# INFORME MENSUAL HSEQ

NUMERO DE CONTRATO DE INTERVENTORIA:
*156-SG-2024*

OBJETO DEL CONTRATO DE INTERVENTORIA:
*"REALIZAR LA INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, CONTABLE, FINANCIERA, Y JURÍDICA AL CONTRATO RESULTANTE DEL PROCESO DE SELECCIÓN PARA LA RENOVACIÓN INTEGRAL DE LA CUBIERTA Y SUSTITUCIÓN DEL SISTEMA DE SUPLENCIA ELÉCTRICA DEL EDIFICIO DE DOCENCIA DE LA SEDE CENTRAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES"*

# INFORME HSEQ No. 5

**INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORESES**

PERIODO:
DEL 25 DE FEBRERO AL 24 DE MARZO DE 2025

**Bogotá D.C.**

Contenido

**INTRODUCCIÓN** ....3
1. RECURSOS HUMANOS INTERVENTORIA .... 4
2. RECURSOS HUMANOS DEL CONTRATISTA .... 4
3. INFORME MENSUAL HSEQ ....6
3.1 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE MANEJO AMBIENTAL . 6
3.1.1 MANEJO DE DEMOLICIONES, ESCOMBROS Y DESECHOS DE CONSTRUCCIÓN. .... 7
Indicadores de Seguimiento DEL Programa .... 7
3.1.2 MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS ORDINARIOS, RECICLABLES Y PELIGROSOS. .... 8
Indicadores de seguimiento programa .... 8
3.1.3 PROGRAMA ALMACENAMIENTO Y MANEJO DE MATERIALES DE CONSTRUCCIÓN. .... 9
3.1.4 MANEJO DE CAMPAMENTOS E INSTALACIONES TEMPORALES .... 10
3.1.5 MANEJO DE MAQUINARIA, EQUIPOS Y TRANSPORTE. .... 10
3.1.6 MANEJO DE RESIDUOS LÍQUIDOS, COMBUSTIBLES, ACEITES Y SUSTANCIAS QUÍMICAS. .... 12
3.2 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO .... 12
3.2.1 MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO ....12
3.2.1.1 Exámenes Medico ocupacionales: .... 13
3.2.1.2 CONSOLIDADO DE INDICADORES DE ACCIDENTALIDAD .... 15
3.2.2 HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL ....18
3.2.2.1 SEGUIMIENTO AL CRONOGRAMA DE SST .... 18
3.2.2.2 PROGRAMA DE CAPACITACIONES .... 19
3.2.3 ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL .... 19
3.2.4 PLAN DE CONTINGENCIA .... 20
3.3 SEGUIMIENTO AL PLAN DE APLICACIÓN DEL PROTOCOLO SANITARIO PARA LA OBRA (PAPSO) .... 20
OBSERVACIONES Y CONCLUSIONES ....22

## INTRODUCCIÓN

El siguiente informe tiene como objeto dar a conocer el seguimiento HSEQ que se ha realizado por parte de la Interventoría, al contrato de obra No. LP-0002-SG-2024 durante el periodo comprendido entre el 25 de febrero al 24 de marzo de 2025; el cual corresponde al **Informe HSEQ de Interventoría No. 5,** y describe cada uno de los factores e indicadores de control establecidos y cubiertos por el contrato de interventoría No. 156-SG-2024, cuyo objeto "REALIZAR LA INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, CONTABLE, FINANCIERA, Y JURÍDICA AL CONTRATO RESULTANTE DEL PROCESO DE SELECCIÓN PARA LA RENOVACIÓN INTEGRAL DE LA CUBIERTA Y SUSTITUCIÓN DEL SISTEMA DE SUPLENCIA ELÉCTRICA DEL EDIFICIO DE DOCENCIA DE LA SEDE CENTRAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES"

## 1. RECURSOS HUMANOS INTERVENTORIA

| PROFESIONALES INTERVENTORIA | | |
|---|---|---|
| **CARGO** | **NOMBRE** | **IDENTIFICACION** |
| **DIRECTOR DE INTERVENTORÍA** | LILIANA QUIROGA SEPULVEDA | 37277497 |
| **RESIDENTE DE INTERVENTORIA** | EDWARD RICARDO VERA REDONDO | 1098697864 |
| **PRO. HSEQ INTERVENTORIA** | RUBY CACERES QUINTERO | 1095940261 |
| **INSPECTOR DE INTERVENTORIA** | JUAN ANTONIO ORJUELA QUINTERO | 79506624 |
| **INGENIERO ELECTRICISTA** | JOSE ALEXANDER GONZALEZ BAUTISTA | 80024639 |

***Tabla 1**. Personal de Interventoría*

**NOTA:** En el anexo 1**.** Se adjunta el pago de seguridad social del personal de interventoría durante el periodo.

## 2. RECURSOS HUMANOS DEL CONTRATISTA

| PROFESIONALES CONTRATISTA-OBRA | | | |
|---|---|---|---|
| **CARGO** | **NOMBRE** | **IDENTIFICACION** | **RETIRO** |
| **DIRECTOR DE OBRA** | DANIEL RUIZ VALBUENA | 79796893 | |
| **RESIDENTE DE OBRA** | JOSE LUIS HERNANDEZ GRANADOS | 13271447 | 26/12/2024 |
| **RESIDENTE DE OBRA** | SERGIO ANDRES ARANDA NIEVES | 1030666198 | 27/01/2025 |
| **RESIDENTE DE OBRA** | ARIEL HUMBERTO CALDERON TORRES | 74346826 | |
| **PROFESIONAL HSEQ OBRA** | JOSE ALEXANDER ESMERAL VARGAS | 72276971 | |
| **MAESTRO DE OBRA** | MILTON NARCISO CAMARGO MUÑOZ | 9320168 | 28/02/2025 |
| **INGENIERO ELECTRICISTA** | MARIO ALBERTO GUTIERREZ MORALES | 11429848 | |
| **PROFESIONAL GERECIA PROYECTOS** | LILIANA DEL PILAR CANO REYES | 1049648446 | 28/02/2025 |

***Tabla 2**. Relación de Profesionales - Contratista de Obra*

| PERSONAL OPERATIVO- PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **NOMBRE** | **CEDULA** | **CARGO** | **FECHA INGRESO** | **FECHA RETIRO** |
| AMBERSON SANCHEZ PALMA | 1.077.484.377 | AYUDANTE DE OBRA | 8/11/2024 | 28/02/2025 |
| ALVARO DE LUQUE PARRA | 1.118.828.077 | OFICIAL DE OBRA | 8/11/2024 | 28/02/2025 |
| LUIS MIGUEL WILCHES SANCHEZ | 1.136.889.853 | OFICIAL DE OBRA | 8/11/2024 | 28/02/2025 |
| MILTON NARCISO CAMARGO MUÑOZ | 9.320.168 | MAESTRO DE OBRA | 19/11/2024 | 28/02/2025 |
| NUBIA SANCHEZ OSPINA | 52.031.303 | AUXILIAR DE OBRA | 9/12/2024 | |
| JINETH DAYANA ARIZA QUIÑONEZ | 1.005.451.899 | AUXILIAR DE OBRA | 9/12/2024 | |
| YONATHAN GERARDO BAUTISTA SOPO | 1.010.211.404 | AYUDANTE DE OBRA | 17/03/2025 | |
| **CONTRATAR SAS** | | | | |
| CARLOS FERNANDO PERDOMO YUNDA | 1.006.502.375 | PASANTE DE OBRA | 19/03/2025 | |
| **ELECTRICISTAS PARA LA PLANTA: CENTRAL POWER SAS** | | | | |
| ERNESTO ALVAREZ OSPINA | 71.682.045 | ING PLANTA ELEC | 16/12/2024 | |
| RICARDO MERLO PINZON | 1.023.863.273 | TECNICO | 16/12/2024 | |
| **MANTENIMIENTO DE BAÑOS: BIOGAVI SAS** | | | | |
| FRANKLIN EDUARDO MORALES RAMIREZ | PT 2.013.060 | MANTENIMIENTO BAÑO | 20/12/2024 | |
| **CONTRATISTA CUBIERTA: ESTRUCTURAS Y MONTAJES DE COLOMBIA Y HERMANOS** | | | | |
| MANUEL ALFONSO BERNAL ARIAS | 7.177.425 | TECNICO | 2/01/2025 | |
| FRANCISCO JAVIER BERNAL ALVAREZ | 7.183.379 | TECNICO | 2/01/2025 | |
| JOSE ALEX CORD FARIAS GAMEZ | 1.002.365.079 | OFICIAL DE OBRA | 2/01/2025 | |
| CRISTOFER FARIAS GAMEZ | 1.002.364.996 | OFICIAL DE OBRA | 2/01/2025 | |
| YAMID ECHAVARRIA SOLER | 1.056.708.237 | AYUDANTE DE OBRA | 2/01/2025 | |
| WILMAN SOTELO RODRIGUEZ | 1.002.331.275 | AYUDANTE DE OBRA | 24/01/2025 | |

| EQUIPO OBRA CIVIL: GRUPO CONSTRUARQ S.A.S | | | | |
|---|---|---|---|---|
| LUIS HERNANDO FONSECA NOBSA | 79.811.664 | MAESTRO SUB CONTRATISTA | 7/03/2025 | |
| MAURICIO RAFAEL VILLA PEREIRA | 19.603.727 | AYUDANTE DE OBRA | 7/03/2025 | |
| FREDYS JOSE CORONADO PINEDA | 78.699.131 | AYUDANTE DE OBRA | 17/03/2025 | |
| LUIS JAFET MANJARREZ DE LA HOZ | 1.193.103.140 | OFICIAL DE OBRA | 17/03/2025 | |
| **AMBIENTALISTAS DE COLOMBIA SAS** | | | | |
| NELSON GONZALEZ CRUZ | 1.106.948.917 | RETIRO DE ESCOMBROS | 7/02/2025 | |
| JEAN CARLOS ORDONEZ CARIEL | PT 5028854 | RETIRO DE ESCOMBROS | 7/02/2025 | |
| **PERSONAL ELECTRICISTA: CIASERPRO SAS** | | | | |
| JESUS NICOLAS PARRA TORRES | 1.033.758.019 | ELECTRICISTA | 10/03/2025 | 14/03/2025 |
| BRAYAN JAVIER RINCON JIMENEZA | 1.000.616.857 | ELECTRICISTA | 10/03/2025 | |
| JHON ALEXANDER RUIZ HERNANDEZ | 80.123.702 | ELECTRICISTA | 10/03/2025 | |
| JESUS ALEJANDRO CUASPUD | 79.894.116 | TECNICO ELECTRICISTA | 10/03/2025 | |
| VICTOR ALFONSO RAMIREZ RENGIFO | 1.130.672.956 | ELECTRICISTA | 17/03/2025 | |

***Tabla 3.*** *Relación de personal operativo - Contratista de Obra*

NOTA: Durante el presente informe, el sub contratista de la empresa ESTRUCTURAS Y MONTAJES DE COLOMBIA Y HERMANOS quien realiza las actividades de desinstalación e instalación de cubierta se reactivan toda vez que retoman actividades y realizan entrega de planillas vigentes de seguridad social. Así mismo, se realiza ingreso de personal para labores de electricidad y otro grupo de trabajadores para las actividades de obra civil, correspondientes a los sub contratistas CIASERPRO SAS y GRUPO CONSTRUARQ S.A.S. Ver anexo 2. Seguridad Social del contratista y sub contratista.

## 3. INFORME MENSUAL HSEQ

### 3.1 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE MANEJO AMBIENTAL

### 3.1.1 MANEJO DE DEMOLICIONES, ESCOMBROS Y DESECHOS DE CONSTRUCCIÓN.

Para el periodo del presente informe, el ejecutor continuo con alguna parte de las actividades de desinstalación de cubierta existente, la cual está compuesta por asbesto cemento, residuos el cual requiere especial manipulación y disposición final, así mismo, la realización de dicha actividad incluye el retiro del encorozado lo cual es un residuo de demolición y debe ser dispuesto en escombrera autorizada.

| N° PIN AMBIENTAL | FECHA DE REPORTE DE APERTURA |
|---|---|
| 26587 | 07 DE NOVIEMBRE DE 2024 |

***Tabla 4.*** *Relación PIN ambiental*

**NOTA:** A la fecha, el contratista no ha realizado la entrega de los soportes de cargue o actualización de información al PIN ambiental asignado por el la SDA distrital.

| CONSOLIDADO DE ESCOMBROS DISPUESTOS | | | |
|---|---|---|---|
| **DESCRIPCIÓN** | **CANTIDAD GENERADA** | **PERIODO** | **CANTIDAD CERTIFICADA** |
| ESCOMBROS POR DEMOLICIÓN (ENCOROZADO) | 1.84 $m^3$ | 25 de febrero al 24 de marzo de 2025 | 0 $m^3$ |

***Tabla 5.*** *Consolidado de Escombros Dispuestos*

***INDICADORES DE SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA***

| # | MANEJO DE DEMOLICIONES, ESCOMBROS Y DESECHOS DE CONSTRUCCIONES |
|---|---|
| 01 | **Volumen de escombros dispuestos adecuadamente/ Volumen de escombros totales Generados * 100**<br><br>% Escombros Dispuestos Escombrera= $\frac{0\ kg}{1.84\ kg} * 100$<br>% Escombros Dispuestos Escombrera = 0% |

***Tabla 6.*** *Indicadores de Seguimiento Programa*

**NOTA:** En el presente periodo, durante la actividad de desinstalación de cubierta se generó material RCD producto de las demoliciones de encorozado y demás elementos que sostenían dicha cubierta. Por otra parte, el contratista no realizo el retiro de escombros acopiados en el punto de temporal de acopio.

### 3.1.2 *MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS ORDINARIOS,*

### 3.1.3 *RECICLABLES Y PELIGROSOS.*

Para el presente periodo, el contratista incumplió en reiteradas ocasiones la solicitud de implementación de las bolsas de colores en el punto ecológico dispuesto para la clasificación en la fuente de los residuos según las disposiciones legales sobre la separación, clasificación, transporte y disposición final de los residuos, Resolución No. 2184 de 2019 la cual establece el *CÓDIGO DE COLORES PARA LA SEPARACIÓN DE LOS RESIDUOS SÓLIDOS*, blanco, negro y verde, rojo para la separación de residuos en la fuente.

A continuación, la interventoría relaciona un estimado de la cantidad de residuos sólidos posiblemente generados en obra, según la cantidad de personas activas

| CANTIDADES DE RESIDUOS ORDINARIOS Y RECICLABLES GENERADOS EN OBRA | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **ORDINARIOS** | **RECICLAJE** | **TOTAL** | **UNIDAD** | **PERIODO** |
| 26,4 | 4,4 | 30,8 | Kg | 25 de febrero al 24 de 24 de marzo de 2025 |

***Tabla 7.*** *Cantidad de residuos ordinarios generados en obra.*

| CANTIDADES DE RESIDUOS ESPECIALESO PELIGROSOS GENERADOS EN OBRA | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **DESCRIPCIÓN** | **TOTAL** | **UNIDAD** | **PERIODO** | **CANTIDAD CERTIFICADA** |
| RESIDUOS DE ASBESTO | 1460 | Kg | 25 de enero al 24 de febrero de 2025 | 0 |

***Tabla 7.1*** *Cantidad de residuos peligrosos o especiales generados en obra.*

**NOTA:** En el periodo del presente informe, el contratista realiza la entrega del certificado de disposición final de los residuos de asbesto cemento, retirados entre los meses de enero y febrero. Ver anexo 3.

**Indicadores de seguimiento programa**

| # | MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS ORIDNARIOS, RECICLABLES Y PELIGROSOS. |
|---|---|
| 01 | **Residuos ordinarios del periodo / Total de Residuos*100**<br><br>$\% \text{ Material RSO} = \frac{26{,}4 \text{ kg} * 100}{30{,}8 \text{ kg}}$<br><br>% Material RSO = 85,71% |

| | |
|---|---|
| 02 | **Residuos Reciclables del periodo / Total de Residuos*100**<br><br>% Material reciclado= $\frac{4{,}4 \text{ kg} * 100}{30{,}8 \text{ kg}}$<br><br>% Material reciclado= 14,28% |
| 03 | **Residuos Peligrosos del periodo dispuestos correctamente / Total de Residuos peligrosos generados*100**<br><br>% Respel Generados = $\frac{0 \text{ kg} * 100}{1975 \text{ kg}}$<br><br>% Respel Dispuestos Adecuadamente = 0 % |

***Tabla 8.*** *Indicadores de Seguimiento Programa*

### 3.1.4 PROGRAMA ALMACENAMIENTO Y MANEJO DE MATERIALES DE CONSTRUCCIÓN.

Durante el periodo correspondiente al presente informe, el contratista no realiza adquisición de materiales pétreos que requieran verificación de su origen, sin embargo, realiza el ingreso del material relacionado a continuación:

| FECHA DE INGRESO | TIPO DE MATERIAL |
|---|---|
| 07/03/2025 | LIJAS |
| 07/03/2025 | PINTURA |
| 07/03/2025 | ESTUCO |
| 07/03/2025 | FIBRA MINERAL |

***Tabla 9.*** *Relación material adquirido.*

**Indicadores de Seguimiento Programa**

| # | ALMACENAMIENTO Y MANEJO DE MATERIALES DE CONSTRUCCIÓN |
|---|---|
| 01 | **Acopio de material señalizado en los frentes de obra / Acopio de material en los frentes de obra x 100.**<br><br>% Señalización de Acopios = $\frac{1* 100}{2}$<br>% Señalización de Acopios = 50% |

***Tabla 10****. Indicadores de Seguimiento Programa*

### 3.1.5 MANEJO DE CAMPAMENTOS E INSTALACIONES TEMPORALES

Durante el tiempo recorrido en el presente informe, el equipo de interventoría realiza el respectivo seguimiento a los acopios, señalización y cerramientos para el campamento temporal, punto de almacenamiento de residuos y áreas de trabajo, donde la interventoría solicitó al contratista en reiteradas ocasiones, la limpieza y evacuación de residuos acopiados en lugares no autorizados para esta actividad.

Por otra parte, el contratista continúa implementando la unidad de baño portátil destinada al uso de los trabajadores vinculados al contrato

**Indicadores de Seguimiento Programa**

| # | MANEJO DE CAMPAMENTOS E INSTALACIONES TEMPORALES |
|---|---|
| 01 | **Cantidad de USP instaladas / Cantidad de baños requeridos según # de trabajadores * 100**<br>% Cantidad de USP Instaladas = $\frac{1}{1} * 100$<br>% Cantidad de USP Instaladas = 100 % |

***Tabla 12.*** *Indicadores de Seguimiento Programa*

**NOTA:** A la fecha de emisión del presente informe, el contratista no realizo la entrega de los soportes de mantenimiento del sanitario correspondiente al periodo del presente informe.

### 3.1.6 MANEJO DE MAQUINARIA, EQUIPOS Y TRANSPORTE.

En el periodo comprendido en el presente informe, el contratista continuó realizando actividades de desinstalación de cubierta existente, así como instalación de la nueva cubierta en la zona de archivo, para esto realiza el alistamiento del área de trabajo de algunos equipos y herramientas

Así mismo, la interventoría en medio de sus recorridos, realiza inspección visual de cada uno de los equipos o elementos utilizados en obra, con el fin de realizar seguimiento y control del estado y uso de maquinaria, equipos o vehículos.

A continuación, se evidencia la relación de los equipos y/o vehículos evidenciados en el presente periodo:

| MAQUINARIA Y EQUIPOS | CANTIDAD / PLACA |
|---|---|
| **EQUIPO CUBIERTA** | |
| Compresor | 1 |
| Pulidoras | 3 |
| Taladros | 4 |
| Equipo de soldadura | 3 |
| Extensión eléctrica | 1 |
| Arnés | 7 |
| Líneas de vida | 2 |
| Arnés | 2 |
| **EQUIPO CONSTRUARQ** | |
| Pulidora | 1 |
| Taladro | 1 |
| Soplete | 1 |
| Línea de vida | 1 |
| Arnés | 3 |
| Extensión | 1 |
| **VEHICULO/MAQUINARIA** | **PLACA/REF** |
| Camioneta de estacas | RZN 238 |
| Camión de estacas | GKA 109 |

***Tabla 13.*** *Listado de Equipos y Vehículos en Obra*

**NOTA:** En el presente periodo, se realizó retiro de residuos de teja por medio vehículo transportador de los residuos ANEXO 4. Documentación de Vehículos y ANEXO 5. INSPECCIONES EQUIPOS

**Indicadores de Seguimiento Programa**

| # | MANEJO DE MAQUINARIA, EQUIPOS Y TRANSPORTE |
|---|---|
| 01 | No. de vehículos con certificados técnico mecánica/No. Total, de vehículos que requieren revisión tecnicomencánica * 100<br>% Vehículos con CTM= $\frac{1}{1} * 100$<br>% Vehículos con CTM = 100 % |

***Tabla 14.*** *Indicadores de Seguimiento*

### 3.1.7 MANEJO DE RESIDUOS LÍQUIDOS, COMBUSTIBLES, ACEITES Y SUSTANCIAS QUÍMICAS.

Durante el desarrollo de actividades en el periodo del presente informe, no se presentaron emergencias ambientales relacionadas con derrames de residuos líquidos, combustibles, aceites o sustancias químicas;

**Indicadores de Seguimiento Programa**

| # | MANEJO DE RESIDUOS LÍQUIDOS, COMBUSTIBLES Y SUSTANCIAS QUÍMICAS |
|---|---|
| 01 | Derrames producidos y controlados / derrames producidos * 100<br>% Derrames generados = $\frac{0 * 100}{0}$<br>% Derrames generados = 0 |

***Tabla 15.*** *Indicadores de Seguimiento*

## 3.2 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

### 3.2.1 MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO

La medicina preventiva es esa área que se ocupa de difundir actividades y políticas de prevención de enfermedades en el ámbito laboral. Así mismo, durante el presente informe, se evaluaron las condiciones y el ambiente de trabajo en el que se desarrollan las actividades en esta área y cómo esas circunstancias afectan la salud de los empleados.

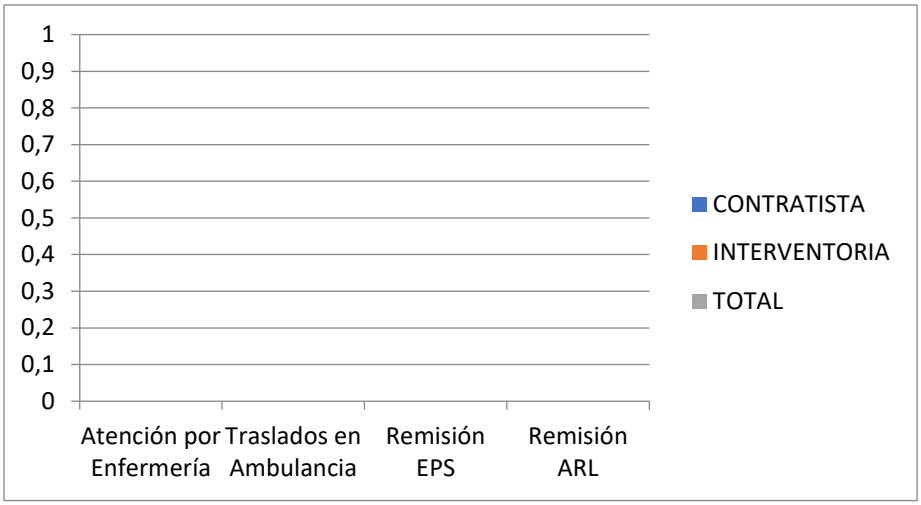
Las principales actividades evidenciadas en el periodo son:

- Identificación de riegos y peligros
- Estadísticas en seguridad y salud en el trabajo
- Capacitaciones sobre estilos de vida saludables y exposición a riesgos
- Condiciones de salud

**Número de casos atendidos en el período:**

| TIPO DE ATENCIÓN | CONTRATISTA | INTERVENTORIA | TOTAL |
|---|---|---|---|
| Atención por Enfermería | 0 | 0 | 0 |
| Remisión EPS | 0 | 0 | 0 |
| Remisión ARL | 0 | 0 | 0 |
| **TOTAL** | **0** | **0** | **0** |

***Tabla 16.*** *Tipo de atenciones en el periodo.*




**Grafica 1**. Tipo de atenciones en el periodo

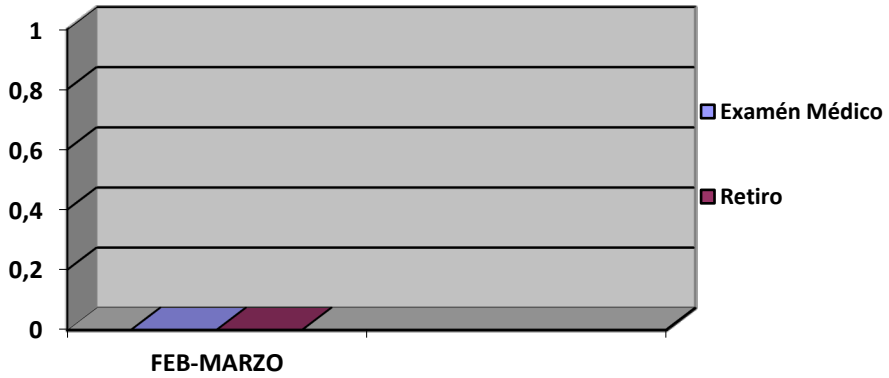
**NOTA:** Durante el periodo del presente informe, no se presentaron accidentes de trabajo ni enfermedades laborales

### 3.2.1.1 EXÁMENES MEDICO OCUPACIONALES:

**Interventoría:** En el presente informe, el equipo de interventoría no presenta ingresos

| TIPO DE EXAMEN | INTERVENTORÍA | | |
|---|---|---|---|
| | Ingreso | Periódico | Retiro |
| Examen medico | 0 | 0 | 0 |

***Tabla 17*** *Exámenes Médicos Ocupacionales*



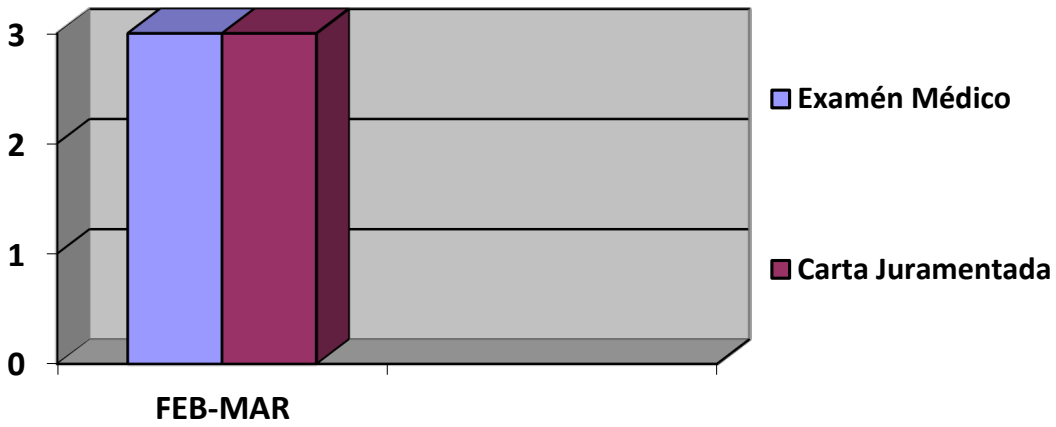

**Grafica 2.** Exámenes médicos ocupacionales

**Contratista:** El contratista debe realizar el examen médico de ingreso, previo a su vinculación laboral, para identificar restricciones y su aptitud laboral para ejecutar las tareas. Para el presente periodo, el contratista realiza el ingreso de 1 trabajador vinculado al sub contratista ESTRUCTURAS Y MONTAJES DE COLOMBIA HERMANOS y del ingreso del nuevo residente de obra

Durante este periodo el contratista realizó los siguientes exámenes de ingreso, así mismo, para el personal profesional se remitió una carta juramentada como soporte de la realización de los mismos

| TIPO DE EXAMEN | CONTRATISTA | | |
|---|---|---|---|
| | Ingreso | Retiro | Carta Juramentada |
| Examen medico | 0 | 0 | 2 |
| | SUB CONTRATISTAS | | |
| | 3 | 0 | 1 |

***Tabla 18*** *Exámenes Médicos Ocupacionales*




**Grafica 3.** Exámenes médicos ocupacionales

**NOTA:** Ver anexo 6. Exámenes de ingreso y carta juramentada

### *3.2.1.2 CONSOLIDADO DE INDICADORES DE ACCIDENTALIDAD*

**Interventoría:** Durante el periodo comprendido en este informe en el equipo de interventoría NO presenta accidentes de trabajo

De acuerdo a lo anterior, el resultado de los índices estipulados en la Resolución 0312 de 2019 es:

Índice de severidad: 0.00%
Índice de frecuencia: 0,00%
Índice de lesión incapacitante: 0.00%

**Accidentalidad e Incidentalidad por frentes de trabajo**

| INDICADOR / FRENTE | N° IT | N° IT Investigados | N° AT | N° AT investigados | N° días incapacidad | N° Trabajadores | Tasa AT |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TRABAJOS DE OFICINA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0% |
| TRABAJOS DE CAMPO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0% |
| **TOTAL** | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0% |

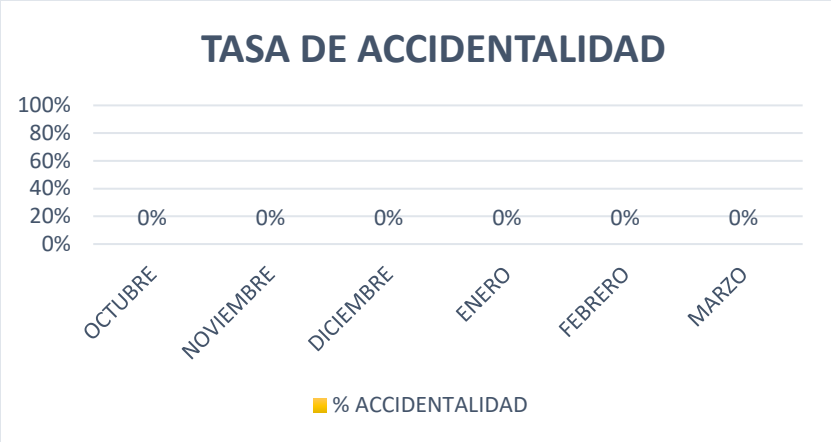
**Tasa Accidentalidad Acumulado Interventoría**

| MES / INDICADOR | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DICIEMBRE | ENERO | FEBRERO | MARZO | TOTALES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Número Trabajadores mes** | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| **Número AT** | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Número de Incidentes** | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Tasa AT (%)** | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Días Incapacidad** | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

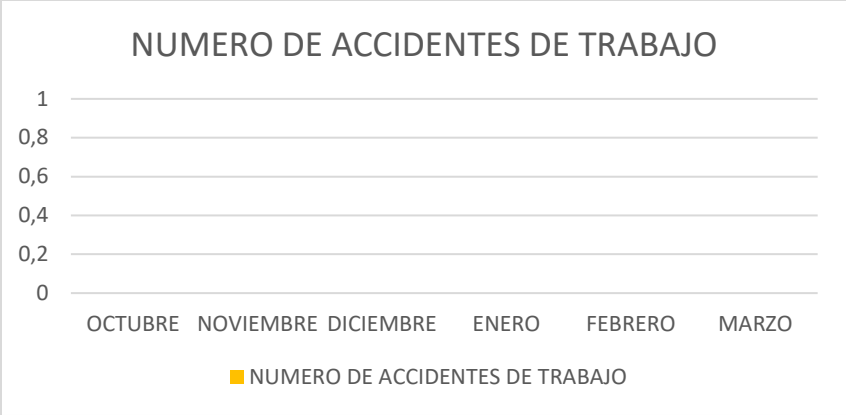
**Fórmulas Tasa De Accidentalidad**

$$= \left( {No. Accidentes}/{No. Promedio\ trabajadores\ acumulados} \right) x\ 100\%$$

## Gráficas de la Tendencia de la accidentalidad de la Interventoría




**Gráfica 4**. Tasa de accidentalidad por mes INTERVENTORIA




**Gráfica 5**. N° de accidentes de trabajo mensual INTERVENTORIA

**Contratista:** Para el tiempo comprendido en este periodo no se presentan accidentes de trabajo

## Accidentalidad e Incidentalidad por frentes de trabajo

| INDICADOR / FRENTE | N° IT | N° IT Investigados | N° AT | N° AT investigados | N° días incapacidad | N° Trabajadores | Tasa AT |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TRABAJOS DE OFICINA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0% |
| TRABAJOS DE CAMPO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 23 | 0% |
| **TOTAL** | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 24 | 0% |

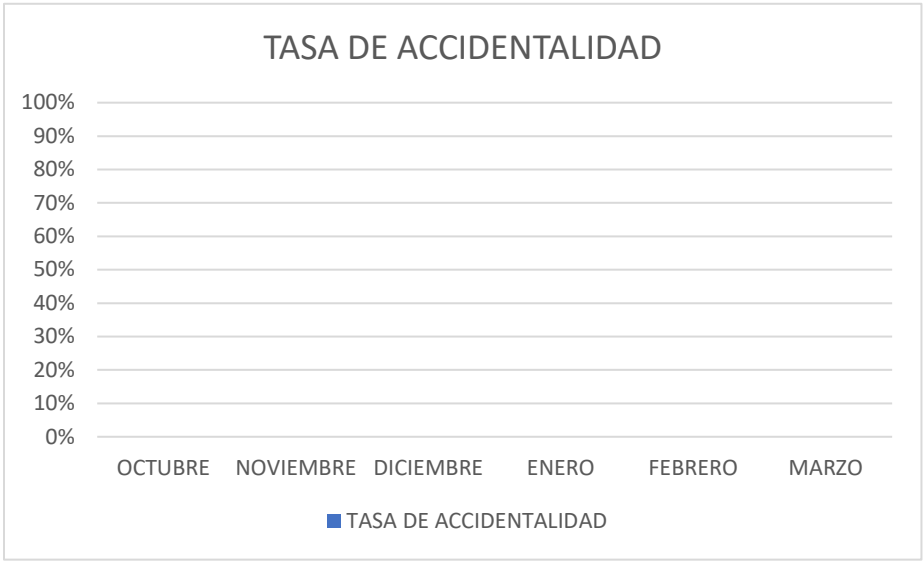
## Tasa Accidentalidad Acumulado Contratista

| MES / INDICADOR | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DICIEMBRE | ENERO | FEBRERO | MARZO | TOTALES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Número Trabajadores mes** | 5 | 9 | 13 | 18 | 15 | 24 | 14 |
| **Número AT** | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Número de Incidentes** | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Tasa AT (%)** | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Días Incapacidad** | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

## Fórmulas Tasa De Accidentalidad

$$= \left( {No. Accidentes}/{No. Promedio\ trabajadores\ acumulados} \right) x\ 100\%$$

## Gráficas de la Tendencia de la accidentalidad del Contratista




**Gráfica 6**. Tasa de accidentalidad por mes CONTRATISTA




**Gráfica 7**. N° de accidentes de trabajo mensual CONTRATISTA

### 3.2.2 HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL

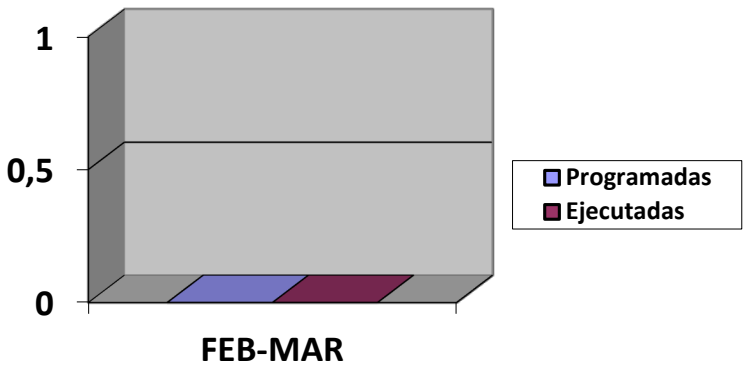
Sus actividades comprenden la identificación, evaluación, análisis de riesgos ocupacionales y las recomendaciones específicas para su control, a través de la elaboración de panoramas de riesgo, visitas de inspección a las áreas de trabajo, mediciones ambientales, entre otras.

#### 3.2.2.1 SEGUIMIENTO AL CRONOGRAMA DE SST

**Porcentaje de actividades cumplidas en el mes según cronograma**

| N° Capacitaciones programadas en cronograma en el periodo | N° Capacitaciones ejecutadas del cronograma en el periodo | % Cumplimiento |
|---|---|---|
| 0 | 0 | 0% |

***Tabla 19.*** *Actividades Cumplidas en el mes*




**Grafica 8**. Cumplimiento de capacitaciones mensuales

**NOTA:** La interpretación anterior, se da ya que a la fecha el contratista no ha entregado el cronograma actualizado de actividades del área HSEQ, dando como resultado que la interventoría no pueda realizar el seguimiento correspondiente a este componente, así mismo, los soportes entregados sobre las actividades realizadas, solo corresponden a las inducciones dadas al personal nuevo.

Sin embargo, la interventoría en cumplimiento de sus obligaciones solicitó y realizó el seguimiento respectivo al cumplimiento a los siguientes requerimientos del área:

- ✓ Afiliaciones y pago a seguridad social del personal de obra
- ✓ Acordonamiento y demarcación de zonas de trabajo
- ✓ Inspecciones
- ✓ Revisión de estado y uso de los elementos de protección personal

#### 3.2.2.2 PROGRAMA DE CAPACITACIONES

De acuerdo al desarrollo de las actividades, el contratista realiza capacitaciones según el cronograma entregado inicialmente, por otra parte, al personal que ingresa nuevo a obra se da la respectiva inducción, todo esto con el fin de divulgar, educar y concientizar a los trabajadores prevenir o minimizar riesgos.

| CONTRATISTA | | | | |
|---|---|---|---|---|
| DESCRIPCIÓN | FECHA | TIPO DE FOMACIÓN | | No. ASISTENTES |
| | | AMB | SST | |
| Inducción | 10/03/2025 | | x | 3 |
| Inducción | 12/03/2025 | | x | 2 |
| Inducción | 16/03/2025 | | x | 1 |
| **INTERVENTORIA** | | | | |
| Buenas prácticas ambientales para manejo de material entregable | 21/03/2025 | | x | 1 |

***Tabla 20.*** *Relación temas de capacitación en el mes*

**NOTA:** Ver anexo 7. Inducciones del contratista y capacitación de interventoría

### 3.2.3 ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

El contratista e interventoría cuentan con su política de elementos de protección personal dentro de la implementación de su SG SST, la cual es divulgada y socializada al personal

Por otra parte, constantemente la interventoría realiza inspección visual del uso adecuado y permanente de los elementos de protección personal y del estado en el

que se evidencian. Sin embargo, en el periodo comprendido en el presente informe, no se evidenció reposición y/o entrega de elementos de protección personal.

### 3.2.4 PLAN DE CONTINGENCIA

El Plan de Contingencia es una herramienta que permite implementar medidas de tipo preventivo que mitiguen o eviten la ocurrencia de accidentes.

Por tanto, el contratista establece inicialmente las medidas de prevención, atención y control requeridas que se debería tomar para afrontar de manera oportuna, adecuada y efectiva, ante la eventualidad de incidentes, accidentes y/o estados de emergencias que pudieran ocurrir en el área de influencia del contrato.

**Interventoría:** El equipo de interventoría en campo, se apropia del plan de contingencia de obra establecido por el contratista ya que nuestros trabajadores se desempeñarán dentro de la obra en ejecución.

**Contratista:** Durante el presente informe la interventoría solicito constantemente la implementación del equipo de emergencia. El contratista realiza dicha implementación de manera tardía

| UBICACIÓN FRENTES ACTIVOS DE TRABAJO | EXTINTOR | BOTIQUÍN | CAMILLAS |
|---|---|---|---|
| Edificio de docencia de la sede central del instituto nacional de medicina legal y ciencias forenses | **1** | **1** | 1 |

***Tabla 21.*** *Existencia de elementos de emergencia*

**NOTA**: Ver ANEXO 8. Inspecciones al equipo de emergencia

### *3.3 SEGUIMIENTO AL PLAN DE APLICACIÓN DEL PROTOCOLO SANITARIO PARA LA OBRA (PAPSO)*

Durante lo recorrido del presente informe la interventoría realiza seguimiento a las condiciones de salud tanto del equipo contratista como el propio, así mismo, se solicitan los soportes de vacunación del personal.

Algunas actividades realizadas o previstas a realizar referente a este tema son:

- ✓ Sondeo de vacunación contra el COVID 19
- ✓ Capacitaciones al personal sobre prevención de contagios
- ✓ Aislamiento ante posible contagio

A continuación, se realiza la relación del personal en obra y el esquema de vacunación actual.




Como se observa en la gráfica anterior el 100% del equipo de interventoría cuenta con los soportes de vacunación.




Con base en la gráfica anterior, notamos que no todo el personal del contratista cuenta con el soporte de vacunación COVID19, sin embargo, se requirió que para aquellos que no cuenten con este carnet se deberá implementar la evaluación de condiciones de salud, pero a la fecha no han sido remitidos

## OBSERVACIONES Y CONCLUSIONES

1. Durante el periodo del presente informe el contratista realiza la entrega oportuna de los soportes de pago a seguridad social de la empresa PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS, así mismo, remite las planillas vigentes del personal vinculado con los diferentes sub contratistas

2. La interventoría en medio de sus recorridos HSEQ, realiza la verificación del uso adecuado de los elementos de protección de todo el personal que realice actividades en obra, sin embargo, se realizan algunas observaciones sobre el adecuado uso de los mismos, las cuales son sub sanadas por el contratista en campo

3. En el tiempo recorrido en el presente informe, se evidenció en campo la implementación de equipos de emergencia donde el profesional de obra realiza inspecciones a los mismos, así mismo, se evidencia punto ecológico que, en algunas ocasiones, se encontraba incompleto ya que no contaba con sus respectivas bolsas de colores

4. Se evidenció el retiro de residuos considerados como peligrosos por su composición de asbesto, los cuales fueron producto de la actividad de desinstalación de cubierta existente, la interventoría no ha recibido los soportes de disposición final de dichos residuos ya que el contratista no ha emitido las certificaciones dadas por el gestor ambiental autorizado



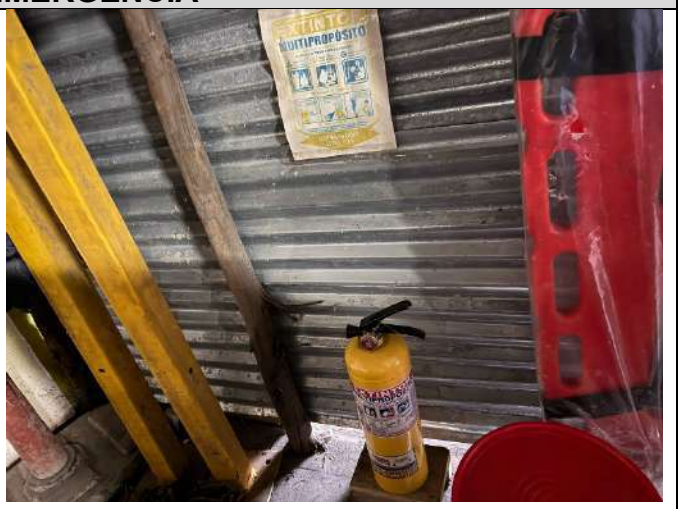
**RUBY CÁCERES QUINTERO**
**PROFESIONAL HSEQ DE INTERVENTORIA**

***REGISTRO FOTOGRAFICO HSEQ***

| RETIRO DE TEJA DE ASBESTO CEMENTO | |
|---|---|
|  |  |
| **SEÑALIZACION EN OBRA** | |
|  |  |
|  |  |

## EQUIPO DE EMERGENCIA




## SANITARIO PORTATIL



# ANEXO #01

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 | 901272510-1 | EQUILATERO ARQUITECTURA E INGENIERIA SAS | CRA 27 36-38 OFICINA 209 CENTRO EMPRESAR | 7013082 | contabilidad@equilateroapp.com | SI |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| SUCURSAL | C – MIPYME | CONTRATO MEDI | 063 | SANTANDER | BUCARAMANGA | |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 2 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-03 | 2025-02 | E | 02/04/2025 | 84313381 | $897.700 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS002 | Salud Total EPS | 800130907-4 | 114.000 | 0 | | 0 | | 0 | 28 | 2.100 | 0 | 116.100 | 2 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 227.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 28 | 4.100 | 0 | 231.900 | 1 |
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 227.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 28 | 4.100 | 0 | 231.900 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 198.200 | | | | 198.200 | 28 | 3.500 | 201.700 | | | 1.982 | 201.700 | 2 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF39 | Cajasan | 890200106-1 | 114.000 | 28 | 2.100 | 116.100 | 2 |

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 28 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 28 | 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 | 114.000 | 116.100 |
| Pensión | 2 | 455.600 | 463.800 |
| Riesgos Laborales | 1 | 198.200 | 201.700 |
| CCF | 1 | 114.000 | 116.100 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 5 | 881.800 | 897.700 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **TIPO** | **NÚMERO** | **NOMBRE APORTANTE** | **DIRECCIÓN** | **TELÉFONO** | **CORREO** | **EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD** |
| NI | 901272510-1 | EQUILATERO ARQUITECTURA E INGENIERIA SAS | CRA 27 36-38 OFICINA 209 CENTRO EMPRESAR | 7013082 | contabilidad@equilateroapp.com | |
| **FORMA PRESENTACIÓN** | **CLASE APORTANTE** | **NOMBRE SUCURSAL** | **CÓDIGO** | **DEPARTAMENTO** | **CIUDAD / MUNICIPIO** | |
| SUCURSAL | C – MIPYME | CONTRATO MEDI | 063 | SANTANDER | BUCARAMANGA | SI |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **PLANILLA ASOCIADA** | **FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)** | **TIPO PLANILLA** | **FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)** | **NÚMERO PLANILLA** | **CANTIDAD** | |
| | | | | | **EMPLEADOS** | **UPC** |
| | | | | | 2 | 0 |
| **PERIODO SALUD** | **PERIODO PENSIONES** | | | | **TOTAL A PAGAR** | |
| 2025-03 | 2025-02 | E | 02/04/2025 | 84313381 | $897.700 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **No.** | **Tipo** | **No. de Identificación** | **Apellidos y Nombres** | **Cotizante** | **Subtipo** | **Extranjero** | **Colom. exterior** | **Estudiante** | **ING** | **RET** | **TDE** | **TAE** | **TDP** | **TAP** | **VSP** | **VST** | **SLN** | **IGE** | **LMA** | **VAC** | **AVP** | **VCT** | **IRL** | **CORRECCIÓN** | **Cód. AFP** | **IBC AFP** | **Cotización** | **Voluntario Afiliado** | **Voluntario Aportante** | **Fondo pensional de solidaridad** | **Fondo pensional de subsistencia** | **Cód. EPS** | **IBC EPS** | **Cotización / Valor UPC** | **Cód. ARL** | **IBC ARL** | **Clase de Riesgo** | **Cotización** | **Código CCF** | **IBC CCF** | **Aporte CCF** | **IBC otros parafiscales** | **Aporte SENA** | **Aporte ICBF** | **Aporte ESAP** | **Aporte MEN** |
| 1 | CC | 1098697864 | VERA REDONDO EDWARD RICARDO | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.423.500 | 227.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS002 | 1.423.500 | 57.000 | 14-11 | 1.423.500 | 5 | 99.100 | CCF39 | 1.423.500 | 57.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2 | CC | 79506624 | ORJUELA QUINTERO JUAN ANTONIO | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 1.423.500 | 227.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS002 | 1.423.500 | 57.000 | 14-11 | 1.423.500 | 5 | 99.100 | CCF39 | 1.423.500 | 57.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| NI | 901272510-1 | EQUILATERO ARQUITECTURA E INGENIERIA SAS | CRA 27 36-38 OFICINA 209 CENTRO EMPRESAR | 7013082 | contabilidad@equilateroapp.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| SUCURSAL | C – MIPYME | HSEO | 066 | SANTANDER | BUCARAMANGA | SI |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-03 | 2025-02 | E | 02/04/2025 | 84313384 | $787.800 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS002 | Salud Total EPS | 800130907-4 | 100.000 | 0 | | 0 | | 0 | 28 | 1.800 | 0 | 101.800 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 400.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 28 | 7.100 | 0 | 407.100 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 174.000 | | | | 174.000 | 28 | 3.100 | 177.100 | | | 1.740 | 177.100 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF39 | Cajasan | 890200106-1 | 100.000 | 28 | 1.800 | 101.800 | 1 |

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 28 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 28 | 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 | 100.000 | 101.800 |
| Pensión | 1 | 400.000 | 407.100 |
| Riesgos Laborales | 1 | 174.000 | 177.100 |
| CCF | 1 | 100.000 | 101.800 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 4 | 774.000 | 787.800 |

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 | 901272510-1 | EQUILATERO ARQUITECTURA E INGENIERIA SAS | | CRA 27 36-38 OFICINA 209 CENTRO EMPRESAR | 7013082 | contabilidad@equilateroapp.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| SUCURSAL | C – MIPYME | HSEO | 066 | SANTANDER | BUCARAMANGA | |

| 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 |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-03 | 2025-02 | E | 02/04/2025 | 84313384 | $787.800 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | 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 | 1095940261 | CACERES QUINTERO RUBY STEFANY | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 2.500.000 | 400.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS002 | 2.500.000 | 100.000 | 14-11 | 2.500.000 | 5 | 174.000 | CCF39 | 2.500.000 | 100.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| NI | 901272510-1 | EQUILATERO ARQUITECTURA E INGENIERIA SAS | CRA 27 36-38 OFICINA 209 CENTRO EMPRESAR | 7013082 | contabilidad@equilateroapp.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| SUCURSAL | C – MIPYME | DIRECTORA 1 | 765 | SANTANDER | BUCARAMANGA | SI |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-03 | 2025-02 | E | 02/04/2025 | 84490835 | $472.800 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 60.000 | 0 | | 0 | | 0 | 28 | 1.100 | 0 | 61.100 | 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 | 240.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 28 | 4.300 | 0 | 244.300 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 104.400 | | | | 104.400 | 28 | 1.900 | 106.300 | | | 1.044 | 106.300 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF22 | Colsubsidio | 860007336-1 | 60.000 | 28 | 1.100 | 61.100 | 1 |

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 28 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 28 | 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 | 60.000 | 61.100 |
| Pensión | 1 | 240.000 | 244.300 |
| Riesgos Laborales | 1 | 104.400 | 106.300 |
| CCF | 1 | 60.000 | 61.100 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 4 | 464.400 | 472.800 |

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 | 901272510-1 | EQUILATERO ARQUITECTURA E INGENIERIA SAS | | CRA 27 36-38 OFICINA 209 CENTRO EMPRESAR | 7013082 | contabilidad@equilateroapp.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| SUCURSAL | C – MIPYME | DIRECTORA 1 | 765 | SANTANDER | BUCARAMANGA | |

| 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 |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-03 | 2025-02 | E | 02/04/2025 | 84490835 | $472.800 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | 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 | 37277497 | QUIROGA SEPULVEDA SANDRA LILIANA | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1.500.000 | 240.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 1.500.000 | 60.000 | 14-11 | 1.500.000 | 5 | 104.400 | CCF22 | 1.500.000 | 60.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| NI | 901272510-1 | EQUILATERO ARQUITECTURA E INGENIERIA SAS | CRA 27 36-38 OFICINA 209 CENTRO EMPRESAR | 7013082 | contabilidad@equilateroapp.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| SUCURSAL | C – MIPYME | SUCURSAL | 00000 | SANTANDER | BUCARAMANGA | SI |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-03 | 2025-02 | E | 02/04/2025 | 85037434 | $355.800 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS002 | Salud Total EPS | 800130907-4 | 57.000 | 0 | | 0 | | 0 | 28 | 1.100 | 0 | 58.100 | 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 | 28 | 4.100 | 0 | 231.900 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 7.500 | | | | 7.500 | 28 | 200 | 7.700 | | | 75 | 7.700 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF39 | Cajasan | 890200106-1 | 57.000 | 28 | 1.100 | 58.100 | 1 |

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 28 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 28 | 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 | 57.000 | 58.100 |
| Pensión | 1 | 227.800 | 231.900 |
| Riesgos Laborales | 1 | 7.500 | 7.700 |
| CCF | 1 | 57.000 | 58.100 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 4 | 349.300 | 355.800 |

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 | 901272510-1 | EQUILATERO ARQUITECTURA E INGENIERIA SAS | CRA 27 36-38 OFICINA 209 CENTRO EMPRESAR | 7013082 | contabilidad@equilateroapp.com | |
| **FORMA PRESENTACIÓN** | **CLASE APORTANTE** | **NOMBRE SUCURSAL** | **CÓDIGO** | **DEPARTAMENTO** | **CIUDAD / MUNICIPIO** | |
| SUCURSAL | C – MIPYME | SUCURSAL | 00000 | SANTANDER | BUCARAMANGA | SI |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **PLANILLA ASOCIADA** | **FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)** | **TIPO PLANILLA** | **FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)** | **NÚMERO PLANILLA** | **CANTIDAD** | |
| | | | | | **EMPLEADOS** | **UPC** |
| | | | | | 1 | 0 |
| **PERIODO SALUD** | **PERIODO PENSIONES** | | | | **TOTAL A PAGAR** | |
| 2025-03 | 2025-02 | E | 02/04/2025 | 85037434 | $355.800 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **No.** | **Tipo** | **No. de Identificación** | **Apellidos y Nombres** | **Cotizante** | **Subtipo** | **Extranjero** | **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 | 80024639 | GONZALEZ BAUTISTA JOSE ALEXANDER | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.423.500 | 227.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS002 | 1.423.500 | 57.000 | 14-11 | 1.423.500 | 1 | 7.500 | CCF39 | 1.423.500 | 57.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

# ANEXO #02

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

**En su condición de administradora del**

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**ARIEL HUMBERTO CALDERON TORRES,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **74.346.826**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 4 de Marzo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

*Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.*

Medellín, 04 de March 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 PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS.

**A continuación se relacionan las fechas de afiliación**

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio cobertura | Fecha fin cobertura | Código de transacción | Tipo Cotizante | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: | 0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC | | Clase: 5 | Porcentaje Cotización: | 6.96 % | |
| C74346826 | CALDERON TORRES ARIEL HUMBERTO | 05/03/2025 | | 22616025 | 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 04/03/2025 12:06:52 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 152.201.118.235, 192.230.104.6, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **74.346.826**

**CALDERON TORRES**

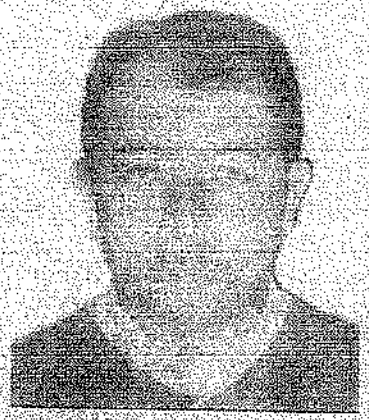
APELLIDOS

**ARIEL HUMBERTO**

NOMBRES



FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-JUL-1975**

**MIRAFLORES**
**(BOYACA)**

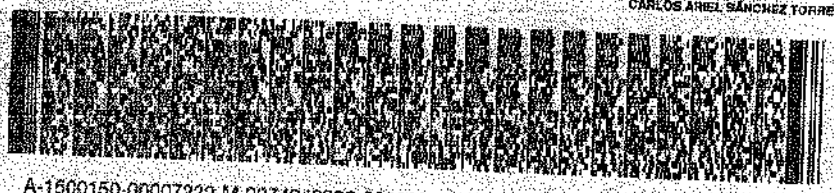
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.64** | **O+** | **M** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**30-NOV-1993 MIRAFLORES**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00007222-M-0074346826-20080507 0000242357A 1 1150025477

**PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES LEGALES**

**ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002**
**PERSONAS JURÍDICAS**

Yo MARLLY LORENA MORALES SANCHEZ identificado con cedula de ciudadanía No 1.136.884.052 en mi condición de Representante Legal de PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS identificada con NIT 901.621.980-6 bajo la gravedad de juramento, certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, al Servicio Nacional de Aprendizaje y al Fondo Nacional de Formación Profesional para la Industria de Construcción (*artículo65 Ley 1819 de 2016 y artículo 3 Decreto 1047 de 1983),* pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses contados a partir dela fecha de cierre del presente procedimiento de selección. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002. De igual manera certifico al personal de obra que cumple con todas las actitudes que arrojó el examen médico ocupacional de ingreso

| NOMBRE Y APELLIDO | IDENTIFICACIÒN | RESTRINCIÒN | FECHA |
|---|---|---|---|
| ARIEL CARDERON | 73.346.826 | Acto sin restricción para el cargo | 3/03/2025 |

En constancia, se firma en Bogotá D.C, a los tres (3) días del mes de marzo de 2025.

**MARLLY LORENA MORALES SANCHEZ**
**Representante Legal**
**PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES S.A.S**

Bogotá DC. 4 de Marzo de 2.025

**CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN**
**CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR**
**NIT 860066942**

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 4/3/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

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

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

| | |
|---|---|
| Tipo y Número de Identificación | CC 74346826 |
| Nombres y Apellidos | ARIEL HUMBERTO CALDERON TORRES |
| Tipo y Número de Identificación del Empleador | 2 901621980 |
| Razón Social Empleador | PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS |
| Código Sucursal | 0 |
| Código Centro de Costo | 0 |
| Fecha de Ingreso Empresa | 5/3/2025 |
| Fecha de Ingreso a Compensar | 4/3/2025 |
| Cargo | RESIDENTE OBRA |
| Horas Labor Mes | 46 |
| Sueldo básico | $ 3200000 |

**Firma del Trabajador**
**Identificación**

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

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

VIGILADO SuperSubsidio

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

| No de Radicacion | Fecha de Radicación |
|---|---|
| 4014315379 | 0\|4\|0\|3\|2\|0\|2\|5 |

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

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

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

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

**4.Contribución Solidaria** — Si ☐ No ☒

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

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

**7.Codigo** (a registrar por la EPS) 1

**A. AFILIACIÓN**

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

| 8.Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| CALDERON<br>Primer apellido | TORRES<br>Segundo apellido | ARIEL<br>Primer nombre | HUMBERTO<br>Segundo nombre |

| 9.Tipo documento de Identidad | 10.Número del documento de Identidad | 11.Sexo biológico | 12.Sexo identificación |
|---|---|---|---|
| CC | 74346826 | Femenino ☐ Masculino ☒ | F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual |

| 13. Nacionalidad | 14.Lugar Nacimiento | | | | 15.Fecha Nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|
| | Pais: | Departamento: | Municipio: | | |
| COLOMBIA | COLOMBIA | BOYACA | BOYACA | | 1\|1\|0\|7\|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 |
|---|---|---|---|
| SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A. | PORVENIR FPC | 3200000 | |

**26.Residencia**

| Dirección | Telefono fijo | Telefono celular | Correo electronico |
|---|---|---|---|
| CL 162 A BIS 56 22 PI 4 | 6015468 | 3112730753 | NOTENMGO22@GMAIL.COM |

| Departamento | Municipio/Distrito | Localidad / comuna | zona |
|---|---|---|---|
| BOGOTA | BOGOTA | SUBA | 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 AUTOPISTA NORTE CL 162 - VS AUTOPISTA NORTE CL 162 | VSAUTONORT - VSAUTONORT |
| 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) |
|---|---|---|---|
| PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS | NIT | 901621980 | 01 |

**59.Ubicación**

| Dirección | Teléfono fijo o celular | Correo electrónico | Departamento | Municipio/distrito |
|---|---|---|---|---|
| CL 129 B 54 20 | 4670383 | ADMINISTRATIVO22@PETRA.COM.CO | BOGOTA | BOGOTA |

| No de Radicacion |
|---|
| 4014315379 |



## B. REPORTE DE NOVEDADES

**60. Tipo de Novedad**

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

## VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

**61. Datos básicos de la identificación**

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

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

| 65.EPS anterior | 66.Fecha de Novedad | 67.Motivo de traslado Código: | 68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones |
|---|---|---|---|
| | 0\|5\|0\|3\|2\|0\|2\|5 | ☐ | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- **69.** ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- **70.** ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- **71.** ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- **72.** ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- **73.** ☐ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- **74.** ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- **75.** ☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- **76.** ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto
- **77.** ☐ Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes
- **78.** ☐ Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según encuesta del Sisbén vigente

## VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

**Apellidos y nombres**

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo documento de Identidad | Número documento de Identidad |
|---|---|
| ☐ | |

## IX. FIRMAS

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

## X.ANEXOS

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

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

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

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

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

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

94. Apellidos y Nombres

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo documento de identidad | Número documento de identidad | 95.Firma del funcionario |
|---|---|---|
| ☐ | | |
| 96. Fecha de Radicación | 97. Fecha de Validación | |

Observaciones

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

Medellín, 07 de March 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 PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS.

**A continuación se relacionan las fechas de afiliación**

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio cobertura | Fecha fin cobertura | Código de transacción | Tipo Cotizante | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: | 0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC | | Clase: 5 | Porcentaje Cotización: | 6.96 % | |
| C1010211404 | BAUTISTA SOPO YONATHAN GERARDO | 10/03/2025 | | [1]9421617 | 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 07/03/2025 13:59:51 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 152.201.107.16, 192.230.104.4, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES LEGALES**

**ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002**
**PERSONAS JURÍDICAS**

Yo MARLLY LORENA MORALES SANCHEZ identificado con cedula de ciudadanía No 1.136.884.052 en mi condición de Representante Legal de PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS identificada con NIT 901.621.980-6 bajo la gravedad de juramento, certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, al Servicio Nacional de Aprendizaje y al Fondo Nacional de Formación Profesional para la Industria de Construcción (*artículo65 Ley 1819 de 2016 y artículo 3 Decreto 1047 de 1983),* pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses contados a partir dela fecha de cierre del presente procedimiento de selección. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002. De igual manera certifico al personal de obra que cumple con todas las actitudes que arrojó el examen médico ocupacional de ingreso.

Ingresos de Octubre

| NOMBRE Y APELLIDO | IDENTIFICACIÒN | RESTRINCIÒN | FECHA |
|---|---|---|---|
| YONATHAN BAUTISTA | 1.010.211.404 | Apto y sin restricciones para el cargo | 6/03/2025 |

En constancia, se firma en Bogotá D.C, a los seis (6) días del mes de marzo de 2025.

**MARLLY LORENA MORALES SANCHEZ**
**Representante Legal**
**PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES S.A.S**

# REPUBLICA DE COLOMBIA
## IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.010.211.404**

**BAUTISTA SOPO**

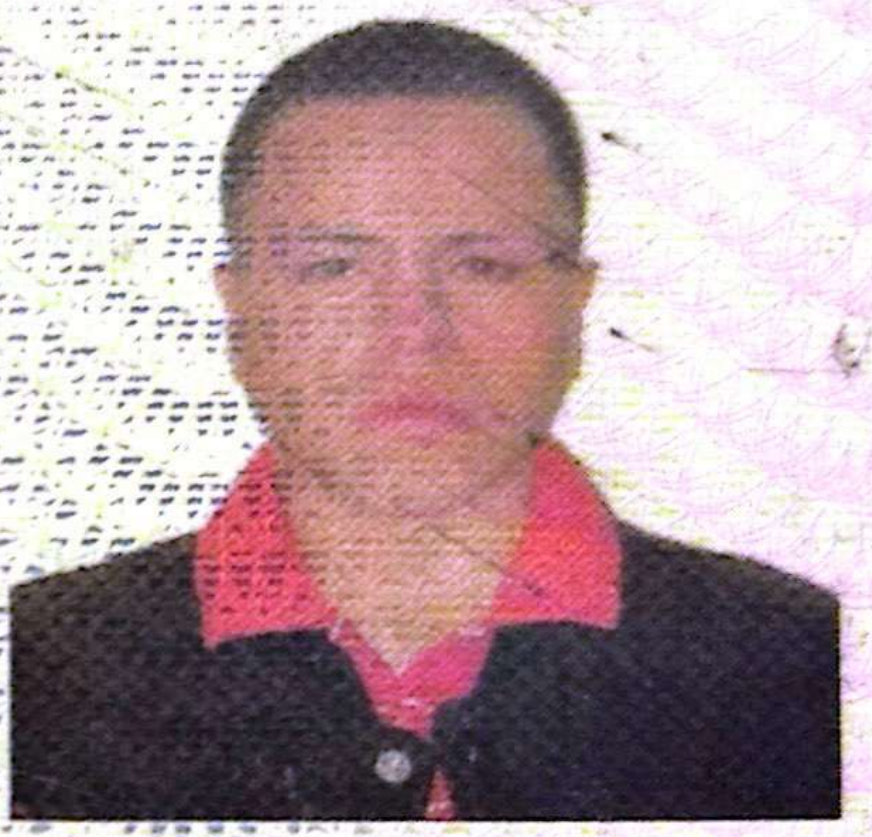
APELLIDOS

**YONATHAN GERARDO**

NOMBRES

YONATHAN

FIRMA



Scanned with CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO 09-OCT-1993

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

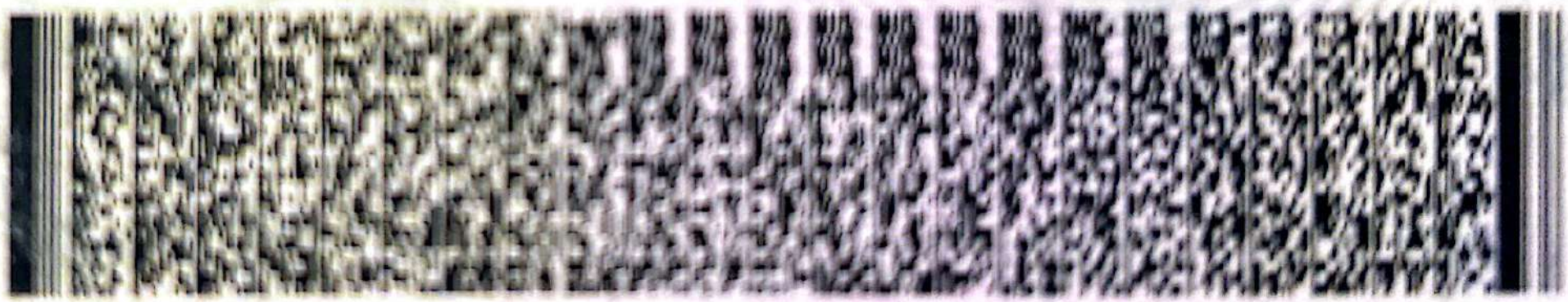
| 1.55 | O+ | M |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

09-NOV-2011 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-1500150-0043813-M-1010211404-20130605 0030271927A 1 1462367117

Scanned with CamScanner

Bogotá DC. 10 de Marzo de 2.025

**CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN**
**CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR**
**NIT 860066942**

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 10/3/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

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

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

| | |
|---|---|
| Tipo y Número de Identificación | CC 1010211404 |
| Nombres y Apellidos | YONATHAN GERARDO BAUTISTA SOPO |
| Tipo y Número de Identificación del Empleador | 2 901621980 |
| Razón Social Empleador | PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS |
| Código Sucursal | 0 |
| Código Centro de Costo | 0 |
| Fecha de Ingreso Empresa | 10/3/2025 |
| Fecha de Ingreso a Compensar | 10/3/2025 |
| Cargo | AYUDANTE |
| Horas Labor Mes | 46 |
| Sueldo básico | $ 1423500 |

**Firma del Trabajador**
**Identificación**

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

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

VIGILADO SuperSubsidio

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.229.739**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **BAUTISTA SOPO YONATHAN GERARDO** identificado(a) con **CC** número **1.010.211.404** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 20 de octubre de 2012 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 10 de marzo de 2025.

Cordialmente,



**Cesar Mauricio Aubad Echeverry**
**Equipo Soporte para Clientes**

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

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

2025031011100

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

| No de Radicacion | Fecha de Radicación |
|---|---|
| 4014360477 | 1\|0\|0\|3\|2\|0\|2\|5 |

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

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

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

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

**4.Contribución Solidaria** — Si ☐ No ☒

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

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

**7.Codigo** (a registrar por la EPS) 1

**A. AFILIACIÓN**

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

| 8.Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| BAUTISTA<br>Primer apellido | SOPO<br>Segundo apellido | YONATHAN<br>Primer nombre | GERARDO<br>Segundo nombre |

| 9.Tipo documento de Identidad | 10.Número del documento de Identidad | 11.Sexo biológico | 12.Sexo identificación | 13. Nacionalidad | 14.Lugar Nacimiento | 15.Fecha Nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1010211404 | Femenino ☐ Masculino ☒ | F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual | COLOMBIA | Pais: COLOMBIA Departamento: BOGOTA Municipio: BOGOTA | 0\|9\|1\|0\|1\|9\|9\|3 |

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

Datos personales

| 16.Etnia | 17.Comunidad | 18.Discapacidad | 19.Tiene encuesta SISBEN | 20.Clasificación SISBEN | 21.Grupo población especial |
|---|---|---|---|---|---|
| 6 | | Si ☐ No ☒<br>Categoria Discapacidad | 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. | PROTECCION | 1423500 | |

**26.Residencia**

| Dirección | Telefono fijo | Telefono celular | Correo electronico |
|---|---|---|---|
| CL 2 B 5 B 29 ESTE.. | 4789663 | 3214789656 | JHONATANBAUTISTA@GMAIL.COM |

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

**IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR**

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

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

| 28. Tipo documento de identidad | 29. Número documento identidad | 30. Sexo biológico | 31. Sexo identificación | 32. Nacionalidad | 33.Lugar Nacimiento | 34.Fecha Nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Femenino ☐ Masculino ☐ | F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual | | 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 CHAPINERO - VS CHAPINERO | VSCHAPINER - VSCHAPINER |
| 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) |
|---|---|---|---|
| PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS | NIT | 901621980 | 01 |

**59.Ubicación**

| Dirección | Teléfono fijo o celular | Correo electrónico | Departamento | Municipio/distrito |
|---|---|---|---|---|
| CL 129 B 54 20 | 4670383 | NOTENGO@GMAIL.COM | BOGOTA | BOGOTA |

| No de Radicacion |
|---|
| 4014360477 |



## 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\|0\|0\|3\|2\|0\|2\|5 | 1 | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- **69.** ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- **70.** ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- **71.** ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- **72.** ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- **73.** ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- **74.** ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- **75.** ☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- **76.** ☐ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto
- **77.** ☐ Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes
- **78.** ☐ Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según encuesta del Sisbén vigente

## VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

**Apellidos y nombres**

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo documento de Identidad | Número documento de Identidad |
|---|---|
| | |

## IX. FIRMAS

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

## X.ANEXOS

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

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

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

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

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

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

94. Apellidos y Nombres

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo documento de identidad | Número documento de identidad | 95.Firma del funcionario |
|---|---|---|
| | | |
| 96. Fecha de Radicación | 97. Fecha de Validación | |

Observaciones

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

Medellín, 18 de March 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 PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS.

**A continuación se relacionan las fechas de afiliación**

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio cobertura | Fecha fin cobertura | Código de transacción | Tipo Cotizante | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: | 0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC | | Clase: 5 | Porcentaje Cotización: | 6.96 % | |
| C19369562 | SERNA BEDOYA GERMAN RICARDO | 19/03/2025 | | 81871832 | 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 18/03/2025 10:24:29 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.119.100.182, 192.230.104.2, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# REPÚBLICA DE COLOMBIA
## IDENTIFICACIÓN PERSONAL
### CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **19.369.562**

**SERNA BEDOYA**
APELLIDOS

**GERMAN RICARDO**
NOMBRES

FIRMA



Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-SEP-1957**

**BOGOTA D.C**
**(CUNDINAMARCA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.66** | **B+** | **M** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**07-NOV-1977 BOGOTA D.C.**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
**JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA**

A-1505500-01094776-M-0019369562-20190823 **00675**12856A 1 1805597360

Powered by CamScanner

Bogotá DC. 18 de Marzo de 2.025

**CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN**
**CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR**
**NIT 860066942**

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 18/3/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

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

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

| | |
|---|---|
| Tipo y Número de Identificación | CC 19369562 |
| Nombres y Apellidos | GERMAN RICARDO SERNA BEDOYA |
| Tipo y Número de Identificación del Empleador | 2 901621980 |
| Razón Social Empleador | PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS |
| Código Sucursal | 0 |
| Código Centro de Costo | 0 |
| Fecha de Ingreso Empresa | 19/3/2025 |
| Fecha de Ingreso a Compensar | 18/3/2025 |
| Cargo | MAESTRIO |
| Horas Labor Mes | 46 |
| Sueldo básico | $ 2400000 |

**Firma del Trabajador**
**Identificación**

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

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

VIGILADO SuperSubsidio

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.**
En su condición de administradora del
**FONDO ESPECIAL DE RETIRO PROGRAMADO**
NIT 900.394.960-0

CERTIFICA QUE:

**GERMAN RICARDO SERNA BEDOYA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **19.369.562** se le aprobó la **SOLICITUD POR PENSION DE GARANTIA MINIMA** a partir del 01 de Julio de 2022 y actualmente se encuentra bajo la modalidad de Retiro Programado.

La presente certificación se expide el 11 de febrero de 2025.

Cordialmente,

Gerente de Clientes

***Tenga en cuenta:***

*En los Fondos privados como Porvenir la pensión es para toda la vida. Cuando fallece el pensionado, la mesada no termina pasa a sus beneficiarios de ley como hijos y esposa(o).*

*La afiliación a la EPS en calidad de pensionado el pagador es el Fondo de Pensiones Porvenir S.A. NIT 800.224.808.*

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: 18 03 2025

200394241

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

A. AFILIACIÓN

## I. DATOS DEL TRÁMITE

| 1. Tipo de Trámite | 2. Tipo de Afiliación | 3. Régimen | 4. Contribución solidaria |
|---|---|---|---|
| A. Afiliación | A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia: X | A. Contributivo: X | Si |
| B. Reporte de Novedades: X | - Beneficiario o Afiliado adicional | B. Subsidiado | No: X |
| | B. Colectiva | | |
| | C. Institucional | | |
| | D. De Oficio | | |

| 5. Tipo de Afiliado | 6. Tipo de Cotizante | 7. Código |
|---|---|---|
| A. Cotizante: X | A. Dependiente: X | (a registrar por la EPS) |
| B. Cabeza de Familia | B. Independiente | |
| C. Beneficiario | C. Pensionado | |
| D. Afiliado adicional | | |

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

| 8. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
| SERNA | BEDOYA | GERMAN | RICARDO |

| 9. Tipo de documento de identidad | 10. Número del documento de identidad | 11. Sexo biológico | 12. Sexo identificación | 13. Nacionalidad |
|---|---|---|---|---|
| CC | 19369562 | Femenino / Masculino: X | F / M: X / T / NB / Otro / Cuál | COLOMBIA |

| 14. Lugar de nacimiento | | | 15. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| País | Departamento | Municipio | |
| COLOMBIA | BOGOTA | BOGOTA | 28 09 1957 |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

**Datos Personales**

| 16. Etnia | 17. Comunidad | 18. Discapacidad | 19. Tiene encuesta SISBÉN | 20. Clasificación SISBÉN | 21. Grupo de población especial |
|---|---|---|---|---|---|
| 06. | | Si / No: X / Categoría de discapacidad | Si / No: X | Nivel / Grupo | |

| 22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL | 23. Administradora de Pensiones | 24. Ingreso base de cotización - IBC | 25. Tarifa Contribución Solidaria |
|---|---|---|---|
| SURA | PORVENIR | $2,400,000 | |

| 26. Residencia Dirección | Teléfono Fijo |
|---|---|
| CL 87 96 - 51 INT 1 | 0 |

| Teléfono Celular | Correo Electrónico |
|---|---|
| 3144930841 | german.serna@hotmail.com |

| Departamento | Municipio / Distrito | Localidad / Comuna | Zona |
|---|---|---|---|
| BOGOTA | BOGOTA | | Cabecera Municipal: X / Centro Poblado / Rural Disperso / Resto Rural |

## IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

| 28. Tipo de documento de identidad | 29. Número del documento de identidad | 30. Sexo biológico | 31. Sexo identificación | 32. Nacionalidad |
|---|---|---|---|---|
| | | Femenino / Masculino | F / M / T / NB / Otro / Cual | |

| 33. Lugar de nacimiento | | | 34. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| País | 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 de documento de identidad | 37. Número del documento de identidad | 38. Nacionalidad | 39. Sexo biológico | 40. Sexo identificación | 41. Lugar de nacimiento | 42. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Femenino / Masculino | F / M / T / NB / Otro / Cual | País / Departamento / Municipio | |
| B1 | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | |

**Datos complementarios del Beneficiario**

| | 43. Parentesco | 44. Etnia | 45. Comunidad | 46. Grupo de población especial | 47. Tiene encuesta SISBEN | 48. Clasificación SISBEN | 49. Discapacidad | 50. Incapacidad permanente |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | Si / No | Nivel / Grupo | Si / No / Categoría de discapacidad | Si / No |
| B2 | | | | | Si / No | Nivel / Grupo | Si / No / Categoría de discapacidad | Si / No |
| B3 | | | | | Si / No | Nivel / Grupo | Si / No / Categoría de discapacidad | Si / No |
| B4 | | | | | Si / No | Nivel / Grupo | Si / No / Categoría de discapacidad | Si / No |
| B5 | | | | | Si / No | Nivel / Grupo | Si / No / Categoría de discapacidad | Si / No |

**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) |
|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | Cabecera Municipal / Centro Poblado / Rural Disperso / Resto Rural | | |
| B2 | | | Cabecera Municipal / Centro Poblado / Rural Disperso / Resto Rural | | |
| B3 | | | Cabecera Municipal / Centro Poblado / Rural Disperso / Resto Rural | | |
| B4 | | | Cabecera Municipal / Centro Poblado / Rural Disperso / Resto Rural | | |
| B5 | | | Cabecera Municipal / Centro Poblado / Rural Disperso / Resto Rural | | |

| | Dirección | Localidad/Comuna | Correo Electrónico |
|---|---|---|---|
| B1 | | | |
| B2 | | | |
| B3 | | | |
| B4 | | | |
| B5 | | | |

200394241

B. REPORTE DE NOVEDADES

| 53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS | | 54. Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| C | IPS CENTRO MEDICO CALLE 80 PISO 4 | |
| B1 | IPS CENTRO MEDICO CALLE 80 PISO 4 | |
| B2 | | |
| B3 | | |
| B4 | | |
| B5 | | |

## V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

| 55. Nombre o razón social | 56. Tipo documento de Identificación | 57. Número del documento de Identificación | 58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| PETRA INGENIERIA Y | NIT | 901621980 | |

59. Ubicación

| Dirección | Teléfono fijo o Celular |
|---|---|
| CL 129B 54-20 OF 24 | 3107564637 |

| Correo Electrónico | Departamento | Municipio / Distrito |
|---|---|---|
| ADMINISTRATIVO@PETRA.COM.CO | BOGOTA | BOGOTA |

**60. Tipo de Novedad**

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identificación.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código
- [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero Código
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [X] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. 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 trámite de protección al cesante.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado.
- [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria.

## VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | 62. Sexo biológico | 63. Sexo identificación | 64. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| | | Femenino Masculino | F M T NB Otro Cuál | D D M M A A A A |

| 65. EPS anterior | 66. Fecha de novedad | 67. Motivo de traslado | 68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones |
|---|---|---|---|
| SANITAS | D 19 M 03 A 2025 A | Código | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [ ] 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por 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 Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes 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 la encuesta del Sisbén vigente.

## VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Tipo de documento de identidad | No. del documento de identidad |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

## IX. FIRMAS

| 80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional | 81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio |
|---|---|
| German Serna | |

## X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT
- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
- [ ] 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos

## 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 de documento de identidad | Número del documento de identidad | 95. Firma del funcionario | 96. fecha de radicación | 97. Fecha de validación |
|---|---|---|---|---|
| | | | D 18 M 03 A 2025 A | D 18 M 03 A 2025 |

OBSERVACIONES:

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

| Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial | Sello de Radicación | Sticker procesamiento |
|---|---|---|
| AFSE SAS Nit. 901448973-3 | EPS Sanitas RECIBIDO PARA VERIFICACION 18 03 2025 Recibido por: | |

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 901621980 | 6 | PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS | B - MENOS DE 200 COTIZANTES | PRINCIPAL | CLLE 129 B # 54 - 20 CS 24 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 4670383 | Si |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-02 | 2025-03 | 9483280966 | 9483280966 | E | 2025/03/19 | 2025/03/20 | BANCO DE BOGOTA | 1 | $6,444,200 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (12 Afiliados)** | | | | | | $20,174,500 | $3,228,200 | | | $21,598,000 | $864,400 | | | $21,071,000 | $843,200 | | | $21,598,000 | $1,503,500 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: MEDICINA LEGAL ( 9 Afiliados)** | | | | | | $17,327,500 | $2,772,600 | | | $17,327,500 | $693,400 | | | $17,327,500 | $693,400 | | | $17,327,500 | $1,206,200 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 9 Afiliados) | | | | | | $17,327,500 | $2,772,600 | | | $17,327,500 | $693,400 | | | $17,327,500 | $693,400 | | | $17,327,500 | $1,206,200 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 1005451899 | ARIZA QUIÑONEZ JINETH DAYANA | 230201 | 30 | $1,423,500 | $227,800 | EPS010 | 30 | $1,423,500 | $57,000 | CCF24 | 30 | $1,423,500 | $57,000 | 14-11 | 30 | $1,423,500 | $99,100 | 30 | $0 | $0 |
| 2 | CC | 1070943671 | BONILLA VARGAS JHONESBY | 25-14 | 30 | $2,610,000 | $417,600 | EPS002 | 30 | $2,610,000 | $104,400 | CCF24 | 30 | $2,610,000 | $104,400 | 14-11 | 30 | $2,610,000 | $181,700 | 30 | $0 | $0 |
| 3 | CC | 9320168 | CAMARGO MUÑOZ MILTON NARCISO | 25-14 | 30 | $1,423,500 | $227,800 | EPS002 | 30 | $1,423,500 | $57,000 | CCF24 | 30 | $1,423,500 | $57,000 | 14-11 | 30 | $1,423,500 | $99,100 | 30 | $0 | $0 |
| 4 | CC | 1049648446 | CANO REYES LILIANA DEL PILAR | 230201 | 30 | $2,500,000 | $400,000 | ESSC24 | 30 | $2,500,000 | $100,000 | CCF24 | 30 | $2,500,000 | $100,000 | 14-11 | 30 | $2,500,000 | $174,000 | 30 | $0 | $0 |
| 5 | CC | 1118828077 | DE LUQUE PARRA ALVARO | 231001 | 30 | $1,423,500 | $227,800 | EPS041 | 30 | $1,423,500 | $57,000 | CCF24 | 30 | $1,423,500 | $57,000 | 14-11 | 30 | $1,423,500 | $99,100 | 30 | $0 | $0 |
| 6 | CC | 72276971 | ESMERAL VARGAS JOSE ALEXANDER | 230301 | 30 | $3,500,000 | $560,000 | EPS005 | 30 | $3,500,000 | $140,000 | CCF24 | 30 | $3,500,000 | $140,000 | 14-11 | 30 | $3,500,000 | $243,600 | 30 | $0 | $0 |
| 7 | CC | 1077484377 | SANCHEZ PALMA AMBERSON | 230301 | 30 | $1,423,500 | $227,800 | EPS040 | 30 | $1,423,500 | $57,000 | CCF24 | 30 | $1,423,500 | $57,000 | 14-11 | 30 | $1,423,500 | $99,100 | 30 | $0 | $0 |
| 8 | CC | 52031303 | SANCHEZ OSPINA NUBIA | 231001 | 30 | $1,600,000 | $256,000 | EPS008 | 30 | $1,600,000 | $64,000 | CCF24 | 30 | $1,600,000 | $64,000 | 14-11 | 30 | $1,600,000 | $111,400 | 30 | $0 | $0 |
| 9 | CC | 1136889853 | WILCHES SANCHEZ LUIS MIGUEL | 230201 | 30 | $1,423,500 | $227,800 | EPS002 | 30 | $1,423,500 | $57,000 | CCF24 | 30 | $1,423,500 | $57,000 | 14-11 | 30 | $1,423,500 | $99,100 | 30 | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 3 Afiliados)** | | | | | | $2,847,000 | $455,600 | | | $4,270,500 | $171,000 | | | $3,743,500 | $149,800 | | | $4,270,500 | $297,300 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 3 Afiliados) | | | | | | $2,847,000 | $455,600 | | | $4,270,500 | $171,000 | | | $3,743,500 | $149,800 | | | $4,270,500 | $297,300 | | $0 | $0 |
| 10 | CC | 1136884052 | MORALES SANCHEZ MARLLY LORENA | 230301 | 30 | $1,423,500 | $227,800 | EPS001 | 30 | $1,423,500 | $57,000 | CCF24 | 30 | $1,423,500 | $57,000 | 14-11 | 30 | $1,423,500 | $99,100 | 30 | $0 | $0 |
| 11 | CC | 79387863 | MORALES FORERO MILTON EMILIO | | 0 | $0 | $0 | EPSC34 | 30 | $1,423,500 | $57,000 | CCF24 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-11 | 30 | $1,423,500 | $99,100 | 30 | $0 | $0 |
| 12 | CC | 79796893 | RUIZ VALBUENA DANIEL | 25-14 | 30 | $1,423,500 | $227,800 | EPS001 | 30 | $1,423,500 | $57,000 | CCF24 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-11 | 30 | $1,423,500 | $99,100 | 30 | $0 | $0 |
| **Total** | | | **Afiliados( 12)** | | | $20,174,500 | $3,228,200 | | | $21,598,000 | $864,400 | | | $21,071,000 | $843,200 | | | $21,598,000 | $1,503,500 | | $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 901621980 | 6 | PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS | B - MENOS DE 200 COTIZANTES | PRINCIPAL | CLLE 129 B # 54 - 20 CS 24 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 4670383 | Si |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-02 | 2025-03 | 9483280966 | 9483280966 | E | 2025/03/19 | 2025/03/20 | BANCO DE BOGOTA | 1 | $6,444,200 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 4) | | | | 11 | $3,228,200 | $2,300 | $0 | $3,230,500 |
| COLFONDOS | 231001 | 800,227,940 | 6 | 2 | $483,800 | $400 | $0 | $484,200 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 3 | $873,200 | $600 | $0 | $873,800 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 3 | $1,015,600 | $700 | $0 | $1,016,300 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 3 | $855,600 | $600 | $0 | $856,200 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 12 | $1,503,500 | $1,000 | $0 | $1,504,500 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 12 | $1,503,500 | $1,000 | $0 | $1,504,500 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 12 | $843,200 | $600 | $0 | $843,800 |
| COMPENSAR | CCF24 | 860,066,942 | 7 | 12 | $843,200 | $600 | $0 | $843,800 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 9) | | | | 12 | $864,400 | $1,000 | $0 | $865,400 |
| ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA) | EPS001 | 830,113,831 | 0 | 2 | $114,000 | $100 | $0 | $114,100 |
| CAPITAL SALUD | EPSC34 | 900,298,372 | 9 | 1 | $57,000 | $100 | $0 | $57,100 |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 1 | $64,000 | $100 | $0 | $64,100 |
| COOSALUD MOVILIDAD | ESSC24 | 900,226,715 | 3 | 1 | $100,000 | $100 | $0 | $100,100 |
| EPS SURA (ANTES SUSALUD) | EPS010 | 800,088,702 | 2 | 1 | $57,000 | $100 | $0 | $57,100 |
| NUEVA EPS MOVILIDAD | EPS041 | 900,156,264 | 2 | 1 | $57,000 | $100 | $0 | $57,100 |
| SALUD TOTAL | EPS002 | 800,130,907 | 4 | 3 | $218,400 | $200 | $0 | $218,600 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $140,000 | $100 | $0 | $140,100 |
| SAVIA SALUD | EPS040 | 900,604,350 | 0 | 1 | $57,000 | $100 | $0 | $57,100 |
| TOTAL | | | | 12 | $6,439,300 | $4,900 | $0 | $6,444,200 |

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| NI | 900551608-6 | CIASERPRO SAS | | CALLE 71-1B-48 SUR | 3229464755 | ciaserpro@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | B – menos de 200 c | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | SI |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 7 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-03 | 2025-02 | E | 27/02/2025 | 84494925 | $2.231.300 | |

## 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 | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 117.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 117.000 | 2 |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 36.100 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 36.100 | 1 |
| EPS017 | Famisanar EPS | 830003564-7 | 73.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 73.000 | 2 |
| EPS041 | NUEVA E.P.S. S.A. MOV | 900156264-2 | 36.100 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 36.100 | 1 |
| EPSC34 | Recaudo SGP Capital Salud | 900298372-9 | 38.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 38.000 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 531.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 531.800 | 3 |
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 379.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 379.800 | 2 |
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 288.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 288.600 | 2 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 430.700 | | | | 430.700 | 0 | 0 | 430.700 | | | 4.307 | 430.700 | 7 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF22 | Colsubsidio | 860007336-1 | 300.200 | 0 | 0 | 300.200 | 7 |

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 | 900551608-6 | CIASERPRO SAS | | CALLE 71-1B-48 SUR | 3229464755 | ciaserpro@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | B – menos de 200 c | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | SI |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 7 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-03 | 2025-02 | E | 27/02/2025 | 84494925 | $2.231.300 | |

| 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 | 300.200 | 300.200 |
| Pensión | 3 | 1.200.200 | 1.200.200 |
| Riesgos Laborales | 1 | 430.700 | 430.700 |
| CCF | 1 | 300.200 | 300.200 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 10 | 2.231.300 | 2.231.300 |

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 | 900551608-6 | CIASERPRO SAS | | CALLE 71-1B-48 SUR | 3229464755 | ciaserpro@hotmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| ÚNICA | B – menos de 200 c | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | SI |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD |
| | | | | | EMPLEADOS: 7 / UPC: 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR |
| 2025-03 | 2025-02 | E | 27/02/2025 | 84494925 | $2.231.300 |

## 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 | 1023029061 | VELASQUEZ SANCHEZ MICHAEL STIVEN | 1 | 0 | | | S | X | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 950.000 | 152.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPSC34 | 950.000 | 38.000 | 14-11 | 950.000 | 5 | 66.200 | CCF22 | 950.000 | 38.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2 | CC | 1054658299 | PEÑA RODRIGUEZ JAROL ANDRES | 1 | 0 | | | S | X | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 901.550 | 144.300 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS041 | 901.550 | 36.100 | 14-11 | 901.550 | 5 | 62.800 | CCF22 | 901.550 | 36.100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3 | CC | 3188514 | GOMEZ RODRIGUEZ NELSON ENRIQUE | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1.423.500 | 227.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS017 | 1.423.500 | 57.000 | 14-11 | 1.423.500 | 5 | 99.100 | CCF22 | 1.423.500 | 57.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 4 | CC | 52952344 | PORRAS GONZALEZ LUZ DARY | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.423.500 | 227.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 1.423.500 | 57.000 | 14-11 | 1.423.500 | 1 | 7.500 | CCF22 | 1.423.500 | 57.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 5 | CC | 79894116 | CUASPUD JESUS ALEJANDRO | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1.500.000 | 240.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 1.500.000 | 60.000 | 14-11 | 1.500.000 | 5 | 104.400 | CCF22 | 1.500.000 | 60.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 6 | CC | 80123702 | RUIZ HERNANDEZ JOHN ALEXANDER | 1 | 0 | | | S | X | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 400.000 | 64.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS017 | 400.000 | 16.000 | 14-11 | 400.000 | 5 | 27.900 | CCF22 | 400.000 | 16.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 7 | CC | 80440524 | SUSA PARDO JOSE MAURICIO | 1 | 0 | | | S | X | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 901.550 | 144.300 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 901.550 | 36.100 | 14-11 | 901.550 | 5 | 62.800 | CCF22 | 901.550 | 36.100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

# CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

## POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

## HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **LUIS HERNANDO FONSECA NOBSA** identificado con **CC** No. **79811664**, registra la siguiente información.

| Datos del Empleador | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| GRUPO CONSTRUARQ S.A.S - NI. 901883169 | **Fecha de inicio de cobertura :** 05/03/2025<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE<br>**Clase de Riesgo:** 5 |

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20250101396314.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 4 días del mes de marzo de 2025.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

APO_13_2_2_FR01 v_03

MIS_4_1_3_FR15 v_010

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **79.811.664**

**FONSECA NOBSA**

APELLIDOS

**LUIS HERNANDO**

NOMBRES

Luis H Fonseca

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-JUN-1972**

**BOGOTA D.C**
**(CUNDINAMARCA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.75** | **O+** | **M** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**22-MAR-1996 BOGOTA D.C**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00247825-M-0079811664-20100803 0023229412A 1 1890882588

**PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES LEGALES**

**ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002**
**PERSONAS JURÍDICAS**

Yo MARLLY LORENA MORALES SANCHEZ identificado con cedula de ciudadanía No 1.136.884.052 en mi condición de Representante Legal de PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS identificada con NIT 901.621.980-6 bajo la gravedad de juramento, certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, al Servicio Nacional de Aprendizaje y al Fondo Nacional de Formación Profesional para la Industria de Construcción (*artículo65 Ley 1819 de 2016 y artículo 3 Decreto 1047 de 1983),* pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses contados a partir dela fecha de cierre del presente procedimiento de selección. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002. De igual manera certifico al personal de obra que cumple con todas las actitudes que arrojó el examen médico ocupacional de ingreso

| NOMBRE Y APELLIDO | IDENTIFICACIÒN | RESTRINCIÒN | FECHA |
|---|---|---|---|
| LUIS FONSECA | 79.811.664 | Acto sin restricción para el cargo | 4/03/2025 |

En constancia, se firma en Bogotá D.C, a los cuatro (4) días del mes de marzo de 2025.

**MARLLY LORENA MORALES SANCHEZ**
**Representante Legal**
**PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES S.A.S**

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) LUIS HERNANDO FONSECA NOBSA identificado(a) con CC No. 79811664, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de GRUPO CONSTRUARQ S.A.S con NIT 901883169:

- Fecha de afiliación a la Caja: 05/03/2025.
- Fecha de ingreso a la empresa: 05/03/2025.

**José Leonardo González Vega**
**Jefe Sección Afiliación y Postulación.**

**Bogotá D.C. 05/03/2025**

Vigilado Supersubsidio

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9011853434
9011853434

No. de Radicación: 29003444

Fecha de Radicación: 05 03 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. Institucional [ ] D. De oficio [ ] | | C. Beneficiario [ ] | C. Pensionado [ ] | |

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

| 6. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer Apellido: FONSECA | Segundo Apellido: NOBSA | Primer Nombre: LUIS | Segundo Nombre: HERNANDO |

| 7. Tipo de documento de identidad | 8. Número del documento de identidad | 9. Sexo | 10. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| CC | 79811664 | Femenino [ ] Masculino [X] | D D 19 M M 06 A A A A 1972 |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

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

| 17. Ingreso base de cotización - IBC | 18. Residencia | | |
|---|---|---|---|
| $1.423.500 | 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 |
|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | |
| B2 | | | | |
| B3 | | | | |
| B4 | | | | |
| B5 | | | | |

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

Datos complementarios

| | 29. Parentesco | 30. Etnia |
|---|---|---|
| B1 | | |
| B2 | | |
| B3 | | |
| B4 | | |
| B5 | | |

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

### Selección de la IPS Primaria

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

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

| 35. Nombre o razón social | 36. Tipo de documento de identificación | 37. Número del documento de identificación | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| GRUPO CONSTRUARQ SAS | NT | 901883169 | |

| 39. Ubicación | Teléfono | Correo electrónico | Municipio / Distrito | Departamento |
|---|---|---|---|---|
| CALLE 63 A 108 33 | 31120552 | | 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 | D D 05 M M 03 A A 2025 |

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

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

## VIII. FIRMAS

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

## IX. ANEXOS

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

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

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

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

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

VIGILADO Supersalud

INTERNET

Cambio Empleo

05/2016

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.229.739**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **FONSECA NOBSA LUIS HERNANDO** identificado(a) con **CC** número **79.811.664** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de junio de 2005 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 05 de marzo de 2025.

Cordialmente,



**Cesar Mauricio Aubad Echeverry**
**Equipo Soporte para Clientes**

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

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

2025030512042

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

## POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

## HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **MAURICIO RAFAEL VILLA PEREIRA** identificado con **CC** No. **19603727**, registra la siguiente información.

| Datos del Empleador | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| GRUPO CONSTRUARQ S.A.S - NI. 901883169 | **Fecha de inicio de cobertura :** 05/03/2025<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE<br>**Clase de Riesgo:** 5 |

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20250101396011.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 4 días del mes de marzo de 2025.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

APO_13_2_2_FR01 v_03

MIS_4_1_3_FR15 v_010

**PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES LEGALES**

**ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002**
**PERSONAS JURÍDICAS**

Yo MARLLY LORENA MORALES SANCHEZ identificado con cedula de ciudadanía No 1.136.884.052 en mi condición de Representante Legal de PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS identificada con NIT 901.621.980-6 bajo la gravedad de juramento, certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, al Servicio Nacional de Aprendizaje y al Fondo Nacional de Formación Profesional para la Industria de Construcción (*artículo65 Ley 1819 de 2016 y artículo 3 Decreto 1047 de 1983),* pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses contados a partir dela fecha de cierre del presente procedimiento de selección. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002. De igual manera certifico al personal de obra que cumple con todas las actitudes que arrojó el examen médico ocupacional de ingreso

| NOMBRE Y APELLIDO | IDENTIFICACIÒN | RESTRINCIÒN | FECHA |
|---|---|---|---|
| MAURICIO VILLA | 19.603.727 | Acto sin restricción para el cargo | 4/03/2025 |

En constancia, se firma en Bogotá D.C, a los cuatro (4) días del mes de marzo de 2025.

**MARLLY LORENA MORALES SANCHEZ**
**Representante Legal**
**PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES S.A.S**

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) MAURICIO RAFAEL VILLA PEREIRA identificado(a) con CC No. 19603727, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de GRUPO CONSTRUARQ S.A.S con NIT 901883169:

- Fecha de afiliación a la Caja: 05/03/2025.
- Fecha de ingreso a la empresa: 05/03/2025.

**José Leonardo González Vega**
**Jefe Sección Afiliación y Postulación.**

**Bogotá D.C. 05/03/2025**

Vigilado Supersubsidio

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 04/03/2025, el empleador GRUPO CONSTRUARQ S.A.S identificado con NIT número 901883169 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

| NÚMERO DE RADICACIÓN | FECHA DE RADICACIÓN | TIPO DE SOLICITUD |
|---|---|---|
| 8459476 | 04/03/2025 | Reingresos |

DETALLE

| TIPO | IDENTIFICACIÓN | NOMBRE COTIZANTE | IBC | CARGO | FECHA |
|---|---|---|---|---|---|
| CÉDULA DE CIUDADANÍA | 19603727 | MAURICIORAFAEL VILLA PEREIRA | 1423500 | AYUDANTE DE CONSTRUCCION | 2025-03-04 |

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 4 días del mes de Marzo del año 2025.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.229.739**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **VILLA PEREIRA MAURICIO RAFAEL** identificado(a) con **CC** número **19.603.727** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de marzo de 2018 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 05 de marzo de 2025.

Cordialmente,



**Cesar Mauricio Aubad Echeverry**
**Equipo Soporte para Clientes**

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

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

2025030512074

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

## POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

## HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **AGUSTIN ALFONSO RODRIGUEZ MARTINEZ** identificado con **CC** No. **19602561**, registra la siguiente información.

| Datos del Empleador | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| GRUPO CONSTRUARQ S.A.S - NI. 901883169 | **Fecha de inicio de cobertura :** 05/03/2025<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE<br>**Clase de Riesgo:** 5 |

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20250101396152.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 4 días del mes de marzo de 2025.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

APO_13_2_2_FR01 v_03

MIS_4_1_3_FR15 v_010

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 19.602.561

RODRIGUEZ MARTINEZ

APELLIDOS

AGUSTIN ALFONSO

NOMBRES

Agustin Rod...

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 19-MAR-1980

FUNDACION
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 ESTATURA

A+ G.S. RH

M SEXO

22-FEB-2002 FUNDACION

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

A-8881515-01227920-M-0019602561-20210418 0074115128A 1 9915381779

**PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES LEGALES**

**ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002**
**PERSONAS JURÍDICAS**

Yo MARLLY LORENA MORALES SANCHEZ identificado con cedula de ciudadanía No 1.136.884.052 en mi condición de Representante Legal de PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS identificada con NIT 901.621.980-6 bajo la gravedad de juramento, certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, al Servicio Nacional de Aprendizaje y al Fondo Nacional de Formación Profesional para la Industria de Construcción (*artículo65 Ley 1819 de 2016 y artículo 3 Decreto 1047 de 1983),* pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses contados a partir dela fecha de cierre del presente procedimiento de selección. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002. De igual manera certifico al personal de obra que cumple con todas las actitudes que arrojó el examen médico ocupacional de ingreso

| NOMBRE Y APELLIDO | IDENTIFICACIÒN | RESTRINCIÒN | FECHA |
|---|---|---|---|
| AGUSTIN RODRIGUEZ | 19.602.561 | Acto sin restricción para el cargo | 4/03/2025 |

En constancia, se firma en Bogotá D.C, a los cuatro (4) días del mes de marzo de 2025.

**MARLLY LORENA MORALES SANCHEZ**
**Representante Legal**
**PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES S.A.S**

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) AGUSTIN ALFONSO RODRIGUEZ MARTINEZ identificado(a) con CC No. 19602561, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de GRUPO CONSTRUARQ S.A.S con NIT 901883169:

- Fecha de afiliación a la Caja: 05/03/2025.
- Fecha de ingreso a la empresa: 05/03/2025.

**José Leonardo González Vega**
**Jefe Sección Afiliación y Postulación.**

**Bogotá D.C. 05/03/2025**

Vigilado Supersubsidio

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9011853423
9011853423

No. de Radicación: 29003429

Fecha de Radicación: 05 03 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. Institucional [ ] D. De oficio [ ] | | C. Beneficiario [ ] | C. Pensionado [ ] | |

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

| 6. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
| RODRIGUEZ | MARTINEZ | AGUSTIN | ALFONSO |

| 7. Tipo de documento de identidad | 8. Número del documento de identidad | 9. Sexo | 10. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| CC | 19602561 | Femenino [ ] Masculino [X] | D D M M A A A A: 19 03 1980 |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

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

| 17. Ingreso base de cotización - IBC | 18. Residencia | | |
|---|---|---|---|
| $1.423.500 | 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 |
| B1 | | | | |
| B2 | | | | |
| B3 | | | | |
| B4 | | | | |
| B5 | | | | |

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

Datos complementarios

| 29. Parentesco | 30. Etnia |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

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

### Selección de la IPS Primaria

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

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

| 35. Nombre o razón social | 36. Tipo de documento de identificación | 37. Número del documento de identificación | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| GRUPO CONSTRUARQ SAS | NT | 901883169 | |

| 39. Ubicación | | | | |
|---|---|---|---|---|
| CALLE 63 A 108 33 | 31120552 | | BOGOTA | DISTRITO CAPITAL |
| Dirección | Teléfono | Correo electrónico | Municipio / Distrito | Departamento |

## B. REPORTE DE NOVEDADES

**40. Tipo de Novedad**

1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ] 6. Reinscripción en la EPS [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [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: 05 03 2025 |
| 43. EPS anterior | 44. Motivo de traslado Código | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones | | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

## VIII. FIRMAS

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

## IX. ANEXOS

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

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

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

**70. Datos del funcionario que realiza la validación**

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | OBSERVACIONES: |
|---|---|---|
| | | CARGO: AYUDANTE DE OBRA |
| 71. Firma del funcionario | | |

VIGILADO Supersalud

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

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

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

**En su condición de administradora del**

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**AGUSTIN ALFONSO RODRIGUEZ MARTINEZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **19.602.561**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 de Marzo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

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

Colfondos
HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) FREDYS JOSE CORONADO PINEDA con identificación No. 78.699.131 se encuentra afiliado(a) a Pension Obligatoria desde el día 01 de julio del 2006 y sus recursos están en el FONDO MODERADO desde el día 20 de mayo del 2020.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 13 de marzo del 2025.

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

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 5 10000.

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

## POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

## HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **FREDYS JOSE CORONADO PINEDA** identificado con **CC** No. **78699131**, registra la siguiente información.

| Datos del Empleador | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| GRUPO CONSTRUARQ S.A.S - NI. 901883169 | **Fecha de inicio de cobertura :** 12/03/2025<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE<br>**Clase de Riesgo:** 5 |

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501013331641.

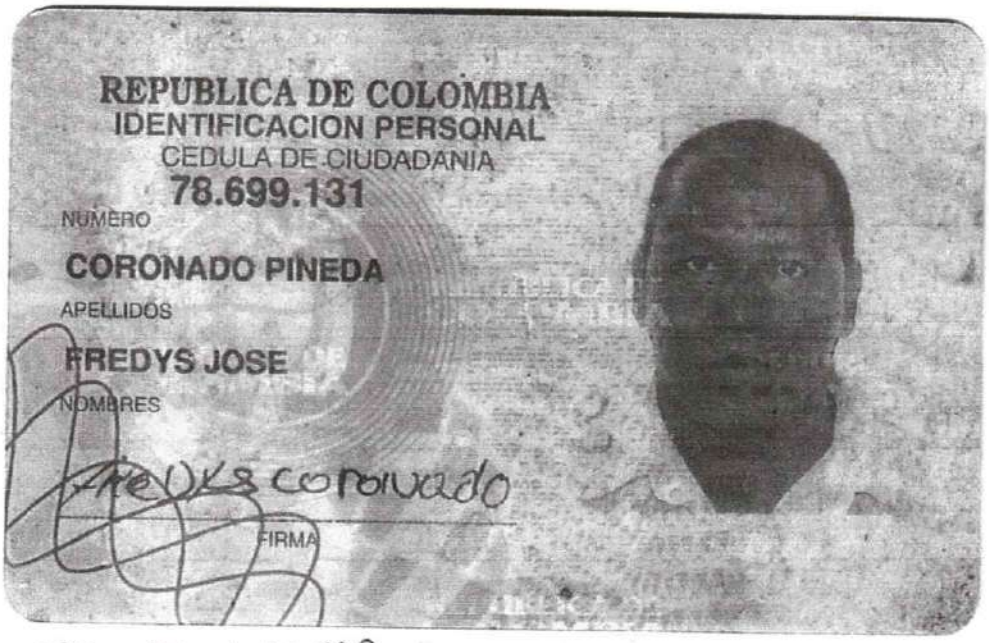
Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 11 días del mes de marzo de 2025.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

APO_13_2_2_FR01 v_03

MIS_4_1_3_FR15 v_010


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
78.699.131
NUMERO
CORONADO PINEDA
APELLIDOS
FREDYS JOSE
NOMBRES
FIRMA

EPS FAMISANAR
PENSION COLFONDOS
DIRECCION. CRA 14 ESTE Nº 62-61 Barrio Nuevodelhi
Telefono 311-464-2698.


FECHA DE NACIMIENTO 01-ABR-1969
MONTERIA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.64
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
19-JUN-1987 MONTERIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ
INDICE DERECHO
A-4800100-68132546-M-0078699131-20050705
0376205186B 02 168080312

**PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES LEGALES**

**ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002**
**PERSONAS JURÍDICAS**

Yo MARLLY LORENA MORALES SANCHEZ identificado con cedula de ciudadanía No 1.136.884.052 en mi condición de Representante Legal de PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS identificada con NIT 901.621.980-6 bajo la gravedad de juramento, certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, al Servicio Nacional de Aprendizaje y al Fondo Nacional de Formación Profesional para la Industria de Construcción (*artículo65 Ley 1819 de 2016 y artículo 3 Decreto 1047 de 1983),* pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses contados a partir dela fecha de cierre del presente procedimiento de selección. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002. De igual manera certifico al personal de obra que cumple con todas las actitudes que arrojó el examen médico ocupacional de ingreso

| NOMBRE Y APELLIDO | IDENTIFICACIÒN | RESTRINCIÒN | FECHA |
|---|---|---|---|
| FREDYS CORONADO | 78.699.131 | Acto sin restricción para el cargo | 10/03/2025 |

En constancia, se firma en Bogotá D.C, a los diez (10) días del mes de marzo de 2025.

**MARLLY LORENA MORALES SANCHEZ**
**Representante Legal**
**PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES S.A.S**

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) FREDYS JOSE CORONADO PINEDA identificado(a) con CC No. 78699131, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de GRUPO CONSTRUARQ S.A.S con NIT 901883169:

- Fecha de afiliación a la Caja: 11/03/2025.
- Fecha de ingreso a la empresa: 11/03/2025.

**José Leonardo González Vega**
**Jefe Sección Afiliación y Postulación.**

**Bogotá D.C. 11/03/2025**

Vigilado Supersubsidio

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9011871587
9011871587

No. de Radicación: 29033360

Fecha de Radicación: 11 03 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. Institucional [ ] D. De oficio [ ] | | C. Beneficiario [ ] | C. Pensionado [ ] | |

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

| 6. Apellidos y nombres: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| CORONADO | PINEDA | FREDYS | JOSE |

| 7. Tipo de documento de identidad | 8. Número del documento de identidad | 9. Sexo | 10. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| CC | 78699131 | Femenino [ ] Masculino [X] | D D 01 M M 04 A A A A 1969 |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

| | 29. Parentesco | 30. Etnia |
|---|---|---|
| B1 | | |
| B2 | | |
| B3 | | |
| B4 | | |
| B5 | | |

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

### Selección de la IPS Primaria

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

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

| 35. Nombre o razón social | 36. Tipo de documento de identificación | 37. Número del documento de identificación | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| GRUPO CONSTRUARQ SAS | NT | 901883169 | |

| 39. Ubicación: Dirección | Teléfono | Correo electrónico | Municipio / Distrito | Departamento |
|---|---|---|---|---|
| CALLE 63 A 108 33 | 31120552 | | 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 | D D 11 M M 03 A A 2025 |

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

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

## VIII. FIRMAS

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

## IX. ANEXOS

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

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

| 66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio | Código del departamento | 67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha | Puntaje | Nivel | 68. Fecha de radicación | 69. Fecha de validación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 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: OBRERO DE CONSTRUCCION |
| 71. Firma del funcionario | | |

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

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

VIGILADO Supersalud




Colfondos
HABITAT

# COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

## CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) LUIS JAFET MANJARREZ DE LA HOZ con identificación No. 1.193.103.140 se encuentra afiliado(a) al Pension Obligatoria desde el dia 28 de noviembre del 2020

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el dia 13 de marzo del 2025.

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

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuniquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellin 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.

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

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

## POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

## HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **LUIS JAFET MANJARREZ DE LA HOZ** identificado con **CC** No. **1193103140**, registra la siguiente información.

| Datos del Empleador | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| GRUPO CONSTRUARQ S.A.S - NI. 901883169 | **Fecha de inicio de cobertura :** 12/03/2025<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE<br>**Clase de Riesgo:** 5 |

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501013331883.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 11 días del mes de marzo de 2025.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

APO_13_2_2_FR01 v_03

MIS_4_1_3_FR15 v_010

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.193.103.140
MANJARREZ DE LA HOZ
APELLIDOS
LUIS JAFET
NOMBRES

Luis manjarrez
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 22-JUL-2001
FUNDACION
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.78 ESTATURA
B+ G.S. RH
M SEXO
30-JUL-2019 FUNDACION
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO

P-2103100-01107475-M-1193103140-20191101 0066670018A 2 53335991

Carrera 6. 188b 34

Cc = 1.193.103.140

Celular = 3244964755

EPS = Salud total

**PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES LEGALES**

**ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002**
**PERSONAS JURÍDICAS**

Yo MARLLY LORENA MORALES SANCHEZ identificado con cedula de ciudadanía No 1.136.884.052 en mi condición de Representante Legal de PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS identificada con NIT 901.621.980-6 bajo la gravedad de juramento, certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, al Servicio Nacional de Aprendizaje y al Fondo Nacional de Formación Profesional para la Industria de Construcción (*artículo65 Ley 1819 de 2016 y artículo 3 Decreto 1047 de 1983),* pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses contados a partir dela fecha de cierre del presente procedimiento de selección. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002. De igual manera certifico al personal de obra que cumple con todas las actitudes que arrojó el examen médico ocupacional de ingreso

| NOMBRE Y APELLIDO | IDENTIFICACIÒN | RESTRINCIÒN | FECHA |
|---|---|---|---|
| LUIS MANJARREZ | 1.193.103.140 | Acto sin restricción para el cargo | 10/03/2025 |

En constancia, se firma en Bogotá D.C, a los diez (10) días del mes de marzo de 2025.

**MARLLY LORENA MORALES SANCHEZ**
**Representante Legal**
**PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES S.A.S**

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) LUIS JAFET MANJARREZ DE LA HOZ identificado(a) con CC No. 1193103140, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de GRUPO CONSTRUARQ S.A.S con NIT 901883169:

- Fecha de afiliación a la Caja: 11/03/2025.
- Fecha de ingreso a la empresa: 11/03/2025.

**José Leonardo González Vega**
**Jefe Sección Afiliación y Postulación.**

**Bogotá D.C. 11/03/2025**

Vigilado Supersubsidio

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

| No de Radicacion | Fecha de Radicación |
|---|---|
| 4014370457 | 1\|1\|0\|3\|2\|0\|2\|5 |

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

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

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

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

**4.Contribución Solidaria** — Si ☐ No ☒

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

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

**7.Codigo** (a registrar por la EPS) 1

**A. AFILIACIÓN**

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

| 8.Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| MANJARREZ<br>Primer apellido | DE LA HOZ<br>Segundo apellido | LUIS<br>Primer nombre | JAFET<br>Segundo nombre |

| 9.Tipo documento de Identidad | 10.Número del documento de Identidad | 11.Sexo biológico | 12.Sexo identificación |
|---|---|---|---|
| CC | 1193103140 | Femenino ☐ Masculino ☒ | F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual |

| 13. Nacionalidad | 14.Lugar Nacimiento | | | 15.Fecha Nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| COLOMBIA | Pais: COLOMBIA | Departamento: MAGDALENA | Municipio: FUNDACION | 2\|2\|0\|7\|2\|0\|0\|1 |

**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 |
|---|---|---|---|
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | | 1423500 | |

**26.Residencia**

| CR 6 188 B 34<br>Dirección | 3244964<br>Telefono fijo | 3244964755<br>Telefono celular | SOLUCIONESDBTCOMPANY@GMAIL.COM<br>Correo electronico |
|---|---|---|---|

| BOGOTA<br>Departamento | BOGOTA<br>Municipio/Distrito | USAQUÉN<br>Localidad / comuna | zona: 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 CALLE 98 - UOD CPO CALLE 98 | VSCALLE98 - UODCPO98 |
| 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) |
|---|---|---|---|
| GRUPO CONSTRUARQ S A S | NIT | 901883169 | 01 |

**59.Ubicación**

| CL 63 A 108 33<br>Dirección | 4798780<br>Teléfono fijo o celular | GRUPOCONSTRUARQSAS@GMAIL.COM<br>Correo electrónico | BOGOTA<br>Departamento | BOGOTA<br>Municipio/distrito |
|---|---|---|---|---|

| No de Radicacion |
|---|
| 4014370457 |



## 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\|1\|0\|3\|2\|0\|2\|5 | ☐ | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☒ **69.** Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☒ **70.** Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- ☐ **71.** Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- ☒ **72.** Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- ☒ **73.** Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- ☒ **74.** Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- ☒ **75.** Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- ☒ **76.** Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto
- ☐ **77.** Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes
- ☐ **78.** Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según encuesta del Sisbén vigente

## VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

**Apellidos y nombres**

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo documento de Identidad | Número documento de Identidad |
|---|---|
| ☐ | |

## IX. FIRMAS

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

## X. ANEXOS

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

  Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0
- ☐ **83.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **84.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **85.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ **86.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ **87.** Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ **88.** Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ **89.** Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ **90.** Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ **91.** Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

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

| 92. Identificación de la Entidad Territorial<br>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.**

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.106.948.917**

**GONZALEZ CRUZ**

APELLIDOS

**NELSON**

NOMBRES



Nelson Gonzalez C

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-OCT-1969**

**VILLETA**
**(CUNDINAMARCA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.77** ESTATURA | **A+** G.S. RH | **M** SEXO

**31-OCT-2006 PALOCABILDO**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALAN CARLOS SUAREZ LAGOS



P-2908700-61093569-M-1106948917-20190816 0067361600A 1 9909745143

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

No. 5028854

ORDONEZ CARIEL
APELLIDOS

JEAN CARLOS
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

M
SEXO

16800117
DNI Nro.

15-12-1980
FECHA DE NACIMIENTO

02-12-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO



COL

5028854

VISIBLES

FIRMA

E1305618

INDICE DERECHO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

Carlos Fernando García Manosalva
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL5028854<<0<<<<<<<<<<<<<<<
8012159M3105308VENE1305618<<<0
ORDONEZ<CARIEL<<JEAN<CARLOS<<<

Powered by CamScanner

República Bolivariana de Venezuela

Ministerio del Poder Popular para Relaciones Interiores, Justicia y Paz

Instituto Nacional de Transporte Terrestre

## Licencia para Conducir

C.I.: V-16.800.117



Apellidos: ORDOÑEZ CARIEL

Nombres: JEAN CARLOS

F. Nacimiento: 15/12/1980

Sexo: Masculino

Limitaciones:

F. Expedición: 08/03/2017

F. Vencimiento: 15/12/2027

Tipo: QUINTO 5



Venezuela

AHORA ES DE TODOS

## Drivers License - Patente di Guida
## Permis de Conduire - Führerschein

Tlf. Emergencia: 0412 0339304

Inf. Médica: NADA

Alérgico a: NADA

Grupo Sanguíneo: O

Factor RH: POSITIVO

IMPORTANTE: Esta Licencia autoriza a su portador para conducir la clase de vehículo en ella determinada, pero si sobreviene algún impedimento que incapacite física, mental o legalmente al titular o cuando el mismo conduzca en condiciones que pongan en peligro la seguridad del tránsito u ocasione daños a personas, podrá ser anulada, revocada o suspendida.

23131571104

231

7915546643149

B1717476

INTT

LA SOLICITUD DE RENOVACIÓN DE ESTA LICENCIA DEBERÁ SER EFECTUADA 60 DÍAS ANTES DE SU VENCIMIENTO

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
MINISTERIO DE AMBIENTE Y
DESARROLLO SOSTENIBLE

Libertad y Orden

RUNT

# CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 173782889

## DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

**Entidad que expide el certificado:** CDA AVENIDA SEXTA SAS

**NIT:** 900135773

**No. de Certificado de Acreditación:** 09-OIN-011-001

**Fecha de expedición:** 2024/06/13

**Fecha de vencimiento:** 2025/06/13

## DATOS VEHÍCULO

**PLACA:** GKA109

**CLASE:** CAMION

**MARCA:** DODGE

**MODELO:** 1979

**SERVICIO:** Particular

**COMBUSTIBLE:** DIESEL

**CILINDRAJE:** 5216

**NRO. MOTOR:** FD6024705

**NRO. CHASIS:** DT951817

**VIN:**

**LÍNEA:** D 300

**COLOR:** AZUL BRUMA

**NOMBRE PROPIETARIO:** ESNEIDER PINZON C.

**FIRMA DEL RESPONSABLE**

EDITH RANGEL ARIZA

# SOAT

**PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO**

**ASEGURADORA**

sura

890.903.407 – 9

| FECHA DE EXPEDICIÓN | | | | VIGENCIA | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | AÑO | MES | DÍA | | AÑO | MES | DÍA | | AÑO | MES | DÍA |
| | 2024 | 05 | 10 | DESDE LAS 00 HORAS DEL | 2024 | 05 | 11 | HASTA LAS 23:59 HORAS DEL | 2025 | 05 | 10 |

| No. DE PÓLIZA. | PLACA No. | CLASE DE VEHÍCULO | SERVICIO | CILINDRAJE/VATIOS | MODELO |
|---|---|---|---|---|---|
| 39184714 | GKA109 | CAMION | PARTICULAR | 5216 | 1979 |

| PASAJEROS | MARCA | CARROCERÍA |
|---|---|---|
| 2 | DODGE | |
| | LÍNEA VEHÍCULO: D300 | |

| No. MOTOR | No. CHASIS ó No. SERIE | No. VIN | CAPACIDAD TON. |
|---|---|---|---|
| FD6024705 | DT951817 | | 3000.0 |

| APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR | TELÉFONO DEL TOMADOR | TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | No.DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR |
|---|---|---|---|---|
| ESNEIDER PINZON | 3144017317 | CEDULA | 3087638 | |

| CÓDIGO DE ASEGURADORA | CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA | CLAVE PRODUCTOR | No. FORMULARIO | CIUDAD EXPEDICIÓN |
|---|---|---|---|---|
| AT1318 | 248 | 4999 | | |

| TARIFA | PRIMA SOAT | CONTRIBUCIÓN FOSYGA | TASA RUNT |
|---|---|---|---|
| 310 | $ 636,000 | $ 330,700 | $ 2,100 |

TOTAL A PAGAR $ 968,800

FIRMA AUTORIZADA

| AMPAROS POR VICTIMA | HASTA | |
|---|---|---|
| A. GASTOS MÉDICOS QUIRURGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS | 263,13[1] 701,68[2] | UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT) |
| B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS | 8,77 | |
| C. INCAPACIDAD PERMANENTE | HASTA 180 | SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES |
| D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS | 750 | |




**Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:**

- Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito lo pueden solicitar en cualquier momento.
- Recuerde validar que su póliza esté registrada en el RUNT
- Esté atento al momento en que deba renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas, la inmovilización del vehículo y en caso de accidente de tránsito el recobro por todos los costos de la atención de las victimas del accidente.
- Adquiera su SOAT en lugares autorizados.

**En caso de accidente de tránsito:**

- Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
- Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
- Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o la ADRES solo lo puede realizar la institución prestadora de servicios de salud.
- Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

**Modificación unilateral de la vigencia por duplicidad de amparos:**
La Aseguradora podrá modificar la vigencia de la póliza de forma unilateral y exclusivamente en beneficio del consumidor, en aquellos casos que se corrobore la existencia de duplicidad de amparos y pago de primas respecto del mismo vehículo. (Circular Externa 021 de 2017 – Superintendencia Financiera)

**Datos personales**
Autorizo a la compañía para que trate mis datos personales, incluso los de salud que son sensibles, con la finalidad de vincularme como tomador del contrato de seguro, incluyendo todas las acciones requeridas para el cumplimiento del mismo, así como para las demás finalidades incluidas en la política de tratamiento de datos personales, disponible en la página web de la aseguradora, donde se encuentran los canales para ejercer mis derechos a actualizar, rectificar, conocer y suprimir mis datos.

**Topes de cobertura gastos médicos**
**[1] Para las siguientes tarifas: 100, 110, 120, 140, 150, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 910, 920. Decreto 2644 de 2022.**
**[2] Para las demás tarifas no citadas en (1).**

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

## LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10024581630

| PLACA | MARCA | LÍNEA | MODELO |
|---|---|---|---|
| GKA109 | DODGE | D 300 | 1979 |

| CILINDRADA CC | COLOR | SERVICIO |
|---|---|---|
| 5.216 | AZUL BRUMA | PARTICULAR |

| CLASE DE VEHÍCULO | TIPO CARROCERÍA | COMBUSTIBLE | CAPACIDAD Kg/P&J |
|---|---|---|---|
| CAMION | ESTACAS | DIESEL | 3000 |

| NÚMERO DE MOTOR | REG | VIN |
|---|---|---|
| FD6024705 | N | ****** |

| NÚMERO DE SERIE | REG | NÚMERO DE CHASIS | REG |
|---|---|---|---|
| DT951817 | N | DT951817 | N |

| PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) | IDENTIFICACIÓN |
|---|---|
| PINZON CASAS ESNEIDER | C.C. 3087638 |

| | BLINDAJE | POTENCIA |
|---|---|---|
| | ****** | 0 |

| DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN | ME | FECHA IMPORT. | PUERTAS |
|---|---|---|---|
| 36488 | I | 16/11/1979 | 2 |

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

******

| FECHA MATRÍCULA | FECHA EXP. LIC. TTO. | FECHA VENCIMIENTO |
|---|---|---|
| 10/01/1980 | 24/11/2021 | ****** |

ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA TTEY MOV CUND/CAQUEZA

CDSISCO.08-01-21

LT07001186118

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 901784175 | 2 | AMBIENTALISTAS COLOMBIA VIDA 7 SAS ESP | B - MENOS DE 200 COTIZANTES | PRINCIPAL 1 | CALLE 75 # 69Q 21 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3203483584 | 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 | 1278984269 | 9481831835 | E | 2025/02/18 | 2025/02/19 | BANCO CAJA SOCIAL | 1 | $5,150,100 |

**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: PRINCIPAL 1 (15 Afiliados)** | | | | | | $17,603,950 | $2,818,100 | | | $20,450,950 | $818,900 | | | $19,718,192 | $790,100 | | | $20,450,950 | $719,000 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 9 Afiliados)** | | | | | | $12,716,600 | $2,035,700 | | | $12,716,600 | $509,200 | | | $12,189,672 | $488,400 | | | $12,716,600 | $654,300 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 9 Afiliados) | | | | | | $12,716,600 | $2,035,700 | | | $12,716,600 | $509,200 | | | $12,189,672 | $488,400 | | | $12,716,600 | $654,300 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 79058825 | BUSTOS SOCHA CARLOS JULIO | 25-14 | 30 | $1,423,500 | $227,800 | EPS008 | 30 | $1,423,500 | $57,000 | CCF21 | 30 | $1,300,000 | $52,000 | 14-11 | 30 | $1,423,500 | $99,100 | 30 | $0 | $0 |
| 2 | PT | 6484962 | CASTILLO VELA YORMAN ALBERTO | 230301 | 10 | $474,500 | $76,000 | EPS002 | 10 | $474,500 | $19,000 | CCF21 | 10 | $433,334 | $17,400 | 14-11 | 10 | $474,500 | $0 | 10 | $0 | $0 |
| 3 | PT | 6484962 | CASTILLO VELA YORMAN ALBERTO | 230301 | 20 | $949,000 | $151,900 | EPS002 | 20 | $949,000 | $38,000 | CCF21 | 20 | $949,000 | $38,000 | 14-11 | 20 | $949,000 | $66,100 | 20 | $0 | $0 |
| 4 | CC | 1106948917 | GONZALEZ CRUZ NELSON | 231001 | 10 | $474,500 | $76,000 | EPS002 | 10 | $474,500 | $19,000 | CCF21 | 10 | $433,334 | $17,400 | 14-11 | 10 | $474,500 | $0 | 10 | $0 | $0 |
| 5 | CC | 1106948917 | GONZALEZ CRUZ NELSON | 231001 | 20 | $949,000 | $151,900 | EPS002 | 20 | $949,000 | $38,000 | CCF21 | 20 | $949,000 | $38,000 | 14-11 | 20 | $949,000 | $66,100 | 20 | $0 | $0 |
| 6 | PT | 5028854 | ORDONEZ CARIEL JEAN CARLOS | 25-14 | 10 | $474,500 | $76,000 | EPS002 | 10 | $474,500 | $19,000 | CCF21 | 10 | $433,334 | $17,400 | 14-11 | 10 | $474,500 | $0 | 10 | $0 | $0 |
| 7 | PT | 5028854 | ORDONEZ CARIEL JEAN CARLOS | 25-14 | 20 | $949,000 | $151,900 | EPS002 | 20 | $949,000 | $38,000 | CCF21 | 20 | $949,000 | $38,000 | 14-11 | 20 | $949,000 | $66,100 | 20 | $0 | $0 |
| 8 | CC | 1003558077 | PEREZ ROA CRISTHIAN CAMILO | 230301 | 28 | $1,328,600 | $212,600 | EPS008 | 28 | $1,328,600 | $53,200 | CCF21 | 28 | $1,213,334 | $48,600 | 14-11 | 28 | $1,328,600 | $92,500 | 28 | $0 | $0 |
| 9 | SC | 8027754 | POLANCO ORTIZ JOSE VICENTE | 230301 | 10 | $474,500 | $76,000 | EPSC34 | 10 | $474,500 | $19,000 | CCF21 | 10 | $433,334 | $17,400 | 14-11 | 10 | $474,500 | $0 | 10 | $0 | $0 |
| 10 | SC | 8027754 | POLANCO ORTIZ JOSE VICENTE | 230301 | 20 | $949,000 | $151,900 | EPSC34 | 20 | $949,000 | $38,000 | CCF21 | 20 | $949,000 | $38,000 | 14-11 | 20 | $949,000 | $66,100 | 20 | $0 | $0 |
| 11 | CC | 1083467866 | ROMERO OROZCO CRISTIAN MANUEL | 230301 | 10 | $474,500 | $76,000 | EPS002 | 10 | $474,500 | $19,000 | CCF21 | 10 | $433,334 | $17,400 | 14-11 | 10 | $474,500 | $0 | 10 | $0 | $0 |
| 12 | CC | 1083467866 | ROMERO OROZCO CRISTIAN MANUEL | 230301 | 20 | $949,000 | $151,900 | EPS002 | 20 | $949,000 | $38,000 | CCF21 | 20 | $949,000 | $38,000 | 14-11 | 20 | $949,000 | $66,100 | 20 | $0 | $0 |
| 13 | PT | 1261247 | SANTIAGO MENDOZA JOSE LUIS | 230301 | 10 | $474,500 | $76,000 | EPS005 | 10 | $474,500 | $19,000 | CCF21 | 10 | $433,334 | $17,400 | 14-11 | 10 | $474,500 | $0 | 10 | $0 | $0 |
| 14 | PT | 1261247 | SANTIAGO MENDOZA JOSE LUIS | 230301 | 20 | $949,000 | $151,900 | EPS005 | 20 | $949,000 | $38,000 | CCF21 | 20 | $949,000 | $38,000 | 14-11 | 20 | $949,000 | $66,100 | 20 | $0 | $0 |
| 15 | CC | 1014480755 | TABARES LANDINEZ JOSE ORLANDO | 25-14 | 10 | $474,500 | $76,000 | EPS002 | 10 | $474,500 | $19,000 | CCF21 | 10 | $433,334 | $17,400 | 14-11 | 10 | $474,500 | $0 | 10 | $0 | $0 |
| 16 | CC | 1014480755 | TABARES LANDINEZ JOSE ORLANDO | 25-14 | 20 | $949,000 | $151,900 | EPS002 | 20 | $949,000 | $38,000 | CCF21 | 20 | $949,000 | $38,000 | 14-11 | 20 | $949,000 | $66,100 | 20 | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL2 ( 4 Afiliados)** | | | | | | $3,463,850 | $554,500 | | | $4,887,350 | $195,700 | | | $4,763,852 | $190,900 | | | $4,887,350 | $18,300 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 4 Afiliados) | | | | | | $3,463,850 | $554,500 | | | $4,887,350 | $195,700 | | | $4,763,852 | $190,900 | | | $4,887,350 | $18,300 | | $0 | $0 |
| 17 | CC | 53052222 | HERRERA HERNANDEZ DIANA MARIA | 230301 | 10 | $474,500 | $76,000 | EPS002 | 10 | $474,500 | $19,000 | CCF21 | 10 | $433,334 | $17,400 | 14-11 | 10 | $474,500 | $0 | 10 | $0 | $0 |
| 18 | CC | 53052222 | HERRERA HERNANDEZ DIANA MARIA | 230301 | 20 | $949,000 | $151,900 | EPS002 | 20 | $949,000 | $38,000 | CCF21 | 20 | $949,000 | $38,000 | 14-11 | 20 | $949,000 | $5,000 | 20 | $0 | $0 |
| 19 | CC | 1014206156 | JORAQUIRA VELANDIA MARYLUZ | 230201 | 30 | $1,423,500 | $227,800 | EPS002 | 30 | $1,423,500 | $57,000 | CCF21 | 30 | $1,423,500 | $57,000 | 14-11 | 30 | $1,423,500 | $7,500 | 30 | $0 | $0 |
| 20 | PT | 1261023 | LOZADA MENDOZA DANIEL ENRIQUE | | 0 | $0 | $0 | EPS002 | 10 | $474,500 | $19,000 | CCF21 | 10 | $433,334 | $17,400 | 14-11 | 10 | $474,500 | $0 | 10 | $0 | $0 |
| 21 | PT | 1261023 | LOZADA MENDOZA DANIEL ENRIQUE | | 0 | $0 | $0 | EPS002 | 20 | $949,000 | $38,000 | CCF21 | 20 | $949,000 | $38,000 | 14-11 | 20 | $949,000 | $5,000 | 20 | $0 | $0 |
| 22 | CC | 1070709084 | MORA BUSTOS LIZ YINETH | 230301 | 10 | $474,500 | $76,000 | EPS008 | 10 | $474,500 | $19,000 | CCF21 | 10 | $433,334 | $17,400 | 14-11 | 10 | $474,500 | $0 | 10 | $0 | $0 |
| 23 | CC | 1070709084 | MORA BUSTOS LIZ YINETH | 230301 | 3 | $142,350 | $22,800 | EPS008 | 3 | $142,350 | $5,700 | CCF21 | 3 | $142,350 | $5,700 | 14-11 | 3 | $142,350 | $800 | 3 | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL3 ( 2 Afiliados)** | | | | | | $1,423,500 | $227,900 | | | $2,847,000 | $114,000 | | | $2,764,668 | $110,800 | | | $2,847,000 | $46,400 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 2 Afiliados) | | | | | | $1,423,500 | $227,900 | | | $2,847,000 | $114,000 | | | $2,764,668 | $110,800 | | | $2,847,000 | $46,400 | | $0 | $0 |
| 24 | CC | 20715481 | BUSTOS CASAS OLGA YANETH | 230301 | 10 | $474,500 | $76,000 | EPS008 | 10 | $474,500 | $19,000 | CCF21 | 10 | $433,334 | $17,400 | 14-11 | 10 | $474,500 | $0 | 10 | $0 | $0 |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

| 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 |
| 25 | CC | 20715481 | BUSTOS CASAS OLGA YANETH | 230301 | 20 | $949,000 | $151,900 | EPS008 | 20 | $949,000 | $38,000 | CCF21 | 20 | $949,000 | $38,000 | 14-11 | 20 | $949,000 | $23,200 | 20 | $0 | $0 |
| 26 | PT | 6377957 | RUIZ MOLINA YESLEIDY YORALDY | | 0 | $0 | $0 | EPS002 | 10 | $474,500 | $19,000 | CCF21 | 10 | $433,334 | $17,400 | 14-11 | 10 | $474,500 | $0 | 10 | $0 | $0 |
| 27 | PT | 6377957 | RUIZ MOLINA YESLEIDY YORALDY | | 0 | $0 | $0 | EPS002 | 20 | $949,000 | $38,000 | CCF21 | 20 | $949,000 | $38,000 | 14-11 | 20 | $949,000 | $23,200 | 20 | $0 | $0 |
| **Total** | | | **Afiliados( 15)** | | | **$17,603,950** | **$2,818,100** | | | **$20,450,950** | **$818,900** | | | **$19,718,192** | **$790,100** | | | **$20,450,950** | **$719,000** | | **$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 901784175 | 2 | AMBIENTALISTAS COLOMBIA VIDA 7 SAS ESP | B - MENOS DE 200 COTIZANTES | PRINCIPAL 1 | CALLE 75 # 69Q 21 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3203483584 | 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 | 1278984269 | 9481831835 | E | 2025/02/18 | 2025/02/19 | BANCO CAJA SOCIAL | 1 | $5,150,100 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 4) | | | | 13 | $2,818,100 | $2,100 | $0 | $2,820,200 |
| COLFONDOS | 231001 | 800,227,940 | 6 | 1 | $227,900 | $200 | $0 | $228,100 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 3 | $683,600 | $500 | $0 | $684,100 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 8 | $1,678,800 | $1,200 | $0 | $1,680,000 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 1 | $227,800 | $200 | $0 | $228,000 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 15 | $719,000 | $500 | $0 | $719,500 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 15 | $719,000 | $500 | $0 | $719,500 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 15 | $790,100 | $600 | $0 | $790,700 |
| CAFAM | CCF21 | 860,013,570 | 3 | 15 | $790,100 | $600 | $0 | $790,700 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 4) | | | | 15 | $818,900 | $800 | $0 | $819,700 |
| CAPITAL SALUD | EPSC34 | 900,298,372 | 9 | 1 | $57,000 | $100 | $0 | $57,100 |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 4 | $191,900 | $200 | $0 | $192,100 |
| SALUD TOTAL | EPS002 | 800,130,907 | 4 | 9 | $513,000 | $400 | $0 | $513,400 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $57,000 | $100 | $0 | $57,100 |
| **TOTAL** | | | | **15** | **$5,146,100** | **$4,000** | **$0** | **$5,150,100** |

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 | 901510653-6 | CENTRAL POWER SAS | CL 6 1-75 ESTE | 3143144342 | jesusospina@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| SUCURSAL | C – MIPYME | PRINCIPAL / PPAL | CUNDINAMARCA | MADRID | | SI |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | | | | 5 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-03 | 2025-02 | E | 11/03/2025 | 84922964 | $2.956.000 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 57.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 57.000 | 1 |
| EPS017 | Famisanar EPS | 830003564-7 | 57.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 57.000 | 1 |
| EPS037 | Nueva EPS | 900156264-2 | 394.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 394.000 | 3 |

**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 | 227.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 227.800 | 1 |
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 455.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 455.600 | 2 |
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 1.120.000 | 0 | 0 | 35.000 | 35.000 | 0 | 0 | | 1.190.000 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 66.600 | | | | 66.600 | 0 | 0 | 66.600 | | | 666 | 66.600 | 5 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF22 | Colsubsidio | 860007336-1 | 508.000 | 0 | 0 | 508.000 | 5 |

**TOTALES PARAFISCALES**

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

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 3 | 508.000 | 508.000 |
| Pensión | 3 | 1.873.400 | 1.873.400 |
| Riesgos Laborales | 1 | 66.600 | 66.600 |
| CCF | 1 | 508.000 | 508.000 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 8 | 2.956.000 | 2.956.000 |

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 | 901510653-6 | CENTRAL POWER SAS | | CL 6 1-75 ESTE | 3143144342 | jesusospina@hotmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| SUCURSAL | C – MIPYME | PRINCIPAL | PPAL | CUNDINAMARCA | MADRID | 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 |
| | | | | | 5 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-03 | 2025-02 | E | 11/03/2025 | 84922964 | $2.956.000 | |

## 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 | 1010214736 | ALVAREZ BARRERA LAURA LILIANA | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.423.500 | 227.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS037 | 1.423.500 | 57.000 | 14-11 | 1.423.500 | 1 | 7.500 | CCF22 | 1.423.500 | 57.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2 | CC | 1023863273 | MERLO PINZON RICARDO | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.423.500 | 227.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS017 | 1.423.500 | 57.000 | 14-11 | 1.423.500 | 1 | 7.500 | CCF22 | 1.423.500 | 57.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3 | CC | 1073681036 | VERDUGO CORTES ERIKA JOHANNA | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1.423.500 | 227.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS037 | 1.423.500 | 57.000 | 14-11 | 1.423.500 | 1 | 7.500 | CCF22 | 1.423.500 | 57.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 4 | CC | 3179048 | MERLO ACOSTA JORGE ALBERTO | 1 | 5 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.423.500 | 57.000 | 14-11 | 1.423.500 | 1 | 7.500 | CCF22 | 1.423.500 | 57.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 5 | CC | 71682045 | ALVAREZ OSPINA ERNESTO | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 7.000.000 | 1.120.000 | 0 | 0 | 35.000 | 35.000 | EPS037 | 7.000.000 | 280.000 | 14-11 | 7.000.000 | 1 | 36.600 | CCF22 | 7.000.000 | 280.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



## DATOS GENERALES

| TIPO | NUMERO | NOMBRE O RAZON SOCIAL | TIPO PRESENTACION (U C S D) | SUCURSAL / DEPENDENCIA | CODIGO |
|---|---|---|---|---|---|
| NI | 900612250-6 | APLICACIONES COLOMBIA SAS | S | PRINCIPAL | PPAL |

**PERIODOS DE COTIZACION**

| SALUD MES | SALUD AÑO | PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES | PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO |
|---|---|---|---|
| 2025 | 3 | 2025 | 8454095 |

| NUMERO RADICACION | TIPO EMPRESA | CLASE DE APORTANTE | CODIGO ARL | CODIGO OPERADOR |
|---|---|---|---|---|
| | PRIVADA | PEQUEÑO | 14-11 | 83 |

| DIRECCION | CIUDAD/MUNICIPIO | CODIGO | DEPARTAMENTO | CODIGO | TELEFONO | FAX | CORREO ELECTRONICO | ACTIVIDAD ECONOMICA | VALOR NOMINA | TOTAL EMPLEADOS | FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd) | No. AUTORIZACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Finca Chamicera- vereda Mancilla | FACATATIVÁ | 25269 | CUNDINAMARCA | 25 | 3102681638 | | aplicacionescolombia@gmail.com | 4290 | 1.500.000 | 1 | 2025/03/13 | 1333031191 |

## TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

| COD EPS | NIT EPS | COTIZACION OBLIGATOR | UPC ADICIONAL | INCAPACIDADES No.AUTOR | INCAPACIDADES VALOR | LIC.MATERNIDAD No.AUT | LIC.MATERNIDAD VALOR | NETO COTIZAC | DIAS MORA | INTERESES MORA OBL | INTERESES MORA UPC | SUBTOTAL COTIZACION | SUBTOTAL UPC ADIC. | No. RADIC SALDO A FAVOR | SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG | SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL | TOTAL A PAGAR | No. AFIL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS008 | 860066942-7 | 60.000 | 0 | | 0 | | 0 | 60.000 | 0 | 0 | 0 | 60.000 | 0 | | 0 | 0 | 60.000 | 1 |

## TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

| COD AFP | NIT AFP | COTIZ OBLIGAT | COTIZ VOL AFILIADO | COTIZ VOL APORTANT | FONDO SOLI PENS | DIAS MORA | INTERES MORA COTIZ | INTERES MORA FONDO | TOTAL A PAGAR | No. AFIL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

## TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

| COD CCF | NIT CCF | VALOR APORTE | DIAS MORA | INTERESES MORA | TOTAL A PAGAR | No. AFIL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF22 | 860007336-1 | 60.000 | 0 | 0 | 60.000 | 1 |

## TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

| CONC | VALOR | DIAS MORA | INT MORA | TOTAL A PAGAR | No. AFIL |
|---|---|---|---|---|---|
| ICBF | | | | | |
| 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| SENA | | | | | |
| 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

## TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

| COD ARL | NIT ARL | COTIZ OBLIGAT | INCAPACIDADES No.AUTORIZ | INCAPACIDADES VALOR | APORTES OTROS RIESG | VALOR NETO COTIZACION |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-11 | 890903790-5 | 104.400 | | 0 | 0 | 104.400 |
| **DIAS MORA** | **INTERES MORA COTI** | **SUBTOTAL APORT COTIZ** | **No. RADICAC SALDO A FAVOR** | **SALDO A FAVOR** | **FONDO SOLIDARIDAD** | **TOTAL A PAGAR** |
| 0 | 0 | 104.400 | | 0 | 1.044 | 104.400 |

## NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS

| | |
|---|---|
| PENSIONES | 0 |
| SALUD | 1 |
| RIESGOS LABORALES | 1 |
| CAJAS DE COMPENSACION | 1 |
| OTRAS | 0 |
| TOTAL | 3 |

## TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

| VALOR | DIAS MORA | INT MORA FONDO | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|

## TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

| VALOR | DIAS MORA | INT MORA FONDO | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|

## TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA

| TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA | ANTES DE IGE,LMA,IRP Y MORA | VALOR TOTAL |
|---|---|---|
| PENSIONES | 0 | 0 |
| SALUD | 60.000 | 60.000 |
| RIESGOS LABORALES | 104.400 | 104.400 |
| CCF | 60.000 | 60.000 |
| SENA | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 |
| MINISTERIO DE EDUCACION | 0 | 0 |
| GRAN TOTAL | 224.400 | 224.400 |

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

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

| DATOS DEL AFILIADO | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | VALOR IBC | | | | | | | LIQUIDACION DE APORTES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| № | TIPO | NUMERO | APELLIDOS Y NOMBRES | COD EPS | COD AFP | COD CAJA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VTE | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | NUEVA EPS | NUEVA AFP | IBC SALUD | IBC PENSION | IBC CAJAS | IBC RIESGOS | SUBTIPO COTIZANTE | EXTRANJERO | COLOMBIANO EN EXTERIOR | COTIZ PENSION | FONDO SOLIDAR PENSION | APORTE VOLUNT PENSION | COTIZ SALUD | UPC ADICIONAL |
| 1 | CC | 11429848 | GUTIERREZ MORALES MARIO ALBERTO | EPS008 | | CCF22 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1.500.000 | 0 | 1.500.000 | 1.500.000 | 3 | | | 0 | 0 | 0 | 60.000 | 0 |

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

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

## POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

## HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **CARLOS FERNANDO PERDOMO YUNDA** identificado con **CC** No. **1006502375**, registra la siguiente información.

| Datos del Empleador | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| CONTRATAR SAS - NI. 900332538 | **Fecha de inicio de cobertura :** 22/02/2025<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE<br>**Clase de Riesgo:** 5 |

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501013446614.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 14 días del mes de marzo de 2025.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

APO_13_2_2_FR01 v_03

MIS_4_1_3_FR15 v_010


.00
00404950O
REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha
ICCOL00404950000100l<<<<<<<<<<<
0103266M3209206COL1006502375<9
PERDOMO<YUNDA<<CARLOS<FERNANDO


CÉDULA DE CIUDADANÍA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 1.006.502.375
Apellidos
PERDOMO YUNDA
Nombres
CARLOS FERNANDO
Nacionalidad
COL
Estatura
1.71
Sexo
M
Fecha de nacimiento
26 MAR 2001
G.S.
O+
Lugar de nacimiento
FLORENCIA (CAQUETA)
Fecha y lugar de expedición
13 MAYO 2019, MEDELLIN
Firma
Carlos Perdomo Yunda
Fecha de expiración
20 SEPT 2032

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

**En su condición de administradora del**

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**CARLOS FERNANDO PERDOMO YUNDA,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.006.502.375**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 14 de Marzo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

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

Hogar infantil - San José - Correo

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

| No. de Radicación | Fecha de Radicación |
|---|---|
| | D D M M A A A A |

184932078

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

## I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación — B. Reporte de Novedades ✓
2. Tipo de Afiliación: A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia ✓ — B. Colectiva — D. De Oficio - Beneficiario o Afiliado adicional — C. Institucional
3. Régimen: A. Contributivo — B. Subsidiado ✓
4. Tipo de Afiliado: A. Cotizante ✓ — B. Cabeza de Familia — C. Beneficiario
5. Tipo de Cotizante: A. Dependiente ✓ — B. Independiente — C. Pensionado
Código (a registrar por la EPS)

## A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| Perdomo | Yurda | Carlos | Fernando |

7. Tipo de documento de identidad: CN — TI — CE — CD — RC — CC ✗ — PA — SC
8. Número del documento de identidad: 1006502375
9. Sexo: Femenino — Masculino ✓
10. Fecha de nacimiento: 26/03/2001

### III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia
12. Discapacidad — Tipo F N M — Condición T P
13. Puntaje SISBÉN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Positiva
16. Administradora de Pensiones: Porvenir
17. Ingreso base de cotización - IBC: 1423-500
18. Residencia — Dirección: Cl 33D #02 Este-31 — Teléfono Fijo
Teléfono Celular — Correo Electrónico
Municipio / Distrito: Florencia — Zona: Urbana ✓ Rural — Localidad / Comuna — Departamento: Caquetá

### 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: CN — TI — CE — CD — RC — CC — PA — SC
21. Número del documento de identidad
22. Sexo: Femenino — Masculino
23. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

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

24. Apellidos y nombres

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

Datos Complementarios

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

| | 30. Etnia | 31. Discapacidad Tipo | Condición | 32. Datos de Residencia Municipio/Distrito | Zona | Departamento | Teléfono Fijo y/o Celular | 33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | F N M | T P | | Urbana Rural | | | |
| B2 | | F N M | T P | | Urbana Rural | | | |
| B3 | | F N M | T P | | Urbana Rural | | | |
| B4 | | F N M | T P | | Urbana Rural | | | |
| B5 | | F N M | T P | | Urbana Rural | | | |

Selección de la IPS Primaria

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

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

OFIX 1002644458 Sku 23572

Powered by CamScanner

Negar / Infantil · Sanos · Carlos

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

| 35. Nombre o razón social | 36. Tipo documento de Identificación | 37. Número del documento de Identificación | 38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| Contratar | NIT X TI CE CC PA CD | 900332538 | Dependiente |

39. Ubicación

Dirección: Cll 10 #9A-45 — Teléfono Fijo:

Correo Electrónico: contratarsas79@outlook.com — Municipio / Distrito: Florenaa — Departamento: Caqueta

## 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
- [X] 9 Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10 Terminacion de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11 Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12 Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13 Movilidad — [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14 Traslado — [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15 Reporte 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 |
|---|---|---|---|---|
| CN TI CE CD RC CC PA SC | | Femenino Masculino | D D M M A A A A | 2 2 0 2 2 0 2 5 |

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

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

## VIII. FIRMAS

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

## IX. ANEXOS

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

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

| 66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio | Código del Departamento | 67. Datos del SISBÉN: Numero de 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 | Numero de documento de identidad | 71. Firma del Funcionario |
|---|---|---|
| | | |

**Observaciones:**

E.P.S. Sanitas

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de la declaración de la EPS contenida en el capítulo VII del formulario

| Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial | Sello de Radicación | Sticker procesamiento |
|---|---|---|
| Sandra Garaa. | 26 FEB 2025 | |

Powered by CamScanner

# Certificado Medico Ocupacional

**Fecha/Hora EXAMEN**
14/03/2025 4:30 p. m.

**Clase de Certificado**
**Evaluación Médica Pre-Ocupacional o de Ingreso**

**FLORENCIA - CAQUETA**

Licencia 00369 de 20 de Noviembre de 2017 expedida por la Secretaria Deptal del Caqueta

## CARLOS FERNANDO PERDOMO YUNDA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Documento | **1006502375** | ◉ Masculino | ○ Femenino |
| Fecha Nacimiento | ***26-mar.-01*** | Lugar | ***FLORENCIA*** |
| Dirección | ***PALERMO*** | | |
| Teléfono/Movil | ***(310)772-71-20*** | ***FLORENCIA, CAQUETA*** | |
| Tipo Sangre - RH | | Estado Civil | ***Soltero/a*** |
| Escolaridad | ***Secundaria*** | | |
| Empresa | ***CONTRATAR S.A.S*** | | |
| Cargo | ***INGENIERO(A)*** | | |

**Clase de Examen Ocupacional**
VALORACION POR TELEMEDICINA

**20250314001006502375 01**

| EPS: | ARL: Otros | AFP: Otros |
|---|---|---|

## EXAMENES PARACLINICOS OCUPACIONALES

## PRUEBAS ADICIONALES REQUERIDAS PARA EL CARGO

## CONDUCTAS

### MANEJO POR EPS Y ARL, CONDUCTAS OCUPACIONALES

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CONTROL PYP EPS | ☐ | REMISION ARL PARA MANEJO DE CASO | ☐ | HIGIENE POSTURAL | ☑ |
| REMISION A EPS | ☐ | SEGUIMIENTO CASO ARL | ☐ | USO EPP | ☑ |
| CONTINUAR MANEJO MEDICO | ☐ | CONTROL PERIODICO OCUPACIONAL | ☑ | USO AYUDAS ERGONOMICAS | ☐ |
| | | | | PRUEBAS COMPLEMENTARIAS | ☐ |

### HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

| | | | |
|---|---|---|---|
| DIETA | ☑ | REDUCIR ALCOHOL | ☑ |
| EJERCICIOS REGULAR | ☑ | PAUSAS ACTIVAS | ☑ |
| NO FUMAR | ☑ | | |

## CONCEPTO DE APTITUD PARA EL OFICIO

| Clasificacion Consulta | Nivel Consulta | CONCEPTO |
|---|---|---|
| **Evaluación Médica Pre-Ocupacional o de Ingreso** | **VALORACION POR TELEMEDICINA** | **SIN RESTRICCIONES** |

## DIAGNOSTICO Y RECOMENDACIONES

OBSERVACIONES: EXAMEN OSTEOMUSCULAR NORMAL...

RESTRICCIONES-LIMITACIONES: NO

RECOMENDACIONES: SE EDUCA EN HIGIENE POSTURAL (MANEJO DE CARGAS EN SITIO DE TRABAJO Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL INDICADOS POR LA EMPRESA); HIGIENE VISUAL (PROTECCION OCULAR CONTRA USO DE COMPUTADORA Y EXPOSICION A PARTICULAS POLVOS U OTROS); HIGIENE AUDITIVA (EVITAR USO DE DISPOSITIVOS A ALTO VOLUMEN, RUIDO CONTINUO Y REALIZAR REPOSO AUTIVIO EXTRALABORAL POR AL MENOS 8 HORAS). CUMPLIR CON ACTIVIDADES DE SST DE LA EMPRESA. RECOMENDACIONES SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES (DIETA HIPOGRASA, AUMENTO DE CONSUMO DE FRUTAS Y VEGETALES FRESCOS Y LAVADOS; LAVADO DE MANOS PREVIO, DURANTE Y POSTERIOR A MANIPULACION DE ALIMENTOS, EVITAR HABITOS TOXICOS: SEDENTARISMO-TABAQUISMO-ALCOHOLISMO). MANTENER LIMPIAS LAS HERRAMIENTAS DE TRABAJO Y LAS SUPERFICIES DE TRABAJO. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS POR AL MENOS 5 MINUTOS EN SU TRABAJO. DURANTE ENDEMIA POR COVID - 19 USO TAPABOCA SEGUN ESTIPULADO POR MINISTERIO DE SALUD, LAVADO DE MANOS. RECORDAR VACUNACION CONTRA COVID 19 ACORDE A FASE DE VACUNACION EN COLOMBIA.CONTROL NUTRICION EPS.

AUTORIZO AL PROFESIONAL, MENCIONADO EN ESTE DOCUMENTO, A REALIZAR LOS PROCEDIMIENTOS PERTINENTES PARA EL EXAMEN MEDICO Y/O PARACLINICOS OCUPACIONALES REGISTRADOS EN ESTA EVALUACION MEDICA, TENIENDO DE ANTEMANO CLARIDAD SOBRE EL OBJETIVO DE ESTE EXAMEN. LA REALIZACION DE LAS PRUEBAS REQUERIDAS PARA ESTE EXAMEN FUERON REALIZADAS DE FORMA VOLUNTARIA Y SIN NINGUNA COACCION POR PARTE DE TERCEROS, TENIENDO LA OPORTUNIDAD DE CANCELAR DICHO PROCESO EN CUALQUIER MOMENTO. LA EMPRESA FUNDADORES ME HA ACLARADO QUE DICHA INFORMACION VA A SER DE TIPO CONFIDENCIAL. CERTIFICO QUE NO OMITI NINGUN DATO RELEVANTE SOBRE MIS ANTECEDENTES OCUPACIONALES, PERSONALES Y FAMILIARES QUE PUDIESEN INFLUIR SOBRES MI ESTADO DE SALUD Y QUE TODA LA INFORMACION QUE HE EXPRESADO, PARA LA ELABORACION DE ESTE DOCUMENTO, ES CIERTA, ADEMAS AUTORIZO EL ENVIO DE ESTE INFORME A MI EMPLEADOR.

Oneldis De Luque Brito

**ONELDIS DE LUQUE BRITO**
**RM:44398/2008 Lic. S.O 0002 /2023**
FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

**CARLOS FERNANDO PERDOMO YUNDA**
P ENTE CC: 1006502375

REPUBLICA DE COLOMBIA

**FORMATO ÚNICO**

# HOJA DE VIDA

**Persona Natural**

**(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)**

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO O DE CASADA | NOMBRES |
|---|---|---|
| **PERDOMO** | **YUNDA** | **CARLOS FERNANDO** |

**C.C.** ◉ **C.E.** ○ **PAS** ○ 1,006,502,375 — SEXO: **F** **M** **X** — NACIONALIDAD: **COLOMBIANO**

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE — N° — D.M.:

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 26 MES 03 AÑO 01

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: CAQUETA

MUNICIPIO: FLORENCIA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: DIAGONAL 45D 16A -50 PALERMO, BOGOTA DC

PAÍS: COLOMBIA — DEPTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO: BOGOTA DC

TELÉFONO: 3107727120 — EMAIL: carlospy04@gmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

**EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA**

MARQUE CON UNA X EL ULTIMO GRADO APROBADO ( LOS GRADOS 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA

| *EDUCACIÓN BÁSICA* | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *PRIMARIA* | | | | | *SECUNDARIA* | | | | *MEDIA* | *FECHA DE GRADO* | |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10o. | 11o. | MES DICIEMBRE AÑO 2018 |
| | | | | | | | | | | **X** | |

**EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

**TC** (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

**ES** (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGÍSTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NUMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

| MODALIDAD ACADÉMICA | NO. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO SI | GRADUADO NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO | TERMINACIÓN MES | TERMINACIÓN AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| UN | 11 | | X | INGENIERO CIVIL | 9 | 2025 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR **[R]**, BIEN **[B]**, O MUY BIEN **[MB]**

| IDIOMA | LO HABLA R | LO HABLA B | LO HABLA MB | LO LEE R | LO LEE B | LO LEE MB | LO ESCRIBE R | LO ESCRIBE B | LO ESCRIBE MB |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| INGLES | | X | | | X | | | X | |
| FRANCES | | | | | | | | | |

**FORMATO ÚNICO**

# HOJA DE VIDA

**Persona Natural**

**(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)**

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

**EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE**

| EMPRESA O ENTIDAD | PUBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| CONTRATAR S.A.S. | | X | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| CUNDINAMARCA | BOGOTA DC | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DIA 17 MES 3 AÑO 2025 | DIA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| AUXILIAR DE INGENIERIA DE OBRA | INGENIERIA DE OBRA | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PUBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| CONSTRUCTORA CIMIENTOS BPM SAS | | X | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| CAQUETA | FLORENCIA | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DIA 17 MES 5 AÑO 2024 | DIA 19 MES 7 AÑO 2024 |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| AUXILIAR DE INGENIERIA Y SUPERVISION | SUPERVISION TECNICA | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PUBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| SECRETARÍA DE PLANEACIÓN Y ORDENAMIENTO TERRITORIAL DE LA ALCALDÍA DE FLORENCIA | X | | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| CAQUETA | FLORENCIA | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DIA 28 MES 3 AÑO 2024 | DIA 17 MES 5 AÑO 2024 |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| AUXILIAR ADMINISTRATIVO | PLANEACION MUNICIPAL | |

**NOTA:** SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

**FORMATO ÚNICO**

# HOJA DE VIDA

**Persona Natural**

**(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)**

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

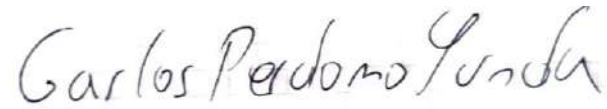
INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN AÑOS Y MESES.

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PUBLICO | | 2 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | | 2 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | | 2 |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | | **6** |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ○ NO ◉ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PUBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTICULO 5o. DE LA LEY 190/95).



**FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA**

## 6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

**NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS**

# ANEXO #03

# CERTIFICADO DE DISPOSICIÓN FINAL

Emitido por:
**CENTRO DE GESTION SOSTENIBLE S.A.S. E.S.P**
Nit: 901483038-1

**CERTIFICADO N° 113026082**

En las instalaciones de la planta de disposición final de residuos del **CENTRO DE GESTION SOSTENIBLE S.A.S. E.S.P**, con Licencia Ambiental **N° 20217000362 de 26 de agosto de 2021**, otorgada por la Corporación Autónoma Regional de Cundinamarca – CAR, ubicada en el **KM 4 VIA MOSQUERA - LA MESA LT 7 VDA BALSILLAS** ,se recibieron del generador **CONSORCIO PC** identificado con el NIT **901769884-3** ubicado en **CL 129 B 54 20 OF 24 RECOLECCION EN MEDICINA LEGAL**, los residuos relacionados a continuación:

| N° Manifiesto | Fecha de recepción | Residuo | Cantidad | Unidad | Tipo de manejo | Corriente |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **23015** | **2025-02-20** | RESIDUOS SOLIDOS CONTAMINADOS | **3.560,00** | **kg** | Disposición directa en celda de seguridad-Peligrosos | A3200 |

Los residuos anteriormente relacionados, fueron transportados por **AMBIENTALISTAS COLOMBIA VIDA 7 SAS ESP**, identificado con NIT/ID **901784175-2**,

El presente documento se expide a los **20** días del mes **febrero** del año **2025**, para certificar la disposición final de los residuos anteriormente relacionados. Cualquier duda o información adicional relacionada con este certificado, podrá ser consultada a través de nuestra línea de servicio al cliente.

Cordialmente



**Darly Torres**
**Coordinador Operativo**

VERIFICA AUTENTICIDAD DEL ACTA

**CENTRO DE GESTION SOSTENIBLE S.A.S. E.S.P**
**NIT 901483038-1**
**KM 4 VIA MOSQUERA - LA MESA LT 7 VDA BALSILLAS**
**MOSQUERA, CUNDINAMARCA – Colombia**
**TEL: 3103255817**

***Centro de Gestión Sostenible S.A.S E.S.P es una empresa relacionada con Ciudad Limpia**

# ANEXO #04

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
MINISTERIO DE AMBIENTE Y
DESARROLLO SOSTENIBLE

Libertad y Orden

RUNT

# CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 173782889

## DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

**Entidad que expide el certificado:** CDA AVENIDA SEXTA SAS

**NIT:** 900135773

**No. de Certificado de Acreditación:** 09-OIN-011-001

**Fecha de expedición:** 2024/06/13

**Fecha de vencimiento:** 2025/06/13

## DATOS VEHÍCULO

**PLACA:** GKA109

**CLASE:** CAMION

**MARCA:** DODGE

**MODELO:** 1979

**SERVICIO:** Particular

**COMBUSTIBLE:** DIESEL

**CILINDRAJE:** 5216

**NRO. MOTOR:** FD6024705

**NRO. CHASIS:** DT951817

**VIN:**

**LÍNEA:** D 300

**COLOR:** AZUL BRUMA

**NOMBRE PROPIETARIO:** ESNEIDER PINZON C.

**FIRMA DEL RESPONSABLE**

EDITH RANGEL ARIZA

# SOAT

**PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO**

**ASEGURADORA**

sura

890.903.407 – 9

| FECHA DE EXPEDICIÓN | | | | VIGENCIA | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | AÑO | MES | DÍA | | AÑO | MES | DÍA | | AÑO | MES | DÍA |
| | 2024 | 05 | 10 | DESDE LAS 00 HORAS DEL | 2024 | 05 | 11 | HASTA LAS 23:59 HORAS DEL | 2025 | 05 | 10 |

| No. DE PÓLIZA. | PLACA No. | CLASE DE VEHÍCULO | SERVICIO | CILINDRAJE/VATIOS | MODELO |
|---|---|---|---|---|---|
| 39184714 | GKA109 | CAMION | PARTICULAR | 5216 | 1979 |

| PASAJEROS | MARCA | CARROCERÍA |
|---|---|---|
| 2 | DODGE | |
| | LÍNEA VEHÍCULO: D300 | |

| No. MOTOR | No. CHASIS ó No. SERIE | No. VIN | CAPACIDAD TON. |
|---|---|---|---|
| FD6024705 | DT951817 | | 3000.0 |

| APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR | TELÉFONO DEL TOMADOR | TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | No.DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR |
|---|---|---|---|---|
| ESNEIDER PINZON | 3144017317 | CEDULA | 3087638 | |

| CÓDIGO DE ASEGURADORA | CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA | CLAVE PRODUCTOR | No. FORMULARIO | CIUDAD EXPEDICIÓN |
|---|---|---|---|---|
| AT1318 | 248 | 4999 | | |

| TARIFA | PRIMA SOAT | CONTRIBUCIÓN FOSYGA | TASA RUNT |
|---|---|---|---|
| 310 | $ 636,000 | $ 330,700 | $ 2,100 |

TOTAL A PAGAR $ 968,800

FIRMA AUTORIZADA

| AMPAROS POR VICTIMA | HASTA | |
|---|---|---|
| A. GASTOS MÉDICOS QUIRURGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS | 263,13[1] 701,68[2] | UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT) |
| B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS | 8,77 | |
| C. INCAPACIDAD PERMANENTE | HASTA 180 | SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES |
| D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS | 750 | |




**Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:**

- Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito lo pueden solicitar en cualquier momento.
- Recuerde validar que su póliza esté registrada en el RUNT
- Esté atento al momento en que deba renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas, la inmovilización del vehículo y en caso de accidente de tránsito el recobro por todos los costos de la atención de las victimas del accidente.
- Adquiera su SOAT en lugares autorizados.

**En caso de accidente de tránsito:**

- Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
- Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
- Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o la ADRES solo lo puede realizar la institución prestadora de servicios de salud.
- Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

**Modificación unilateral de la vigencia por duplicidad de amparos:**
La Aseguradora podrá modificar la vigencia de la póliza de forma unilateral y exclusivamente en beneficio del consumidor, en aquellos casos que se corrobore la existencia de duplicidad de amparos y pago de primas respecto del mismo vehículo. (Circular Externa 021 de 2017 – Superintendencia Financiera)

**Datos personales**
Autorizo a la compañía para que trate mis datos personales, incluso los de salud que son sensibles, con la finalidad de vincularme como tomador del contrato de seguro, incluyendo todas las acciones requeridas para el cumplimiento del mismo, así como para las demás finalidades incluidas en la política de tratamiento de datos personales, disponible en la página web de la aseguradora, donde se encuentran los canales para ejercer mis derechos a actualizar, rectificar, conocer y suprimir mis datos.

**Topes de cobertura gastos médicos**
**[1] Para las siguientes tarifas: 100, 110, 120, 140, 150, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 910, 920. Decreto 2644 de 2022.**
**[2] Para las demás tarifas no citadas en (1).**

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

## LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10024581630

| PLACA | MARCA | LÍNEA | MODELO |
|---|---|---|---|
| GKA109 | DODGE | D 300 | 1979 |

| CILINDRADA CC | COLOR | SERVICIO |
|---|---|---|
| 5.216 | AZUL BRUMA | PARTICULAR |

| CLASE DE VEHÍCULO | TIPO CARROCERÍA | COMBUSTIBLE | CAPACIDAD Kg/P&J |
|---|---|---|---|
| CAMION | ESTACAS | DIESEL | 3000 |

| NÚMERO DE MOTOR | REG | VIN |
|---|---|---|
| FD6024705 | N | ****** |

| NÚMERO DE SERIE | REG | NÚMERO DE CHASIS | REG |
|---|---|---|---|
| DT951817 | N | DT951817 | N |

| PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) | IDENTIFICACIÓN |
|---|---|
| PINZON CASAS ESNEIDER | C.C. 3087638 |

| | BLINDAJE | POTENCIA |
|---|---|---|
| | ****** | 0 |

| DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN | ME | FECHA IMPORT. | PUERTAS |
|---|---|---|---|
| 36488 | I | 16/11/1979 | 2 |

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

******

| FECHA MATRÍCULA | FECHA EXP. LIC. TTO. | FECHA VENCIMIENTO |
|---|---|---|
| 10/01/1980 | 24/11/2021 | ****** |

ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA TTEY MOV CUND/CAQUEZA

CDSISCO.08-01-21

LT07001186118

# ANEXO #05

| CONSORCIO PC | INSPECCION DE EXTENSIONES ELECTRICAS | SG-SST-FR-046<br>Version 1<br>Fecha: 12-11-2023 |
|---|---|---|

| Lugar de trabajo: Compromiso | Fecha de inicio: 10/03/25 | Fecha de terminación: 15/03/2025 |
|---|---|---|
| Serial: 060934 | Referencia: D25133-B3. | Marca: DEWALT |

| INSPECCION DE EQUIPO | LUNES | | MARTES | | MIERCOLES | | JUEVES | | VIERNES | | SABADO | | DOMINGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M |
| CABLES ELECTRICAS DEBIDAMENTE ENCAUCHETADOS | | | | | / | | | | | | | | | |
| LOS EMPALMES O CONEXIONESS ESTAN EN BUEN ESTADO | | | | | / | | | | | | | | | |
| TOMAS E INTERRUPTORES EN BUEN ESTADO | | | | | / | | | | | | | | | |
| ENCAUCHETADO EN BUEN ESTADO | | | | | / | | | | | | | | | |
| LOS TABLEROS Y CAJAS ESTAN LIBRES DE OBTACULOS | | | | | / | | | | | | | | | |
| EXISTEN SEÑALIZACION DE PELIGRO SI SE REQUIERE | | | | | / | | | | | | | | | |
| CLAVIJA CON ABRAZADERA | | | | | / | | | | | | | | | |

| INPECCIÓN DE EPP (ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL) | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CASCO | | | | | / | | | | | | | | | |
| CARETA | | | | | / | | | | | | | | | |
| PROTECCIÓN AUDITIVA | | | | | / | | | | | | | | | |
| GUANTES CAÑA LARGA | | | | | / | | | | | | | | | |
| PETO LARGO | | | | | / | | | | | | | | | |
| BOTAS DE CAUCHO | | | | | / | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

| ITEM | NOMBRE DEL TRABAJADOR | CEDULA | LUNES | MARTES | MIERCOLES | JUEVES | VIERNES | SABADO | DOMINGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | José Espinal V. | 77.226.071 | firma | firma | firma | firma | firma | firma | firma |
| 2 | | | firma | firma | firma | firma | firma | firma | firma |
| 3 | | | firma | firma | firma | firma | firma | firma | firma |
| 4 | | | firma | firma | firma | firma | firma | firma | firma |
| 5 | | | firma | firma | firma | firma | firma | firma | firma |
| 6 | | | firma | firma | firma | firma | firma | firma | firma |

**OBSERVACIONES:**

| NOMBRE RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD | CEDULA | FIRMA |
|---|---|---|
| | | |
| **NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA** | **CEDULA** | **FIRMA** |
| José Espinal V. | 77.226.071 | |

| CONSORCIO PC | INSPECCION DE PULIDORA | SG-SST-FR-042<br>Version 1<br>Fecha: 12-11-2023 |
|---|---|---|

| Lugar de trabajo: | Fecha de inicio: 10/3 | fecha de terminación: 17/03 |
|---|---|---|
| Serial: 164406 | Referencia: M00121 | Marca: Makita |

| INSPECCION DE EQUIPO | LUNES | | MARTES | | MIERCOLES | | JUEVES | | VIERNES | | SABADO | | DOMINGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M |
| CONEXIÓN ELECTRICA | | | | | / | | | | | | | | | |
| ESTADO DEL DISCO DE INSERTACION | | | | | / | | | | | | | | | |
| ESTADO DEL MANGO | | | | | / | | | | | | | | | |
| INTERRUPTOR DE ENCENDIDO | | | | | / | | | | | | | | | |
| ESATADO DE LA GUARDA | | | | | / | | | | | | | | | |
| LIMPIEZA | | | | | / | | | | | | | | | |
| **INPECCIÓN DE EPP (ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL)** | **B** | **M** | **B** | **M** | **B** | **M** | **B** | **M** | **B** | **M** | **B** | **M** | **B** | **M** |
| CASCO | | | | | / | | | | | | | | | |
| GAFAS | | | | | / | | | | | | | | | |
| PROTECCIÓN AUDITIVA | | | | | / | | | | | | | | | |
| GUANTES | | | | | / | | | | | | | | | |

| ITEM | NOMBRE DEL TRABAJADOR | CEDULA | LUNES | MARTES | MIERCOLES | JUEVES | VIERNES | SABADO | DOMINGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Jose Gomez V | 77176071 | firma | firma | | firma | firma | firma | firma |
| 2 | | | firma | firma | firma | firma | firma | firma | firma |
| 3 | | | firma | firma | firma | firma | firma | firma | firma |
| 4 | | | firma | firma | firma | firma | firma | firma | firma |
| 5 | | | firma | firma | firma | firma | firma | firma | firma |
| 6 | | | firma | firma | firma | firma | firma | firma | firma |

**OBSERVACIONES:**

| NOMBRE RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD | CEDULA | FIRMA |
|---|---|---|
| | | |
| **NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA** | **CEDULA** | **FIRMA** |
| Jose Gomez Vargas | 77176071 | |

| CONSORCIO PC | INSPECCION DE TALADRO DEMOLEDOR | SG-SST-FR-043<br>Version 1<br>Fecha: 12-11-2023 |
|---|---|---|

| Lugar de trabajo: Componente | Fecha de inicio: 10/03/25 | fecha de terminación: 15/03/25 |
|---|---|---|
| Serial: | Referencia: | Marca: |

| INSPECCION DE EQUIPO | LUNES | | MARTES | | MIERCOLES | | JUEVES | | VIERNES | | SABADO | | DOMINGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M |
| CONEXIÓN ELECTRICA | | | | | / | | | | | | | | | |
| ESTADO DEL DISCO DE INSERTACION | | | | | / | | | | | | | | | |
| ESTADO DEL MANGO | | | | | / | | | | | | | | | |
| INTERRUPTOR DE ENCENDIDO | | | | | / | | | | | | | | | |
| ESATADO DE LA GUARDA | | | | | / | | | | | | | | | |
| LIMPIEZA | | | | | / | | | | | | | | | |
| ALOJAMIENTO | | | | | / | | | | | | | | | |
| EMPUÑADURA | | | | | / | | | | | | | | | |
| TAPA FRONTAL | | | | | / | | | | | | | | | |

| INPECCIÓN DE EPP (ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL) | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CASCO | | | | | / | | | | | | | | | |
| GAFAS | | | | | / | | | | | | | | | |
| PROTECCIÓN INSERCION | | | | | / | | | | | | | | | |
| PROTECCIÓN AUDITIVA | | | | | / | | | | | | | | | |
| GUANTES | | | | | / | | | | | | | | | |

| ITEM | NOMBRE DEL TRABAJADOR | CEDULA | LUNES | MARTES | MIERCOLES | JUEVES | VIERNES | SABADO | DOMINGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | José Esmeral | 77.276.071 | firma | firma | | firma | firma | firma | firma |
| 2 | | | firma | firma | firma | firma | firma | firma | firma |
| 3 | | | firma | firma | firma | firma | firma | firma | firma |
| 4 | | | firma | firma | firma | firma | firma | firma | firma |
| 5 | | | firma | firma | firma | firma | firma | firma | firma |
| 6 | | | firma | firma | firma | firma | firma | firma | firma |

OBSERVACIONES:

| NOMBRE RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD | CEDULA | FIRMA |
|---|---|---|
| | | |

| NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA | CEDULA | FIRMA |
|---|---|---|
| José Esmeral V. | 77.276.071 | |

# ANEXO #06

**PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES LEGALES**

**ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002**
**PERSONAS JURÍDICAS**

Yo MARLLY LORENA MORALES SANCHEZ identificado con cedula de ciudadanía No 1.136.884.052 en mi condición de Representante Legal de PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS identificada con NIT 901.621.980-6 bajo la gravedad de juramento, certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, al Servicio Nacional de Aprendizaje y al Fondo Nacional de Formación Profesional para la Industria de Construcción (*artículo65 Ley 1819 de 2016 y artículo 3 Decreto 1047 de 1983),* pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses contados a partir dela fecha de cierre del presente procedimiento de selección. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002. De igual manera certifico al personal de obra que cumple con todas las actitudes que arrojó el examen médico ocupacional de ingreso

| NOMBRE Y APELLIDO | IDENTIFICACIÒN | RESTRINCIÒN | FECHA |
|---|---|---|---|
| JESUS CUESPED | 79.894.116 | Acto sin restricción para el cargo | 4/03/2025 |

En constancia, se firma en Bogotá D.C, a los cuatro (4) días del mes de marzo de 2025.

**MARLLY LORENA MORALES SANCHEZ**
**Representante Legal**
**PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES S.A.S**

**PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES LEGALES**

**ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002**
**PERSONAS JURÍDICAS**

Yo MARLLY LORENA MORALES SANCHEZ identificado con cedula de ciudadanía No 1.136.884.052 en mi condición de Representante Legal de PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS identificada con NIT 901.621.980-6 bajo la gravedad de juramento, certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, al Servicio Nacional de Aprendizaje y al Fondo Nacional de Formación Profesional para la Industria de Construcción (*artículo65 Ley 1819 de 2016 y artículo 3 Decreto 1047 de 1983),* pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses contados a partir dela fecha de cierre del presente procedimiento de selección. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002. De igual manera certifico al personal de obra que cumple con todas las actitudes que arrojó el examen médico ocupacional de ingreso.

Ingresos de Octubre

| NOMBRE Y APELLIDO | IDENTIFICACIÒN | RESTRINCIÒN | FECHA |
|---|---|---|---|
| YONATHAN BAUTISTA | 1.010.211.404 | Apto y sin restricciones para el cargo | 6/03/2025 |

En constancia, se firma en Bogotá D.C, a los seis (6) días del mes de marzo de 2025.

**MARLLY LORENA MORALES SANCHEZ**
**Representante Legal**
**PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES S.A.S**

**PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES LEGALES**

**ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002**
**PERSONAS JURÍDICAS**

Yo MARLLY LORENA MORALES SANCHEZ identificado con cedula de ciudadanía No 1.136.884.052 en mi condición de Representante Legal de PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS identificada con NIT 901.621.980-6 bajo la gravedad de juramento, certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, al Servicio Nacional de Aprendizaje y al Fondo Nacional de Formación Profesional para la Industria de Construcción (*artículo65 Ley 1819 de 2016 y artículo 3 Decreto 1047 de 1983),* pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses contados a partir dela fecha de cierre del presente procedimiento de selección. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002. De igual manera certifico al personal de obra que cumple con todas las actitudes que arrojó el examen médico ocupacional de ingreso

| NOMBRE Y APELLIDO | IDENTIFICACIÒN | RESTRINCIÒN | FECHA |
|---|---|---|---|
| ARIEL CARDERON | 73.346.826 | Acto sin restricción para el cargo | 3/03/2025 |

En constancia, se firma en Bogotá D.C, a los tres (3) días del mes de marzo de 2025.

**MARLLY LORENA MORALES SANCHEZ**
**Representante Legal**
**PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES S.A.S**

# ANEXO #07

| | | | |
|---|---|---|---|
| PETRA CONSORCIO PC | **REGISTRO DE ASISTENCIA** | Código: | SST-FT-27 |
| | | Versión: | 1 |
| | | Fecha: | Octubre 2023 |

**DATOS DE LA ACTIVIDAD**

**DIRIGIDO A:** Trabajadores, Administrativos y Operativos.

**Fecha:** 12/03/2025 **Hora:**

**TIPO DE ACTIVIDAD**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Inducción | X | Reinduccion | | Capacitación | | Charla | |
| Otra | | Cual? | | | | | |

**Tema**

- Inicio - Politica Dela empresa - Uso DEPP.
- Visión - V DE Alcohol y droga - Identificación de Riesgo.
- Objetivo. - Reglamento Interno. - politica Ambiental.

**DIRIGIDO POR**

| NOMBRE: | CARGO: | FIRMA: |
|---|---|---|
| José Espinal Vargas. | Res. SST. | |

**ASISTENTES**

| ITEM | NOMBRE Y APELLIDO | CÉDULA | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Luis Hfonseca | 3178476114 | Oficial | |
| 2 | MAURICIO VILLA | 1960 3727 | AYUDANTE | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |

| PETRA CONSORCIO PC | REGISTRO DE ASISTENCIA | Código: | SST-FT-27 |
|---|---|---|---|
| | | Versión: | 1 |
| | | Fecha: | Octubre 2023 |

## DATOS DE LA ACTIVIDAD

**DIRIGIDO A:** Trabajadores, Administrativos y Operativos.

**Fecha:** 10/03/2025 **Hora:**

## TIPO DE ACTIVIDAD

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Inducción | X | Reinduccion | | Capacitación | | Charla | |
| Otra | | Cual? | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Tema** | - Riesgos<br>- Vigia<br>- Accidentes. | - Politica de la empresa<br>- Reglamento Interno.<br>- Ojo de Halcon y Botiquin | - Reglamento Interno<br>- Notificaciones de Riesgo<br>- Politica Ambiental. |

## DIRIGIDO POR

| NOMBRE: | CARGO: | FIRMA: |
|---|---|---|
| Jose Ismeral Vargas | Residente. | |

## ASISTENTES

| ITEM | NOMBRE Y APELLIDO | CÉDULA | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Brayan Rincon Jimenez | 1000616857 | electricista | |
| 2 | John Ruiz Hernandez | 80123702 | Electrico | |
| 3 | Nicolas Paira | 1033758019 | electrico | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |

| PETRA CONSORCIO PC | REGISTRO DE ASISTENCIA | Código: | SST-FT-27 |
|---|---|---|---|
| | | Versión: | 1 |
| | | Fecha: | Octubre 2023 |

**DATOS DE LA ACTIVIDAD**

**DIRIGIDO A:** Trabajadores, Administrativos y Operativos.

**Fecha:** 27/03/2025 **Hora:**

**TIPO DE ACTIVIDAD**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Inducción | X | Reinduccion | | Capacitación | | Charla | |
| Otra | | Cual? | | | | | |

| | |
|---|---|
| **Tema** | - Mision - Politica de la empresa - Reglamento Interno<br>- Vision - Politica de Alcohol y drogas - Matriz de riesgos<br>- Objetivo de la empresa - Uso de la dotacion y EPP - Politica Ambiental. |

**DIRIGIDO POR**

| NOMBRE: | CARGO: | FIRMA: |
|---|---|---|
| Jose Suarez J. | Res. SST. | |

**ASISTENTES**

| ITEM | NOMBRE Y APELLIDO | CÉDULA | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Luis mandarrez | 1193103140 | Ayudante | Luis mandarrez |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |

| PETRA CONSORCIO PC | REGISTRO DE ASISTENCIA | Código | SST-FT-27 |
|---|---|---|---|
| | | Versión | 1 |
| | | Fecha | Octubre 2023 |

**DATOS DE LA ACTIVIDAD**

**DIRIGIDO A:** Trabajadores, Administrativos y Operativos.

**Fecha:** 17/03/2025. **Hora:**

**TIPO DE ACTIVIDAD**

Inducción ☐ Reinduccion ☐ Capacitación ☒ Charla ☒

Otra ☐ Cual?

**Tema**

- ORDEN Y ASEO EN DONDE SE ESTA LABORANDO.
- USO ADECUADO DE LA DOTACION Y EPP ADECUADOS A LA LABOR.

**DIRIGIDO POR**

| NOMBRE: | CARGO: | FIRMA: |
|---|---|---|
| JOSE ESTEBAN VARGAS. | RES. SST. | |

**ASISTENTES**

| ITEM | NOMBRE Y APELLIDO | CÉDULA | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | MAURICIO VILLA | .1960372 | AYUDANTE | MAURICIO |
| 2 | [illegible] | 78690131 | Oficial | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |

| EQUILÁTERO Arquitectura e Ingeniería S.A.S | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | F-SST-002<br>VERSION 1.0<br>FECHA Octubre/2020 |
|---|---|---|
| | FORMATO DE ASISTENCIA | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| TEMA | Buenas practicas ambientales - manejo materiales entregados | ACTIVIDAD: | CAPACITACIÓN ☒ INDUCCIÓN ☐ REINDUCCIÓN ☐ ENTRENAMIENTO ☐<br>FORMACIÓN ☐ EVENTO ☐ DIALOGO ☐ INSPECCIÓN ☐ |
| OBJETIVO | Concientizar al personal sobre las buenas practicas ambientales para documentos entregados | | |
| Reponsable de la actividad: | | Fecha: | 25/03/25. |

| ITEM | NOMBRE Y APELLIDOS | CARGO | CEDULA | CELULAR | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Edward R. Vera | Residente de interventoria | 1.098 697.354 | 3135434445 | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |
| 16 | | | | | |
| 17 | | | | | |

| OBSERVACIONES: | |
|---|---|
| | NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL RESPONSSABLE |

Scanned with CamScanner

# ANEXO #08

| SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | | |
|---|---|---|
| PETRA CONSORCIO PC | FORMATOINSPECCIÓN BOTIQUIN PRIMEROS AUXILIOS | Código: SST-FT-81<br>Versión: 1<br>Fecha: 15-11-2023 |

| | | |
|---|---|---|
| Fecha de Inspección: 7/03/25 | Hora: | Ubicación: Compartir |
| Inspección realizada por: José Esmeral | Responsable SST: José Esmeral | |

**FORMATO DE INSPECCIÓN SUMINISTRO "BOTIQUIN TIPO A" RESOLUCIÓN 705 DE 2007**

| Elementos | Unidades | Cantidad | Cantidad Faltante | Cumple | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | SI | NO | |
| Gasas limpias paquete | Paquete X 20 Und. | 1 paquete | | / | | |
| Esparadrapo de tela rollo de 4" | Unidad | 1 | | / | | |
| Bajalenguas | Paquete por 20 Und. | 1 paquete | | / | | |
| Guantes de látex para examen | Caja por 100 | 1 | | / | | |
| Venda elástica 2 x 5 yardas | Unidad | 1 | | / | | |
| Venda elástica 3 x 5 yardas | Unidad | 1 | | / | | |
| Venda elástica 5 x 5 yardas | Unidad | 1 | | / | | |
| Venda de algodón 3 x 5 yardas | Unidad | 1 | | / | | |
| Venda de algodón 5 x 5 yardas | Unidad | 1 | | / | | |
| Yodopovidona (jabón quirúrgico) | Frasco x 120 ml | 1 | | / | | |
| Solución salina 250 cc ó 500 cc | Unidad | 2 | | / | | |
| Termómetro de mercurio ó digital | Unidad | 1 | | / | | |
| Alcohol antiséptico frasco por 275 ml | Unidad | 1 | | / | | |
| TOTAL | | 14 | | | | |

José Esmeral
Firma responsable inspección

José Esmeral
Firma responsable SST

| SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | | |
|---|---|---|
| PETRA CONSORCIO PC | FORMATOINSPECCIÓN BOTIQUIN PRIMEROS AUXILIOS | Código: SST-FT-81<br>Versión: 1<br>Fecha: 15-11-2023 |

| | | |
|---|---|---|
| Fecha de Inspección: 21/07/25 | Hora: | Ubicación: Campamento |
| Inspección realizada por: José Eduardo | Responsable SST: José Eduardo | |

**FORMATO DE INSPECCIÓN SUMINISTRO "BOTIQUIN TIPO A" RESOLUCIÓN 705 DE 2007**

| Elementos | Unidades | Cantidad | Cantidad Faltante | Cumple | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | SI | NO | |
| Gasas limpias paquete | Paquete X 20 Und. | 1 paquete | 1 | / | | |
| Esparadrapo de tela rollo de 4" | Unidad | 1 | 1 | / | | |
| Bajalenguas | Paquete por 20 Und. | 1 paquete | 1 | / | | |
| Guantes de látex para examen | Caja por 100 | 1 | 1 | / | | |
| Venda elástica 2 x 5 yardas | Unidad | 1 | 1 | / | | |
| Venda elástica 3 x 5 yardas | Unidad | 1 | 1 | / | | |
| Venda elástica 5 x 5 yardas | Unidad | 1 | 1 | / | | |
| Venda de algodón 3 x 5 yardas | Unidad | 1 | 1 | / | | |
| Venda de algodón 5 x 5 yardas | Unidad | 1 | 1 | / | | |
| Yodopovidona (jabón quirúrgico) | Frasco x 120 ml | 1 | 1 | / | | |
| Solución salina 250 cc ó 500 cc | Unidad | 2 | 1 | / | | |
| Termómetro de mercurio ó digital | Unidad | 1 | 1 | / | | |
| Alcohol antiséptico frasco por 275 ml | Unidad | 1 | 1 | | | |
| TOTAL | | 14 | | | | |

José Eduardo

Firma responsable inspección

José Eduardo

Firma responsable SST

| SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | | |
|---|---|---|
| PETRA CONTRATAS CONSORCIO PC | FORMATO INSPECCIÓN DE CAMILLA DE EMERGENCIA | **Código:** SST-FT-83<br>**Versión:** 1<br>**Fecha:** 01-11-2023 |

| | |
|---|---|
| **Ubicación:** | Campamento. |
| **Fecha Inspección:** | 7/03-25 |
| **Convenciones:** | **B/ Bueno - R/Regular - M/Malo** |

| INSPECCIÓN DE CAMILLA DE EMERGENCIA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Descripción del elemento** | | **B** | **M** | **R** | **No Tiene** |
| 1 | Instalación (Sitio de ubicación) | / | | | |
| 2 | Señalización | / | | | |
| 3 | Estado del soporte | / | | | |
| 4 | Correas de seguridad | / | | | |
| 5 | Sujetadores para agarre | / | | | |
| 6 | Juego de inmovilizadores de miembro inferior y superior | / | | | |

**Observaciones:** _____

_____

_____

| | |
|---|---|
| **Responsable del Lugar**<br>Nombre: Edi Esmeralda<br>Cargo: Res. SST. | **Inspeccionó**<br>Nombre: _____<br>Cargo: Res. SST. |

| SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | | |
|---|---|---|
| PETRA CONSORCIO PC | FORMATO INSPECCIÓN DE CAMILLA DE EMERGENCIA | Código: SST-FT-83<br>Versión: 1<br>Fecha: 01-11-2023 |

| | |
|---|---|
| **Ubicación:** | Campamento |
| **Fecha Inspección:** | 21-03-2025 |
| **Convenciones:** | **B/ Bueno - R/Regular - M/Malo** |

| INSPECCIÓN DE CAMILLA DE EMERGENCIA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Descripción del elemento** | | **B** | **M** | **R** | **No Tiene** |
| 1 | Instalación (Sitio de ubicación) | / | | | |
| 2 | Señalización | / | | | |
| 3 | Estado del soporte | / | | | |
| 4 | Correas de seguridad | / | | | |
| 5 | Sujetadores para agarre | / | | | |
| 6 | Juego de inmovilizadores de miembro inferior y superior | / | | | |

**Observaciones:** _____

_____

_____

| **Responsable del Lugar** | **Inspeccionó** |
|---|---|
| Nombre: [illegible] | Nombre: [illegible] |
| Cargo: [illegible] | Cargo: [illegible] |

| PETRA CONTRATAS CONSORCIO PC | INSPECCIÓN DE EXTINTORES | CÓDIGO: SST-FT-82<br>VERSIÓN: 01<br>FECHA: 05-11-2023 |
|---|---|---|

| FECHA DE LA INSPECCIÓN: | 7 3 25 | DEPENDENCIA A INSPECCIONAR: | |
|---|---|---|---|
| INSPECCIÓN REALIZADA POR: | JOSE ELVERA | CARGO: | RES. SST. |

| | | | | ESTADO GENERAL DEL EXTINTOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ITEM | EXTINTOR No. | TIPO, CLASE | CAPACIDAD (Libras) | ANILLO DE VERIFICACION | MANÓMETRO | PASADOR DE SEGURIDAD | MANIJA DE DESCARGA Y TRANSPORTE | VÁLVULA | MANGUERA | BOQUILLA | CUERPO CILÍNDRICO | CALCOMANIA DE IDENTIFICACION E | SOPORTE | CAPSULA C02 | PH | SEÑALIZACIÓN | UBICACIÓN | ÁREA DE UBICACIÓN | FECHA DE CARGA | FECHA DE VENCIMIENTO | OBSERVACIONES |
| 1 | 1 | ABC. | 10 | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B | Corredor | 2/02/2025 | 2/02/2026 | — o — |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**CONVENCIONES**

| | | |
|---|---|---|
| **B:** BUENO | **NT:** NO TIENE | **PH:** PRUEBA HIDROSTATICA, UNICAMENTE PARA EXTINTORES DE CO2 |
| **M:** MALO | **NA:** NO APLICA | |

Vo.Bo Responsable Empresa

| | | |
|---|---|---|
| PETRA CONSTRUIR CONSTRUIMOS CONSORCIO PC | INSPECCIÓN DE EXTINTORES | CÓDIGO: SST-FT-82<br>VERSIÓN: 01<br>FECHA: 08-11-2023 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| FECHA DE LA INSPECCIÓN: | 21 03 25 | DEPENDENCIA A INSPECCIONAR: | |
| INSPECCIÓN REALIZADA POR: | José Eduardo V. | CARGO: | Res SST. |

| | | | | ESTADO GENERAL DEL EXTINTOR | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ITEM | EXTINTOR No | TIPO, CLASE | CAPACIDAD (Libras) | ANILLO DE VERIFICACION | MANÓMETRO | PASADOR DE SEGURIDAD | MANIJA DE DESCARGA Y TRANSPORTE | VÁLVULA | MANGUERA | BOQUILLA | CUERPO CILÍNDRICO | CALCOMANIA DE IDENTIFICACION E | SOPORTE | CAPSULA CO2 | PH | SEÑALIZACIÓN | UBICACIÓN | ÁREA DE UBICACIÓN | FECHA DE CARGA | FECHA DE VENCIMIENTO | OBSERVACIONES |
| 1 | 1 | ABC. | 10 | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B | Compramento | mar/25 | mar/26. | — |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**CONVENCIONES**

**B:** BUENO
**M:** MALO
**NT:** NO TIENE
**NA:** NO APLICA
**PH:** PRUEBA HIDROSTATICA, UNICAMENTE PARA EXTINTORES DE CO2

Vo.Bo. Responsable Empresa