLMOFER SAS		
Documento	NI901205445	**Dirección**	CR 69 #68 B - 30
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	6614194
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	SOLER JUAN CARLOS	**Identificación**	CC 80814498
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

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 80814498	JUAN CARLOS SOLER	01	00																	0	30	30	30	30	(231001) COLFONDOS	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.423.500	$ 57.000	6,960	$ 1.423.500	$ 99.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.000	$ 100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 384.000

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 1.000	$ 227.800	$ 57.000	$ 99.100	$ 100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 384.000	$ 500	$ 384.500

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.

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-02-25, 11:45:45 AM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 76102254

Periodo Cotización: enero de 2025 **Periodo Servicio:** febrero de 2025

PAGADO 25/02/2025

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	11	**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 1000579738	JAROL DAVID SALAMANCA TOVAR	01	00	X																0	4	4	4	4	(25-14) COLPENSIONES	$ 189.800	$ 30.400	(EPSC34) RECAUDO SGP CAPITAL SALUD	$ 189.800	$ 7.600	6,960	$ 189.800	$ 13.300	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 189.800	$ 7.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 58.900
CC 1012448596	JHONATAN MAURICIO APACHE PRECIADO	01	00	X																0	22	22	22	22	(230201) PROTECCION	$ 1.043.900	$ 167.100	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 1.043.900	$ 41.800	6,960	$ 1.043.900	$ 72.700	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.043.900	$ 41.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 323.400
CC 1015440981	JUAN CAMILO MARENTES SUAREZ	01	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.423.500	$ 57.000	6,960	$ 1.423.500	$ 99.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.900
CC 1016119141	ALBERT JONATHAN MORENO ALDANA	01	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.423.500	$ 57.000	6,960	$ 1.423.500	$ 99.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.900
CC 1022952248	OSCAR JAVIER GORDILLO VALERO	01	00	X	X															0	1	1	1	1	(25-14) COLPENSIONES	$ 47.450	$ 7.600	(EPS005) EPS SANITAS	$ 47.450	$ 1.900	6,960	$ 47.450	$ 3.400	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 47.450	$ 1.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 14.800
CC 1022988545	CARLOS EDUARDO PINEDA ZUICA	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS010) EPS SURA	$ 1.423.500	$ 57.000	6,960	$ 1.423.500	$ 99.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.900
CC 1023906351	HILLEN FABIAN MARTINEZ AGUILAR	01	00	X	X															0	1	1	1	1	(230301) PORVENIR	$ 47.450	$ 7.600	(EPSC34) RECAUDO SGP CAPITAL SALUD	$ 47.450	$ 1.900	6,960	$ 47.450	$ 3.400	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 47.450	$ 1.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 14.800
CC 1069754729	MARIA ANGELICA BEJARANO MONTOYA	01	00		X															0	1	1	1	1	(230301) PORVENIR	$ 47.450	$ 7.600	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 47.450	$ 1.900	6,960	$ 47.450	$ 3.400	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 47.450	$ 1.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 14.800
CC 79820954	FERNEY PINEDA SAAVEDRA	01	00																	0	30	30	30	30	(231001) COLFONDOS	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.423.500	$ 57.000	6,960	$ 1.423.500	$ 99.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.900
CC 80801118	JAVIER ALEXANDER GONZALEZ	01	00	X	X															0	1	1	1	1	(231001) COLFONDOS	$ 47.450	$ 7.600	(EPS010) EPS SURA	$ 47.450	$ 1.900	6,960	$ 47.450	$ 3.400	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 47.450	$ 1.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 14.800
PT 5494080	SERGIO RAFAEL SARMIENTO MARTINEZ	01	00		X															0	1	1	1	1	(230301) PORVENIR	$ 47.450	$ 7.600	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 47.450	$ 1.900	6,960	$ 47.450	$ 3.400	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 47.450	$ 1.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 14.800

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
$ 7.164.950	$ 7.164.950	$ 7.164.950	$ 7.164.950	$ 1.146.700	$ 286.900	$ 499.400	$ 286.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.219.900	$ 2.200	$ 2.222.100

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.

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
2025-01	2025-01	1263861554	9480509651	I	2025/02/05	2025/02/13	BANCOLOMBIA	8	$536,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	98652314	PEREZ SALCEDO CARLOS ANDRES							X											25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS010	30	$1,423,500	$178,000	CCF04	30	$1,423,500	$28,500	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	No	$533,400
Total	**Afiliados(1)**																					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$99,100		$0	$0		$533,400

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
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
2025-01	2025-01	1263861554	9480509651	I	2025/02/05	2025/02/13	BANCOLOMBIA	8	$536,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$1,300	$0	$229,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$1,300	$0	$229,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$99,100	$600	$0	$99,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$99,100	$600	$0	$99,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,500	$200	$0	$28,700
COMFAMA	CCF04	890,900,841	9	1	$28,500	$200	$0	$28,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$1,000	$0	$179,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$178,000	$1,000	$0	$179,000
TOTAL				**1**	**$533,400**	**$3,100**	**$0**	**$536,500**

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
2025-01	2025-02	1249040676	9481449416	E	2025/02/05	2025/02/06	BANCOLOMBIA	1	$5,296,600

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	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	79971803	BEDOYA DELGADO YEISON	X																	230201	22	$1,043,900	$167,100	EPS017	22	$1,043,900	$41,800	CCF04	22	$1,043,900	$41,800	14-11	22	$1,043,900	$72,700	22	$0	$0	Si	$323,400
2	CC	1111478921	CAÑAVERAL MOSQUERA MANUEL DAVID																		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF04	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
3	CC	1007772125	CHACON JALK LUIS ALBERTO	X																	230301	22	$1,043,900	$167,100	EPS037	22	$1,043,900	$41,800	CCF04	22	$1,043,900	$41,800	14-11	22	$1,043,900	$72,700	22	$0	$0	Si	$323,400
4	CC	79223347	ERAZO ZUÑIGA HERSON DUVER	X	X																231001	1	$47,450	$7,600	EPS002	1	$47,450	$1,900	CCF04	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	$3,400	1	$0	$0	Si	$14,800
5	CC	1073670011	FARIETA BENAVIDES LUIS ANDERSON	X	X																230201	2	$94,900	$15,200	EPS010	2	$94,900	$3,800	CCF04	2	$94,900	$3,800	14-11	2	$94,900	$6,700	2	$0	$0	Si	$29,500
6	CC	1143452375	FERNANDEZ PELAEZ GIAN CARLOS							X											231001	30	$1,423,500	$227,800	EPS010	30	$1,423,500	$57,000	CCF04	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
7	CC	98623701	GARZON GARZON JHON FERNEY	X	X																230201	2	$94,900	$15,200	EPS005	2	$94,900	$3,800	CCF04	2	$94,900	$3,800	14-11	2	$94,900	$6,700	2	$0	$0	Si	$29,500
8	CC	1005091028	GONZALEZ CARDONA BANNER ALEXIS	X	X																230301	1	$47,450	$7,600	EPS002	1	$47,450	$1,900	CCF04	1	$43,334	$1,800	14-11	1	$47,450	$3,400	1	$0	$0	Si	$14,700
9	CC	18859252	GUILLIN MONTES HERBIN DE JESUS	X	X																230201	1	$47,450	$7,600	EPS002	1	$47,450	$1,900	CCF04	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	$3,400	1	$0	$0	Si	$14,800
10	CC	1094966011	GUTIERREZ RODRIGUEZ JUAN DIEGO	X	X																230301	1	$47,450	$7,600	EPS005	1	$47,450	$1,900	CCF04	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	$3,400	1	$0	$0	Si	$14,800
11	CC	98549014	HENAO PEREZ JHON FREDY	X																	230301	23	$1,091,350	$174,700	EPS037	23	$1,091,350	$43,700	CCF04	23	$1,091,350	$43,700	14-11	23	$1,091,350	$76,000	23	$0	$0	Si	$338,100
12	PT	2464149	HERRERA VELA CESAR JESUS		X					X											230301	6	$284,700	$45,600	EPS002	6	$284,700	$11,400	CCF04	6	$284,700	$11,400	14-11	6	$284,700	$19,900	6	$0	$0	Si	$88,300
13	CC	1129520101	MANJARRES MARQUEZ ALBEIRO MANUEL	X																	230301	21	$996,450	$159,500	EPS010	21	$996,450	$39,900	CCF04	21	$996,450	$39,900	14-11	21	$996,450	$69,400	21	$0	$0	Si	$308,700
14	PT	1720693	MICHE CORTABARRIA AMILCAR JOSE	X	X																230301	1	$47,450	$7,600	EPS017	1	$47,450	$1,900	CCF04	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	$3,400	1	$0	$0	Si	$14,800
15	CC	1010760823	MONTENEGRO ARAQUE JHOAN SEBASTIAN		X					X											230301	7	$332,150	$53,200	EPS037	7	$332,150	$13,300	CCF04	7	$332,150	$13,300	14-11	7	$332,150	$23,200	7	$0	$0	Si	$103,000
16	CC	1094926770	MONTES ALARCON JESSY ESTEBAN	X																	230301	17	$806,650	$129,100	EPS037	17	$806,650	$32,300	CCF04	17	$806,650	$32,300	14-11	17	$806,650	$56,200	17	$0	$0	Si	$249,900
17	CC	18494863	MONTOYA RESTREPO FERNEY		X																230301	6	$284,700	$45,600	EPS002	6	$284,700	$11,400	CCF04	6	$284,700	$11,400	14-11	6	$284,700	$19,900	6	$0	$0	Si	$88,300
18	CC	1054253600	OJEDA CRUZ OSCAR ANDRES																		231001	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$57,000	CCF04	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
19	CC	4376794	OSPINA RENDON JOHN JAIRO																		230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS037	30	$1,423,500	$57,000	CCF04	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
20	CC	1003288860	PEREZ SALCEDO YEFRI JOHAN	X																	230201	25	$1,186,250	$189,800	EPS002	25	$1,186,250	$47,500	CCF04	25	$1,186,250	$47,500	14-11	25	$1,186,250	$82,600	25	$0	$0	Si	$367,400
21	CC	1118571853	RODRIGUEZ SOLANO EDISSON JAVIER		X																230301	6	$284,700	$45,600	EPS002	6	$284,700	$11,400	CCF04	6	$284,700	$11,400	14-11	6	$284,700	$19,900	6	$0	$0	Si	$88,300
22	CC	80251220	SUAREZ ORTIZ WILTON LEANDRO	X	X																230201	2	$94,900	$15,200	EPS005	2	$94,900	$3,800	CCF04	2	$94,900	$3,800	14-11	2	$94,900	$6,700	2	$0	$0	Si	$29,500
23	CC	1064805135	VALERO PUERTA HENDRICK JAVIER							X											230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$57,000	CCF04	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
24	CC	1005363076	VEGA VERA DIEGO JAVIER	X																	230301	5	$237,250	$38,000	EPS005	5	$237,250	$9,500	CCF04	5	$237,250	$9,500	14-11	5	$237,250	$16,600	5	$0	$0	Si	$73,600
25	PT	6265345	VILLALBA PINEDA RAFAEL DAVID	X																	230301	25	$1,186,250	$189,800	EPS041	25	$1,186,250	$47,500	CCF04	25	$1,186,250	$47,500	14-11	25	$1,186,250	$82,600	25	$0	$0	Si	$367,400
26	CC	1043667669	ZAMBRANO MEJIA EDGARDO JOSE	X																	230301	14	$664,300	$106,300	ESSC24	14	$664,300	$26,600	CCF04	14	$664,300	$26,600	14-11	14	$664,300	$46,300	14	$0	$0	Si	$205,800
Total	**Afiliados(26)**																						$17,082,000	$2,734,000			$17,082,000	$684,000			$17,077,884	$683,900			$17,082,000	$1,190,600		$0	$0		$5,292,500

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
2025-01	2025-02	1249040676	9481449416	E	2025/02/05	2025/02/06	BANCOLOMBIA	1	$5,296,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				26	$2,734,000	$2,000	$0	$2,736,000
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	3	$463,200	$400	$0	$463,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	16	$1,632,900	$1,100	$0	$1,634,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	7	$637,900	$500	$0	$638,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				26	$1,190,600	$800	$0	$1,191,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	26	$1,190,600	$800	$0	$1,191,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				26	$683,900	$500	$0	$684,400
COMFAMA	CCF04	890,900,841	9	26	$683,900	$500	$0	$684,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 7)				26	$684,000	$800	$0	$684,800
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	1	$26,600	$100	$0	$26,700
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	3	$100,700	$100	$0	$100,800
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	3	$100,700	$100	$0	$100,800
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	5	$188,100	$200	$0	$188,300
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$47,500	$100	$0	$47,600
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	8	$144,400	$100	$0	$144,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	5	$76,000	$100	$0	$76,100
TOTAL				26	$5,292,500	$4,100	$0	$5,296,600

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	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	ADRIANA GOMEZ / 005	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
					13	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-01	E	04/02/2025	83896628	$2.116.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	68.400	0		0		0	0	0	0	68.400	3
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	136.600	0		0		0	0	0	0	136.600	2
EPS010	EPS Sura	800088702-2	11.400	0		0		0	0	0	0	11.400	2
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	55.100	0		0		0	0	0	0	55.100	5
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	1.900	0		0		0	0	0	0	1.900	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	68.400	0	0	0	0	0	0		68.400	3
230301	Porvenir	800224808-8	523.500	0	0	0	0	0	0		523.500	6
231001	Colfondos	800227940-6	22.800	0	0	0	0	0	0		22.800	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	478.400	0	0	0	0	0	0		478.400	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	476.400				476.400	0	0	476.400			4.764	476.400	13

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	273.400	0	0	273.400	13

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	ADRIANA GOMEZ	005	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
					13	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-01	E	04/02/2025	83896628	$2.116.300	

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	5	273.400	273.400
Pensión	4	1.093.100	1.093.100
Riesgos Laborales	1	476.400	476.400
CCF	1	273.400	273.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	11	2.116.300	2.116.300

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
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	ADRIANA GOMEZ	005	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
					13	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-01	E	04/02/2025	83896628	$2.116.300	

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	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
2	CC	1019118565	CELY MARTINEZ JOSE MIGUEL	1	0			S	X																230201	142.350	22.800	0	0	0	0	EPS010	142.350	5.700	14-25	142.350	5	10.000	CCF24	142.350	5.700	0	0	0	0	0
3	CC	1022973383	GUTIERREZ AREVALO MONICA PATRICIA	1	0			S	X																230301	142.350	22.800	0	0	0	0	EPS010	142.350	5.700	14-25	142.350	5	10.000	CCF24	142.350	5.700	0	0	0	0	0
4	CC	1024465767	MORENO MORENO FIDEL ANTONIO	1	0			S	X																230201	142.350	22.800	0	0	0	0	EPS002	142.350	5.700	14-25	142.350	5	10.000	CCF24	142.350	5.700	0	0	0	0	0
5	CC	1024524708	GOMEZ DUARTE ANDRES FELIPE	1	0			S	X																230301	142.350	22.800	0	0	0	0	EPS002	142.350	5.700	14-25	142.350	5	10.000	CCF24	142.350	5.700	0	0	0	0	0
6	CC	1030567317	MORENO MORENO JOSE EDUARDO	1	0			S	X																25-14	142.350	22.800	0	0	0	0	EPS017	142.350	5.700	14-25	142.350	5	10.000	CCF24	142.350	5.700	0	0	0	0	0
7	CC	79487305	ROZO RUEDA ORLANDO	1	0			S																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	57.000	14-25	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
8	CC	79593271	ROZO RUEDA HUMBERTO	1	0			S																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	57.000	14-25	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
9	CC	1046429744	MOJICA VEGA CARLOS ALBERTO	1	0			S	X	X															230301	47.450	7.600	0	0	0	0	EPS037	47.450	1.900	14-25	47.450	5	3.400	CCF24	47.450	1.900	0	0	0	0	0
10	CC	1050397355	AREVALO PEREZ JHON JAIRO	1	0			S	X																231001	142.350	22.800	0	0	0	0	EPS017	142.350	5.700	14-25	142.350	5	10.000	CCF24	142.350	5.700	0	0	0	0	0
11	CC	1090479725	NORIEGA CENTENO ROBERTO JOSE	1	0			S	X																230301	142.350	22.800	0	0	0	0	EPS017	142.350	5.700	14-25	142.350	5	10.000	CCF24	142.350	5.700	0	0	0	0	0
12	CC	1108762696	MOGUEA FLORES CESAR AUGUSTO	1	0			S	X																230201	142.350	22.800	0	0	0	0	EPS017	142.350	5.700	14-25	142.350	5	10.000	CCF24	142.350	5.700	0	0	0	0	0
13	CC	11319199	ROJAS GUARIN ORLANDO	1	0			S	X																230301	806.650	129.100	0	0	0	0	EPS017	806.650	32.300	14-25	806.650	5	56.200	CCF24	806.650	32.300	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 CARLOS ANDRES ROMERO PAMPLONA identificado(a) con CC 1016015559 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: SOCODA SAS NI 890914515

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
9481281552	1247899508	E	2025-02-06	EPS	EPS010	EPS SURA (ANTES SUSALUD)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-02	30							X		X								
9481281552	1247899508	E	2025-02-06	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-01	30							X		X								
9481281552	1247899508	E	2025-02-06	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-01	30							X		X								
9481281552	1247899508	E	2025-02-06	CCF	CCF22	COLSUBSIDIO	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-01	30							X		X								

Este certificado se expide el día 2025-02-12 a las 13:02.

Certificado de Aportes

Se certifica que YOHAN ALEXANDER GIRALDO REINA identificado(a) con CC 1033736517 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: SOCODA SAS NI 890914515

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
9481281552	1247899508	E	2025-02-06	EPS	EPS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-02	26							X		X								
9481281552	1247899508	E	2025-02-06	EPS	EPS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-02	3											X						
9481281552	1247899508	E	2025-02-06	EPS	EPS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-02	1											X						
9481281552	1247899508	E	2025-02-06	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-01	26							X		X								
9481281552	1247899508	E	2025-02-06	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-01	3											X						
9481281552	1247899508	E	2025-02-06	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-01	1											X						
9481281552	1247899508	E	2025-02-06	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-01	26							X		X								
9481281552	1247899508	E	2025-02-06	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-01	3											X						
9481281552	1247899508	E	2025-02-06	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-01	1											X						
9481281552	1247899508	E	2025-02-06	CCF	CCF22	COLSUBSIDIO	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-01	26							X		X								
9481281552	1247899508	E	2025-02-06	CCF	CCF22	COLSUBSIDIO	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-01	3											X						
9481281552	1247899508	E	2025-02-06	CCF	CCF22	COLSUBSIDIO	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-01	1											X						

Este certificado se expide el día 2025-02-12 a las 13:02.

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	
2025-01	2025-01	I	12/02/2025	83613974	$504.900	

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	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	99.100				99.100	0	0	99.100			991	99.100	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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	99.100	99.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	504.900	504.900

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	
2025-01	2025-01	I	12/02/2025	83613974	$504.900	

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	79838959	OSSA HERRERA ALEXANDER	57	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	5	99.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
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
2025-01	2025-02	1256960269	9481548517	E	2025/02/10	2025/02/10	BANCOLOMBIA	0	$7,767,100

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	Codigo	Dias	Codigo	Días	Codigo	Días	Días	Exonerado SENA e ICBF
1	CC	1026293855	ANGULO OROBIO JEFFERSON										X								25-14	8	EPS002	8	CCF24	8	14-23	8	8	Si
2	CC	1026293855	ANGULO OROBIO JEFFERSON							X											25-14	22	EPS002	22	CCF24	22	14-23	22	22	Si
3	CC	1032374133	AYALA ALVARADO JORGE ANDRES										X								230301	7	EPS002	7	CCF24	7	14-23	7	7	Si
4	CC	1032374133	AYALA ALVARADO JORGE ANDRES							X											230301	23	EPS002	23	CCF24	23	14-23	23	23	Si
5	CC	1000806477	BARRETO JIMENEZ LEIDY KATHERINE										X								230301	8	EPS017	8	CCF24	8	14-23	8	8	Si
6	CC	1000806477	BARRETO JIMENEZ LEIDY KATHERINE							X											230301	22	EPS017	22	CCF24	22	14-23	22	22	Si
7	CC	1033729293	CAMACHO VELANDIA YIMER ALFONSO										X								230201	7	EPS017	7	CCF24	7	14-23	7	7	Si
8	CC	1033729293	CAMACHO VELANDIA YIMER ALFONSO							X											230201	23	EPS017	23	CCF24	23	14-23	23	23	Si
9	CC	1033709942	CARDOZO GARCIA URIEL FABIAN										X								230201	18	EPS010	18	CCF24	18	14-23	18	18	Si
10	CC	1033709942	CARDOZO GARCIA URIEL FABIAN							X											230201	12	EPS010	12	CCF24	12	14-23	12	12	Si
11	CC	80020290	CASTELLANOS MONROY EDWIN RAUL	X																	230301	22	EPS002	22	CCF24	22	14-23	22	22	Si
12	CC	1101879720	CHIQUILLO MONTERROSA URIEL										X								231001	8	EPS017	8	CCF24	8	14-23	8	8	Si
13	CC	1101879720	CHIQUILLO MONTERROSA URIEL							X											231001	22	EPS017	22	CCF24	22	14-23	22	22	Si
14	CC	1000722787	CIFUENTES GUTIERREZ IVAN SEBASTIAN										X								230301	6	EPS017	6	CCF24	6	14-23	6	6	Si
15	CC	1000722787	CIFUENTES GUTIERREZ IVAN SEBASTIAN							X											230301	24	EPS017	24	CCF24	24	14-23	24	24	Si
16	CC	1010029137	CIFUENTES GUTIERREZ JHON MAURICIO										X								230201	6	EPS017	6	CCF24	6	14-23	6	6	Si
17	CC	1010029137	CIFUENTES GUTIERREZ JHON MAURICIO							X											230201	24	EPS017	24	CCF24	24	14-23	24	24	Si
18	CC	80150047	GARCIA SAAVEDRA ALEXANDER										X								25-14	6	EPS037	6	CCF24	6	14-23	6	6	Si
19	CC	80150047	GARCIA SAAVEDRA ALEXANDER							X											25-14	24	EPS037	24	CCF24	24	14-23	24	24	Si
20	CC	18410548	HERRERA VALDERRAMA JOSE ISIDRO										X									0	EPS005	8	CCF24	8	14-23	8	8	Si
21	CC	18410548	HERRERA VALDERRAMA JOSE ISIDRO							X												0	EPS005	22	CCF24	22	14-23	22	22	Si
22	CC	79518373	MACIAS RUBIO JOSE HELMER										X								230301	6	EPS002	6	CCF24	6	14-23	6	6	Si
23	CC	79518373	MACIAS RUBIO JOSE HELMER							X											230301	24	EPS002	24	CCF24	24	14-23	24	24	Si
24	CC	1024469602	MEDINA CIFUENTES FERNEY DARIO										X								230301	6	EPS017	6	CCF24	6	14-23	6	6	Si
25	CC	1024469602	MEDINA CIFUENTES FERNEY DARIO							X											230301	24	EPS017	24	CCF24	24	14-23	24	24	Si
26	CC	1034280628	MORA TOVAR DIEGO JESUS	X	X																230301	8	EPS002	8	CCF24	8	14-23	8	8	Si
27	CC	1016096281	OLIVERA MARTIN CRISTIAN MATEO										X								230301	6	EPS005	6	CCF24	6	14-23	6	6	Si

28	CC	1016096281	OLIVERA MARTIN CRISTIAN MATEO							X											230301	21	EPS005	21	CCF24	21	14-23	21	21	Si
29	CC	1016096281	OLIVERA MARTIN CRISTIAN MATEO											X							230301	3	EPS005	3	CCF24	0	14-23	3	0	Si
30	CC	1000227580	ORJUELA HERRERA DAYRON SANTIAGO	X																	230301	8	EPS037	8	CCF24	8	14-23	8	8	Si
31	CC	1032481868	OSSA SUAREZ HEYNNER SEBASTIAN							X											230301	24	EPS002	24	CCF24	24	14-23	24	24	Si
32	CC	1032481868	OSSA SUAREZ HEYNNER SEBASTIAN										X								230301	6	EPS002	6	CCF24	6	14-23	6	6	Si
33	CC	80177635	OSSA HERRERA WALKER FRAINZ	X	X																25-14	15	EPS002	15	CCF24	15	14-23	15	15	Si
34	CC	1024524913	OSTOS ABELLO GUSTAVO ADOLFO										X								230301	6	EPSC34	6	CCF24	6	14-23	6	6	Si
35	CC	1024524913	OSTOS ABELLO GUSTAVO ADOLFO							X											230301	24	EPSC34	24	CCF24	24	14-23	24	24	Si
36	CC	79887483	PEDRAZA RODRIGUEZ JHON FREDY										X								231001	6	EPS010	6	CCF24	6	14-23	6	6	Si
37	CC	79887483	PEDRAZA RODRIGUEZ JHON FREDY		X					X											231001	14	EPS010	14	CCF24	14	14-23	14	14	Si
38	CC	79780385	PEDRAZA RODRIGUEZ LUIS ALEJANDRO		X					X											25-14	14	EPS002	14	CCF24	14	14-23	14	14	Si
39	CC	79780385	PEDRAZA RODRIGUEZ LUIS ALEJANDRO										X								25-14	6	EPS002	6	CCF24	6	14-23	6	6	Si
40	CC	91514912	QUIROGA DEIBY JULIAN										X								230201	6	EPS002	6	CCF24	6	14-23	6	6	Si
41	CC	91514912	QUIROGA DEIBY JULIAN		X					X											230201	1	EPS002	1	CCF24	1	14-23	1	1	Si
42	CC	1001286573	SALAMANCA TOVAR ESTEBAN FELIPE										X								230301	6	EPS017	6	CCF24	6	14-23	6	6	Si
43	CC	1001286573	SALAMANCA TOVAR ESTEBAN FELIPE		X					X											230301	2	EPS017	2	CCF24	2	14-23	2	2	Si
44	CC	1000579738	SALAMANCA TOVAR JAROL DAVID										X								25-14	6	EPSC34	6	CCF24	6	14-23	6	6	Si
45	CC	1000579738	SALAMANCA TOVAR JAROL DAVID		X					X											25-14	13	EPSC34	13	CCF24	13	14-23	13	13	Si
46	CC	1000579738	SALAMANCA TOVAR JAROL DAVID										X								25-14	3	EPSC34	3	CCF24	3	14-23	3	3	Si
47	CC	1003777085	SARMIENTO SOTO ANDERSON JULIAN										X								230301	6	EPS002	6	CCF24	6	14-23	6	6	Si
48	CC	1003777085	SARMIENTO SOTO ANDERSON JULIAN							X											230301	24	EPS002	24	CCF24	24	14-23	24	24	Si
49	CC	1000930664	VEGA SOTO JEFERSON										X								230301	6	EPS002	6	CCF24	6	14-23	6	6	Si
50	CC	1000930664	VEGA SOTO JEFERSON							X											230301	24	EPS002	24	CCF24	24	14-23	24	24	Si
Total		**Afiliados(26)**																													

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
2025-01	2025-02	1256960269	9481548517	E	2025/02/10	2025/02/10	BANCOLOMBIA	0	$7,767,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				25	$4,350,800	$0	$0	$4,350,800
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	2	$353,200	$0	$0	$353,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	5	$833,600	$0	$0	$833,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	14	$2,497,400	$0	$0	$2,497,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	4	$666,600	$0	$0	$666,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				26	$1,586,600	$0	$0	$1,586,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	26	$1,586,600	$0	$0	$1,586,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				26	$912,000	$0	$0	$912,000
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	26	$912,000	$0	$0	$912,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 6)				26	$917,700	$0	$0	$917,700
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	2	$70,300	$0	$0	$70,300
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	2	$49,400	$0	$0	$49,400
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	7	$267,900	$0	$0	$267,900
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	2	$60,800	$0	$0	$60,800
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	11	$381,900	$0	$0	$381,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	2	$87,400	$0	$0	$87,400
TOTAL				**26**	**$7,767,100**	**$0**	**$0**	**$7,767,100**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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		
CONVENIO	B – menos de 200 c		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					6	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-01	E	10/02/2025	84066626	$2.555.100	

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	57.000	0		0		0	0	0	0	57.000	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	209.300	0		0		0	0	0	0	209.300	3
EPS010	EPS Sura	800088702-2	60.000	0		0		0	0	0	0	60.000	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	57.000	0		0		0	0	0	0	57.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	203.200	0	0	0	0	0	0		203.200	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.403.400	0	0	0	0	0	0		1.403.400	5

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	241.900				241.900	0	0	241.900			2.419	241.900	6

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	323.300	0	0	323.300	6

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	383.300	383.300
Pensión	2	1.606.600	1.606.600
Riesgos Laborales	1	241.900	241.900
CCF	1	323.300	323.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	2.555.100	2.555.100

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	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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CONVENIO	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					6	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-01	E	10/02/2025	84066626	$2.555.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	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	1010177705	CUBILLOS PINZON CARLOS JULIO	1	0			S																	25-14	237.250	38.000	0	0	0	0	EPS002	237.250	9.500	14-11	237.250	5	16.600	CCF24	237.250	9.500	0	0	0	0	0
2	CC	1010177705	CUBILLOS PINZON CARLOS JULIO	1	0			S												X					25-14	1.186.250	189.800	0	0	0	0	EPS002	1.186.250	47.500	14-11	1.186.250	5	0	CCF24	1.186.250	47.500	0	0	0	0	0
3	CC	1019019872	CACERES ALBARRACIN JOSE ALEJANDRO	1	0			S												X					230301	806.650	129.100	0	0	0	0	EPS005	806.650	32.300	14-11	806.650	5	0	CCF24	806.650	32.300	0	0	0	0	0
4	CC	1019019872	CACERES ALBARRACIN JOSE ALEJANDRO	1	0			S									X								230301	616.850	74.100	0	0	0	0	EPS005	616.850	0	14-11	616.850	5	0	CCF24	616.850	0	0	0	0	0	0
5	CC	1022322715	MASMELA MOYA JOHN ALEXANDER	1	0			S																	25-14	711.750	113.900	0	0	0	0	EPS005	711.750	28.500	14-11	711.750	5	49.600	CCF24	711.750	28.500	0	0	0	0	0
6	CC	1022322715	MASMELA MOYA JOHN ALEXANDER	1	0			S												X					25-14	711.750	113.900	0	0	0	0	EPS005	711.750	28.500	14-11	711.750	5	0	CCF24	711.750	28.500	0	0	0	0	0
7	CC	79723703	JIMENEZ MUÑOZ NELSON ENRIQUE	1	0			S																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
8	CC	79827629	MASMELA MOYA MIGUEL ANGEL	1	0			S																	25-14	1.100.000	176.000	0	0	0	0	EPS005	1.100.000	44.000	14-11	1.100.000	5	76.600	CCF24	1.100.000	44.000	0	0	0	0	0
9	CC	79827629	MASMELA MOYA MIGUEL ANGEL	1	0			S												X					25-14	1.900.000	304.000	0	0	0	0	EPS005	1.900.000	76.000	14-11	1.900.000	5	0	CCF24	1.900.000	76.000	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

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-02	1265752263	9481673450	E	2025/02/13	2025/02/14	BANCOLOMBIA	1	$2,161,100

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	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: OBRA (2 Afiliados)																							$7,250,000	$1,142,000			$7,250,000	$272,000			$7,250,000	$272,000			$7,250,000		$473,300		$0	$0		$2,159,300
Centro de Trabajo: OBRA (2 Afiliados)																							$7,250,000	$1,142,000			$7,250,000	$272,000			$7,250,000	$272,000			$7,250,000		$473,300		$0	$0		$2,159,300
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados)																							$7,250,000	$1,142,000			$7,250,000	$272,000			$7,250,000	$272,000			$7,250,000		$473,300		$0	$0		$2,159,300
1	CC	79746881	LEON JUAN																		230301	30	$5,000,000	$800,000	EPS005	30	$5,000,000	$200,000	CCF21	30	$5,000,000	$200,000	14-7	30	$5,000,000	6.960%	$348,000	30	$0	$0	Si	$1,548,000
2	CC	13563241	LOPEZ ALEXANDER										X								230201	3	$225,000	$27,000	EPS017	3	$225,000	$0	CCF21	3	$225,000	$0	14-7	3	$225,000	0.000%	$0	3	$0	$0	Si	$27,000
3	CC	13563241	LOPEZ ALEXANDER										X								230201	3	$225,000	$27,000	EPS017	3	$225,000	$0	CCF21	3	$225,000	$0	14-7	3	$225,000	0.000%	$0	3	$0	$0	Si	$27,000
4	CC	13563241	LOPEZ ALEXANDER																		230201	24	$1,800,000	$288,000	EPS017	24	$1,800,000	$72,000	CCF21	24	$1,800,000	$72,000	14-7	24	$1,800,000	6.960%	$125,300	24	$0	$0	Si	$557,300
Total			**Afiliados(2)**																				$7,250,000	$1,142,000			$7,250,000	$272,000			$7,250,000	$272,000			$7,250,000		$473,300		$0	$0		$2,159,300

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
2025-01	2025-02	1265752263	9481673450	E	2025/02/13	2025/02/14	BANCOLOMBIA	1	$2,161,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				2	$1,142,000	$900	$0	$1,142,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$800,000	$600	$0	$800,600
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$342,000	$300	$0	$342,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$473,300	$400	$0	$473,700
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	2	$473,300	$400	$0	$473,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$272,000	$200	$0	$272,200
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	2	$272,000	$200	$0	$272,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				2	$272,000	$300	$0	$272,300
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$72,000	$100	$0	$72,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$200,000	$200	$0	$200,200
TOTAL				**2**	**$2,159,300**	**$1,800**	**$0**	**$2,161,100**

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
2025-01	2025-02	1276062585	9481644988	E	2025/02/18	2025/02/18	BANCO CAJA SOCIAL	0	$9,908,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip		Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: SEG 3 (13 Afiliados)																								$21,494,832	$3,439,200			$23,286,068	$932,100			$23,736,843	$950,100			$23,286,068		$1,014,000		$0	$0		$6,335,400
Centro de Trabajo: SEGMETACIONT (13 Afiliados)																								$21,494,832	$3,439,200			$23,286,068	$932,100			$23,736,843	$950,100			$23,286,068		$1,014,000		$0	$0		$6,335,400
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (13 Afiliados)																								$21,494,832	$3,439,200			$23,286,068	$932,100			$23,736,843	$950,100			$23,286,068		$1,014,000		$0	$0		$6,335,400
1	CC	1050279475	ARROYO LUIS		X					X		X								X		23030 1	30	$1,791,236	$286,600	ESSC07	30	$1,791,236	$71,700	CCF21	30	$2,242,011	$89,700	14-29	30	$1,791,236	4.350%	$78,000	30	$0	$0	Si	$526,000
2	CC	19418535	BELTRAN JULIO							X		X											0	$0	$0	EPS037	30	$1,791,236	$71,700	CCF21	30	$1,791,236	$71,700	14-29	30	$1,791,236	4.350%	$78,000	30	$0	$0	Si	$221,400
3	CC	1082802025	CAPERA ZICDNEY							X		X										23030 1	30	$1,791,236	$286,600	EPS005	30	$1,791,236	$71,700	CCF21	30	$1,791,236	$71,700	14-29	30	$1,791,236	4.350%	$78,000	30	$0	$0	Si	$508,000
4	CC	63392366	CASTELLANOS SOCORRO							X		X										25-14	30	$1,791,236	$286,600	EPS005	30	$1,791,236	$71,700	CCF21	30	$1,791,236	$71,700	14-29	30	$1,791,236	4.350%	$78,000	30	$0	$0	Si	$508,000
5	CC	52747647	MAHECHA CARMEN							X		X										23030 1	30	$1,791,236	$286,600	EPS005	30	$1,791,236	$71,700	CCF21	30	$1,791,236	$71,700	14-29	30	$1,791,236	4.350%	$78,000	30	$0	$0	Si	$508,000
6	CC	1052963360	OLIVEROS JAIDER							X		X										23030 1	30	$1,791,236	$286,600	EPS002	30	$1,791,236	$71,700	CCF21	30	$1,791,236	$71,700	14-29	30	$1,791,236	4.350%	$78,000	30	$0	$0	Si	$508,000
7	CC	1033742651	PALOMO CRISTIAN							X		X										23020 1	30	$1,791,236	$286,600	EPS002	30	$1,791,236	$71,700	CCF21	30	$1,791,236	$71,700	14-29	30	$1,791,236	4.350%	$78,000	30	$0	$0	Si	$508,000
8	CC	1010228088	PEREZ FRANKLIN							X		X										23030 1	30	$1,791,236	$286,600	EPS005	30	$1,791,236	$71,700	CCF21	30	$1,791,236	$71,700	14-29	30	$1,791,236	4.350%	$78,000	30	$0	$0	Si	$508,000
9	CC	79924688	SANTAMARIA JOSE							X		X										23100 1	30	$1,791,236	$286,600	EPS002	30	$1,791,236	$71,700	CCF21	30	$1,791,236	$71,700	14-29	30	$1,791,236	4.350%	$78,000	30	$0	$0	Si	$508,000
10	PT	7636590	SANTIAGO JOSE	X								X										23030 1	30	$1,791,236	$286,600	EPS002	30	$1,791,236	$71,700	CCF21	30	$1,791,236	$71,700	14-29	30	$1,791,236	4.350%	$78,000	30	$0	$0	Si	$508,000
11	CC	1031149763	SIERRA MARIA							X		X										23030 1	30	$1,791,236	$286,600	EPS002	30	$1,791,236	$71,700	CCF21	30	$1,791,236	$71,700	14-29	30	$1,791,236	4.350%	$78,000	30	$0	$0	Si	$508,000
12	CC	80220121	SILVA DIEGO							X		X										23020 1	30	$1,791,236	$286,600	EPS008	30	$1,791,236	$71,700	CCF21	30	$1,791,236	$71,700	14-29	30	$1,791,236	4.350%	$78,000	30	$0	$0	Si	$508,000
13	CC	13791028	TELLEZ ROSENDO							X		X										25-14	30	$1,791,236	$286,600	EPS037	30	$1,791,236	$71,700	CCF21	30	$1,791,236	$71,700	14-29	30	$1,791,236	4.350%	$78,000	30	$0	$0	Si	$508,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip		Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: CALERA (8 Afiliados)																								$10,925,352	$1,748,400			$12,716,588	$486,200			$12,884,478	$493,100			$12,716,588		$845,800		$0	$0		$3,573,500

Planilla Resumen

Centro de Trabajo: LA CALERA (8 Afiliados)																							$10,925,352	$1,748,400			$12,716,588	$486,200			$12,884,478	$493,100			$12,716,588		$845,800		$0	$0		$3,573,500
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (8 Afiliados)																							$10,925,352	$1,748,400			$12,716,588	$486,200			$12,884,478	$493,100			$12,716,588		$845,800		$0	$0		$3,573,500
14	CC	1043000792	AHUMADA EDGARDO	X								X									230301	13	$984,586	$157,600	ESSC07	13	$984,586	$39,400	CCF21	13	$984,586	$39,400	14-29	13	$984,586	6.960%	$68,600	13	$0	$0	Si	$305,000
15	CC	91209953	BAUTISTA LAURENTINO							X		X										0	$0	$0	EPS037	30	$1,791,236	$71,700	CCF21	30	$1,791,236	$71,700	14-29	30	$1,791,236	6.960%	$124,700	30	$0	$0	Si	$268,100
16	CC	1033814115	BECERRA MIGUEL										X								230301	4	$189,800	$30,400	EPS002	4	$189,800	$0	CCF21	4	$189,800	$0	14-29	4	$189,800	0.000%	$0	4	$0	$0	Si	$30,400
17	CC	1033814115	BECERRA MIGUEL										X								230301	5	$237,250	$38,000	EPS002	5	$237,250	$0	CCF21	5	$237,250	$0	14-29	5	$237,250	0.000%	$0	5	$0	$0	Si	$38,000
18	CC	1033814115	BECERRA MIGUEL									X									230301	21	$1,364,186	$218,300	EPS002	21	$1,364,186	$54,600	CCF21	21	$1,364,186	$54,600	14-29	21	$1,364,186	6.960%	$95,000	21	$0	$0	Si	$422,500
19	PT	6653515	CAMARGO JOSE									X									230301	30	$1,791,236	$286,600	EPS002	30	$1,791,236	$71,700	CCF21	30	$1,791,236	$71,700	14-29	30	$1,791,236	6.960%	$124,700	30	$0	$0	Si	$554,700
20	CC	79499041	CASALLAS JUAN									X									25-14	30	$1,791,236	$286,600	EPS002	30	$1,791,236	$71,700	CCF21	30	$1,791,236	$71,700	14-29	30	$1,791,236	6.960%	$124,700	30	$0	$0	Si	$554,700
21	CC	1001401275	DIAZ YOMAR										X								230201	1	$47,450	$7,600	EPS005	1	$47,450	$0	CCF21	1	$43,334	$0	14-29	1	$47,450	0.000%	$0	1	$0	$0	Si	$7,600
22	CC	1001401275	DIAZ YOMAR		X					X		X								X	230201	14	$1,032,036	$165,200	EPS005	14	$1,032,036	$41,300	CCF21	14	$1,204,042	$48,200	14-29	14	$1,032,036	6.960%	$71,900	14	$0	$0	Si	$326,600
23	CC	1001062655	PITA BRANDON										X								230301	1	$47,450	$7,600	EPS017	1	$47,450	$0	CCF21	1	$47,450	$0	14-29	1	$47,450	0.000%	$0	1	$0	$0	Si	$7,600
24	CC	1001062655	PITA BRANDON										X								230301	1	$47,450	$7,600	EPS017	1	$47,450	$0	CCF21	1	$47,450	$0	14-29	1	$47,450	0.000%	$0	1	$0	$0	Si	$7,600
25	CC	1001062655	PITA BRANDON	X								X									230301	26	$1,601,436	$256,300	EPS017	26	$1,601,436	$64,100	CCF21	26	$1,601,436	$64,100	14-29	26	$1,601,436	6.960%	$111,500	26	$0	$0	Si	$496,000
26	CC	3274270	RAMOS PEDRO							X		X									230301	30	$1,791,236	$286,600	EPS037	30	$1,791,236	$71,700	CCF21	30	$1,791,236	$71,700	14-29	30	$1,791,236	6.960%	$124,700	30	$0	$0	Si	$554,700
Total		**Afiliados(21)**																					$32,420,184	$5,187,600			$36,002,656	$1,418,300			$36,621,321	$1,443,200			$36,002,656		$1,859,800		$0	$0		$9,908,900

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
2025-01	2025-02	1276062585	9481644988	E	2025/02/18	2025/02/18	BANCO CAJA SOCIAL	0	$9,908,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				19	$5,187,600	$0	$0	$5,187,600
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$286,600	$0	$0	$286,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	3	$859,800	$0	$0	$859,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	12	$3,295,200	$0	$0	$3,295,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	3	$746,000	$0	$0	$746,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				21	$1,859,800	$0	$0	$1,859,800
LA EQUIDAD SEGUROS	14-29	830,008,686	1	21	$1,859,800	$0	$0	$1,859,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				21	$1,443,200	$0	$0	$1,443,200
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	21	$1,443,200	$0	$0	$1,443,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 6)				21	$1,418,300	$0	$0	$1,418,300
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$71,700	$0	$0	$71,700
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$64,100	$0	$0	$64,100
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	2	$111,100	$0	$0	$111,100
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	4	$286,800	$0	$0	$286,800
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	8	$556,500	$0	$0	$556,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	5	$328,100	$0	$0	$328,100
TOTAL				**21**	**$9,908,900**	**$0**	**$0**	**$9,908,900**

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 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
2025-02	2025-02	1250685775	9481474790	Y	2025/03/18	2025/02/07	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,453,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: TARIFA RIESGO V (12 Afiliados)																						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$20,873,500		$1,453,000		$0	$0		$1,453,000
Centro de Trabajo: RIESGO 5 (12 Afiliados)																						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$20,873,500		$1,453,000		$0	$0		$1,453,000
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (12 Afiliados)																						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$20,873,500		$1,453,000		$0	$0		$1,453,000
1	CC	1000806477	BARRETO LEIDY																	0		$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	14-23	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	0	$0	$0	No	$99,100
2	CC	72019828	CASADIEGO ROMAN																	0		$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	14-23	30	$2,000,000	6.960%	$139,200	0	$0	$0	No	$139,200
3	CC	79818672	CRIALES OMAR																	0		$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	14-23	30	$1,500,000	6.960%	$104,400	0	$0	$0	No	$104,400
4	CC	1030651432	CUBILLOS BRAYAN																	0		$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	14-23	30	$1,500,000	6.960%	$104,400	0	$0	$0	No	$104,400
5	CC	1030587111	CUBILLOS JONNY																	0		$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	14-23	30	$1,500,000	6.960%	$104,400	0	$0	$0	No	$104,400
6	CC	19453221	GUERRERO ALEJANDRO							X										0		$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	14-23	30	$1,650,000	6.960%	$114,900	0	$0	$0	No	$114,900
7	CC	80212272	JULIO JOSE																	0		$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	14-23	30	$2,000,000	6.960%	$139,200	0	$0	$0	No	$139,200
8	CC	1072744987	MORENO MANUEL																	0		$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	14-23	30	$2,000,000	6.960%	$139,200	0	$0	$0	No	$139,200
9	CC	79521836	PORTILLA CARLOS																	0		$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	14-23	30	$2,000,000	6.960%	$139,200	0	$0	$0	No	$139,200
10	CC	79473319	QUINTERO JOSE							X										0		$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	14-23	30	$1,650,000	6.960%	$114,900	0	$0	$0	No	$114,900
11	CC	79370477	RUIZ OSCAR							X										0		$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	14-23	30	$1,650,000	6.960%	$114,900	0	$0	$0	No	$114,900
12	CC	79789594	VARGAS OSCAR																	0		$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	14-23	30	$2,000,000	6.960%	$139,200	0	$0	$0	No	$139,200
Total		**Afiliados(12)**																				$0	$0			$0	$0			$0	$0			$20,873,500		$1,453,000		$0	$0		$1,453,000

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1250685775	9481474790	Y	2025/03/18	2025/02/07	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,453,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				12	$1,453,000	$0	$0	$1,453,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	12	$1,453,000	$0	$0	$1,453,000
TOTAL				**12**	**$1,453,000**	**$0**	**$0**	**$1,453,000**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1256181616	9480792017	I	2025/02/11	2025/02/10	BANCO DAVIVIENDA	0	$570,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

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

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1256181616	9480792017	I	2025/02/11	2025/02/10	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

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1256305551	9481239151	I	2025/02/24	2025/02/10	BANCO DAVIVIENDA	0	$570,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

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

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1256305551	9481239151	I	2025/02/24	2025/02/10	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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900655195	3	TRANSPORTE Y AGREGADOS GOMEZ SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	TRANSPORTE Y AGREGADOS GOMEZ SAS	calle 181 17b -27	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5408270	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-02	38816937	9481622968	E	2025/02/24	2025/02/14	BANCO DE OCCIDENTE	0	$2,057,600

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: TRANSPORTE Y AGREGADOS GOMEZ SAS (5 Afiliados)						$6,643,000	$1,063,100			$6,643,000	$266,000			$6,643,000	$266,000			$6,643,000	$462,500		$0	$0
Centro de Trabajo: 6.96 (5 Afiliados)						$6,643,000	$1,063,100			$6,643,000	$266,000			$6,643,000	$266,000			$6,643,000	$462,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D,E, (5 Afiliados)						$6,643,000	$1,063,100			$6,643,000	$266,000			$6,643,000	$266,000			$6,643,000	$462,500		$0	$0
1	CC	1072640791	CUBILLOS JOSE	231001	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
2	CC	79180067	GOMEZ ALDEMAR	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
3	CC	1020815138	GOMEZ SERGIO	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
4	CC	1020728624	LOPEZ JUAN	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
5	CC	79348887	ROMERO LUIS	230301	20	$949,000	$151,900	EPS017	20	$949,000	$38,000	CCF24	20	$949,000	$38,000	14-23	20	$949,000	$66,100	20	$0	$0
Total			**Afiliados(5)**			$6,643,000	$1,063,100			$6,643,000	$266,000			$6,643,000	$266,000			$6,643,000	$462,500		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900655195	3	TRANSPORTE Y AGREGADOS GOMEZ SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	TRANSPORTE Y AGREGADOS GOMEZ SAS	calle 181 17b -27	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5408270	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-02	38816937	9481622968	E	2025/02/24	2025/02/14	BANCO DE OCCIDENTE	0	$2,057,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				5	$1,063,100	$0	$0	$1,063,100
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$227,800	$0	$0	$227,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	2	$379,700	$0	$0	$379,700
PROTECCION	230201	800,229,739	0	2	$455,600	$0	$0	$455,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				5	$462,500	$0	$0	$462,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	5	$462,500	$0	$0	$462,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				5	$266,000	$0	$0	$266,000
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	5	$266,000	$0	$0	$266,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 3)				5	$266,000	$0	$0	$266,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	2	$95,000	$0	$0	$95,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$57,000	$0	$0	$57,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	2	$114,000	$0	$0	$114,000
TOTAL				**5**	**$2,057,600**	**$0**	**$0**	**$2,057,600**

EBISU

CONSTRUIMOS EQUIDAD, BIENESTAR Y SUEÑOS

NIT 807.008.957-7

DOCUMENTOS DE EGRESO DEL PERSONAL

Bogotá, 03 de marzo de 2025

PAZ Y SALVO

Yo **YEIMI LORENA RODRIGUEZ NEISA,** identificado con cedula de ciudadanía **No. 1.032.474.803**, 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 tres (03) días del mes de marzo (03) del año dos mil veinticinco (2025).

Atentamente,

YEIMI LORENA RODRIGUEZ NEISA
C.C. 1.032.474803

Bogotá, 03 de marzo de 2025

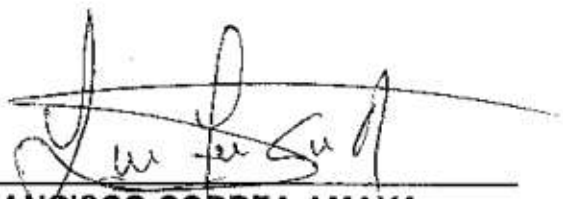
PAZ Y SALVO

Yo, **LUIS FRANCISCO CORREA AMAYA,** identificado con cedula de ciudadanía **No. 80.765.293**, 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 tres (03) días del mes de marzo (03) del año dos mil veinticinco (2025).

Atentamente,



LUIS FRANCISCO CORREA AMAYA,
CC. 80.765.293

Bogotá, 03 de marzo de 2025

PAZ Y SALVO

Yo, **YEISON ANDRES BEJARANO,** identificado con cedula de ciudadanía **No. 1.013.599.565**, 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 tres (03) días del mes de marzo (03) del año dos mil veinticinco (2025).

Atentamente,

YEISON ANDRES BEJARANO
CC. 1.013.599.565

Nit: 98652314-1

Bogotá, D.C 12 de 2 del 2025

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

Asunto: **PAZ Y SALVO**

Respetados Señores.

Por medio de la presente yo Carlos Rodriguez, identificado con cédula de ciudadanía número 1148571853 de Yopal, certifico que la empresa **ESTRUCTURAS, OBRAS CIVILES Y ASESORIAS (CAP)**, representada por el señor Carlos Andrés Perez Salcedo, con cc 98´652.314, está a PAZ Y SALVO por concepto de obligaciones contractuales, pago de honorarios y de riesgos laborales, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y Artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.
Así mismo, certifico que realicé oportunamente los aportes al sistema general de seguridad social (EPS y AFP) a las entidades que reporté estar vinculada y presenté los respectivos soportes a la Empresa.

El presente PAZ y SALVO se firma en Bogota a los 28 días del mes Febrero del año 2025.

Firma: Carlos Rodriguez
Nombre: Carlos Rodriguez
Cargo: asistente
C. C. 1148571853

Powered by CamScanner

[redacted]

Nit: 98652314-1

Bogotá, D.C 28 de 2 del 2025

Señores:
CARLOS ANDRES PEREZ SALCEDO (CAP)
Ciudad.

Asunto: **PAZ Y SALVO**

Respetados Señores.

Por medio de la presente yo Luis Chacon, identificado con cédula de ciudadanía número 1007772075 de La Cabrera, certifico que la empresa **CARLOS ANDRES PEREZ SALCEDO (CAP)**, representada por el señor Carlos Andrés Perez Salcedo, con cc 98'652.314, está a PAZ Y SALVO por concepto de obligaciones contractuales, pago de honorarios y de riesgos laborales, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y Artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.
Así mismo, certifico que realicé oportunamente los aportes al sistema general de seguridad social (EPS., ARL AFP) a las entidades que reporté estar vinculada y presenté los respectivos soportes a la Empresa.

El presente PAZ y SALVO se firma en Bogota a los 28 días del mes Febrero del año 2025.

Firma:
Nombre: Luis Chacon
Cargo: Soldado
C. C. 1007772075

Powered by CamScanner

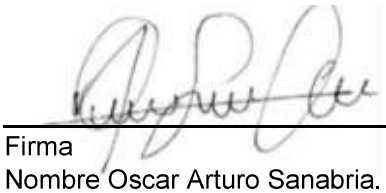
CERTIFICACION DE PAZ Y SALVO

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

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 CARLOS ALBERTO BERNAL ESCOBAR identificado con CC número 5.820.626 de Ibague, 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 QUINCE (15) días del mes de febrero de 2025.

Cordialmente.



Firma
Nombre Carlos Bernal Escobar
C.C. 5.820.626 de Ibague
CEL. 3163319575
Especialista en Recursos Hidricos.

EBISU

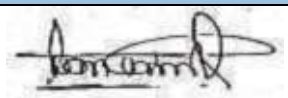
CONSTRUIMOS EQUIDAD, BIENESTAR Y SUEÑOS

NIT 807.008.957-7

ACTA DE REUNIÓN COPASST

No. DEACTA: 37

Fecha de reunión:16 de Febrero de 2025	**Lugar:** Bogotá
Responsable de lareunión: Paula Osorio	**Cargo:** Inspector HSEQ
Asuntode lareunión: 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 deaccidente 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
2	Investigación de accidente Ossa Arquitectura	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 PREVENCION 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	RECURSOS NECESARIOS
HUMANOS	AREA ADMINISTRATIVA,ARL DIRECCION SST PROFESIONAL
TECNOLOGICOS	COMPUTADORES, VIDEO BEAN, PARLANTES, SOFTWARE
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			Mes 32			Mes 33			Mes 34			Mes 35			Mes 36			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	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		P	E		P			P			P			P			
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		P	E		P			P			P			P			
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		P	E		P			P			P			P			Cada vez que el trabajador se retire de la organización
4	inducciones y reinducciones	Inspector SST	Todos los trabajadores																												P	E												
5	Campaña de salud visual	ARL	Todos los trabajadores																																										Segun la disponibilidad de la ARL
6	Campaña de actividad fisica(rumboterapia)	ARL	Todos los trabajadores																																									Segun la disponibilidad de la ARL
7	Campaña medicina preventiva toma de talla, peso	ARL	Todos los trabajadores																																									Segun la disponibilidad de la ARL
8	Campaña de nutrición	ARL	Todos los trabajadores																																										Segun la disponibilidad de la ARL
9	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		P	E		P			P			P			P			
10	Sencibilización Cuidado de manos riesgo Mecanico	Inspector SST	Todos los trabajadores				P	E																																					
11	Capacitación enfermedad laboral	Inspector SST	Todos los trabajadores	P	E																																								
12	Capacitación funciones de los trabajadores frente al SGSST	Inspector SST	Todos los trabajadores							P	E																																		
13	Riesgo Psicosocial	Inspector SST	Todos los trabajadores																P	E																									
14	Capacitación legislación SST	Inspector SST	Todos los trabajadores													P	E																												
15	Capacitación responsabilidad civil y penal frente al SGSST	Inspector SST	Todos los trabajadores													P	E																												
16	Cpacitación Salud mental y manejo de ira	Inspector SST	Todos los trabajadores																			P	E	R	P	E																			
17	Divulgacion de peligros presentes en obra	Inspector SST	Todos los trabajadores				P	E																																				
18	Pons como actuar en una situación de emergencia	Inspector SST	Todos los trabajadores							P	E																																		
19	Capacitacion Riesgos locativos	Inspector SST	Todos los trabajadores	P	E																																							
20	Riesgo Biomecanico	Inspector SST	Todos los trabajadores																P	E																									
21	Capacitación Riesgos por condiciones de seguridad	Inspector SST	Todos los trabajadores				P	E																																				
22	Capacitacion que es Examen medico de ingreso, periodico, egreso y pos-incapacidad	Inspector SST	Todos los trabajadores																			P	E																						
23	Charla de seguridad eliminar distractores	Inspector SST	Todos los trabajadores										P	E																														
24	Capacitacion Roles y Funciones SST	Inspector SST	Todos los trabajadores										P	E																														
25	Prevencion de enfermedades de la piel	Inspector SST	Todos los trabajadores																									P	E															
26	Capacitacion Material Particulado	Inspector SST	Todos los trabajadores													P	E																											
27	Prevencion de enfermedades cardiovasculares	Inspector SST	Todos los trabajadores																											P	E													
28	Enfermedades por contacto	Inspector SST	Todos los trabajadores																											P	E													
29	que es una enfermedad de transmision sexual	Inspector SST	Todos los trabajadores																											P	E													
30	Prevencion en lesiones musculoesqueleticas	Inspector SST	Todos los trabajadores																														P												
31	equilibrio entre vida personal y el trabajo	Inspector SST	Todos los trabajadores																														P												
32	comunicación asertiva	Inspector SST	Todos los trabajadores																														P												
33	Que es acoso laboral y los tipos que existen	Inspector SST	Todos los trabajadores																																	P									
34	Campaña de autocuidado cel cido	Inspector SST	Todos los trabajadores																																							P			
HIGIENE INDUSTRIAL																																													
N°	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DIRIGIDO A:																																										
1	Capacitación diseños de puesto de trabajo	Inspector SST	Todos los trabajadores							P	E																																		
2	Perdida Cpacidad Laboral	Inspector SST	Todos los trabajadores																P	E																									
3	Capacitación Riesgo publico y numeros de emergencia	Inspector SST	Todos los trabajadores																						P	E																			
4	Capacitación Prevención al tabaquismo	Inspector SST	Todos los trabajadores				P	E																																				

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 PREVENCION 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	RECURSOS NECESARIOS
HUMANOS	AREA ADMINISTRATIVA,ARL,DIRECCION SST,PROFESIONAL
TECNOLOGICOS	COMPUTADORES, VIDEO BEAN, PARLANTES, SOFTWARE
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			Mes 32			Mes 33			Mes 34			Mes 35			Mes 36			OBSERVACIONES
Nº	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	P	E	R	P	E	R	P	E	R	P	E	R	P	E	R	P	E	R	
5	Capacitacion Toxicologia ocupacional	Inspector SST	Todos los trabajadores										P	E																																
6	Capacitación 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																																		
14	Manejo de heridas y cuemaduras	Inspector SST	Todos los trabajadores																																	P									
SEGURIDAD INDUSTRIAL																																													
Nº	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DIRIGIDO A:																																									
1	Capacitacion 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	Capacitación 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 químcos	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	proveedor caja de compensacion	Todos los trabajadores																																				P							
12	Capacitación identificacion de peligros en silice de trabajo	Inspector SST	Todos los trabajadores										P	E																															
13	Capacitacuión como reportar un accidente y documentado	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																						
17	Capacitación que es un Riesgo	Director HSEQ, Inspector SST	Todos los trabajadores							P	E																																		
18	Capacitacion 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	Inspector SST	Todos los trabajadores				P	E																																				
22	Capacitaión que es EPS	Director HSEQ, Inspector SST	Todos los trabajadores				P	E																																				
23	normatividad relevante codigo sustantivo del trabajo	Director HSEQ, Inspector SST	Todos los trabajadores																												P	E												
24	señaltica dentro de obra	Inspector SST	Todos los trabajadores																												P	E												
25	Como realizar inspeccion y mantenimiento de un equipo de proteccion contra caicas	Inspector SST	Todos los trabajadores																																	P									
26	Que son medidas de intervencion y control (medio, fuente e individuo)	Inspector SST	Todos los trabajadores																																				P						
27	como se pagan las incapacidades por EPS y ARL	Inspector SST	Todos los trabajadores																																				P						
28	Capacitacion primer respondiente	Inspector SST	Todos los trabajadores																																				P						

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 PREVENCION 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	RECURSOS NECESARIOS
HUMANOS	AREA ADMINISTRATIVA,ARL,DIRECCION SST,PROFESIONAL
TECNOLOGICOS	COMPUTADORES, VIDEO BEAN, PARLANTES, SOFTWARE
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			Mes 32			Mes 33			Mes 34			Mes 35			Mes 36			OBSERVACIONES
Nº	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	P	E	R	P	E	R	P	E	R	P	E	R	P	E	R	
29	Que es riesgo quimico	Inspector SST	Todos los trabajadores																																						P			
30	manejo integral de residuos	Inspector SST	Todos los trabajadores																																						P			

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 13 MES 02 AÑO 2023.
FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO		Cuál?		REALIZADO EN: Proyecto Boita
CHARLA DE SEGURIDAD PREOPERACIONAL/ CAPACITACION				INTENSIDAD HORARIA: 20 MINUTOS
CONFERENCIA - VIDEO-TALLER				MATERIAL ENTREGADO: N/A
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: Enfermedades por contacto.

REALIZADA POR: Irina J. Angel. CARGO O EMPRESA: Coordinador HSEQ, Insp SST

RELACIÓN DE ASISTENCIA

	PARTICIPANTE	EMPRESA	DOCUMENTO	FIRMA
1	Irina Allamiranda	Ebisu	50989201	Irina J.
2	Dina Mendoza	EBISU	1097775	
3	WILLIAN YAGUE	EBISU	1022937991	
4	David Santiago Torres	EBISU	1000128491	Santiago Torres
5	Frank Acevedo	EBISU	1001045259	
6	JAY A ROJAS	EBISU	1003656243	
7	Endrina de la Hoz	EBISU	1102896774	Endrina
8	LUIS ARAQUE	EBISU	1052513039	Luis Araque
9	Benjamin Antolinez	EBISU	7729593	
10	Gredin AGUAS	EBISU	92551357	
11	Hernan Vanegas	EBISU	87572106	
12	JOSE HERRERA	EBISU	1001297434	
	ARISMENDI TORRES	EBISU	79824326	
14	Pablo Pharec Guerrero	EBISU	1022352554	
	José D Bermúdez	EBISU	1003045086	
16	FAUSTO SANCHEZ	EBISU	5122996	
17	Southan Mojito G.	Ebisu	1022893203	
18	Leidis Caicedo	EBISU	1044914028	
19	Eliezer Osorio	EBISU	1063764092	
20	Andres Felipe R	EBISU	1216976666	
21				
22				

FIRMA DE QUIEN DIRIGIÓ LA ACTIVIDAD

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

ACTIVIDAD		TEMA		FECHA
INDUCCION		OTRA		DIA 21 MES 02 AÑO 2023
FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO		Cuál?		REALIZADO EN:
CHARLA DE SEGURIDAD PREOPERACIONAL/ CAPACITACIÓN	X	//		Colegio Bosita
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: Que es una enfermedad de transmisión sexual

REALIZADA POR: Angie Javeo B. CARGO O EMPRESA: Insp SST

RELACIÓN DE ASISTENCIA

Nº	PARTICIPANTE	EMPRESA	DOCUMENTO	FIRMA
1	Daiver Osorio	EBISU	1063764097	
2	Rafael G. Hincapie R.	EBISU	1127394477	
3	Andres Felipe R.	EBISU	1216976666	
4	WILFAN ALEXANDER YAGUE	EBISU	1.022937991	
5	Jonathan Agote G.	EBISU	1023893713	
6	Gredy Negrin	EBISU	92551353	
7	Benjamin Betancur	EBISU	4729593	
8	Alexander Reyes	EBISU	1886324	
9	Jose D. Cerro	EBISU	1003045086	
10	Heinan pamplona	EBISU	7046659	Heinan R.
11	Duins Mendoza	EBISU	1097775	
12	Pablo Alvarez guerrero	EBISU	1022352554	
13	Irina Alhambranda	EBISU	50989201	Irina A.
14	RAY DE JESUS LOPEZ	EBISU	1003656243	
15	Leidy Caicedo Julio	EBISU	1044940E8	Leidy C.
16	David Santiago Torres	EBISU	1000128491	Santiago Torres
17	FRANCISCO TORRES	EBISU	79895476	
18	Jose HERRERA	EBISU	1002974134	Jose H
19	Enderson de la Hoz	EBISU	1102896774	Enderson
20	Heinan Vanguardia	EBISU	87572106	
21	Frank Alejandro Acosta	EBISU	1001045259	
22	Marvin Yesser Mejia Angulo	EBISU	8496 n.9	

FIRMA DE QUIEN DIRIGIÓ LA ACTIVIDAD

Este documento impreso se considera copia no controlada

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

ACTIVIDAD		TEMA		FECHA
INDUCCIÓN		OTRA		DIA 28 MES 02 AÑO 2023
FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO		CUAL?		REALIZADO EN:
CHARLA DE SEGURIDAD PREOPERACIONAL/ CAPACITACIÓN	X			Proyecto Boito
CONFERENCIA - VIDEO TALLER				INTENSIDAD HORARIA
BOLETINES FOLLETOS CARTILLAS				10 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: Codigo sustantivo del trabajo

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

RELACIÓN DE ASISTENCIA

Nº	PARTICIPANTE	EMPRESA	DOCUMENTO	FIRMA
1	Elezer Osorio	EBISU	1063764092	
2	JAY X REYES	EBISU	1003656843	
3	Andres Felipe R.	EBISU	1216976666	
4	Marvin Olaya	EBISU	8746169	
5	LUIS ARAQUE	EBISU	1032513039	LUIS ARAQUE
6	Sebastian Castro	EBISU	1000850457	
7	WILIAN YAGUE	EBISU	1.022977991	
8	Jonathan AGUDELO.	EBISU	1023893213	
9	Frank Alejandro Arcila	EBISU	7001045259	
10	JOSE HERRERA	EBISU	1001297434	Jose H
11	Enderson Patiño	EBISU	1102896774	Enderson
12	Rafael Vincover R.	EBISU	1127594477	
13	ARISMENDI TORRES	EBISU	79829346	
14	Santiago Torres	EBISU	1001284591	Santiago Torres
15	Benjamin Betancur	EBISU	7729595	
16	Heiman Jaramillo	EBISU	87572106	
17	Alexander Lopez	EBISU	13563241	
18	Dino Mendoza	EBISU	1097775	
19	FAUSTO SANCHEZ	EBISU	5122996	
20	JOSE DAVID	EBISU	1003045086	
21	Carlos Reyes	EBISU	92551355	
22				
23				

FIRMA DE QUIEN DIRIGIÓ LA ACTIVIDAD

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

ACTIVIDAD		TEMA	FECHA
INDUCCIÓN		CHINA	DIA 26 MES 02 AÑO 2025
FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO		[illegible]	REALIZADO EN
CHARLA DE SEGURIDAD PREOPERACIONAL/ CAPACITACIÓN	X		Proyecto Boito
CONFERENCIA - VIDEO TALLER			INTENSIDAD HORARIA
BOLETINES FOLLETOS CARTILLAS			10 minutos
GIMNASIA LABORAL (PAUSAS ACTIVAS)			MATERIAL ENTREGADO
REUNIÓN			N/A

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

TEMA: prevencion enfermedades cardiovasculares

REALIZADA POR: Angie- JHON CARGO O EMPRESA: Inspectores SST

RELACION DE ASISTENCIA

Nº	PARTICIPANTE	EMPRESA	DOCUMENTO	FIRMA
1	Eliezer Osorio	Ebisu	1063764092	
2	Luis Fernando Giron	EBISU	80728996	
3	Juan Pablo Arias S	Ebisu	9035 6949	
4	Rafael G. Rincones R.	EBISU	11273944 77	
5	Andres felipe R	EBISU	12/697 6666	
6	Dennis Mendoza	EBISU	1097775	
7	Hernan Pamplona	EBISU	74466659	Hernan PC.
8	[illegible] Torres	EBISU	1006 491	
9	Benjamin Arboleda	EBISU	7729593	
10	WILIAN ALEXANDER [illegible]	EBISU	1027937991	
11	Jonathan Aquite Gu.	EBISU	1073893 713	
12	Irina Altamiranda	EBISU	50989201	Irina s.
13	JOSE D BERRIO	EBISU	1003045086	
14	Marina Olaya	ebisu	87946 129	
15	Sebastian Castro	EBISU	1000850457	
16	Credn Abern S	EBISU	92551355	
17	Hernan Yongatiz	EBISU	87572106	
18	Frank Alvardo Arevalo	Ebsu	1001045259	
19	Alexander Lopez	EBISU	1856324 1	
20	[illegible]	EBISU	1003650844	
21				
22				
23				

FIRMA DE QUIEN DIRIGIÓ LA ACTIVIDAD

EBISU

CONSTRUIMOS EQUIDAD, BIENESTAR Y SUEÑOS

NIT 807.008.957-7

REGISTRO DE CAPACITACIONES SST SUBCONTRATISTAS

	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? Prevención enfermedades cardiovasculares. Que es una enfermedad por transmisión sexual	DIA 13 MES 01 AÑO 2025
REINDUCCIÓN			INTENSIDAD HORARIA:
CAPACITACIÓN	X		PROYECTO: Colegio Boita
CHARLA DE SEGURIDAD PRE OPERACIONAL			RESPONSABLE: Katherine Barreto
PAUSAS ACTIVAS	X		CARGO: Inspector SST
REUNIÓN			
OTRA ¿Cuál?			

RELACIÓN DE ASISTENCIA

N°	NOMBRES COMPLETOS	CARGO	DOCUMENTO	FIRMA
1	Jafferson Esquivia	Alluglastero	1026293855	Jafferson
2	Ulises Villalobo	Oficial	1101879520	Ulises
3	gustavo Ortiz	OFIC.	1024652493	
4	Dayana Santiago	AUX	1000247300	Santiago
5	Helmer Mateus	Pulidor	79518373	Helmer
6	Jose Isidro Herrera	Maestro	18410548	
7	ALEXANDER GARCÍA	PULIDOR	80150047	ALEXANDER
8	ELMER CAMACHO	SOLDADOR	1033729293	
9	Ferney Dario medina	AYU	1024611602	
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				

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? Enfermedades Por Contacto. Normatividad Codigo Sustantivo del trabajo.	DIA 19 MES 02 AÑO 2025
REINDUCCIÓN			INTENSIDAD HORARIA 1 hora
CAPACITACIÓN	X		PROYECTO
CHARLA DE SEGURIDAD PREOPERACIONAL			Colegio Bonta
PAUSAS ACTIVAS	X		RESPONSABLE
REUNIÓN			Katherine Barreto
OTRA ¿Cual?			CARGO
			Inspector SST

RELACION DE ASISTENCIA

Nº	NOMBRES COMPLETOS	CARGO	DOCUMENTO	FIRMA
1	DAYRON Santago	AUX	2000 227 580	Santago
2	ALEXANDER GARCIA	PALIDOR	80150047	ALEXANDER
3	Fredy cifuentes	AUX	1024466662	Fredy
4	Jhon CIFUENTES	OFICIAL	1010009107	Jhon CIFUENTES
5	YIMER CAMACHO	CORTADOR	1085729293	YIMER CAMACHO
6	Jolma Steven Cortes Ha.	Auxiliar	1030675295	Jolma Cortes
7	GUSTAVO OSTOS	OFIC	1018429953	
8	Yhon Pinzillo	OFICIAL	1018797208	Yhon
9	Jose Isidro Herrera		18410548	Jose Isidro
10	Ivan CIFUENTES	OFICIAL	1000722982	Ivan CIFUENTES
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				

FIRMA DE QUIEN DIRIGIÓ LA ACTIVIDAD

Powered by CamScanner

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

ACTIVIDAD		TEMA		FECHA
INDUCCIÓN		OTRA		DIA 20 MES 2 AÑO 2025
FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO		Cual?		REALIZADO EN:
CHARLA DE SEGURIDAD/PREOPERACIONAL				Zona 5
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, diligencia todos los espacios según la actividad realizada.

TEMA: Que es una enfermedad de transmisión sexual

REALIZADA POR: Cesar Fernandez CARGO O EMPRESA: CAP

RELACIÓN DE ASISTENCIA

Nº	NOMBRES COMPLETOS	CARGO	DOCUMENTO	FIRMA
1	Diego Vega	Ayudante	1005363076	
2	Eduardo [illegible]	Ayudante	1083667669	
3	[illegible]	Soldador	1003288820	
4	[illegible] Chacon	Soldador	1007772125	
5	Hernandez M	Ayudante	1068805135	Hernandez
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

FIRMA DE QUIEN DIRIGIÓ LA ACTIVIDAD Cesar Fernandez

Powered by CamScanner

CAP	REGISTRO ASISTENCIA	CODIGO: SST-CAP-053 FECHA: 25/02/2023 VERSION: 01

ACTIVIDAD		TEMA		FECHA
INDUCCIÓN		OTRA		DIA 20 MES 2 AÑO 2015
FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO		CUAL?		REALIZADO EN:
CHARLA DE SEGURIDAD/PREOPERACIONAL				Tarde
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 segun la actividad realizada

TEMA: Enfermedades por contacto

REALIZADA POR: Cesar Fernandez CARGO O EMPRESA: CAP

RELACIÓN DE ASISTENCIA

Nº	NOMBRES COMPLETOS	CARGO	DOCUMENTO	FIRMA
1	Diego Vega	Ayudante		
2	Eduardo Zu	Ayudante		
3	Jefferson	Soldador		
4	Luis Orozco	Soldador		
5	Hernandez	Ayudante		
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

FIRMA DE QUIEN DIRIGIÓ LA ACTIVIDAD Cesar Fernandez

Powered by CamScanner

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

ACTIVIDAD		TEMA		FECHA
INDUCCIÓN		OTRA		DIA 23 MES 2 AÑO 2023
FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO		Cual?		REALIZADO EN:
CHARLA DE SEGURIDAD/PREOPERACIONAL				Torno
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 de Enfermedades Cardiovasculares

REALIZADA POR: Cesar Fernandez CARGO O EMPRESA: CAP

RELACIÓN DE ASISTENCIA

Nº	NOMBRES COMPLETOS	CARGO	DOCUMENTO	FIRMA
1	Jhoison Mejia	Aprendiz	99222709	JHOISON MEJIA
2	Juan Pantin	Soldador	1092735554	
3	Jesus ortiz	Armador	1082497086	
4	Jose vega Rhea	Ayudante	1024598191	
5	Diego vega	Ayudante	1005363076	
6	Eduardo zea	Ayudante	1003663669	Eduardo Zea
7	Javi Pena	Soldador	1003888820	
8	Hernan zea	Ayudante	1064805135	HERNAN ZEA
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

FIRMA DE QUIEN DIRIGIÓ LA ACTIVIDAD: Cesar Fernandez

Powered by CamScanner

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

ACTIVIDAD		TEMA		FECHA
INDUCCIÓN		OTRA		DIA 15 MES 1 AÑO 2025
FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO		COPASST		REALIZADO EN:
CHARLA DE SEGURIDAD/PRE-OPERACIONAL				Tolu
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: Normatividad relevante codigo sustantivo del trabajo

REALIZADA POR: Juan fernandez CARGO O EMPRESA: CAP

RELACIÓN DE ASISTENCIA

N°	NOMBRES COMPLETOS	CARGO	DOCUMENTO	FIRMA
1	Jhoison Mejia	Ayudante	7922709	Jhoison Mejia
2	Seves Ortiz	oficial	1082997076	
3	Jose Vega Vera	Ayudante	1028548191	
4	Diego Vega	Ayudante	1005363076	
5	Edgardo Z M	Ayudante	1043667669	Edgardo Z M
6	Erik Perez	Soldador	1003288320	
7	Hendrick	Ayudante	1064805135	Hendrick
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

FIRMA DE QUIEN DIRIGIÓ LA ACTIVIDAD Juan fernandez

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**

Enviar

FECHA DE INDUCCIÓN:	31-ENERO-2025		
NOMBRE DEL TRABAJADOR:	JOSE NAVARRETE SUAREZ.		
CARGO	SUPERVISOR MANTENIMIENTO	**CEDULA**	1022376997

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

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

10
10

Firma del evaluado:	Firma del evaluador:
Nombre: JOSE NAVARRETE FUENTE.	Nombre:
Cargo: SUPERVISOR MANTENIMIENTO	Cargo: TSSP SST

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

CAP.

FECHA DE INDUCCIÓN: 26/02/23
NOMBRE DEL TRABAJADOR: JUAN CARLOS MARIN V
CARGO Armador soldador | **CEDULA** 1077503594

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.

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. Nombre cuales son los horarios establecidos de acuerdo al cargo

   a. Administrativos:
   b. Operativos:

4. ¿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

5. ¿Qué es un peligro?

6. ¿Qué es un riesgo?

7. ¿Qué es una condición insegura?

   c. Una característica física o ambiental generada por una persona que puede crear un accidente.
   b. Una condición insegura es cuando alguien no sigue el protocolo de seguridad.
   c. es cualquier accidente que ocurra en el lugar de trabajo.
   d. Es cuando las personas no usan los equipos de protección personal (EPP).

8. ¿Qué es un acto inseguro?

   a. Un acto inseguro es cuando el lugar de trabajo no tiene las medidas de seguridad adecuadas
   b. Todas las acciones y decisiones humanas, que pueden causar una situación insegura, incidente o accidente
   c. Es cuando una máquina no funciona correctamente.
   d. Es cuando un supervisor no está presente para supervisar a los trabajadores

9. ¿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

10. ¿Qué es una enfermedad laboral?

    a. Una enfermedad laboral es aquella que se contrae como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral
    b. Una enfermedad laboral es cualquier enfermedad que se haga presente en el trabajo.
    c. Es una enfermedad que se transmite entre los compañeros de trabajo
    d. Una enfermedad laboral es un resfriado o gripe que se padece mientras se trabaja.

11. ¿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

12. Nombra 2 objetivos del COPASST

    a. Acompañar a realizar
    b. Ayuda en las investigaciones

13. ¿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

14. ¿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.

15. ¿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.

16. 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.

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

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

18. ¿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. La culpa no es de nadie

19. 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.		/
• 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/o 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

28
29

Firma del evaluado:	Firma del evaluador:
Nombre: JUAN CARLOS PLANTA	Nombre: JHON J. EUGENIO
Cargo: METALMECANICO	Cargo: COORDINADOR SST

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

FECHA DE INDUCCIÓN: 26/02/25
NOMBRE DEL TRABAJADOR: Jesus DAVID ORTIZ ORTEGA CEDULA 1.082.497.080
CARGO Armador

1. **Bienvenida.**

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

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

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

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. Nombre cuales son los horarios establecidos de acuerdo al cargo

   a. Administrativos:
   b. Operativos:

4. ¿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

5. ¿Qué es un peligro?

6. ¿Qué es un riesgo?

7. ¿Qué es una condición insegura?

   a. Una característica física o ambiental generada por una persona que puede crear un accidente.
   b. Una condición insegura es cuando alguien no sigue el protocolo de seguridad.
   c. es cualquier accidente que ocurra en el lugar de trabajo.
   d. Es cuando las personas no usan los equipos de protección personal (EPP).

8 ¿Qué es un acto inseguro?

a. Un acto inseguro es cuando el lugar de trabajo no tiene las medidas de seguridad adecuadas
b. Todas las acciones y decisiones humanas, que pueden causar una situación insegura, incidente o accidente
c. Es cuando una máquina no funciona correctamente.
d. Es cuando un supervisor no está presente para supervisar a los trabajadores

9 ¿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

10 ¿Qué es una enfermedad laboral?

a. Una enfermedad laboral es aquella que se contrae como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral
b. Una enfermedad laboral es cualquier enfermedad que se haga presente en el trabajo.
c. Es una enfermedad que se transmite entre los compañeros de trabajo
d. Una enfermedad laboral es un resfriado o gripe que se padece mientras se trabaja.

11. ¿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

12. Nombra 2 objetivos del COPASST

a. ACOMPAÑAR a SST
b. AYUDAR Accidente de trabajo

13. ¿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

14. ¿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.

15. ¿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

16. 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.

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

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

18. ¿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. La culpa no es de nadie

19. 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/o 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	✓

28
28

Firma del evaluado:	**Firma del evaluador:**
Nombre: JESUS DAVID ORTIZ CHICA	Nombre: JHON ESPINOZA
Cargo: ADMADOR	Cargo: COORDINADOR SST

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

CAP.

FECHA DE INDUCCIÓN:	20-02-2025		
NOMBRE DEL TRABAJADOR:	JOSE VERA VERA		
CARGO	AYUDANTE	**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 asi 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. Cuales son los horarios establecidos de acuerdo al cargo

   a. Administrativos:
   b. Operativos: 7:00a a 5:00pm ✓

4. ¿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

5. ¿Qué es un peligro?

   la fuente ✓

6. ¿Qué es un riesgo?

   la probabilidad de que se logre realidad el peligro ✓

7. ¿Qué es una condición insegura?

   a. Una característica física o ambiental generada por una persona que puede crear un accidente.
   b. Una condición insegura es cuando alguien no sigue el protocolo de seguridad. ✓
   c. es cualquier accidente que ocurra en el lugar de trabajo.
   d. Es cuando las personas no usan los equipos de protección personal (EPP).

8 ¿Qué es un acto inseguro?

a. Un acto inseguro es cuando el lugar de trabajo no tiene las medidas de seguridad adecuadas.
b. Todas las acciones y decisiones humanas, que pueden causar una situación insegura, incidente o accidente
c. Es cuando una máquina no funciona correctamente.
d. Es cuando un supervisor no está presente para supervisar a los trabajadores

9 ¿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

10. ¿Qué es una enfermedad laboral?

a. Una enfermedad laboral es aquella que se contrae como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral
b. Una enfermedad laboral es cualquier enfermedad que se haga presente en el trabajo.
c. Es una enfermedad que se transmite entre los compañeros de trabajo
d. Una enfermedad laboral es un resfriado o gripe que se padece mientras se trabaja.

11. ¿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

12. Nombra 2 objetivos del COPASST

a.
b.

13. ¿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

14. ¿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.

15. ¿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.

16. 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.

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

a. ARL AXXA COLPATRIA
b. ARL BOLIVAR
c. ARL SURA
d. Ninguna de las anteriores.

18. ¿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. La culpa no es de nadie

19. 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	Y	
• El trabajador debe cumplir con las normas y reglamentos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa	Y	
• Cuando el trabajador se accidente jugando un partido de fútbol a la hora del almuerzo es incidente con lesión de trabajo.		Y
• Es incidente de trabajo el que ocurre durante la jornada laboral y bajo órdenes directas del jefe.	Y	
• Son prácticas permitidas llegar en estado de embriaguez y/ó fumar en áreas de oficinas y operativas.		Y
• ¿NO usar los elementos de protección personal es un acto seguro?	Y	
• ¿La iluminación deficiente es una condición insegura?	Y	
• 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	Y	
• Pelar, insultar, calumniar a los compañeros de trabajo es un acto de compromiso con la empresa		Y

19
19

Firma del evaluado:	Firma del evaluador:
Nombre: Jose Ujueta Vera	Nombre: Aneth Jara M
Cargo: AYUDANTE	Cargo: Aux BST

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

FECHA DE INDUCCIÓN: 23-03-23
NOMBRE DEL TRABAJADOR: Jheisson Mejia CARGO Ayudante CEDULA 1122407

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.

Jheison Mejia

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 o Compras
Procesos de apoyo	o Gestión de calidad

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

3. Nombre cuales son los horarios establecidos de acuerdo al cargo

a. Administrativos:
X Operativos: 8:00 AM A 6:00 PM ✓

4. ¿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

5. ¿Qué es un peligro?

X

6. ¿Qué es un riesgo?

X

7. ¿Qué es una condición insegura?

X Una característica física o ambiental generada por una persona que puede crear un accidente.
b. Una condición insegura es cuando alguien no sigue el protocolo de seguridad. ✓
c. es cualquier accidente que ocurra en el lugar de trabajo.
d. Es cuando las personas no usan los equipos de protección personal (EPP).

8. ¿Qué es un acto inseguro?

   a. Un acto inseguro es cuando el lugar de trabajo no tiene las medidas de seguridad adecuadas
   X Todas las acciones y decisiones humanas, que pueden causar una situación insegura, incidente o accidente
   c. Es cuando una máquina no funciona correctamente.
   d. Es cuando un supervisor no está presente para supervisar a los trabajadores

9. ¿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

10. ¿Qué es una enfermedad laboral?

   X Una enfermedad laboral es aquella que se contrae como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral
   b. Una enfermedad laboral es cualquier enfermedad que se haga presente en el trabajo.
   c. Es una enfermedad que se transmite entre los compañeros de trabajo
   d. Una enfermedad laboral es un resfriado o gripe que se padece mientras se trabaja.

11. ¿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

12. Nombra 2 objetivos del COPASST

   a.
   b.

13. ¿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

14. ¿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.

15. ¿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.

16. 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.

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

a. ARL AXXA COLPATRIA
b. ARL BOLIVAR
c. ARL SURA
d. Ninguna de las anteriores.

18. ¿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. La culpa no es de nadie

19 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/o 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.		•

28/23

Firma del evaluado:	Firma del evaluador:
Jheison Mejia	
Nombre: Jhejson Mejia Urrego	Nombre: Jhon Fonseca
Cargo: Ayudante	Cargo: Coordinador SST

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

FECHA DE INDUCCIÓN:	14/ 02/ 22		
NOMBRE DEL TRABAJADOR:	John Steen Cabrera		
CARGO	Auxiliar de obra	**CEDULA**	1020618248

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.

John Cabrera

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	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	
• 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		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		X

16
18

Firma del evaluado:	**Firma del evaluador:**
Nombre: Johan Estiven Cadena	Nombre: JHON EDMARO
Cargo: Auxiliar de obras	Cargo: INSPECTOR SST

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

FECHA DE INDUCCIÓN: 26/02/2023.
NOMBRE DEL TRABAJADOR: Juan Sebastian Castro Garcia
CARGO Auxiliar Electrico CEDULA 1000830457.

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
	FILOSOFIA ORGANIZACIONAL		
1	Misión.	X	
2	Visión.	X	
3	Valores corporativos.	X	
4	Objetivos a alcanzar.	X	
	INFORMACIÓN GENERAL		
1	Contrato de trabajo.	X	
2	Manual de funciones del cargo	X	
3	Reglamento interno de trabajo.	X	
4	Organigrama.	X	
5	Políticas.	X	
6	Nuestros proyectos públicos, privados o licitaciones.	X	
7	MISIÓN ALFA.	X	
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		
1	Mapa de procesos.	X	
2	Documentación.	X	
3	Políticas de seguridad y salud en el trabajo.	X	
4	Normas de conducta interna.	X	
5	Identificación de los riesgos a los que está expuesto el cargo.	X	
6	Programas de gestión.	X	
7	Prevención de accidentes de trabajo.	X	
8	Reglamento de higiene y seguridad industrial.	X	
9	Obligaciones y responsabilidades del trabajador en Salud en el Trabajo.	X	
10	Manejo de residuos.	X	
11	Uso eficiente de la energía.	X	
12	Las 3R.	X	
13	Uso eficiente del agua.	X	
	ENTREGABLE		
1	Contrato de trabajo.	X	
2	Reglamento interno de trabajo.	X	
3	Manual de funciones.	X	

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.

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	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. Cuales son los horarios establecidos de acuerdo al cargo

a. Administrativos: 7:00 A 5:00 pm 7:00 AM A 12:00 pM
X Operativos:

4. ¿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

5. ¿Qué es un peligro?

6. ¿Qué es un riesgo?

7. ¿Qué es una condición insegura?

X Una característica física o ambiental generada por una persona que puede crear un accidente.
b. Una condición insegura es cuando alguien no sigue el protocolo de seguridad.
c. es cualquier accidente que ocurra en el lugar de trabajo.
d. Es cuando las personas no usan los equipos de protección personal (EPP).

8 ¿Qué es un acto inseguro?

a. Un acto inseguro es cuando el lugar de trabajo no tiene las medidas de seguridad adecuadas
X Todas las acciones y decisiones humanas, que pueden causar una situación insegura, incidente o accidente
c. Es cuando una máquina no funciona correctamente.
d. Es cuando un supervisor no está presente para supervisar a los trabajadores

9. ¿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

10. ¿Qué es una enfermedad laboral?

X Una enfermedad laboral es aquella que se contrae como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral
b. Una enfermedad laboral es cualquier enfermedad que se haga presente en el trabajo.
c. Es una enfermedad que se transmite entre los compañeros de trabajo
d. Una enfermedad laboral es un resfriado o gripe que se padece mientras se trabaja.

11. ¿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

12. Nombra 2 objetivos del COPASST

a. acompañar a SST.
b. Ayudar a las investigación de trabajo.

13. ¿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

14. ¿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.

15 ¿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.

16 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.

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

x ARL AXXA COLPATRIA
b. ARL BOLIVAR
c. ARL SURA
d. Ninguna de las anteriores.

18 ¿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. La culpa no es de nadie

19. 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

28
24

Firma del evaluado:	Firma del evaluador:
Nombre: Johan Sebastian Castro G.	Nombre: JHON. Zamora
Cargo: Auxiliar Electrico	Cargo: Coordinador SST

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

FECHA DE INDUCCIÓN:	19/02/2025		
NOMBRE DEL TRABAJADOR:	Luis Alejandro Araque Tolosa		
CARGO	Oficial de obra	**CEDULA**	1032513039

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
	FILOSOFIA 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.

Luis Araque

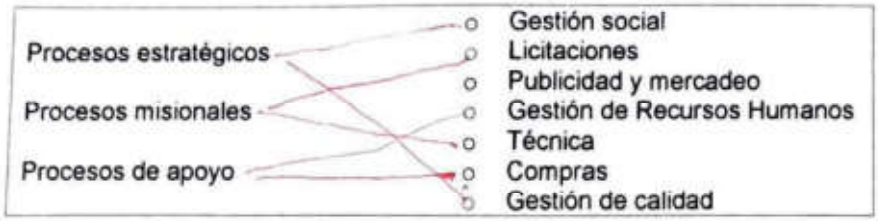
FIRMA DEL EMPLEADO

EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN

1. Nombre dos valores corporativos:

- Integridad
- Respeto Empresarial

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



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

3. Cuales son los horarios establecidos de acuerdo al cargo

a. Administrativos:
X b. Operativos: yo trabajo de lunes a viernes 7:AM A 5:PM y sabado 7:AM A 12:45

4. ¿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

5. ¿Qué es un peligro?

trabajos en altura

6. ¿Qué es un riesgo?

trabajar con una pulidora sin sus elementos.

7. ¿Qué es una condición insegura?

X a. Una característica física o ambiental generada por una persona que puede crear un accidente.
b. Una condición insegura es cuando alguien no sigue el protocolo de seguridad.
c. es cualquier accidente que ocurra en el lugar de trabajo.
d. Es cuando las personas no usan los equipos de protección personal (EPP).

8 ¿Qué es un acto inseguro?

a. Un acto inseguro es cuando el lugar de trabajo no tiene las medidas de seguridad adecuadas.
X b. Todas las acciones y decisiones humanas, que pueden causar una situación insegura, incidente o accidente
c. Es cuando una máquina no funciona correctamente.
d. Es cuando un supervisor no está presente para supervisar a los trabajadores

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

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

10. ¿Qué es una enfermedad laboral?

X a. Una enfermedad laboral es aquella que se contrae como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral
b. Una enfermedad laboral es cualquier enfermedad que se haga presente en el trabajo.
c. Es una enfermedad que se transmite entre los compañeros de trabajo
d. Una enfermedad laboral es un resfriado o gripe que se padece mientras se trabaja.

11. ¿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 e. Todos los anteriores

12. Nombra 2 objetivos del COPASST

a. Promulgar y sostener practicas
b. Practicas en investigación

13. ¿Un accidente de trabajo es?

a. Un evento no planeado.
b. Un evento planeado y premeditado
c. Un incidente con consecuencias reales
X d. a y c Son correctos

14. ¿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 e. a y c son correctas.

15. ¿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.

16. 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.

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

X a. ARL AXXA COLPATRIA
b. ARL BOLIVAR
c. ARL SURA
d. Ninguna de las anteriores.

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

a. La responsabilidad la tiene el trabajador accidentado.
X 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. La culpa no es de nadie

Zona loa

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

27

Firma del evaluado:	Firma del evaluador:
Nombre: LUIS ALEJANDRO ARAGUE	Nombre: JHON EDWARD
Cargo: OFICIAL DE OBRA	Cargo: COORDINADOR SST

EBISU

CONSTRUIMOS EQUIDAD, BIENESTAR Y SUEÑOS

NIT 807.008.957-7

REGISTRO DE ATS PREOPERACIONALES PERMISOS SST - EBISU SAS

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

FECHA	DIA	03	MES	02	AÑO	2023	PERMISO DE TRABAJO Nº:	#1
LUGAR DE OPERACIÓN:	proyecto Boita Torre B							
EQUIPOS UTILIZADOS EN LA OPERACIÓN:	Polidora, sierra, Taladro, plomo Grua, Taladro, Herramienta Menor							
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR:	Remates de obra, estructura, polido de concreto Instalación electrico, hidraulica							
EQUIPO QUE ELABORA EL	Trabajadores, Inspectores, Residentes de obra							

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

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

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

SECUENCIA DE ACTIVIDADES	PELIGROS Y CONSECUENCIAS		RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
REMATES GENERALES EN OBRA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL BIOLOGICO FISICO BIOMECANICO	LESIONES EN OJOS POR PROYECCION DE PARTICULAS, MOLESTIAS EN OIDOS, DOLOR DE CABEZA, DESHIDRATACION, GOLPES DE CALOR, CORTES, ESTRÉS, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, BACTERIAS, GOLPES, LACERACIONES, MACHUCONES, MUERTE	- USO PERMANENTE DE EPPS ADECUADOS PARA LA ACTIVIDAD - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA ACTIVIDAD - PRECAUCION EN LA ACTIVIDAD - INSPECCION DE LOS EQUIPOS A UTILIZAR - USO CORRECTO DE LOS EPCC
ASCENSO Y DESCENSO DE MATERIAL CON PLUMA GRUA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL BIOLOGICO FISICO BIOMECANICO	LESIONES EN OJOS POR PROYECCION DE PARTICULAS, MOLESTIAS EN OIDOS, DOLOR DE CABEZA, DESHIDRATACION, GOLPES DE CALOR, CORTES, ESTRÉS, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, BACTERIAS, GOLPES, LACERACIONES, MACHUCONES, MUERTE	- USO PERMANENTE DE EPPS ADECUADOS PARA LA ACTIVIDAD - CAPACITACION PERSONALIZADA - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA ACTIVIDAD - PRECAUCION EN LA ACTIVIDAD - INSPECCION DE LOS EQUIPOS A UTILIZAR - USO CORRECTO DE LOS EPCC
ORDEN Y ASEO GENERAL EN OBRA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL BIOLOGICO FISICO BIOMECANICO	LESIONES EN OJOS POR PROYECCION DE PARTICULAS, MOLESTIAS EN OIDOS, DOLOR DE CABEZA, CORTES, ESTRÉS, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, ACIDENTE DE TRANSITO, HONGOS, BACTERIAS, GOLPES, LACERACIONES, MACHUCONES	- USO PERMANENTE DE EPP - CAPACITACION PERSONALIZADA - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN ACTIVIDADES - PRECAUCION EN LA ACTIVIDAD

FIRMA REPRESENTANTES EQUIPO DE TRABAJO:

EQUIPAMIENTO Y RECOMENDQCIONES DE SEGURIDAD PARA REALIZAR ESTE TRABAJO

Casco	☒	Guantes	☒	Mascara facial	☒	Lockout/Tagout	☐
Botas de seguridad	☒	Protección Respiratoria	☒	Chaleco reflectivo	☐	Permiso de Trabajo Requerido	☒

SECUENCIA DE ACTIVIDADES		PELIGROS Y CONSECUENCIAS		RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES	
Gafas de Seguridad	☒	Protección Auditiva	☒	Extintores	☐	Charla pre-operacional	☒
Overol	☒	Equipos de protección contra caídas y entre paréntesis (arnés, conectores y anclajes	☒	Barreras o aislamiento de áreas	☐	Señalización y acordonamiento	☐
Kit Invernal	☐	Dotación	☐	Polarización a tierra de equipos	☐	Otro ( )	☐

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

No	NOMBRES COMPLETOS	CEDULA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL TRABAJADOR
1	FAUSTO SANCHEZ	5122996	
2	Leidis Caicedo	1044914028	Leidis C.
3	Irina AHomiranda	50989201	Irina A.
4	Hernan Yanguatin	87372106	
5	Benjamin Arboleda Pantoja	7729593	
6	Jose D. Bermeo	1003045086	
7	Frank Alejandro Acuelo	1001045259	
8	David Santiago Torres	1001284491	Santiago Torres
9	Eliecer Osorio	1063264092	
10	Jonathan Agudelo Garcia	1023893713	

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

11	Marvin Olaya	87046129	Marvin Olaya
12	WILIAN ALEXANDER YAGUE	1.022937991	
13	Hernan Pamplona	70466659	Hernan P.
14	Alexander Lepez	13563241	
15	Credio Mejias	92551355	C M
16	Dino Mendoza	1097775	
17	Jose Herrera	1001294431	Jose H
18	RAY ALEXIS LOPEZ	1003656243	
19	Enderson de la Hoz	1102896774	Enderson
20	Rafael G. Rincones R.	11279944 77	
21			
22			

Este documento impreso se considera copia

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

FECHA	DIA	03	MES	02	AÑO	2023	PERMISO DE TRABAJO Nº:	# 1
LUGAR DE OPERACIÓN:	proyecto Boita Torre B							
EQUIPOS UTILIZADOS EN LA OPERACIÓN:	Soldora, Sierra, Tronzadora, plomo Grua, Taladro, Herramenta menor							
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR:	Remates de obra, estructura, pulido de concreto Instalacion electrico, hidraulica							
EQUIPO QUE ELABORA EL	Trabajadores, Inspectores, Residentes de obra							

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

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

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

SECUENCIA DE ACTIVIDADES	PELIGROS Y CONSECUENCIAS		RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
REMATES GENERALES EN OBRA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL BIOLOGICO FISICO BIOMECANICO	LESIONES EN OJOS POR PROYECCION DE PARTICULAS, MOLESTIAS EN OIDOS, DOLOR DE CABEZA, DESHIDRATACION, GOLPES DE CALOR, CORTES, ESTRÉS, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, BACTERIAS, GOLPES, LACERACIONES, MACHUCONES, MUERTE	- USO PERMANENTE DE EPPS ADECUADOS PARA LA ACTIVIDAD - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA ACTIVIDAD - PRECAUCION EN LA ACTIVIDAD - INSPECCION DE LOS EQUIPOS A UTILIZAR - USO CORRECTO DE LOS EPCC
ASCENSO Y DESCENSO DE MATERIAL CON PLUMA GRUA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL BIOLOGICO FISICO BIOMECANICO	LESIONES EN OJOS POR PROYECCION DE PARTICULAS, MOLESTIAS EN OIDOS, DOLOR DE CABEZA, DESHIDRATACION, GOLPES DE CALOR, CORTES, ESTRÉS, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, BACTERIAS, GOLPES, LACERACIONES, MACHUCONES, MUERTE	- USO PERMANENTE DE EPPS ADECUADOS PARA LA ACTIVIDAD - CAPACITACION PERSONALIZADA - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA ACTIVIDAD - PRECAUCION EN LA ACTIVIDAD - INSPECCION DE LOS EQUIPOS A UTILIZAR - USO CORRECTO DE LOS EPCC
ORDEN Y ASEO GENERAL EN OBRA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL BIOLOGICO FISICO BIOMECANICO	LESIONES EN OJOS POR PROYECCION DE PARTICULAS, MOLESTIAS EN OIDOS, DOLOR DE CABEZA, CORTES, ESTRÉS, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, ACIDENTE DE TRANSITO, HONGOS, BACTERIAS, GOLPES, LACERACIONES, MACHUCONES	- USO PERMANENTE DE EPP - CAPACITACION PERSONALIZADA - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN ACTIVIDADES - PRECAUCION EN LA ACTIVIDAD

FIRMA REPRESENTANTES EQUIPO DE TRABAJO:

EQUIPAMIENTO Y RECOMENDQCIONES DE SEGURIDAD PARA REALIZAR ESTE TRABAJO

Casco	☒	Guantes	☒	Mascara facial	☒	Lockout/Tagout	☒
Botas de seguridad	☒	Protección Respiratoria	☒	Chaleco reflectivo	☐	Permiso de Trabajo Requerido	☒

SECUENCIA DE ACTIVIDADES		PELIGROS Y CONSECUENCIAS		RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES			
Gafas de Seguridad	☒	Protección Auditiva	☒	Extintores	☐	Charla pre-operacional	☒
Overol	☒	Equipos de protección contra caídas y entre paréntesis (arnés, conectores y anclajes	☒	Barreras o aislamiento de áreas	☐	Señalización y acordonamiento	☐
Kit Invernal	☐	Dotación	☐	Polarización a tierra de equipos	☐	Otro ( )	☐

EBISU

ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS

Código: FST-04
Versión: 00
Fecha: 15/03/2022

No	NOMBRES COMPLETOS	CEDULA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL TRABAJADOR
1	FAUSTO SANCHEZ	5122996	
2	Leidy Casado	1044914028	Leidy C.
3	Irina AHomiranda	50989201	Irina A.
4	Hernan Yanquatin	87372106	
5	Benjamin Andrade Pantoja	7129593	
6	Jose D. Bermeo	1083045086	
7	Frank Alejandro Acuña	1001045259	
8	David Santiago Torres	1001284611	Santiago Torres
9	Eliezer Osorio	1063764092	
10	Jonathan Agudelo Garcia	1023893713	

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

11			
12	Marvin Olaya	87046129	
13	Wilmer Alexander Yague	1.022937991	
14	Hernan Pamplona	70466659	Hernan N.
15	Alexander Lopez	1856324	
16	Credio Aguas	92551355	
17	Dino Mendoza	1097775	
18	Jose Herrera	1001297431	Jose H
19	Ray Alexis Lopez	1003656243	
20	Endyson de la Hoz	1102896774	Endyson
21	Rafael G. Rincones R.	1127994477	
22			

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

FECHA	DIA	10	MES	02	AÑO	23	PERMISO DE TRABAJO Nº:	#2
LUGAR DE OPERACIÓN:	proyecto boila							
EQUIPOS UTILIZADOS EN LA OPERACIÓN:	polidora, Taladro, sierra, Tronzadora, pluma grua							
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR:	Instalación electrica, Instalación Hidrosanitaria, estructura							
EQUIPO QUE ELABORA EL ATS:	Trabajadores, Residentes de obra.							

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

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

SECUENCIA DE ACTIVIDADES	PELIGROS Y CONSECUENCIAS		RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
ASCENSO Y DESCENSO DE MATERIAL CON PLUMA GRUA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL BIOLOGICO FISICO BIOMECANICO	LESIONES EN OJOS POR PROYECCION DE PARTICULAS, MOLESTIAS EN OIDOS, DOLOR DE CABEZA, DESHIDRATACION, GOLPES DE CALOR, CORTES, ESTRÉS, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, BACTERIAS, GOLPES, LACERACIONES, MACHUCONES, MUERTE	- USO PERMANENTE DE EPPS ADECUADOS PARA LA ACTIVIDAD - CAPACITACION PERSONALIZADA - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA ACTIVIDAD - PRECAUCION EN LA ACTIVIDAD - INSPECCION DE LOS EQUIPOS A UTILIZAR - USO CORRECTO DE LOS EPCC
ORDEN Y ASEO GENERAL EN OBRA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL BIOLOGICO FISICO BIOMECANICO	LESIONES EN OJOS POR PROYECCION DE PARTICULAS, MOLESTIAS EN OIDOS, DOLOR DE CABEZA, CORTES, ESTRÉS, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, ACIDENTE DE TRANSITO, HONGOS, BACTERIAS, GOLPES, LACERACIONES, MACHUCONES	- USO PERMANENTE DE EPP - CAPACITACION PERSONALIZADA - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN ACTIVIDADES - PRECAUCION EN LA ACTIVIDAD

FIRMA REPRESENTANTES EQUIPO DE TRABAJO:

EQUIPAMIENTO Y RECOMENDQCIONES DE SEGURIDAD PARA REALIZAR ESTE TRABAJO

Casco	☒	Guantes	☒	Mascara facial	☒	Lockout/Tagout	☒
Botas de seguridad	☒	Protección Respiratoria	☒	Chaleco reflectivo	☐	Permiso de Trabajo Requerido	☒
Gafas de Seguridad	☒	Protección Auditiva	☒	Extintores	☒	Charla pre-operacional	☒
Overol	☒	Equipos de protección contra caidas y entre paréntesis (arnés, conectores y anclajes	☒	Barreras o aislamiento de áreas	☐	Señalización y acordonamiento	☐
Kit Invernal	☐	Dotación	☐	Polarización a tierra de equipos	☐	Otro ( )	☐

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

No	NOMBRES COMPLETOS	CEDULA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL TRABAJADOR
1	Irina Altamiranda	50989201	Irina A.
2	Fausto Sanchez	5122996.	
3	Leds Caicedo Julio	1044914028	Leds C.
4	Hernan Yanguatin	87572106	
5	Eliezer Osorio	1063646092	
6	Jonathan Agüite Cam	1023893213	
7	Alexander Lopez	1356324	
8	Andres felipe R	1216972666	
9	Hernan Pamplona	70466659	Hernan P.
10	Gredy Agamez	92551355	

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

11			
12	Dino Mendoza	1097775	
13	Enderson de la Hoz	1102896774	Enderson
14	Frank Alejandro Acevedo	1004945258	
15	Jose D. Bello	1003045086	
16	Benjamin Antolinez	7729593	
17	ARISMENDI TORRES	79389346	
18	Jose Herrera	1001297434	Jose H
19	David Santiago Torres	1000128401	Santiago Torres
20	URBAN ALEXANDER YAGOS	1022937991	
21	Luis Araque	1032513039	Luis Araque
22	Pablo Alvarez Guerrero.	1022352554.	

23	Monin Olaya	87946129	
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			

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

FECHA	DIA	17	MES	02	AÑO	2023	PERMISO DE TRABAJO Nº:	3
LUGAR DE OPERACIÓN:	proyecto Boita Torre A							
EQUIPOS UTILIZADOS EN LA OPERACIÓN:	Polidora, Taladro, Tronzadora, plomada							
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR:	Instalación electrica, Instalacion hidraulica, estructura							
EQUIPO QUE ELABORA EL	Inspector SST, Trabajadores							

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

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

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

SECUENCIA DE ACTIVIDADES	PELIGROS Y CONSECUENCIAS		RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
REMATES GENERALES EN OBRA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL BIOLOGICO FISICO BIOMECANICO	LESIONES EN OJOS POR PROYECCION DE PARTICULAS, MOLESTIAS EN OIDOS, DOLOR DE CABEZA, DESHIDRATACION, GOLPES DE CALOR, CORTES, ESTRÉS, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, BACTERIAS, GOLPES, LACERACIONES, MACHUCONES, MUERTE	- USO PERMANENTE DE EPPS ADECUADOS PARA LA ACTIVIDAD - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA ACTIVIDAD - PRECAUCION EN LA ACTIVIDAD - INSPECCION DE LOS EQUIPOS A UTILIZAR - USO CORRECTO DE LOS EPCC
ASCENSO Y DESCENSO DE MATERIAL CON PLUMA GRUA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL BIOLOGICO FISICO BIOMECANICO	LESIONES EN OJOS POR PROYECCION DE PARTICULAS, MOLESTIAS EN OIDOS, DOLOR DE CABEZA, DESHIDRATACION, GOLPES DE CALOR, CORTES, ESTRÉS, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, BACTERIAS, GOLPES, LACERACIONES, MACHUCONES, MUERTE	- USO PERMANENTE DE EPPS ADECUADOS PARA LA ACTIVIDAD - CAPACITACION PERSONALIZADA - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA ACTIVIDAD - PRECAUCION EN LA ACTIVIDAD - INSPECCION DE LOS EQUIPOS A UTILIZAR - USO CORRECTO DE LOS EPCC
ORDEN Y ASEO GENERAL EN OBRA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL BIOLOGICO FISICO BIOMECANICO	LESIONES EN OJOS POR PROYECCION DE PARTICULAS, MOLESTIAS EN OIDOS, DOLOR DE CABEZA, CORTES, ESTRÉS, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, ACIDENTE DE TRANSITO, HONGOS, BACTERIAS, GOLPES, LACERACIONES, MACHUCONES	- USO PERMANENTE DE EPP - CAPACITACION PERSONALIZADA - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN ACTIVIDADES - PRECAUCION EN LA ACTIVIDAD

FIRMA REPRESENTANTES EQUIPO DE TRABAJO:		

EQUIPAMIENTO Y RECOMENDQCIONES DE SEGURIDAD PARA REALIZAR ESTE TRABAJO							
Casco	☑	Guantes	☑	Mascara facial	☐	Lockout/Tagout	☑
Botas de seguridad	☑	Protección Respiratoria	☑	Chaleco reflectivo	☐	Permiso de Trabajo Requerido	☑

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

No	NOMBRES COMPLETOS	CEDULA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL TRABAJADOR
1	Irina Alfamirander Guerra	50989201	Irina A.
2	Leds Caicedo Julio	1044914028	Leds C.
3	FAUSTO SANCHEZ	5122996	
4	LUIS ARAQUE	1032513039	
5	Rafael G. Rincones R.	1127394477	
6	Hernan yanquatin	87572106	Hernan
7	Hernan pamplona	7046659	Hernan P.C.
8	Andres felipe R	1216976666	
9	Marvin Olaya	87416129	
10	Cresin Agons	92551355	

EBISU

ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS

Código: FST-04	
Versión: 00	
Fecha: 15/03/2022	

11	Eliezer Orozco	1063764091	
12	Benjamin Antolinez Pinto	7429593	
13	Enderson de la Hoz	1102896774	Enderson
14	[illegible]	1003656243	
15	Frank Alvarado Acuña	1067045250	
16	Pablo Alvarez Guerrero	1022352554	
17	Dinno Mendoza	1097775	
18	Jose Herrera	1001297434	Jose H
19	Alexander Lopez	1855324	
20	Jonathan Aguilar Gomez	1023893213	
21	Jose D Berrio Conde	1003045086	
22	WILMAN ALEXANDRO YAGUE	1022937991	

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

FECHA	DIA	24	MES	02	AÑO	2025	PERMISO DE TRABAJO Nº:	1
LUGAR DE OPERACIÓN:	Colegio Boita							
EQUIPOS UTILIZADOS EN LA OPERACIÓN:	Polvorero, Tronzadora, Taladro, Sierra, Aires, Eslinga, Línea de vida, Canastilla, pala, barra, pica, Martillo.							
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR:	Remates, Instalaciones electricas, hidrosanitarios, limpieza y remates en cajas de inspeccion.							
EQUIPO QUE ELABORA EL	Residente SST, Residente de obra, Maestro, Insp SST							

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

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

SECUENCIA DE ACTIVIDADES	PELIGROS Y CONSECUENCIAS		RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
INSTALACIONES ELECTRICAS GENERALES EN OBRA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO BIOMECANICO	MOLESTIAS LUMBARES. CANSANCIO OCULAR, ESTRÉS, ELECTROCUCION O CONTACTO LEVE CON ENERGIA, CORTES, LACERACIONES, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL
AMARRE DE ACERO	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO BIOMECANICO	MOLESTIAS LUMBARES, DOLOR DE CABEZA, CORTES, ESTRÉS, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, ATRAPAMIENTOS	USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL
INSTALACION DE FORMALETA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO BIOMECANICO	MOLESTIAS LUMBARES, DOLOR DE CABEZA, CORTES, ESTRÉS, GOLPES, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, ATRAPAMIENTOS	USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL
FUNDIDA DE ESCALERAS Y ZONAS PUNTUALES EN OBRA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO QUIMICO BIOMECANICO	LESIONES EN OJOS POR PROYECCION DE PARTICULAS, MOLESTIAS EN OIDOS, DOLOR DE CABEZA, CORTES, ESTRÉS, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL , QUEMADURAS POR CONCRETO, ALERGIAS	USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL
DESENCOFRAR Y DESCIMBRAR ZONAS FUNDIDAS	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO BIOMECANICO	LESIONES EN OJOS POR PROYECCION DE PARTICULAS, MOLESTIAS EN OIDOS, DOLOR DE CABEZA, CORTES, ESTRÉS, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, GOLPES, MACHUCONES	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL
REMATES GENERALES EN OBRA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL BIOLOGICO FISICO BIOMECANICO	LESIONES EN OJOS POR PROYECCION DE PARTICULAS, MOLESTIAS EN OIDOS, DOLOR DE CABEZA, DESHIDRATACION, GOLPES DE CALOR, CORTES, ESTRÉS, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, BACTERIAS, GOLPES, LACERACIONES, MACHUCONES, MUERTE	- USO PERMANENTE DE EPPS ADECUADOS PARA LA ACTIVIDAD - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA ACTIVIDAD - PRECAUCION EN LA ACTIVIDAD - INSPECCION DE LOS EQUIPOS A UTILIZAR - USO CORRECTO DE LOS EPCC

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

SECUENCIA DE ACTIVIDADES	PELIGROS Y CONSECUENCIAS		RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
ASCENSO Y DESCENSO DE MATERIAL CON PLUMA GRUA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL BIOLOGICO FISICO BIOMECANICO	LESIONES EN OJOS POR PROYECCION DE PARTICULAS, MOLESTIAS EN OIDOS, DOLOR DE CABEZA, DESHIDRATACION, GOLPES DE CALOR, CORTES, ESTRÉS, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, BACTERIAS, GOLPES, LACERACIONES, MACHUCONES, MUERTE	- USO PERMANENTE DE EPPS ADECUADOS PARA LA ACTIVIDAD - CAPACITACION PERSONALIZADA - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA ACTIVIDAD - PRECAUCION EN LA ACTIVIDAD - INSPECCION DE LOS EQUIPOS A UTILIZAR - USO CORRECTO DE LOS EPCC
ORDEN Y ASEO GENERAL EN OBRA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL BIOLOGICO FISICO BIOMECANICO	LESIONES EN OJOS POR PROYECCION DE PARTICULAS, MOLESTIAS EN OIDOS, DOLOR DE CABEZA, CORTES, ESTRÉS, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, ACIDENTE DE TRANSITO, HONGOS, BACTERIAS, GOLPES, LACERACIONES, MACHUCONES	- USO PERMANENTE DE EPP - CAPACITACION PERSONALIZADA - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN ACTIVIDADES - PRECAUCION EN LA ACTIVIDAD
FIRMA REPRESENTANTES EQUIPO DE TRABAJO:			

EQUIPAMIENTO Y RECOMENDQCIONES DE SEGURIDAD PARA REALIZAR ESTE TRABAJO							
Casco	☑	Guantes	☑	Mascara facial	☑	Lockout/Tagout	☐
Botas de seguridad	☑	Protección Respiratoria	☑	Chaleco reflectivo	☑	Permiso de Trabajo Requerido	☑
Gafas de Seguridad	☐	Protección Auditiva	☑	Extintores	☑	Charla pre-operacional	☑
Overol	☑	Equipos de protección contra caidas y entre paréntesis (arnés, conectores y anclajes	☑	Barreras o aislamiento de áreas	☑	Señalización y acordonamiento	☑
Kit Invernal	☑	Dotación	☐	Polarización a tierra de equipos	☑	Otro ( )	☐

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

No	NOMBRES COMPLETOS	CEDULA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL TRABAJADOR
1	FAUSTO SANCHEZ	5122996	
2	Leido Caceres	1044914028	Leido C.
3	Irina Altamiranda Guerra	50989201	Irina A.
4	Elieser Osorio	1063764092	
5	Hernan Yanpatin	87372106	
6	Dinny Mendoza	1097775	
7	Rafael A. Rincones R.	1127394479	
8	LUIS ARAQUE	1052513059	LUIS ARAQUE
9	Marvin Olaya	87946124	
10	WILLIAN ALEXANDER YAGUE	1.022437991	
	Enderson de la Hoz	1102896714	Enderson

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

11			
12	Jonathan Aquite Gonzi	1023893213	
13	Andres Felipe R	72L97L666	
14	Grein Acer	92551355	
15	Hernan	7046659	Hernan Pc.
16	Alx Alcyas Lopez	1003656243	
17	Jose Di Berio	1003045086	
18	Benjamin Antolinez	1129593	
19	Frank Alejandro Arevalo	1001045259	
20	David Santiago Torres	1000128491	Santiago Torres
21	Alris Mendi Torres	79829340	
22	Jose Herrera	1001CA434	Jose H
	Pablo Alvarez guerrero	1022352554.	
	EDILBERTO AMADO	80362362	

EBISU	PREOPERACIONAL SIERRA CIRCULAR	CODIGO: FST-IN-08 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

PROYECTO	Bonita	EQUIPO	SIERRA CIRCULAR
FECHA INICIO	08 Feb. 2025	FECHA FINAL	08 - Febr - 2025
INSPECCIONADO POR	Alexander Lopez	CARGO	Oficial de 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 Lopez	1356324	
20	JHON FONSECA	1.233.691.250	FIRMA DEL INSPECTOR SST

OBSERVACIONES

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	Boita	EQUIPO	TRONZADORA DE METAL
FECHA INICIO	03-Feb-2023	FECHA FINAL	08-Feb-2023
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	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
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	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
David Santiago Torres	1000128491	Santiago Torres
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON Zumaia	1.233.691.650	

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	Bolfa	EQUIPO	TRONZADORA DE METAL
FECHA INICIO	03-Feb-2023	FECHA FINAL	08-Feb-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 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	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Benjamin Montero	1729 593	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST
JHON FUMERO	1-733-691-250	

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	Boita	EQUIPO	TRONZADORA DE METAL
FECHA INICIO	10 Febrero - 2025	FECHA FINAL	15 Febrero - 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 Suspción	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
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	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
8	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: David Santiago Torres

CEDULA: 1000128491

FIRMA DEL TRABAJADOR: Santiago Torres

NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST: JHON Zamora

CEDULA: 1.733.691.256

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	Boita	EQUIPO	TRONZADORA DE METAL
FECHA INICIO	10 Febrero - 2023	FECHA FINAL	15 Feb - 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 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														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Benjamin Antolinez	7729593	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON FLORES	1.233.691.250	

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	Colegio Borta	EQUIPO	TRONZADORA DE METAL
FECHA INICIO	17/02/25	FECHA FINAL	22/02/25
INSPECCIONADO POR:	Benjamin Arteaga	CARGO	Oficial hidrosanitario
MARCA	Dewalt	MODELO	N/A

Nº	FECHAS DE INPECCION / 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	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	Benjamin		Benjamin		Benjamin		Benjamin		Benjamin		Benjamin			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	Benjamin Arteaga	CEDULA	1129593
FIRMA DEL TRABAJADOR	Benjamin Arteaga		
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	Angie Parra M	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 ILUMINACIÓN
*USAR CON PRECAUCION, PUEDE CAUSAR LESIONES GRAVES E INCLUSO LA MUERTE.

Vo Bo Residente de SST	Angie Parra M.	FIRMA		REPARACION	SI / NO X

EBISU	PREOPERACIONAL TRONZADORA DE METAL	CODIGO: FST.IN-10 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

PROYECTO	Colegio Borde	EQUIPO	TRONZADORA DE METAL
FECHA INICIO	17-02-25	FECHA FINAL	22-02-25
INSPECCIONADO POR:	Santiago Torres	CARGO	Aydante hidrosanitario
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 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 guía	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
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	David Santiago Torres	CEDULA	1000128401
FIRMA DEL TRABAJADOR	Santiago Torres		
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	Andrés Galvis	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 ILUMINACIÓN
*USAR CON PRECAUCION, PUEDE CAUSAR LESIONES GRAVES E INCLUSO LA MUERTE

Vo Bo Residente de SST	Angie Galvis	FIRMA		REPARACION	SI	NO X

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: 03 al 08 Feb - 2025

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre H

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
Eliezer Ovalo	70137640.97	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON Tamara	1.233.691.260	

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

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: 03 al 08 feb. 2025

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Taller

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	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Multiple 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
Ever Alexander Arcila	1001043759	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON Zamora	1.033.691.000	

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐ ☐ Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

EBISU	INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO	CODIGO: FST.IN-04 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: BOLO

MARCA EQUIPO: BOSCH

SEMANA: 03 al 08 Feb - 2025

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: TALLER

ACTIVIDAD: PERFORACION PLACA

ITEM	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
CONDICIONES DEL EQUIPO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
La carcasa se encuentra en buen estado y ajustada al taladro	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Carcasa libre de aceites o grasas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El mango presenta un diseño ergonomico y funcional	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango auxiliar debidamente ajustado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Broca con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Taladro portatil 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
[illegible] Lara C	7729393	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON FAMOIO	1.133.691.150	

MANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

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: Bolo

MARCA EQUIPO: Makita

SEMANA: 03 al 08 Feb - 2025

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	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
[redacted] 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														
[redacted] broca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
[redacted] 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	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 FORMOZA	J. 033.691.050	

FECHA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

ITO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

de 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: Bodega

MARCA EQUIPO: Makita

SEMANA: 03 al 08 Feb - 2025

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre P

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 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.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
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
Joel G. Rincones R.	1127301447	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON EDMDIO	1.033.691.700	

FECHA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

SI HALLAZGO 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: Boita

MARCA EQUIPO: Makita

SEMANA: 05 - 08 Feb - 2024

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre A

ACTIVIDAD: perforacion placa

ITEM	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
CONDICIONES DEL EQUIPO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
La carcaza se encuentra en buen estado y ajustada al taladro	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Carcaza libre de aceites o grasas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El mango presenta un diseño ergonomico y funcional	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango auxiliar debidamente ajustado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
[illegible] con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
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														
[illegible]oca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
[illegible]rbca esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
diametro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
MA 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] Felipe R	72 [illegible] 6666	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON FLOREZ	1.233.691.250	

NA DEL: ___ AL ___ DE 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: Baila — SEMANA: 03 al 08 Feb-2025

MARCA EQUIPO: makita — ACTIVIDAD: perforacion placa

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: TOLVA

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														
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
Tarcin Ojeda	87 946 129	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON ZAMORA	1-733-691-750	

FECHA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

EN CASO 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: Bello

MARCA EQUIPO: Dewalt

SEMANA: 03 al 08 Febrero 2025

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre B

ACTIVIDAD: Perforacion placa

ITEM	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
CONDICIONES DEL EQUIPO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
La carcaza se encuentra en buen estado y ajustada al taladro	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Carcaza libre de aceites o grasas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El mango presenta un diseño ergonomico y funcional	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango auxiliar debidamente ajustado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
[illegible] con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
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	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
afas de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
otectores auditivos inserción y copa	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
antes de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
co con barbuquejo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
oca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
oca esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
metro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
dicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
IARIA 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
[illegible]	1097775	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON ZAMORA	1.233.691.250	

L: ___ AL ___ DE DE 2024

NICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

icio: si ☐ no ☐ ☐ Fecha de Corrección:

SPECTOR SST:

NOMBRE/APELLIDOS

EBISU

INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO

CODIGO: FST.IN-04
VERSION: 01
FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Bolá
MARCA EQUIPO: Makita
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: TOMO A
SEMANA: 03 - Febo 2023
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	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Cable 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
Jonathan Agudelo Gomez	1.073.[illegible].213	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON ZAMORA	1.233.091.050	

SEMANA DEL ___ AL ___ DE DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐ ☐ Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

EBISU

INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO

CODIGO: EST.IN.04
VERSION: 01
FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Boito
MARCA EQUIPO: Dewalt
SEMANA: 03 al 08 Feb - 2025
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	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
[illegible] con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mandril portabroca en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Herramienta de ajuste esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El vastago se encuentra en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El interruptor esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El cable de alimentacion se encuentra en buenas condiciones	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de 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]rica se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
[illegible] broca esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
diametro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
MA 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]LIAN ALEXANDER YAGUE	1.022 929 991	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON ZAMORA	1.233.691.250	

A DEL: ___ AL ___ DE 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: Bolívia
MARCA EQUIPO: DeWalt
SEMANA: 10 al 16 Feb - 2025
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Taller
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 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.									✓		✓			
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
Jhon Olaya	84946 19	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON ROMERO	1.233.691.250	

MES: ___ AL ___ DE DE 2024

TO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR
de 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: Boiq

MARCA EQUIPO: Dewalt

SEMANA: 10 al 10 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							✓		✓		✓			
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														
Broca se encuentra bien ajustada							✓		✓		✓			
La broca esta buenas condiciones.							✓		✓		✓			
El diametro es el correcto							✓		✓		✓			
La condicion de operación es normal							✓		✓		✓			
FICHA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA							luis.A		luis.A		luis.A			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
luis Araque	1038513039	luis Araque
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON Zamora	1.733.691.250	

FECHA DEL ___ AL ___ DE DE 2024

DO 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: Boito
MARCA EQUIPO: DeWalt
SEMANA: 10 al 10 Feb - 2025
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre A
ACTIVIDAD: perforación placa

ITEM	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
CONDICIONES DEL EQUIPO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
La carcaza se encuentra en buen estado y ajustada al taladro	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Carcaza libre de aceites o grasas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El mango presenta un diseño ergonomico y funcional	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango auxiliar debidamente ajustado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
[illegible]e con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
[illegible]ndril 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.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
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
[illegible]LIAN ALEJANDRO YAGUE	1.007 951 991	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
[illegible]HON FERMORA	1.233.691.090	

DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR
Servicio: si ☐ no ☐ ☐ Fecha de Corrección: _____

El INSPECTOR SST: _____
NOMBRE/APELLIDOS

EBISU	INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO	CODIGO: FST.IN-04 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Boiro
MARCA EQUIPO: Dewalt
SEMANA: 10 al 12 Feb - 2024
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre A solano
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	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Broca con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mandril portabroca en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Herramienta de ajuste esta en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El vastago se encuentra en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El interruptor esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El cable de alimentación se encuentra en buenas condiciones	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Gafas de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Protectores auditivos inserción y copa	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guantes de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
La broca esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El diametro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA	Santiago Torres		Santiago Torres		Santiago Torres		Santiago Torres		Santiago Torres		Santiago Torres			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
David Santiago Torres	1000128491	Santiago Torres
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON ZAMORA	1.233.691.250	

ANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

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: Baifa

MARCA EQUIPO: Dewalt

SEMANA: 10 al 10 Feb - 2025

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre A Solano

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 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
Benjamin Arbulaez	7729593	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON FONSECA	1.233.691.250	

FECHA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

ITO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

de 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: Bat-G
MARCA EQUIPO: Dewalt
SEMANA: 10 al 15 Feb - 2025
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre A
ACTIVIDAD: perforacion placas

ITEM	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
CONDICIONES DEL EQUIPO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
La 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														
[illegible]ca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
a broca esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
l 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
Sabio Aliza P.	72167766 66	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON FONSECA	1.123.691.780	

DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

TO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR
de servicio: si ☐ no ☐ ☐ Fecha de Corrección:

e 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: Boitá

MARCA EQUIPO: DeWalt — SEMANA: 10 al 16 Feb - 25

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre 11 — 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 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
Eliezer Osorio	1063164092	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON ROMERO	1.233.691-750	

DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

servicio: si ☐ no ☐ ☐ Fecha de Corrección: _____

el 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: Dewalt

SEMANA: 10 al 10 Febrero - 2020

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD:

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	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Cuenta con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mandril portabroca en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Herramienta de ajuste esta en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El vastago se encuentra en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El interruptor esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El cable de alimentación se encuentra en buenas condiciones	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Gafas de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Protectores auditivos inserción y copa	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guantes de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
La broca esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El diametro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Jonathan Agudelo Gomez	1023893213	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON ELMER	1.233.691.790	

VIGENCIA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

EVENTO 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: Boi-ty

MARCA EQUIPO: Dewalt

SEMANA: 10 al 15 Feb - 2025

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: perforacion f

ACTIVIDAD: Perforacion placa

ITEM	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
CONDICIONES DEL EQUIPO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
La carcaza se encuentra en buen estado y ajustada al taladro	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Carcaza libre de aceites o grasas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El mango presenta un diseño ergonomico y funcional	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango auxiliar debidamente ajustado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
[illegible]ta con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mandril portabroca en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Herramienta de ajuste esta en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El vastago se encuentra en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El interruptor esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El cable de alimentación se encuentra en buenas condiciones	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Gafas de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Protectores auditivos inserción y copa	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guantes de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
[illegible]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: Frank Alexander Acosta

CEDULA: 1010658259

FIRMA DEL TRABAJADOR

NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST: JHON EDISON

CEDULA: 1.233.691.730

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: _____

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: Boiry
MARCA EQUIPO: Pewa
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre A
SEMANA: 10 al 15 Febre-2025
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 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														
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
Yorelin Reyes	92551355	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON Zumora	1.233.691.250	

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: Boiry

MARCA EQUIPO: Dewalt

SEMANA: 10 al 15 Feb- 2025

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre A

ACTIVIDAD: perforación placa

ITEM	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
CONDICIONES DEL EQUIPO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
La carcaza se encuentra en buen estado y ajustada al taladro	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Carcaza libre de aceites o grasas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El mango presenta un diseño ergonomico y funcional	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango auxiliar debidamente ajustado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Broca con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
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.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
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
Jose D. Bermo	1003045086	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST

DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

servicio: 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: Boitu
MARCA EQUIPO: Dewalt
SEMANA: 17 al 22 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									✓		✓			
Cuenta con 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									✓		✓			
asco con barbuquejo														
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
broca se encuentra bien ajustada									✓		✓			
oca 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

NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST
...AN ALEXANDER YAÑEZ	1.022 [illegible] 991	

...DEL: ___ AL___ DE DE 2024

CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

servicio: si ☐ no ☐ ☐ Fecha de Corrección: _____

el INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

EBISU	INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO PERCUTOR	CODIGO: FST.IN-04 VERSION: 01 FECHA: 16/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Colegio Bolita

MARCA EQUIPO: Bosch

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre A y B

SEMANA: 17 al 22/02/25

ACTIVIDAD: Parques.

ITEM	LUNES		MARTES		MIERCOLES		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	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Cuenta con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mandril portabroca en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Hramienta 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														
El c														
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	Luis-A		Luis.A		Luis.A		Luis-A		Luis.A		Luis-A			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Luis Araque	1032513039	Luis Araque
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angie Yama		

SEMANA DEL: 19 AL 22 DE 02 DE 2024

PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☑ ☐ Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST:

NOMBRE/APELLIDOS

EBISU

INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO

CODIGO: FST.IN-04
VERSION: 01
FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Colegio Bonte
MARCA EQUIPO: Bosch
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Taller A y B
SEMANA: 19 al 22/02/24
ACTIVIDAD: Anclajes 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 carcasa se encuentra en buen estado y ajustada al taladro	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Carcasa libre de aceites o grasas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El mango presenta un diseño ergonomico y funcional	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango auxiliar debidamente ajustado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
[illegible]ta con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El [illegible]dril portabroca en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Herramienta de ajuste esta en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El vastago se encuentra en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El interruptor esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El cable de alimentación se encuentra en buenas condiciones	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Gafas de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Protectores auditivos inserción y copa	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guantes de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
[illegible]oca esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El diametro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Rafael Fr. Funcora.	1127394477	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Hugo Jara		

SEMANA DEL: 19 AL 22 DE 02 DE 2024

PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR
Para de servicio: si ☐ no ☑ ☐ Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST:

NOMBRE/APELLIDOS

EBISU	INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO PERCUTOR	CODIGO: FST.IN-04 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Colegio Boito

MARCA EQUIPO: Bosch

SEMANA: 17 al 22 / 02 / 25

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre A y B

ACTIVIDAD: Anclajes electricos

ITEM	LUNES		MARTES		MIERCOLES		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	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Cuenta con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mandril portabroca en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Herramienta de ajuste esta en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El vastago se encuentra en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El interruptor esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El cable de alimentacion se encuentra en buenas condiciones	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Gafas de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Protectores auditivos inserción y copa	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guantes de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
La broca esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El diametro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA	✓		✓		✓		✓		✓		✓			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Elizer Osorio	1063764092	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angie Yamel M		

SEMANA DEL: 17 AL 22 DE 02 DE 2024

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 PERCUTOR	CODIGO: FST.IN-04 VERSION: 01 FECHA: 16/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Colegio Bolo

MARCA EQUIPO: Bosch

SEMANA: 17 al 22 / 02 / 25

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre A y B

ACTIVIDAD: Anclajes electricos

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	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Cuenta con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mandril portabroca en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Herramienta de ajuste esta en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El vastago se encuentra en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El interruptor esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El cable de alimentación se encuentra en buenas condiciones	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Gafas de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Protectores auditivos inserción y copa	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guantes de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
La broca esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El diametro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Gustavo Felipe A	72197666	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angie Pena M		

ANA DEL: 17 AL 22 DE 02 DE 2024

ITO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

de servicio: si ☐ no ☐ ☐ Fecha de Corrección:

e del INSPECTOR SST: NOMBRE/APELLIDOS

EBISU	INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO PERCUTOR	CODIGO: FST.IN-04 VERSION: 01 FECHA: 16/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Colegio Bosta

MARCA EQUIPO: Bosch

SEMANA: 17 al 22 / 02 / 25

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: TOM A 4 B

ACTIVIDAD: Taladros Electricos

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	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Cuenta con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mandril portabroca en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Herramienta de ajuste esta en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El vastago se encuentra en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El interruptor esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El cable de alimentación se encuentra en buenas condiciones	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Gafas de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Protectores auditivos inserción y copa	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guantes de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
La broca esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El diametro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Jonin plaza	1.946.129	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angel Ravel M		

SEMANA DEL: 12 AL 22 DE 02 DE 2024

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 PERCUTOR	CODIGO: FST.IN-04 VERSION: 01 FECHA: 16/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Colegio Bosta

MARCA EQUIPO: Bosch

SEMANA: 17 al 22/02/25

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre A y C

ACTIVIDAD: Anclajes RCI

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 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	GD		GD		GD		GD		GD		GD			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Edwin Alcos	92551354	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Diego Lara M		

SEMANA DEL: 17 AL 22 DE 02 DE 2024

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 Bosa
MARCA EQUIPO: BOSCH
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre A 4B
SEMANA: 19 al 22 / 02 / 24
ACTIVIDAD: Anclajes Luminarias 2C1

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]s 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	Benjamin		Benjamin		Benjamin		Benjamin		Benjamin		Benjamin			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Benjamin Antolinez	1129593	Benjamin Antolinez
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angel David M		

SEMANA DEL: 19 AL 22 DE 02 DE 2024

PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☒ ☐ Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST:

NOMBRE/APELLIDOS

EBISU	INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO	CODIGO: FST.IN-04 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Colegio Bosa
MARCA EQUIPO: Bosch
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre A y B
SEMANA: 17 al 22 / 01 / 23
ACTIVIDAD: Anclajes Loza Tuberia DCI

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	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mandril con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mandril portabroca en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Herramienta de ajuste esta en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El vastago se encuentra en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El interruptor esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El cable de alimentación se encuentra en buenas condiciones	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Gafas de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Protectores auditivos inserción y copa	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guantes de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
La Broca esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El diametro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA	Santiago Torres		Santiago Torres		Santiago Torres		Santiago Torres		Santiago Torres		Santiago Torres			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
David Santiago Torres	1000128401	Santiago Torres
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angie Toro		

SEMANA DEL: 17 AL 22 DE 01 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: Colegio Bolivar
MARCA EQUIPO: Bosch
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre A y B
SEMANA: 19 | 22/02/25
ACTIVIDAD: Remaches y anclajes.

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														
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
Jonk Alejandro Arcila	1001045254	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Arley Jaime [illegible]		

VIGENCIA DEL: 19 AL 22 DE 02 DE 2024

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 PERCUTOR	CODIGO: FST.IN-04 VERSION: 01 FECHA: 16/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Colegio Bosa

MARCA EQUIPO: BOSCH

SEMANA: 19 al 22/02/25

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD:

ACTIVIDAD: Anclajes electricos

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	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Cuenta con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mandril portabroca en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Herramienta de ajuste esta en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El vastago se encuentra en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El interruptor esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El cable de alimentación se encuentra en buenas condiciones	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal			✓		✓		✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Gafas de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Protectores auditivos inserción y copa	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guantes de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
La broca esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El diametro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
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
Gustavo Adolfo G	1023693213	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angie Forero M		

SEMANA DEL: 17 AL 22 DE 02 DE 2024

EVENTO 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 Bolg
MARCA EQUIPO: BOSCH
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: TORRE 4 y 4A
SEMANA: 17 al 22 /02/25
ACTIVIDAD: Anclajes y remates.

ITEM	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
CONDICIONES DEL EQUIPO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
La carcaza se encuentra en buen estado y ajustada al taladro			✓		✓		✓		✓		✓			
Carcaza libre de aceites o grasas			✓		✓		✓		✓		✓			
El mango presenta un diseño ergonomico y funcional			✓		✓		✓		✓		✓			
Mango auxiliar debidamente ajustado			✓		✓		✓		✓		✓			
[illegible]ta con guarda de seguridad			✓		✓		✓		✓		✓			
Mandril portabroca en buen estado.			✓		✓		✓		✓		✓			
Herramienta de ajuste esta en buen estado.			✓		✓		✓		✓		✓			
El vastago se encuentra en buen estado			✓		✓		✓		✓		✓			
El interruptor esta en buen estado			✓		✓		✓		✓		✓			
El cable de alimentación se encuentra en buenas condiciones			✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal			✓		✓		✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado			✓		✓		✓		✓		✓			
Gafas de seguridad			✓		✓		✓		✓		✓			
Protectores auditivos inserción y copa			✓		✓		✓		✓		✓			
Guantes de seguridad			✓		✓		✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo			✓		✓		✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
[illegible]roca se encuentra bien ajustada			✓		✓		✓		✓		✓			
La broca esta buenas condiciones.			✓		✓		✓		✓		✓			
El diametro es el correcto			✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal			✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Jose D. Berrio	1003045086	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angie Jurado M		

SEMANA DEL: 17 AL 22 DE 02 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 PERCUTOR	CODIGO: FST.IN-04 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Colegio Bolivia

MARCA EQUIPO: Bosch

SEMANA: 24 a 28/07/25

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre A y B

ACTIVIDAD: Instalaciones hidraulicas

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	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Cuenta con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mandril portabroca en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Herramienta de ajuste esta en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El vastago se encuentra en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El interruptor esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El cable de alimentación se encuentra en buenas condiciones	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Gafas de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Protectores auditivos inserción y copa	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guantes de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
La broca esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El diametro es el correcto	✓				✓		✓				✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA	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**
Angie Lorena M		

SEMANA DEL: 24 AL 28 DE 07 DE 2024

PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

de servicio: si ☐ no ☐

Fecha de Corrección:

Firma del INSPECTOR SST:

NOMBRE/APELLIDOS

EBISU	INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO PERCUTOR	CODIGO: FST.IN-04 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Cajon Bota

MARCA EQUIPO: Bosch

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre AyC

SEMANA: 24 al 28/02/25

ACTIVIDAD: Pernos en obra

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	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
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
Frank Alejandro Arango	1001645754	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angy Duque M		

SEMANA DEL: 24 AL 28 DE 02 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 PERCUTOR	CODIGO: FST.IN-04 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Colegio Bosta

MARCA EQUIPO: Bosch

SEMANA: 24 al 28 / 02 / 25

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Remates - Torre 4 y 8

ACTIVIDAD: Remates en obra

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	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Cuenta con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mandril portabroca en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Herramienta de ajuste esta en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El vastago se encuentra en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El interruptor esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El cable de alimentación se encuentra en buenas condiciones	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Gafas de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Protectores auditivos inserción y copa	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guantes de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
La broca esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El diametro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
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
Jhon Mendoza	1097778	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angie Lora M		

FECHA DEL: 24 AL 28 DE 02 DE 2024

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 PERCUTOR	CODIGO: FST.IN-04 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Colegio Boito

MARCA EQUIPO: BOSCH

SEMANA: 24 al 28 / 02 / 25

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Jornada

ACTIVIDAD: Remodelacion

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	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Cuenta con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mandril portabroca en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
[illegible]mienta 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	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
AUTORIZACIÓN DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA	GO		GO		GO		GO		GO		GO			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Fredy Rojas	92551305	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angie Duran M		

DEL: 24 AL 28 DE 02 DE 2024

CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Servicio: si ☐ no ☑ ☐ Fecha de Corrección: _____

INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

EBISU	INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO PERCUTOR	CODIGO: FST.IN-04 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Cedro Bajo

MARCA EQUIPO: BOSCH

SEMANA: 24 al 28/02/25

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Linea AyS

ACTIVIDAD: Anclajes electricos

ITEM	LUNES		MARTES		MIERCOLES		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	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Cuenta con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mandril portabroca en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Herramienta de ajuste esta en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El vastago se encuentra en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El interruptor esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El cable de alimentacion se encuentra en buenas condiciones	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Gafas de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Protectores auditivos inserción y copa	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guantes de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
La broca esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El diametro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA	✓		✓		✓		✓		✓		✓			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Eliezer Osorio	1063164092	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angie Pava		

SEMANA DEL: 24 AL 28 DE 02 DE 2024

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 PERCUTOR	CODIGO: FST.IN-04 VERSION: 01 FECHA: 16/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Colayo Norte

MARCA EQUIPO: Bosch

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre AyA

SEMANA: 24 al 28/02/25

ACTIVIDAD: Arreglos electricos

ITEM	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VERNES		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	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
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
Jonathan Aguilar G.	1023893213	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angie Pena		

ANA DEL: 24 AL 28 DE 02 DE 2024

ITO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

de servicio: si ☐ no ☒ ☐ Fecha de Corrección:

e del INSPECTOR SST:

NOMBRE/APELLIDOS

EBISU	INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO PERCUTOR	CODIGO: FST.IN-04 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Colegio Bolivia

MARCA EQUIPO: BOSCH

SEMANA: 24 al 28 /02/25

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: TOMO A4B

ACTIVIDAD: Anclajes electricos

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	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Cuenta con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mandril portabroca en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Herramienta de ajuste esta en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El vastago se encuentra en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El interruptor esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El cable de alimentación se encuentra en buenas condiciones	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Gafas de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Protectores auditivos inserción y copa	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guantes de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
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
GIAN ALEXANDER YAÑEZ	1.022 937 991	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angelo Parra M		

DEL: 24 AL 28 DE 02 DE 2024

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 PERCUTOR

CODIGO: FST.IN-04
VERSION: 01
FECHA: 16/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Colegio Bosta
MARCA EQUIPO: BOSCH
SEMANA: 24 al 28 / 02 / 25
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Town AyD
ACTIVIDAD: Anclajes electricos

ITEM	LUNES		MARTES		MIERCOLES		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	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
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
Andres Felipe Q R	1216976666	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angie Parra		

SEMANA DEL: 24 AL 28 DE 02 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 PERCUTOR	CODIGO: FST.IN-04 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Colegio Bolivia

MARCA EQUIPO: Bosch

SEMANA: 24 al 28 / 02 / 25

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre A y B

ACTIVIDAD: Anclajes electricos

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 ergonómico y funcional	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango auxiliar debidamente ajustado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Cuenta con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mandril portabroca en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
amienta 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. Rincones K.	1127544477	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angel Daniel M		

SEMANA DEL: 24 AL 28 DE 02 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 PERCUTOR	CODIGO: FST.IN-04 VERSION: 01 FECHA: 16/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Colegio Bunte

MARCA EQUIPO: Bosch

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre A y B

SEMANA: 24 a 28/02/25

ACTIVIDAD: Anclajes y afines

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	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
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
Yarvin Olaya	87446 1201	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angie Torres		

SEMANA DEL: 24 AL 28 DE 02 DE 2024

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 PERCUTOR	CODIGO: FST.IN-04 VERSION: 01 FECHA: 16/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Colegio Bello — SEMANA: 24 a 29/02/25

MARCA EQUIPO: Bosch — ACTIVIDAD: Perforar Placa

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Zona A y B

ITEM	LUNES		MARTES		MIERCOLES		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	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Cuenta con guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mandril portabroca en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Herramienta de ajuste esta en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El vastago se encuentra en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El interruptor esta en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El cable de alimentación se encuentra en buenas condiciones	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														
Mascarilla para polvo y material particulado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Gafas de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Protectores auditivos inserción y copa	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guantes de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Casco con barbuquejo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA														
La broca se encuentra bien ajustada	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
La broca esta buenas condiciones.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El diametro es el correcto	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Su condicion de operación es normal	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Jose D. Berrio	1002115086	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angie Lara M		

SEMANA DEL: 24 AL 29 DE 02 DE 2024

PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☒ ☐ Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST:

NOMBRE/APELLIDOS

EBISU	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS	Código: FST.TA-01 Versión:01 Fecha:15/03/2022

INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Cargue y descargue de material con pluma Grúa

Lugar: proyecto patio cubierta Torre A

Duración estimada: 05 al 08 feb. 2023 Numero de personas en el trabajo: 1

Altura aproximada: 20 mts

INFORMACION DEL EJECTUTOR (ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	ARL	EPS	CONSTACIA CAPACITACIÓN			FIRMA TRABAJADOR
		SI	SI	SI	NO	VIGENCIA	
1	José Herrera	✓	✓	✓		001-2023	José H
2							
3							
4							
5							

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1		2		3		4		5		6		7		8		9		Observaciones
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año?	✓																		
¿Ha consumido medicamentos en las últimas 8 horas?		✓																	
¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 8 horas?		✓																	
¿Inspecciono los equipos de protección contra caídas antes de usarlos?	✓																		
¿ Conoce el procedimiento para el desarrollo de la actividad?	✓																		
¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad?		✓																	
¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de trabajo en alturas?		✓																	
En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es	✓																		
El ejecutante cuenta y conoce el procedimiento de trabajo seguro en alturas (SG-SST-01)?	✓																		
El área de trabajo se encuentra señalizada y demarcada?	✓																		
El ejecutante tiene conocimiento a los riesgos a está expuesto?	✓																		
El ejecutante cuenta con ayudante para realizar area?	✓																		

utante cuenta con ema de uramiento de ramientas?	✓																				
El ejecutante sabe qué Nacer en caso de una emergencia?	✓																				
¿Se realizo el análisis de trabajo seguro (ATS) formatO para la tarea?	✓																				
¿La ejecutante sospecha o tiene duda de que se encuentra en estado de embrazo	N/A																				
¿Se realizo la inspección de escaleras, andamios, rack y otros elementos de acceso a utilizar?	✓																				

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

area de trabajo necesita o se ha verifi

	Necesidad		Revisión 2	
	SI	NO	B	M
Demarcación provisional	✓		✓	
Señales de peligro adicionales	✓		✓	
Cerrar las vias	✓		✓	
Iluminación Adicional	✓		✓	
Superficies secas, no	✓		✓	
Lineas de advertencia	✓		✓	
Puntos de anclaje				

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

El personal requiere:

	Necesidad		Revisión 1		Revisión 2	
	SI	NO	B	M	B	M
Casco de Seguridad	✓		✓		✓	
Barbuquejo y mentonera	✓		✓		✓	
Gafas de Seguridad	✓		✓		✓	
Protección Respiratoria	✓		✓		✓	
Protección Auditiva	✓		✓		✓	
Guantes	✓		✓		✓	
Calzado de Seguridad	✓		✓		✓	

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS

	NECESIDAD		Revisión 1		Revisión 2	
	SI	NO	B	M	B	M
inea de vida (Verificar puntos de an	✓		✓		✓	
más de seguridad	✓		✓		✓	

Eslinga — Sencilla ☒ "Y" ☒ Con absorbedor? S ☒ — Ajustable ☐ Posicionamiento (cuerda) ☐ N ☐

Este documento impreso se considera copia no controlada

ANDAMIOS

	Necesidad		Revisión 1		Revisión 2	
	SI	NO	B	M	B	M
vil						
ha verificado el estado del andamio						
puntos de apoyo del andamio son estables y resistentes						
bases del andamio se encuentran aseguradas						
ndamio cuenta con barandas laterales						

ja Máxima: _____

a máxima: _____

precauciones. Cuales? _____

_____

Construcción del Andamio

Se garantiza que el levantamiento del andamio ha estado en manos de personal entrenado y calificado en esta actividad y bajo la supervisión adecuada. Los usuarios del andamio conocen los propósitos de este y sus responsabilidades:

Elaborado Por: _____

Modificaciones autorizadas por : _____

_____

_____

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DÍA)	HORA	DESDE (DÍA)	HORA

DESDE (DÍA)	HORA	DESDE (DÍA)	HORA

EQUIPOS A UTILIZAR

* pluma 6100
* EPCC

SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

N/A

RECURSOS A UTILIZAR

Agua	☐	Madera	☐		☐
Aire	☐	Gasolina	☐		☐
Energia	☒	ACPM	☐		☐

REVISION CONDICIONES DEL AREA AL TERMINAR EL TRABAJO.

	Condiciones OK	No Conforme *
Orden y aseo	☑	☐
Manejo de residuos	☑	☐
Levantamiento de señalización o aislamientos especiales (Si a	☑	☐
Otras. Cuales? _____	☐	☐
_____	☐	☐

Observaciones

_____

_____

FIRMAS

Dejo constancia de que estoy enterado del trabajo que se hará y que no tengo ninguna objeción en cuanto al tipo de trabajo.	Yo he leído y entiendo las recomendaciones aquí dadas, dispongo de los recursos que son necesarios y he tomado las precauciones de seguridad establecidas. Certifico que el trabajo puede ser realizado sin riesgo de daño para el equipo ni el personal.		Certifico que he verificado las condiciones de seguridad recomendadas para la ejecución de las actividades. Soy conciente del trabajo que se realizará y doy APROBACION para su ejecución.
Responsable SST/Inspector SST ó Coordinador trabajo en Alturas (EBISU S.A.S)	**Responsable del trabajo a ejecutarse (EBISU S.A.S)**	**Responsable del trabajo a ejecutarse (Contratista)**	****Responsable SST ó Coordinador trabajo en Alturas (Contratista)**

** Sólo en caso que en el contrato entre las partes se exija un responsable de SST para el desarrollo de las operaciones de los trabajadores por parte del Contratista.

EBISU	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS	Código: FST.TA-01 Versión:01 Fecha:15/03/2022

INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Recepción material pluma grúa

Lugar: proyecto boita Torre A cobierta

Duración estimada: 10 al 10 feb - 2023 Numero de personas en el trabajo: 2

Altura aproximada: 20 mts

INFORMACION DEL EJECTUTOR (ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	ARL		EPS		CONSTACIA CAPACITACION			FIRMA TRABAJADOR
		SI		SI		SI	NO	VIGENCIA	
1	Enderson de la Hoz	✓		✓		✓		oct - 2024	Enderson
2	Luis J. Romero	✓		✓		✓		Abril - 2024	
3									
4									
5									

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1		2		3		4		5		6		7		8		9		Observaciones
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año?	✓		✓																
¿Ha consumido medicamentos en las últimas 8 horas?		✓		✓															
¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 8 horas?		✓		✓															
¿Inspecciono los equipos de protección contra caídas antes de usarlos?	✓		✓																
¿ Conoce el procedimiento para el desarrollo de la actividad?	✓		✓																
¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad?		✓		✓															
¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de trabajo en alturas?		✓		✓															
En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es		✓		✓															
¿El ejecutante cuenta y conoce el procedimiento de trabajo seguro en alturas (SG-SST-01)?		✓		✓															
¿El área de trabajo se encuentra señalizada y demarcada?		✓		✓															
¿El ejecutante tiene conocimiento a los riesgos que está expuesto?		✓		✓															
¿El ejecutante cuenta con un ayudante para realizar la tarea?		✓		✓															

¿Ejecutante cuenta con sistema de aseguramiento de herramientas?	✓		✓																
¿El ejecutante sabe qué hacer en caso de una emergencia?	✓		✓																
¿Se realizo el análisis de trabajo seguro (ATS) formato para la tarea?	✓		✓																
¿La ejecutante sospecha o tiene duda de que se encuentra en estado de embrazo	N/A		N/A																
¿Se realizo la inspección de escaleras andamios, rack y otros elementos de acceso a utilizar?	✓		✓																

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

area de trabajo necesita o se ha verifi

	Necesidad		Revisión 2	
	SI	NO	B	M
Demarcación provisional	✓		✓	
Señales de peligro adicionales	✓		✓	
Cerrar las vias	✓		✓	
Iluminación Adicional	✓		✓	
Superficies secas, no	✓		✓	
Lineas de advertencia	✓		✓	
Puntos de anclaje	✓		✓	

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

El personal requiere:

	Necesidad		Revisión 1		Revisión 2	
	SI	NO	B	M	B	M
Casco de Seguridad	✓		✓		✓	
Barbuquejo y mentonera	✓		✓		✓	
Gafas de Seguridad	✓		✓		✓	
Protección Respiratoria	✓		✓		✓	
Protección Auditiva	✓		✓		✓	
Guantes	✓		✓		✓	
Calzado de Seguridad	✓		✓		✓	

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS

	NECESIDAD		Revisión 1		Revisión 2	
	SI	NO	B	M	B	M
Linea de vida (Verificar puntos de an	✓		✓		✓	
Arnés de seguridad	✓		✓		✓	

Eslinga — Sencilla ☒ Ajustable ☐ "Y" ☒ Posicionamiento (cuerda) ☐ Con absorbedor? S ☐ N ☒

Este documento impreso se considera copia no controlada

ANDAMIOS

	Necesidad		Revisión 1		Revisión 2	
	SI	NO	B	M	B	M
Móvil						
Fijo		✓				
Se ha verificado el estado del andamio						
Los puntos de apoyo del andamio son estables y resistentes						
Las bases del andamio se encuentran aseguradas						
El andamio cuenta con barandas laterales						

Carga Máxima: _____

Altura máxima: _____

Otras precauciones. Cuales? _____

Construcción del Andamio

Se garantiza que el levantamiento del andamio ha estado en manos de personal entrenado y calificado en esta actividad y bajo la supervisión adecuada. Los usuarios del andamio conocen los propósitos de este y sus responsabilidades:

Elaborado Por: _____

Modificaciones autorizadas por : _____

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DÍA)	HORA	DESDE (DÍA)	HORA
	//	//	

DESDE (DÍA)	HORA	DESDE (DÍA)	HORA
	/	//	//

EQUIPOS A UTILIZAR

- Arnes
- Eslinga doble

SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

N/A

RECURSOS A UTILIZAR

Agua	☐	Madera	☐		☐
Aire	☐	Gasolina	☐		☐
Energia	☐	ACPM	☐		☐

REVISION CONDICIONES DEL AREA AL TERMINAR EL TRABAJO.

	Condiciones OK	No Conforme *
Orden y aseo	☑	☐
Manejo de residuos	☑	☐
Levantamiento de señalización o aislamientos especiales (Si a	☑	☐
Otras. Cuales? _____	☐	☐
_____	☐	☐

Observaciones

FIRMAS

Dejo constancia de que estoy enterado del trabajo que se hará y que no tengo ninguna objeción en cuanto al tipo de trabajo.	Yo he leído y entiendo las recomendaciones aquí dadas, dispongo de los recursos que son necesarios y he tomado las precauciones de seguridad establecidas. Certifico que el trabajo puede ser realizado sin riesgo de daño para el equipo ni el personal.		Certifico que he verificado las condiciones de seguridad recomendadas para la ejecución de las actividades. Soy conciente del trabajo que se realizará y doy APROBACION para su ejecución.
Responsable SST/Inspector SST ó Coordinador trabajo en Alturas (EBISU S.A.S)	**Responsable del trabajo a ejecutarse (EBISU S.A.S)**	**Responsable del trabajo a ejecutarse (Contratista)**	****Responsable SST ó Coordinador trabajo en Alturas (Contratista)**

** Sólo en caso que en el contrato entre las partes se exija un responsable de SST para el desarrollo de las operaciones de los trabajadores por parte del Contratista.

EBISU	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS	Código: FST.TA-01 Versión:01 Fecha:15/03/2022

INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Cargue y descargue material, pluma GIUG

Lugar: proyecto Boita Torre A abierta

Duración estimada: 10 al 12 Feb 2023 Numero de personas en el trabajo: 1

Altura aproximada: 20 MTS

INFORMACION DEL EJECTUTOR (ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	ARL		EPS		CONSTACIA CAPACITACION			FIRMA TRABAJADOR
		SI		SI		SI	NO	VIGENCIA	
1	Jose Herrera	✓		✓		✓		oct-2023	Jose H
2									
3									
4									
5									

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1		2		3		4		5		6		7		8		9		Observaciones
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año?	✓																		
¿Ha consumido medicamentos en las últimas 8 horas?		✓																	
¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 8 horas?		✓																	
¿Inspecciono los equipos de protección contra caidas antes de usarlos?	✓																		
¿ Conoce el procedimiento para el desarrollo de la actividad?	✓																		
¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad?		✓																	
¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de trabajo en alturas?		✓																	
En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es	✓																		
¿El ejecutante cuenta y conoce el procedimiento de trabajo seguro en alturas (SG-SST-01)?	✓																		
¿El área de trabajo se encuentra señalizada y demarcada?	✓																		
¿El ejecutante tiene conocimiento a los riesgos que está expuesto?	✓																		
¿El ejecutante cuenta con un ayudante para realizar la tarea?	✓																		

...ón																							
...e sabe qué ...caso de una ...ncia?	✓																						
...realizo el análisis de ...bajo seguro (ATS) formatO para la tarea?	✓																						
¿La ejecutante sospecha o tiene duda de que se encuentra en estado de embrazo	N/A																						
¿Se realizo la inspección de escaleras, andamios, rack y otros elementos de acceso a utilizar?	✓																						

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

...l area de trabajo necesita o se ha verifi

	Necesidad		Revisión 2	
	SI	NO	B	M
Demarcación provisional	✓		✓	
Señales de peligro adicionales	✓		✓	
Cerrar las vias	✓		✓	
Iluminación Adicional	✓		✓	
Superficies secas, no	✓		✓	
Lineas de advertencia	✓		✓	
Puntos de anclaje	✓		✓	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

El personal requiere:

	Necesidad		Revisión 1		Revisión 2	
	SI	NO	B	M	B	M
Casco de Seguridad	✓		✓		✓	
Barbuquejo y mentonera	✓		✓		✓	
Gafas de Seguridad	✓		✓		✓	
Protección Respiratoria	✓		✓		✓	
Protección Auditiva	✓		✓		✓	
Guantes	✓		✓		✓	
Calzado de Seguridad	✓		✓		✓	

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS

	NECESIDAD		Revisión 1		Revisión 2	
	SI	NO	B	M	B	M
Linea de vida (Verificar puntos de an... Arnés de seguridad						

Eslinga — Sencilla ☐ Ajustable ☑ — "Y" ☐ Posicionamiento (cuerda) ☑ — Con absorbedor? S ☑ N ☐

Este documento impreso se considera copia no controlada

ANDAMIOS

	Necesidad		Revisión 1		Revisión 2	
	SI	NO	B	M	B	M
Móvil						
Fijo						
Se ha verificado el estado del andamio						
Los puntos de apoyo del andamio son estables y resistentes						
Las bases del andamio se encuentran aseguradas						
El andamio cuenta con barandas laterales						

Carga Máxima: _____

Altura máxima: _____

Otras precauciones. Cuales? _____

_____

Construcción del Andamio

Se garantiza que el levantamiento del andamio ha estado en manos de personal entrenado y calificado en esta actividad y bajo la supervisión adecuada. Los usuarios del andamio conocen los propósitos de este y sus responsabilidades:

Elaborado Por: _____

Modificaciones autorizadas por : _____

_____

_____

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DÍA)	HORA	DESDE (DÍA)	HORA
//		//	//

DESDE (DÍA)	HORA	DESDE (DÍA)	HORA
//	//	//	//

EQUIPOS A UTILIZAR

* pluma grúa

SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

N/A

RECURSOS A UTILIZAR

Agua	☐	Madera	☐		☐
Aire	☐	Gasolina	☐		☐
Energia	☒	ACPM	☐		☐

REVISION CONDICIONES DEL AREA AL TERMINAR EL TRABAJO.

	Condiciones OK	No Conforme *
Orden y aseo	☑	☐
Manejo de residuos	☑	☐
Levantamiento de señalización o aislamientos especiales (Si a	☑	☐
Otras. Cuales? _____	☐	☐
_____	☐	☐

Observaciones

FIRMAS

Dejo constancia de que estoy enterado del trabajo que se hará y que no tengo ninguna objeción en cuanto al tipo de trabajo	Yo he leído y entiendo las recomendaciones aquí dadas, dispongo de los recursos que son necesarios y he tomado las precauciones de seguridad establecidas. Certifico que el trabajo puede ser realizado sin riesgo de daño para el equipo ni el personal.		Certifico que he verificado las condiciones de seguridad recomendadas para la ejecución de las actividades. Soy conciente del trabajo que se realizará y doy APROBACION para su ejecución.
Responsable SST/Inspector SST ó Coordinador trabajo en Alturas (EBISU S.A.S)	**Responsable del trabajo a ejecutarse (EBISU S.A.S)**	**Responsable del trabajo a ejecutarse (Contratista)**	****Responsable SST ó Coordinador trabajo en Alturas (Contratista)**

** Sólo en caso que en el contrato entre las partes se exija un responsable de SST para el desarrollo de las operaciones de los trabajadores por parte del Contratista.

EBISU	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS	Código: FST.TA-01 Versión:01 Fecha:15/03/2022

INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: limpieza y encofrado de gofio

Lugar: proyecto Boila Tarca

Duración estimada: 17 al 22 Feb - 2025 Numero de personas en el trabajo: 5

Altura aproximada: 20 mts

INFORMACION DEL EJECTUTOR (ES) DEL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	ARL	EPS	CONSTACIA CAPACITACION			FIRMA TRABAJADOR
		SI	SI	SI	NO	VIGENCIA	
1	Enderson de la Hoz	✓	✓	✓		Mayo 2024	Enderson
2	Jorge Alcudas Jaramillo	✓	✓	✓		Mayo 2024	
3	Hiraan Rodrigo Ramirez	✓	✓	✓		oct - 2024	
4	Alexander Lopez	✓	✓	✓		Abril - 2024	
5	Jose D Betancourt	✓	✓	✓		Abril - 2024	

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1		2		3		4		5		6		7		8		9		Observaciones
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año?	✓		✓		✓		✓		✓										
¿Ha consumido medicamentos en las últimas 8 horas?		✓		✓		✓		✓		✓									
¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 8 horas?		✓		✓		✓		✓		✓									
¿Inspecciono los equipos de protección contra caídas antes de usarlos?	✓		✓		✓		✓		✓										
¿ Conoce el procedimiento para el desarrollo de la actividad?	✓		✓		✓		✓		✓										
¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad?		✓		✓		✓		✓		✓									
¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de trabajo en alturas?		✓		✓		✓		✓		✓									
En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es	✓		✓		✓	✓	✓		✓										
¿El ejecutante cuenta y conoce el procedimiento de trabajo seguro en alturas (SG-SST-01)?	✓		✓		✓	✓	✓		✓										
¿El área de trabajo se encuentra señalizada y demarcada?	✓		✓		✓		✓		✓										
¿El ejecutante tiene conocimiento a los riesgos que está expuesto?	✓		✓		✓		✓		✓										
¿El ejecutante cuenta con un ayudante para realizar la tarea?	✓		✓		✓		✓		✓										

Este documento impreso se considera copia no

...cutante cuenta con ...tema de ...guramiento de ...erramientas?	✓		✓		✓		✓														
¿El ejecutante sabe qué hacer en caso de una emergencia?	✓		✓		✓		✓														
¿Se realizo el análisis de trabajo seguro (ATS) formatO para la tarea?	✓		✓		✓		✓														
¿La ejecurtante sospecha o tiene duda de que se encuentra en estado de embrazo	N/A		N/A		N/A		N/A		N/A												
¿Se realizo la inspección de escaleras, andamios, rack y otros elementos de acceso a utilizar?	✓		✓		✓		✓														

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

El area de trabajo necesita o se ha verifi

	Necesidad		Revisión 2	
	SI	NO	B	M
Demarcación provisional	✓		✓	
Señales de peligro adicionales	✓		✓	
Cerrar las vias	✓		✓	
Iluminación Adicional	✓		✓	
Superficies secas, no	✓		✓	
Lineas de advertencia	✓		✓	
Puntos de anclaje	✓		✓	

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

El personal requiere:

	Necesidad		Revisión 1		Revisión 2	
	SI	NO	B	M	B	M
Casco de Seguridad	✓		✓		✓	
Barbuquejo y mentonera	✓		✓		✓	
Gafas de Seguridad	✓		✓		✓	
Protección Respiratoria	✓		✓		✓	
Protección Auditiva	✓		✓		✓	
Guantes	✓		✓		✓	
Calzado de Seguridad	✓		✓		✓	

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS

	NECESIDAD		Revisión 1		Revisión 2	
	SI	NO	B	M	B	M
Linea de vida (Verificar puntos de an	✓		✓		✓	
Arnés de seguridad	✓		✓		✓	

Eslinga — Sencilla ☒ "Y" ☒ Con absorbedor? S ☒ N ☐ — Ajustable ☐ Posicionamiento (cuerda) ☐

Este documento impreso se considera copia no controlada

ANDAMIOS

	Necesidad		Revisión 1		Revisión 2	
	SI	NO	B	M	B	M
Móvil						
Fijo						
Se ha verificado el estado del andamio						
Los puntos de apoyo del andamio son estables y resistentes						
Las bases del andamio se encuentran aseguradas						
El andamio cuenta con barandas laterales						

Carga Máxima: _____

Altura máxima: _____

Otras precauciones. Cuales? _____

_____

Construcción del Andamio

Se garantiza que el levantamiento del andamio ha estado en manos de personal entrenado y calificado en esta actividad y bajo la supervisión adecuada. Los usuarios del andamio conocen los propósitos de este y sus responsabilidades:

Elaborado Por: _____

Modificaciones autorizadas por : _____

Este documento impreso se considera copia no controlado

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DÍA)	HORA	DESDE (DÍA)	HORA

DESDE (DÍA)	HORA	DESDE (DÍA)	HORA

EQUIPOS A UTILIZAR

- arnes
- eslinga y

SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

N/A

RECURSOS A UTILIZAR

Agua	☐	Madera	☐		☐
Aire	☐	Gasolina	☐		☐
Energia	☒	ACPM	☐		☐

REVISION CONDICIONES DEL AREA AL TERMINAR EL TRABAJO.

	Condiciones OK	No Conforme *
Orden y aseo	☑	☐
Manejo de residuos	☑	☐
Levantamiento de señalización o aislamientos especiales (Si a	☑	☐
Otras. Cuales? _____	☐	☐
_____	☐	☐

Observaciones

FIRMAS

Dejo constancia de que estoy enterado del trabajo que se hará y que no tengo ninguna objeción en cuanto al tipo de trabajo.	Yo he leído y entiendo las recomendaciones aquí dadas, dispongo de los recursos que son necesarios y he tomado las precauciones de seguridad establecidas. Certifico que el trabajo puede ser realizado sin riesgo de daño para el equipo ni el personal.		Certifico que he verificado las condiciones de seguridad recomendadas para la ejecución de las actividades. Soy conciente del trabajo que se realizará y doy APROBACION para su ejecución.
Responsable SST / Inspector SST ó Coordinador trabajo en Alturas (EBISU S.A.S)	**Responsable del trabajo a ejecutarse (EBISU S.A.S)**	**Responsable del trabajo a ejecutarse (Contratista)**	****Responsable SST ó Coordinador trabajo en Alturas (Contratista)**

** Sólo en caso que en el contrato entre las partes se exija un responsable de SST para el desarrollo de las operaciones de los trabajadores por parte del Contratista.

Este documento impreso se considera

EBISU	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS	Código: FST.TA-01 Versión:01 Fecha:15/03/2022

INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Izaje en pluma ascenso de material

Lugar: Colegio Boita Tome A.

Duración estimada: 17 al 22/02/23 Número de personas en el trabajo: 1 persona

Altura aproximada: 16 mts.

INFORMACION DEL EJECTUTOR (ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	ARL	EPS	CONSTACIA CAPACITACION			FIRMA TRABAJADOR
		SI	SI	SI	NO	VIGENCIA	
1	Jose Herrera	✓	✓	✓			Jose H.
2							
3							
4							
5							

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1		2		3		4		5		6		7		8		9		Observaciones
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año?	✓																		
¿Ha consumido medicamentos en las últimas 8 horas?		X																	
¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 8 horas?		X																	
¿Inspecciono los equipos de protección contra caidas antes de usarlos?	✓																		
¿ Conoce el procedimiento para el desarrollo de la actividad?	✓																		
¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad?		X																	
¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de trabajo en alturas?		X																	
En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es	✓																		
¿El ejecutante cuenta y conoce el procedimiento de trabajo seguro en alturas (SG-SST-01)?	✓																		
¿El área de trabajo se encuentra señalizada y demarcada?	✓																		
¿El ejecutante tiene conocimiento a los riesgos que está expuesto?	✓																		
¿El ejecutante cuenta con un ayudante para realizar la tarea?	✓																		

¿El ejecutante cuenta con sistema de aseguramiento de herramientas?	✓
¿El ejecutante sabe qué hacer en caso de una emergencia?	✓
¿Se realizo el análisis de trabajo seguro (ATS) formatO para la tarea?	✓
¿La ejecutante sospecha o tiene duda de que se encuentra en estado de embrazo	X
¿Se realizo la inspección de escaleras, andamios, rack y otros elementos de acceso a utilizar?	✓

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

El **area de trabajo necesita o se ha verifi**

	Necesidad SI	Necesidad NO	Revisión 2 B	Revisión 2 M
Demarcación provisional		✓		
Señales de peligro adicionales		✓		
Cerrar las vias		✓		
Iluminación Adicional				
Superficies secas, no	✓			
Lineas de advertencia	✓			
Puntos de anclaje	✓			

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

El personal requiere:

	Necesidad SI	Necesidad NO	Revisión 1 B	Revisión 1 M	Revisión 2 B	Revisión 2 M
Casco de Seguridad	✓					
Barbuquejo y mentonera	✓					
Gafas de Seguridad	✓					
Protección Respiratoria	✓					
Protección Auditiva	✓					
Guantes	✓					
Calzado de Seguridad	✓					

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS

	NECESIDAD SI	NECESIDAD NO	Revisión 1 B	Revisión 1 M	Revisión 2 B	Revisión 2 M
Linea de vida (Verificar puntos de an		✓	✓	✓	✓	✓
Arnés de seguridad		✓	✓	✓	✓	✓

Eslinga — Sencilla ☐ Ajustable ✓ — "Y" ☐ Posicionamiento (cuerda) ☐ — Con absorbedor? S ☐ N ☐

Este documento impreso se considera copia no controlada

ANDAMIOS

	Necesidad SI	Necesidad NO	Revisión 1 B	Revisión 1 M	Revisión 2 B	Revisión 2 M
Móvil	✓					
Fijo	✓					
Se ha verificado el estado del andamio	✓					
Los puntos de apoyo del andamio son estables y resistentes	✓					
Las bases del andamio se encuentran aseguradas		✓				
El andamio cuenta con barandas laterales		X				

Carga Máxima: 5000 lb

Altura máxima: _____

Otras precauciones. Cuales? _____

Construcción del Andamio

Se garantiza que el levantamiento del andamio ha estado en manos de personal entrenado y calificado en esta actividad y bajo la supervisión adecuada. Los usuarios del andamio conocen los propósitos de este y sus responsabilidades:

Elaborado Por: Jose Herrera.

Modificaciones autorizadas por : _____

Este documento impreso se considera copia no contro

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DÍA)	HORA	DESDE (DÍA)	HORA
17-02-25	7:00 am	27-02-25	12:00 pm

DESDE (DÍA)	HORA	DESDE (DÍA)	HORA

EQUIPOS A UTILIZAR

- Arnes, linea de vida..
- Eslinga

SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

RECURSOS A UTILIZAR

Agua	☐	Madera	☒	☒	
Aire	☒	Gasolina	☐	☐	
Energia	☐	ACPM	☒	☐	

REVISION CONDICIONES DEL AREA AL TERMINAR EL TRABAJO.

	Condiciones OK	No Conforme *
Orden y aseo	☒	☐
Manejo de residuos	☒	☐
Levantamiento de señalización o aislamientos especiales (Si a	☒	☐
Otras. Cuales?	☐	☐
	☐	☐

Observaciones

FIRMAS

Dejo constancia de que estoy enterado del trabajo que se hará y que no tengo ninguna objeción en cuanto al tipo de trabajo.	Yo he leído y entiendo las recomendaciones aquí dadas, dispongo de los recursos que son necesarios y he tomado las precauciones de seguridad establecidas. Certifico que el trabajo puede ser realizado sin riesgo de daño para el equipo ni el personal.		Certifico que he verificado las condiciones de seguridad recomendadas para la ejecución de las actividades. Soy conciente del trabajo que se realizará y doy APROBACION para su ejecución.
Responsable SST/Inspector SST ó Coordinador trabajo en Alturas (EBISU S.A.S)	**Responsable del trabajo a ejecutarse (EBISU S.A.S)**	**Responsable del trabajo a ejecutarse (Contratista)**	****Responsable SST ó Coordinador trabajo en Alturas (Contratista)**

** Sólo en caso que en el contrato entre las partes se exija un responsable de SST para el desarrollo de las operaciones de los trabajadores por parte del Contratista.

EBISU	ATS PLUMA GRUA	Codigo: FST.ATS-02 Versión:01 Fecha: 15/03/2022

OBRA:	Colegio Bolta	FECHA DE INSPECCIÓN	15-01-2025.
ACTIVIDAD:	Izaje de cargas		
UBICACIÓN:	Torre A.		

ITEM	DESCRIPCIÓN	CRITERIOS DE REVISIÓN			OBSERVACIONES
			X	N/A	
	PUNTO DE ANCLAJE				
1	Los puntos de anclaje deben soportar una resistencia de 5000 libras	C			
2	Revisar el anclaje en cuatro puntos del trípode de la pluma y estado de soldadura	C			
3	Asegurar la solidez y la firmeza del suelo o placa donde se se fije el trípode	C			
4	La pluma de anclarse a la losa (placa) con pases y/o anclajes en forma U con platina y asegurado con tornillos atravesando la losa completamente	C			
5	El cuerpo de la pluma debe estar sujeto por una guaya anclada a la placa	C			
	ELECTRICO Y MECANICO				
6	Verificar antes de iniciar la operación que las instalaciones electricas esten funcionando bien, lo mismo el motor	C			
7	Las correas se encuentran en buenas condiciones	C			
8	Las poleas se encuentran en buenas condiciones	C			
9	El breaker o taco se encuentra en buenas condiciones	C			
10	El sistema de freno se encuentra en buenas de condiciones	C			
11	Las guardas de los sistemas de transmisión deben estar en su sitio, nunca se deben retirar mientras este en operación el equipo	C			
12	El equipo tiene carcasa	C			
	GUAYA Y GANCHOS				
	Los ganchos estan en buenas condiciones (el gancho no permite pandeo de la carga y solo se abre cuando se va a ingresar o sacar la carga)	C			
	El gancho utilizado para izar la carga debe garantizar su resistencia y el cierre total, no se permite ganchos tipo cola de marrano	C			
	s grilletas o perros estan en buenas condiciones	C			
	guaya de operación debe tener diametro no inferior a 1/4"	C			
	ngde la longitud del cable (corresponde a la altura del) y cuando esté en el nivel mas bajo quede como minimo o vueltas del cable en el tambor	C			
	abricado el cable de carga	C			
	r que la guaya no tenga cuerdas dobladas, con s, partes desilachadas o cualquier otro desperfecto que u uso o comprometa su resistencia, en caso de rlas se debe cambiar inmediatamente	C			
	a un andamio de carga se debe contravhetiar con un 1/4" como minimo	C			
	CARGA Y DESCARGA				
	e cargue y descargue se mantiene el área	C			
	uenta con su base de soporte, partes laterales n buen estado	C			
	cuentra en buenas condiciones (Soldaduras y	C			
	rner seguro para evitar que pendule durante el	C			

	INSPECCIÓN PARA GRUA PLUMA Y ACCESORIOS			
	CODIGO:	VERSIÓN:	FECHA DE ELABORACION:	PÁGINA:

25	El operador cuenta con la visibilidad del área de trabajo para realizar la operación	C				
26	Realiza un levantamiento de prueba con la carga para la cual esta especificada la pluma	C				
	ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL					
27	El trabajador cuenta con equipo de protección contra caídas certificado	C				
28	El trabajador cuenta con casco y barbuqueo	C				
29	Guantes de vaqueta	C				
30	Botas puntera	C				
31	Protectos visual con UV	C				
	SEGUIMIENTO A EQUIPOS					
27	El equipo cuenta con hoja de vida	C				
28	Indique la fecha de mantenimiento preventivo del equipo	C				

ACCIONES CORRECTIVAS A TOMAR (SI APLICA)

FIRMAS TRABAJADORES

Manifestamos haber entendido y comprendido las instrucciones de seguridad y manejo del equipo brindadas por el supervisor de SST antes de iniciar la labor. Nos encontramos en condiciones optimas de salud y libre del efecto del alcohol y/o sustancias psicoactivas.

NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	FIRMA
Jose Herrera	1012C74134	plumero	Jose Herrera

FIRMA DEL SUPERVISOR SST

He verificado la lista anterior y certifico que es seguro realizar el trabajo. Como profesional, responsable y persona ética en temas de SST, manifiesto no haber pasado por alto ninguna condición de seguridad que atente contra la salud e integridad fisica de los trabajadores que realizan izajes de cargas con pluma grúa.

NOMBRE COMPLETO: Angie Parra M

CÉDULA: 1030700290

FIRMA:

RECOMENDACIONES:

1. Verificar el peso de la carga y la resistencia de la pluma grúa.
2. Solo el mecánico podra realizar las reparaciones a la pluma grúa y siempre se debe realizar con el motor apagado.
3. Realice despacio la maniobrabilidad de izada y bajada de la carga para evitar arrancadas y paradas bruscas.
4. Evitar el balanceo de la carga.
5. El gancho no puede estar soldado.
6. El auxiliar de la operación debe retirarse y quedar fuera del radio de acción de la carga cuando se este izando o bajando.

NOTA: Recuerde que si alguna condición no se cumple se debe tomar la medida correctiva inmediata y realizar un nuevo ATS de soporte a esta para la verificación del cumplimiento de las medidas correctivas

EBISU	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS	Código: FST.TA-01 Versión:01 Fecha:15/03/2022

INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Izaje y descenso de material y equipos

Lugar: Colegio Bolton

Duración estimada: 2 H | 28/03/25 Numero de personas en el trabajo: 1 persona

Altura aproximada: 10 mts

INFORMACION DEL EJECUTOR (ES) DEL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	ARL	EPS	CONSTACIA CAPACITACION			FIRMA TRABAJADOR
		SI	SI	SI	NO	VIGENCIA	
1	Jose Herrera						Jose Herrera
2							
3							
4							
5							

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1		2		3		4		5		6		7		8		9		Observaciones
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año?																			
¿Ha consumido medicamentos en las últimas 8 horas?		X																	
¿Ha consumido bebidas embriagantes en las ultimas 8 horas?		X																	
¿Inspecciono los equipos de protección contra caidas antes de usarlos?																			
¿ Conoce el procedimiento para el desarrollo de la actividad?																			
¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad?		X																	
¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de trabajo en alturas?		X																	
En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es																			
¿El ejecutante cuenta y conoce el procedimiento de trabajo seguro en alturas (SG-SST-01)?																			
¿El área de trabajo se encuentra señalizada y demarcada?																			
¿El ejecutante tiene conocimiento a los riesgos que está expuesto?																			
¿El ejecutante cuenta con un ayudante para realizar la tarea?																			

...tante cuenta con ...ma de ...ramiento de ...ramientas?	
El ejecutante sabe qué hacer en caso de una emergencia?	
¿Se realizo el análisis de trabajo seguro (ATS) formato para la tarea?	
¿La ejecutante sospecha o tiene duda de que se encuentra en estado de embrazo	V
¿Se realizo la inspección de escaleras, andamios, rack y otros elementos de acceso a utilizar?	

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

El area de trabajo necesita o se ha verifi

	Necesidad		Revisión 2	
	SI	NO	B	M
Demarcación provisional				
Señales de peligro adicionales				
Cerrar las vias				
Iluminación Adicional				
Superficies secas, no				
Lineas de advertencia				
Puntos de anclaje				

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

El personal requiere:

	Necesidad		Revisión 1		Revisión 2	
	SI	NO	B	M	B	M
Casco de Seguridad						
Barbuquejo y mentonera						
Gafas de Seguridad						
Protección Respiratoria						
Protección Auditiva						
Guantes						
Calzado de Seguridad						

ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS

	NECESIDAD		Revisión 1		Revisión 2	
	SI	NO	B	M	B	M
Línea de vida (Verificar puntos de an						
Arnés de seguridad						

Eslinga — Sencilla / Ajustable / "Y" / Posicionamiento (cuerda) / Con absorbedor? S / N

Este documento impreso se considera copia no controlada

ANDAMIOS

	Necesidad		Revisión 1		Revisión 2	
	SI	NO	B	M	B	M
Móvil						
Fijo						
Se ha verificado el estado del andamio						
Los puntos de apoyo del andamio son estables y resistentes						
Las bases del andamio se encuentran aseguradas						
El andamio cuenta con barandas laterales						

Carga Máxima:

Altura máxima:

Otras precauciones. Cuales?

Construcción del Andamio

Se garantiza que el levantamiento del andamio ha estado en manos de personal entrenado y calificado en esta actividad y bajo la supervisión adecuada. Los usuarios del andamio conocen los propósitos de este y sus responsabilidades:

Elaborado Por:

Modificaciones autorizadas por:

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DÍA)	HORA	DESDE (DÍA)	HORA
24-02-25	7:00 a.	28-02-25	12:00 p.m.

DESDE (DÍA)	HORA	DESDE (DÍA)	HORA

EQUIPOS A UTILIZAR

- Arnes
- Eslinga
- Linea de vida
- Punto de anclaje

SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

—

RECURSOS A UTILIZAR

Agua	☑	Madera	☑
Aire	☑	Gasolina	☐
Energia	☐	ACPM	☐

REVISION CONDICIONES DEL AREA AL TERMINAR EL TRABAJO.

	Condiciones OK	No Conforme *
Orden y aseo	☑	☐
Manejo de residuos	☑	☐
Levantamiento de señalización o aislamientos especiales (Si a	☑	☐
Otras. Cuales?	☐	☐
	☐	☐

Observaciones

FIRMAS

Dejo constancia de que estoy enterado del trabajo que se hará y que no tengo ninguna objeción en cuanto al tipo de trabajo.	Yo he leído y entiendo las recomendaciones aquí dadas, dispongo de los recursos que son necesarios y he tomado las precauciones de seguridad establecidas. Certifico que el trabajo puede ser realizado sin riesgo de daño para el equipo ni el personal.		Certifico que he verificado las condiciones de seguridad recomendadas para la ejecución de las actividades. Soy conciente del trabajo que se realizará y doy APROBACION para su ejecución.
Responsable SST/Inspector SST ó Coordinador trabajo en Alturas (EBISU S.A.S)	**Responsable del trabajo a ejecutarse (EBISU S.A.S)**	**Responsable del trabajo a ejecutarse (Contratista)**	****Responsable SST ó Coordinador trabajo en Alturas (Contratista)**

** Sólo en caso que en el contrato entre las partes se exija un responsable de SST para el desarrollo de las operaciones de los trabajadores por parte del Contratista.