0109.25 - TUN – GTC

Bogotá D.C., 03 de Abril de 2025

Ingeniero
RAFAEL EDUARDO ÁLZATE MORENO
Representante legal
CONSORCIO DC 2025
Bogotá

Asunto: Contrato de Obra No. 622 de 2024 “EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA Y ESPACIO PUBLICO ASOCIADO EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C.” – **Aprobación al informe mensual SST ° 2 V2.**

Respetado Ingeniero.

En cumplimiento de nuestras obligaciones contractuales y en respuesta a los comunicados OF.CDC 130-26.03.2025 del 26 de marzo y OF.CDC 116-13.03.2025 del 17 de Marzo entrega de Informe mensual N° 2 que corresponde del 1 al 28 de febrero de 2025 informamos que se da aprobación al contenido el cual cumple con lo dispuesto en el anexo técnico y la legislación nacional en materia de Seguridad y Salud para el Trabajo.

Se aclara que el presente concepto de aprobación no exime al Consorcio DC 2025 de su responsabilidad sobre la información presentada y la veracidad de la documentación remitida, así como de realizar las complementaciones derivadas de las dinámicas del proyecto y requeridas por interventoría y/o el Fondo de Desarrollo Local de Tunjuelito.

Sin otro en particular, quedamos atentos a cualquier inquietud.

Cordialmente,



JUAN PABLO FONSECA CARDONA
Profesional SST
VELNEC S.A.

Copia: Ingeniero John Fredy Aguirre – Apoyo a Supervisor contrato
Consecutivo de correspondencia
D.M.: Contrato No. 689 de 2024

VELNEC S.A. NIT: 800.028.455-1 AV Carrera 86 No 51-66 Oficina. 301 Bogotá D.C Colombia PBX (571) 2410530 FAX: (571) 2410531 http://www.velnec.com E-mail: webmaster@velnec.com

INFORME MENSUAL
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
CONSORCIO DC 2025

CONTRATO No. FDLT 622 - 2024

OBJETO DEL PROYECTO:

"EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/ O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA Y ESPACIO PÚBLICO ASOCIADO EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C."

BOGOTÁ D.C.
MARZO DE 2025

VERSION	FECHA	DESCRIPCION
1	11/03/2025	Creación del documento

CONTROL DE FIRMAS

	CARGO	NOMBRE	FECHA	FIRMA
Elabora	Especialista ambiental y SST	Jessica Ramírez	26/03/2025	
Revisa	Director de obra	Rafael Álzate	26/03/2025	
Aprobado	**Residente de Interventoría SST**	**Juan Pablo Fonseca**	28/03/2025	

CAPITULO 1

1.1. RESUMEN DEL INFORME

El presente informe, tiene por objeto hacer una relación detallada de la gestión que adelantó el contratista de obra **CONSORCIO DC 2025**, durante la ejecución de actividades del mes (2) según el cronograma general, correspondiente al periodo entre el 1 y el 28 de febrero de 2025, para el contrato que tiene por objeto **"EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/ O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA Y ESPACIO PÚBLICO ASOCIADO EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C."**

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo General

El objetivo de este informe es presentar de manera general las actividades desarrolladas por el contratista; así como mostrar acciones o mecanismos implementados como medio de seguimiento y control a la gestión de Seguridad y Salud en el trabajo.

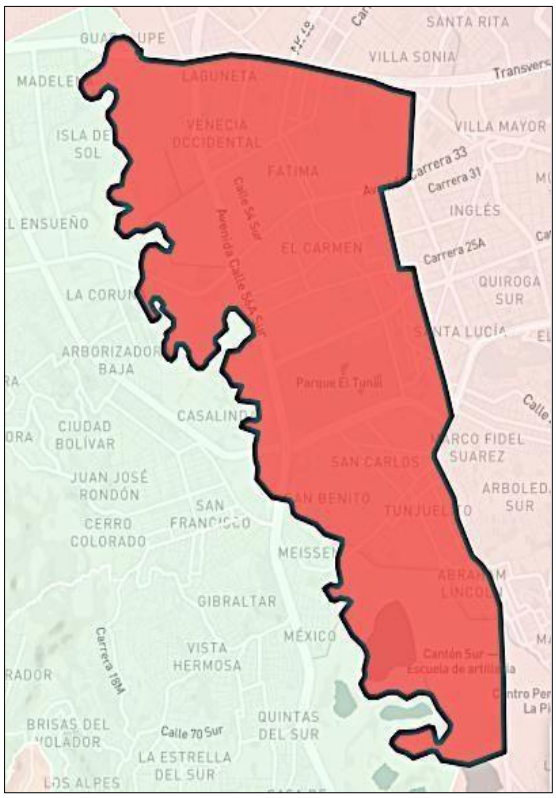
1.2.2 Objetivos Específicos

- Presentar un resumen de cada una de las actividades ejecutadas por el Contratista **CONSORCIO DC 2025**, respecto a la gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo para el Contrato de obra **FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE TUNJUELITO N° FDLT – 622-2025.**
- Revisar y supervisar el cumplimiento de las obligaciones contractuales relacionadas con la gestión de Seguridad y Salud en el trabajo para el Contrato de obra.
- Dar a conocer la gestión del contratista respecto a sus obligaciones relacionadas con la gestión de seguridad y salud en el trabajo en obra.
- Garantizar el cumplimiento de los requisitos legales vigentes en materia de SG-SST.

1.2. LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO

La localidad sexta de Tunjuelito está situada en la zona sur de la ciudad, en la margen derecha del río Tunjuelito. Limita al norte con las localidades de Puente Aranda y Kennedy; al sur con la localidad de Usme; al oriente con la localidad de Rafael Uribe Uribe; al occidente con la localidad de Ciudad Bolívar.

Imagen 1. Localización localidad Tunjuelito



Fuente: https://osgis.co/cual_es_mi_upl/

1.3 DESCRIPCION DELPROYECTO

Tabla 1 Información contrato de obra

CONTRATO DE OBRA PUBLICA No. 622 de 2024	
Contratista	CONSORCIO DC 2025
NIT:	9018930601
Fecha de adjudicación	26 de diciembre de 2024
Fecha de Inicio	26 de diciembre de 2024
Plazo	10 meses y 15 días
Fecha de Terminación Inicial	09 noviembre 2025
Preliminares	26 de febrero 2025
Fase de Obra	09 noviembre 2025
1 – 2: Valor Total del Contrato	$6.388.709.226

Tabla 2 Información contrato de interventoría

CONTRATO DE INTERVENTORIA PUBLICA No. 689 de 2024	
Contratista Interventoría	Velnec S.A
Fecha de adjudicación	26 diciembre 2024
Fecha de Inicio	26 diciembre 2024
Plazo	10 meses 15 días
Fecha de Terminación Inicial	09 noviembre 2025
Preliminares	26 febrero 2025
Fase de Obra	09 noviembre 2025

Fuente: *Los documentos contractuales*

2. ETAPAS DEL PROYECTO

El plazo total para la ejecución del presente contrato es de diez meses y quince días A continuación, se realiza la descripción de las etapas definidas para el desarrollo del objeto contractual.

Tabla 3 Etapas del proceso

Fase	Actividades	Plazo estimado
Fase Preliminar	Contratación de personal	(2) Meses
	Diagnósticos y diseños	
	Consultas – Empresas de servicios públicos	
	Plan de manejo de transito	
	Componente social	
	Plan de manejo ambiental	
	Plan de Calidad	
	Programa de Gerencia	
	Programa de obra	
	Punto de atención a la comunidad	
Ejecución de Obra	Construcción	(8) meses
Total		(10) meses

Fuente: Anexo técnico

3. LISTADO DE PERSONAL

3.1. PERSONAL CONSORCIO DC 2025

A continuación, se relaciona el personal contractual de obra y su respectiva dedicación de tiempo.

Tabla 4 Personal Contractual Consorcio DC 2025 Mes febrero

NOMBRE	CARGO	DEDICACION	APROBACIÓN
RAFAEL EDUARDO ALZATE MORENO	Director de obra	50%	0001.25 - TUNJ – GTC
AURA LILIANA GARCIA RUIZ	Residente de obra	100%	0001.25 - TUNJ – GTC
JESSICA LORENA RAMIREZ	SISOMA	50%	0028.25 - TUN – GTC
KATHERINE GUAYACÁN PARRA	Residente Social	50 %	0001.25 - TUNJ – GTC
LEIDY CONSTANZA ACOSTA	Esp. Forestal	10 %	OF.CDC 078-25-02-2025
MARTIN ALEJANDRO RESTREPO	Esp. En transito	10%	0001.25 - TUNJ – GTC
JOHN CAICEDO	**Topógrafo**	**100%**	0001.25 - TUNJ – GTC

4. ACTIVIDADES SST REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

Durante el presente periodo se realizan las siguientes actividades SST

- Elaboración del Informe SST. – 28 de febrero de 2025
- Validación de la documentación de ingreso. – Durante el periodo
- Seguimiento al cumplimiento de los parámetros SST contractuales – Durante el periodo

5. CUMPLIMIENTO Y ANALISIS DEL MANEJO AREA SST

El presente informe reúne el seguimiento de las actividades de prevención y promoción de Seguridad y Salud en el trabajo, documento mediante el cual se realiza una descripción de cada una de las actividades realizadas por el Contratista.

Con respecto a los ingresos y retiros del talento humano del **CONSORCIO DC 2025** para el mes de febrero, se tiene vinculados 6 administrativos y 0 operativos.
Para este periodo se presentan el retiro del profesional forestal

5.1 GESTIÓN BÁSICA ADMINISTRATIVA

El Contratista realizó las siguientes actividades respecto a la gestión básica administrativa:

5.1.1 Pagos al Sistema de Seguridad Social Integral

Respecto al manejo de la seguridad social del personal contratado y subcontratado que ejecuto labores en el proyecto, el Contratista presenta a la fecha los soportes de parafiscales y planillas de pago al Sistema de Seguridad Social para el presente periodo del informe.

5.1.2 Pagos salarios y honorarios

El CONSORCIO DC 2024 se encuentra al día con el pago de nómina hasta el mes de febrero, para el mes de análisis hace entrega de los soportes de pago de nómina y honorarios. En la siguiente tabla se relacionan la cantidad de colaboradores que estuvieron activos durante el mes de febrero .

Tabla 6. Personal existente Contratista de Obra - febrero

ANTIGUO	NUEVO	RETIRO	TOTAL
5	4	1	8

COPASST (Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo)

De acuerdo con lo establecido en la resolución 2013 de 1986 y Decreto 1295 de 1994, Art. 63, en la etapa operativa se conformará el Comité Paritario de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

5.1.3 COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL

Dando cumplimiento legal en lo referente a la Res. 1356 de 2012, artículos 1 y 2 y a las exigencias de la Res. Número 0652, en etapa operativa se conformará el COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL.

5.1.4 Programa de inducción y capacitación.

En cuanto al tema de la Inducción y notificación de riesgos al personal de ingreso, el Contratista presenta soportes de cumplimiento a esta actividad contractual acorde a los colaboradores que se encuentran registrados en el proyecto, que reportan en el formato y en la Base de datos actualizada.

En el mes de febrero se realizó inducción SST y notificación de riesgos a los colaboradores que integran el equipo de trabajo del Contratista de obra **Consorcio DC 2025.**

Tabla 7. Inducción, Charlas y Capacitaciones en SST.

No. Capacitación	Tema	Fecha	No. Participantes
1	Inducción SST	21. 02.2025	4
2	Notificación de Riesgos	21.02.2025	4

Fuente: El autor

MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO

El subprograma de Medicina Preventiva y del Trabajo, tiene como finalidad la promoción, prevención y control de la salud de los trabajadores frente a los factores de riesgo ocupacionales. Al respecto para el mes de febrero el Contratista de obra realizo las siguientes actividades:

5.2.1 Exámenes médicos ocupacionales

El contratista hace entrega de los Certificados Médicos de aptitud laboral de ingreso de acuerdo al personal registrado que correspondieron en total a 1 exámenes médicos ocupacionales del personal directo del **Consorcio DC 2025.** .

5.2 MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO

El subprograma de Medicina Preventiva y del Trabajo, tiene como finalidad la promoción, prevención y control de la salud de los trabajadores frente a los factores de riesgo ocupacionales. Al respecto para el mes de febrero de 2025 el Contratista de obra realizo las siguientes actividades:

5.2.1 Exámenes médicos ocupacionales

El contratista hace entrega de los Certificados Médicos de aptitud laboral de ingreso de acuerdo al personal registrado que correspondieron en total de los exámenes medios ocupacionales. Para el caso del personal retirado, se presentarán los respectivos exámenes de egreso. Se relacionan dichas cantidades en la Tabla 8.

Tabla 8. Trazabilidad exámenes médicos ocupacionales – febrero 2023

NUEVOS	Certificado médico de aptitud laboral	Ingreso	Retiro	Total
PERIÓDICO	Certificado médico de aptitud laboral			Total: 0
INGRESO	Certificado médico de aptitud laboral	Ingreso: 3	Retiro: 0	Total: 3
	Certificado médico aptitud laboral profesionales prestación de servicios	Ingreso: 1	Retiro: 0	Total: 1
	Certificado médico laboral Conductores / Operadores	Ingreso: 0	Retiro: 0	Total: 0
	Orden de Examen Médico Egreso	Orden Egreso: 0	Certificado de Egreso: 0	Total: 0
	Retiro sin aviso – Subcontratista	Retiro sin aviso: 0	Ingreso-retiro: 0	Total 0

Fuente: *Los autores*

5.2.2 Ausentismo laboral

Durante el mes de febrero no se causó ausentismo laboral.

Tabla 9. Control de Ausentismo – febrero 2025

TRABAJADOR	CARGO	ORIGEN	DESCRIPCION	MES	DIAS DE INCAPACIDAD		TOTAL DE DIAS
					INICIAL	**FINAL**	
N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A

5.2.3 Días Hombre Trabajadas

Se realiza el cálculo de las horas hombres trabajados del personal que estuvo desarrollando las actividades desde el inicio hasta el cierre del periodo.

Tabla 10. Horas Hombre Trabajadas. – febrero 2025

ITEM	MES
DIAS HOMBRE TRABAJADAS	216

Fuente: *Los autores*

5.2.4 Actividades de Promoción y Prevención (incluidas las actividades de Prevención de riesgo Psicosocial)

Dando cumplimiento a la normatividad nacional vigente sobre los factores de Riesgo Psicosocial y como controlarlos **El Consorcio DC 2025** realizara durante la etapa constructiva, las siguientes actividades:

- Calistenia
- Charlas y Capacitaciones
- Pausas Activas

5.2.5 Incidentes y accidentes Laborales

Durante el presente periodo no se presentó accidente laboral.

Tabla 11. Accidentes Laborales. febrero 2025

TRABAJADOR	CARGO	ORIGEN	DESCRIPCION	Fecha	DIAS DE INCAPACIDAD		TOTAL DIAS
					INICIAL	FINAL	
NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

Fuente: El autor

5.3 HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL

Disciplina que tiene por objeto el reconocimiento, evaluación y control de aquellos factores ambientales o tensiones que se originan en el lugar de trabajo y que pueden causar enfermedades, perjuicios a la salud o al bienestar de los trabajadores, en los frentes de obra ejecutados, al respecto para el mes objeto del presente informe se describen a continuación los hallazgos presentados.

5.3.1 Manejo De Sustancias Químicas

El contratista realiza la identificación y almacenamiento de las sustancias químicas registradas en el proyecto conforme a lo establecido en el procedimiento de sustancias químicas del SG-SST del proyecto y el decreto 1496 de 2018 el cual se adopta el Sistema Globalmente Armonizado de Clasificación y Etiquetado de Productos Químicos, en el caso que estos se mantengan en el frente de obra.
El contratista hará entrega de inventario de sustancias químicas que se manejaran en obra realizara la actualización y el registro de los productos químicos a través del "inventario de sustancias químicas", con sus correspondientes soportes.

5.3.2 Inspecciones planeadas de seguridad

Durante la etapa de preliminares objeto del presente informe no se efectuaron las inspecciones, estas se realizarán planeadas de seguridad, según lo programado en el cronograma.

5.3.3 Orden, Aseo y Limpieza

Se establecieron mecanismos para el mantenimiento del orden y el aseo con el objeto de mantener las áreas de trabajo (PAC) Punto de Atención a la Comunidad organizadas y de esta manera evitar incidentes y accidentes de trabajo.

5.3.4 Investigación y análisis de accidentes/ incidentes.

En el mes de febrero de 2025 no se presentan accidentes laborales.

5.3.5 Cumplimiento de Matriz de EPP.

Se reporta información y soportes de entrega de EPP por parte del Contratista para el mes de febrero al personal de ingreso al proyecto

5.3.6 Preparación de emergencias

Con respecto a la gestión en los frentes de obra, en los campamentos se publicará por medio de carteles información sobre el personal que se encuentra, estaciones de policía cercana, así como unidades de servicio médico y plan de emergencia, también se consolidará en el listado **MEDEVAC.**

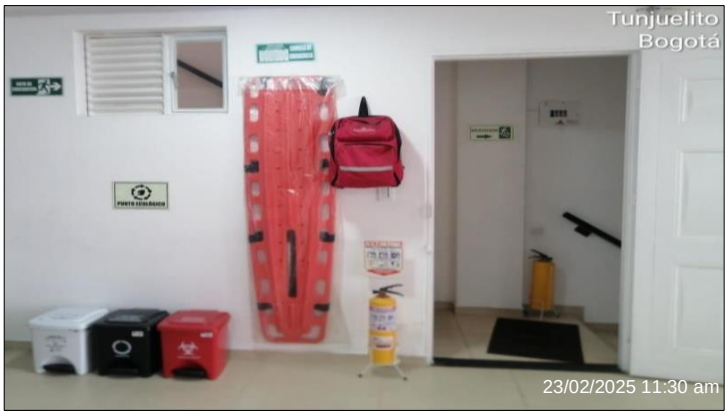
En las instalaciones de las oficinas el **Consorcio DC 2025** cuenta con los elementos necesarios para la atención de emergencias tales como camilla, extintores y botiquines los cuales se encuentran en condiciones adecuadas, y los baños; para el periodo de reporte se contó con los elementos básicos de emergencia.

Tabla 12. Relación elementos de emergencia

ITEM	Punto de hidratación	Punto ecológico	Zona SST	Baños	Elementos de emergencia (Botiquín Camillas, Extintor
Oficina	1 unidad	1 unidad	1 oficina	1 unidades fija	1 botiquín 1 Camillas fell con su inmovilizador 1 Extintor ABC ubicado en el PAC 1 extintor ABC camioneta

Fuente: El Autor

REGISTRO FOTOGRAFICO ELEMENTOS DE EMERGENCIA



5.4 MAQUINARIA EQUIPOS Y VEHÍCULOS

Tabla 13. Listado de vehículos utilizados en el proyecto

EQUIPO	MARCA	MODELO	PLACA O SERIE	FECHA DE INGRESO	FECHA VECIMIENTO SOAT
Minicargador	MARCA BOBCAT	MODELO S650 Peso 3777kg	MC268493	1/03/2025	N.A

EQUIPO	MARCA	MODELO	PLACA O SERIE	FECHA DE INGRESO	FECHA VECIMIENTO SOAT
Retroexcavadora	Komatzu	PC-78 Potencia: 55hp	KMTPC213V0 1019784	1/03/2025	N.A
Vibrocompactador	Volvo	DD24	KTPC213V01 019784	1/03/2025	N.A
Volqueta	CHEVROLET	1955	EKB902	1/03/2025	2025-07-17
Volqueta	INTERNATIONAL	1988	OLB048	1/03/2025	2025-03-08
Volqueta	INTERNATIONAL	2012	SPX523	1/03/2025	2025-08-04
Volqueta	FREIGHTLINER	2008	SRO465	1/03/2025	2005-05-30
Volqueta	INTERNATIONAL	2012	SXB170	1/03/2025	2025-07-18
Volqueta	INTERNATIONAL	2012	SZX882	1/03/2025	2025-12-09
Volqueta	FORD	1998	UFK054	1/03/2025	2025-11-28

Fuente: Los Autores

6. INDICADORES GESTION SST

En la siguiente tabla se relaciona los indicadores de la Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo SG- SST del Contratista.

Tabla 14. Indicadores SG-SST contratista de obra

Nombre	Indicador	Operación	Resultado
Frecuencia de accidentalidad	el número de accidentes del trabajo ocurridos en un período/número de trabajadores	0/9	0 %
Ausentismo por causa médica	(Número de días de ausencia por incapacidad laboral o común en el mes / Número de días de trabajo programados en el mes) * 100.	0/269	0 %
Capacitaciones	Capacitaciones programadas/capacitaciones realizadas	0/0	0%
Inducciones	inducciones programadas/inducciones realizadas	0/0	100 %
Inspecciones	inspecciones programadas/inspecciones realizadas	0/0	0 %
Cobertura afiliación al SGSSI	Trabajadores activos/trabajadores afiliados SG SSI	9/9	100 %
Cumplimiento de acciones correctivas ejecutadas	No. De acciones correctivas solicitadas/No. De acciones	0/0	100%

Nombre	Indicador	Operación	Resultado
	correctivas atendidas		

Fuente: Los Autores

CONCLUSIONES

- Durante el mes de febrero se aprueba el Plan SST del Consorcio DC 2025.
- Se imparte la Inducción y Notificación de riesgos al profesional forestal que ingreso en el periodo al proyecto.
- Se realiza la Inducción y notificación de riesgos al profesional que ingresa en el periodo.
- Se realiza participación en los comités programados en el mes del informe
- No se realiza avance físico de obra por lo cual no ingresa personal operativo en el periodo.

ANEXOS

ANEXO 1. Base de datos
ANEXO 2. Ingreso de personal
ANEXO 3. Inducción notificación de ingreso
ANEXO 4. Exámenes médicos
ANEXO 5. Cert. Representante legal y planilla mes de febrero

ANEXO 1.
BASE DE DATOS

Calle 19 #43G-80 Apartamento 812 Medellín - Antioquia Celular: 3123799155
E-mail: consorciodc2025@gmail.com

FORMATO		
BASE DE DATOS DE PERSONAL OPERATIVO Y ADMINISTRATIVO		
PROCESO		VERSIÓN
SISTEMA DE GESTON INTEGRAL		

CONSORCIO DC 2026

FECHA		
28	2	2025

PERIODO	
DESDE	26/12/2024
HASTA	31/01/2025

BASE DE DATOS PERSONAL OPERATIVO - ADMINSITRTAIVO

CONTRATISTA OBRA	
CONTRATO No	622 DE 2024
CONTRATISTA	CONSORCIO DC 2025
OBJETO	Contrato de Obra No. 622 de 2024 "EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA Y ESPACIO PUBLICO ASOCIADO EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C."

No.	EMPRESA	DATOS DEL TRABAJADOR											ARL			EPS		AFP	FECHA EXAMENES			CONCEPTO
	CONTRATISTA/ SUBCONTRATISTA	TIPO DE CONTRATO	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CEDULA	EDAD	SEXO F	SEXO M	CARGO	ESTADO	LUGAR RESIDENCIA	FECHA INGRESO	FECHA RETIRO	NOMBRE ARL	CLASE DE RIESGO	FECHA AFILIACION	NOMBRE EPS	FECHA AFILIACIO O CERTIFICACION	NOMBRE AFP	INGRESO	PERIÓDICO	EGRESO	Valoración Ingreso
	PESONAL NUEVO																					
1	CONSORCIO DC 2025	PRESTACION DE SERVICIOS	LEIDY ACOSTA	53.030.000	40	X		ESP. FORESTAL	ACTIVO	BOGOTA	21/02/2025	N.A	AXA COLPATRIA	V	22/02/2025	SANITAS	20/02/2025	PORVEIR	21/02/2025	NA	NA	APTO PARA EL CARGO
2	CONSORCIO DC 2025	OBRA O LABOR	JHON STEVEN CICEDO	1.012.419.015	30		X	TOFOGRAFO	ACTIVO	BOGOTA	17/02/2035	N.A	AXA COLPATRIA	V	18/02/2025	SALUD TOTAL	17/02/2025	PORVEIR	14/02/2025	NA	NA	APTO PARA EL CARGO
3	CONSORCIO DC 2025	OBRA O LABOR	CRISTIAN ANDRES MARTINEZ	1.012.393.061	32		X	CADENERO	ACTIVO	BOGOTA	17/02/2035	N.A	AXA COLPATRIA	V	18/02/2025	SANITAS	17/02/2025	PROTECCION	14/02/2025	NA	NA	APTO PARA EL CARGO
4	CONSORCIO DC 2025	OBRA O LABOR	JUAN SEBASTIAN MORENO	1.018.494.195	27		X	INSPECTOR TECNICO	ACTIVO	BOGOTA	4/02/2025	N.A	AXA COLPATRIA	V	4/02/2025	FAMISANAR	4/02/2025	PORVEIR	7/02/2025	NA	NA	APTO PARA EL CARGO
	PERSONAL ANTIGUO																					
1	CONSORCIO DC 2025	PRESTACION DE SERVICIOS	RAFAEL EDUARDO ALZATE MORENO	1033689675	45		X	DIRECTOR DE OBRA	ACTIVO	BOGOTA	15/01/2025	N.A	AXA COLPATRIA	V	8/02/2025	SANITAS	19/09/2023	PORVEIR	14/02/2025	NA	NA	APTO PARA EL CARGO
2	CONSORCIO DC 2025	OBRA O LABOR	AURA LILIANA GARCIA RUIZ	51914024	29	X	X	RESIDENTE DE OBRA	ACTIVO	BOGOTA	15/01/2025	N.A	AXA COLPATRIA	V	16/01/2025	NUEVA EPS	21/09/2023	COLPENSIONES	7/02/2025	NA	NA	APTO PARA EL CARGO
3	CONSORCIO DC 2025	PRESTACION DE SERVICIOS	JESSICA LORENA RAMIREZ	1014209834	34		X	SISOMA	ACTIVO	BOGOTA	15/01/2025	N.A	AXA COLPATRIA	V	7/02/2025	COMPENSAR EPS	23/09/2023	COLPENSIONES	14/02/2025	NA	NA	APTO PARA EL CARGO
4	CONSORCIO DC 2025	OBRA O LABOR	KATHERINE GUAYACÁN PARRA	52157611	27	X	X	RESIDENTE SOCIAL	ACTIVO	BOGOTA	15/01/2025	N.A	AXA COLPATRIA	V	16/01/2025	NUEVA EPS	23/09/2023	PROTECCION	20/02/2025	NA	NA	APTO PARA EL CARGO
6	CONSORCIO DC 2025	PRESTACION DE SERVICIOS	MARTIN ALEJANDRO RESTREPO	12.917.738	49		X	ESP. TRANSITO	ACTIVO	BOGOTA	15/01/2025	N.A	AXA COLPATRIA	V	8/02/2025	SURA	14/10/2023	PORVENIR	15/02/2025	N/A	N/A	APTO PARA EL CARGO
	RETIRO DE PERSONAL																					
5	CONSORCIO DC 2025	PRESTACION DE SERVICIOS	MARICELA ASDRID TOLOZA CUBAQUE	52.423.434	46	X		ESP. FORESTAL	ACTIVO	BOGOTA	15/01/2025	31/01/2025	AXA COLPATRIA	V	15/02/2023	SALUD TOTAL	13/10/2023	PROTECCION	21/02/2025	N/A	N/A	APTO PARA EL CARGO
	TRASLADOS																					
	PERSONAL ROTATIVO																					
	NUEVO																					
	6																					
	ANTIGUO																					
	0																					
	RETIRO																					
	0																					
	INACTIVOS																					

Firma

Nombre

ESP. AMBIENTAL/SST Contratista

Firma

Nombre JUAN PABLO FONSECA CARDONA

Residente SST Interventoria

ANEXO 2.

INGRESO DE PERSONAL

Calle 19 #43G-80 Apartamento 812 Medellín - Antioquia Celular: 3123799155
E-mail: consorciodc2025@gmail.com

CONSORCIO DC 2025

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 004

CONTRATANTE: CONSORCIO DC 2025
DIRECCION: Calle 53b sur N° 25-29
DOMICILIO CONTRATANTE: BOGOTÁ

CONTRATISTA: Leidy Acosta
IDENTIFICACIÓN: 53.030.000
DOMICILIO CONTRATISTA: BOGOTÁ

OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS ESPECIALISTA FORESTAL
PLAZO: dos (2 MESES)
FECHA INICIO: 21 de febrero de 2025

Entre los suscritos a saber; de una parte **CONSORCIO DC 2025,** sociedad comercial domiciliada en Bogotá e identificada con N.I.T. **901893060-1** representada legalmente por **RAFAEL EDUARDO ALZATE MORENO identificado con cédula de ciudadanía No.7.176.318**, que para efectos de este contrato se denominará **EL CONTRATANTE,** y por la otra **Leidy Acosta,** mayor de edad, domiciliado en Bogotá, identificado con cédula de ciudadanía No. 53.030.000**,** quien actúa en nombre propio y en adelante se denominará **EL CONTRATISTA**, se ha celebrado el presente contrato de Prestación de Servicios Profesionales, que se regulará por las disposiciones que consigna en las siguientes:

OBLIGACIONES GENERALES

- Participar en la programación y ejecución de las actividades de formación para el personal de la empresa y asiste a las mismas.
- Deberá mantener todos los registros que genere de manera organizada y cumpliendo con el procedimiento de Control de documentos y datos, así como correspondencia y archivo.
- Asistir a las charlas diarias de seguridad industrial, salud ocupacional o cualquiera que así disponga **EL EMPLEADOR**, independientemente de la fecha u hora de su convocatoria.
- Cumplir las normas y requerimientos de seguridad industrial y ambientales, las cuales declara expresa y libremente conocer **EL TRABAJADOR**, y salvaguardar ante todo la seguridad y la vida propia, de los demás trabajadores y cualquier tercero que pudiera verse afectado por las labores desempeñadas o las ordenes impartidas por **EL TRABAJADOR.**
- Ejercerá las funciones propias de su cargo a cabalidad, de manera oportuna y profesional.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS

- Apoyar los comités virtuales previamente programados.
- Apoyar visitas integrales con pares previamente programado
- Apoyar en recopilación de análisis de información
- Apoyar todas las reuniones y comités que se requieran en desarrollo del contrato celebrado entre el **FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE TUNJUELITO Y CONSORCIO DC 2025**
- Apoyar en los asuntos que requiere el desempeño de sus funciones sea en el sitio de obra contrato celebrado entre el **FONDO DE DESARROLLO LOCAL Y CONSORCIO DC 2025**
- Efectuar los análisis técnicos que sean solicitados por el contratante.

- Informar a EL CONTRATANTE la existencia de posibles riesgos y daños en el desarrollo del contrato celebrado entre el **FONDO DE DESARROLLO LOCAL Y CONSORCIO DC 2025**
- Apoyar a realizar actualización y/o elaboración del directorio de actores sociales, Instituciones y equipamientos.
- Elaborar los informes requeridos por la interventoría, referente al area forestal, en la periodicidad que lo requieran, en todo caso no mayor a un mes.
- Apoyar en la Elaborar y/o actualizar matriz de sistematización de la gestión social.

PRIMERA: OBJETO. - EL CONTRATISTA se obliga para con **EL CONTRATANTE**, a la prestación de servicios profesionales como **ESPECIALISTA FORESTAL** de manera autónoma e independiente sin la existencia de relación de subordinación y sin que exista relación laboral entre las partes, para ejercer como **ESPECIALISTA FORESTAL** en el contrato celebrado entre el **FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE TUNJUELITO Y CONSORCIO DC 2025** documentos que **EL CONTRATISTA** declara conocer a cabalidad.

SEGUNDA: HONORARIOS- La remuneración de **EL CONTRATISTA** por cada mes de prestación de servicios, corresponde a honorarios que se pagarán por **EL CONTRATANTE** en mensualidades vencidas de **DOS MILLONES DE PESOS m/cte. ($2.000.000),** pagaderos a prorrata quincenalmente dentro de los CINCO (05) días siguientes a la presentación de la correspondiente cuenta de cobro por parte de **EL CONTRATISTA** acompañada de los comprobantes de pago de los aportes a seguridad social, pensiones y una vez se presenten los servicios a entera satisfacción y hayan sido entregados los informes que haya lugar por parte de EL CONTRATISTA de las actividades desarrolladas.

Si con la cuenta no se acompañan los documentos requeridos para el pago ésta no se hará exigible para su pago, por lo que el mismo solo se hará una vez dichos documentos, sin que tenga por el retraso derecho el contratista al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza.

Parágrafo Primero: las partes declaran que los honorarios son suficientes para remunerar los servicios prestados por **EL CONTRATISTA** sin importar el tiempo invertido para el debido cumplimiento de las obligaciones contractuales e incluyen los costos de desplazamiento, impuestos, tasas y contribuciones que se pudieren llegar a generar con ocasión de la celebración del presente contratado.

Parágrafo Segundo: En el evento en que el presente contrato termine en una fecha en la que no se hayan prestado los servicios por un mes entero, o que por cualquier motivo el **CONTRATISTA** no preste sus servicios de manera continua en un determinado mes, solo se pagará el proporcional a la fracción de tiempo durante la cual éste efectivamente prestó sus servicios.

TERCERA: DURACIÓN. - El presente contrato tendrá una duración de dos meses sometida a la terminación del contrato celebrado entre el **FONDO DE DESARROLLO LOCAL Y CONSORCIO DC 2025** celebrado entre **FONDO DE DESARROLLO LOCAL Y CONSORCIO DC 2025 CONTRATANTE,** lo que primero ocurra. Este contrato no generará renovaciones automáticas.

CONSORCIO DC 2025

CUARTA: OBLIGACIONES DE LAS PARTES. - Son obligaciones de las partes las siguientes: Obligaciones de EL CONTRATANTE: 1. Pagar a **EL CONTRATISTA** la remuneración pactada en la cláusula segunda del presente contrato. 2. Entregar la información requerida para la ejecución de las actividades contratadas

QUINTA: LUGAR DE EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES. - No obstante, EL **CONTRATISTA** es autónomo e i ndependiente para el cumplimiento de las obligaciones del presente contrato, los servicios serán prestados de común acuerdo y de acuerdo al porcentaje contratado.

SEXTA: INDEPENDENCIA. - Las partes declaran que entre ellas no existe, ni existirá vínculo laboral por la relación surgida con ocasión de la celebración del presente contrato ya que es claro y que su consentimiento se formó teniendo en cuenta que **EL CONTRATISTA** prestará de manera independiente y sin estar sujeto a subordinación los servicios objeto del presente contrato.

SÉPTIMA: SUPERVISIÓN: las actividades de **EL CONTRATISTA** serán objeto de supervisión por el representante de **EL CONTRATANTE**, quién estará facultado para solicitar los informes necesarios para verificar el cumplimiento de las obligaciones contratadas a **EL CONTRATISTA.**

OCTAVA: TERMINACIÓN DEL CONTRATO. - El presente contrato terminará por las siguientes causales:

- Por el vencimiento del plazo pactado.
- Por mutuo acuerdo entre las partes.
- Por el incumplimiento de las obligaciones pactadas en el presente contrato por parte del CONTRATISTA, el cual podrá declarar unilateralmente el CONTRATANTE.
- Por la terminación normal y/o anormal de contrato celebrado entre el **FONDO DE DESARROLLO LOCAL Y CONSORCIO DC 202**.
- Por declaración judicial.
- Por el advenimiento de circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito que impidan el cumplimiento del presente contrato**.**
- Unilateralmente por **EL CONTRATANTE** en cualquier momento previo aviso escrito con 10 días calendario de antelación.

Ninguna de las anteriores causales dará lugar a pago de indemnización alguna en favor del CONTRATISTA teniendo este solo derecho al pago de los honorarios causados hasta el momento de la terminación.

NOVENA: CESIÓN. - Las Partes no podrán ceder a ningún título el contrato sin previa autorización escrita de la otra parte.

DÉCIMA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS. - Las partes convienen que ante el surgimiento de controversias de cualquier naturaleza con ocasión de la celebración y/o ejecución del presente contrato deberá agotarse una etapa de arreglo directo entre las partes en la que durante 20 días se tratará de llegar a una solución amigable de las mismas. En el evento en que no sea posible, las partes convienen acudir ante un amigable componedor designado de mutuo acuerdo o por sorteo de no existir dicho acuerdo, quien deberá ser abogado y dirimirá las controversias surgidas entre las partes dentro de un plazo de 60 días. La decisión del amigable componedor será de obligatorio

cumplimiento para las partes.

UNDÉCIMA: DOMICILIO CONTRACTUAL. - Para los efectos judiciales y extrajudiciales del presente contrato, se fija como domicilio de las partes la ciudad de Bogotá.

DUODÉCIMA: NOTIFICACIONES. - Las notificaciones que deban efectuarse con ocasión de la celebración del presente contrato deberán dirigirse a las siguientes direcciones:

AL CONTRATANTE: En la consorciodc2025@gmail.com

AL CONTRATISTA: En la lcacostarodriguez2019@gmail.com

DÉCIMA TERCERA: RESPONSABILIDAD. - El contratista asume la responsabilidad directa y absoluta del control de calidad de los servicios prestados y deberá responder por el mismo en forma eficiente y profesional. El régimen de responsabilidad aplicable es el de las normas civiles y comerciales de Colombia

DÉCIMA CUARTA: PROPIEDAD INTELECTUAL. - Los productos materiales e inmateriales de las labores realizadas por **EL CONTRATISTA** en cumplimiento del presente contrato serán de propiedad de **EL CONTRATANTE,** los cuales se encuentran debidamente remunerados por los honorarios pactados en la cláusula segunda del presente contrato. Por esta razón **EL CONTRATISTA** no podrá disponer del contenido de tales productos salvo que medie autorización por escrito de **EL CONTRATANTE.**

DÉCIMA QUINTA: LEY APLICABLE. - Debido a que la relación surgida por la celebración del presente contrato es de naturaleza civil, el mismo se regirá por el articulado contenido en el Código Civil y en el Código de Comercio colombiano y demás normas que les adicionen y/o modifiquen.

DÉCIMA SEXTA: Reserva, Confidencialidad y no competencia. En los términos del artículo 539 del Código de Comercio, las partes acuerdan que toda invención u obra realizada por **EL CONTRATISTA,** en razón del desarrollo del objeto contractual desempeñada, o en desarrollo de las actividades de investigación y desarrollo de nuevos proyectos que desempeñe dentro del desarrollo del presente contrato u obtenida mediante datos o medios conocidos, incluyendo los derechos patrimoniales de autor, pertenecen a **EL CONTRATANTE** sin perjuicio de que pueda pactarse expresamente entre las partes una compensación a favor del primero, la cual se determinará de acuerdo con los parámetros establecidos en la ley.

Las partes de consuno acuerdan los siguientes numerales especiales relacionados con la exclusividad del CONTRATISTA, confidencialidad y reserva de la información manejada por EL CONTRATISTA, previas las siguientes consideraciones:

1. Que EL CONTRATISTA tiene acceso a la información relacionada con los productos, clientes, servicios, negociaciones y datos confidenciales que son de propiedad exclusiva de EL CONTRATANTE, de sus clientes y/o demás personas con las cuales EL CONTRATANTE tiene relaciones comerciales. 2. Que la información que maneja y manejará EL CONTRATISTA, en desarrollo del presente contrato es de carácter confidencial y un activo de propiedad de EL CONTRATANTE, de sus clientes y/o demás

CONSORCIO DC 2025

personas con las cuales EL CONTRATANTE tiene relaciones comerciales, en consecuencia, la disposición de dicha información sin autorización previa y escrita de su titular podrá ocasionar perjuicios. 3. Que es deber de EL CONTRATISTA mantener la Reserva de la información, entendida ésta, como la obligación de guardar reserva y discreción sobre los datos y vínculos de los clientes de EL CONTRATANTE o sobre aquellas informaciones relacionadas con la situación propia de EL CONTRATANTE, que conozca en desarrollo de su profesión u oficio. 4. Que EL CONTRATISTA conoce las consecuencias penales y administrativas que conlleva el levantamiento de la Reserva mencionada, en los casos no exceptuados por la ley. Así mismo conoce las disposiciones contenidas en los artículos 192 y 194 del Código Penal, relativas a la violación ilícita de comunicaciones y a la divulgación y empleo de documentos reservados.

DÉCIMA SÉPTIMA: EL CONTRATISTA acepta expresamente que sus datos personales sean tratados de conformidad con la política del CONTRATANTE y lo señalado en la ley 1581 de 2012, sobre protección de datos personales, sus reglamentos, las normas que las modifiquen, complementen o sustituyan, lo cual declara conocer.

Estando las partes de acuerdo en todas y cada una de las cláusulas de este contrato, para constancia se firma en la ciudad de Bogotá, a los quince (21) días del mes de febrero de dos mil veinticinco (2025).

CONSORCIO DC 2025
NIT: 9 0 1 8 9 3 0 6 0 - 1
Representante legal: RAFAEL EDUARDO ALZATE MORENO
C. C. No. 7.176.318 de Tunja
EMPLEADOR

Firmado en original

Leidy Acosta CÉDULA. 53.030.000
EMPLEADO



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **53.030.000**

ACOSTA RODRIGUEZ

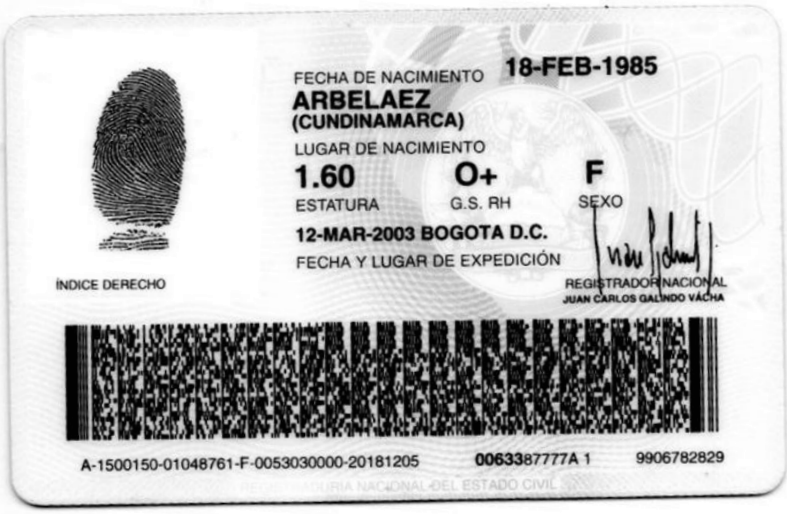
APELLIDOS

LEIDY CONSTANZA

NOMBRES

Leidy Acosta Rodriguez

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-FEB-1985**

ARBELAEZ
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

12-MAR-2003 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-1500150-01048761-F-0053030000-20181205 **0063**87777A 1 9906782829

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901893060
Número Afiliación:	9027138
Razón social:	CONSORCIO DC 2025

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	53030000
Nombre:	LEIDY CONSTANZA ACOSTA RODRIGUEZ
Fecha Ingreso:	22/02/2025
Salario básico:	1,423,500
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	21/02/2025 03:44:19 p. m.

Bienestar & Salud Laboral

Nit. 900.844.030-8
Licencia No. 64 del 10-01-2017
Calle 134 # 7-83 cons 233, Bogotá D. C.
www.bsl.com.co



DATOS PERSONALES

Fecha de Atención: 21 feb 2025 Tipo de Consulta: Examen Médico Ocupacional de Ingreso

Paciente: LEIDY CONSTANZA ACOSTA RODRÍGUEZ Documento: 53030000

Edad: 40 Género: FEMENINO Ciudad: Bogotá

Empresa: Cargo: Residente forestal

EXÁMENES REALIZADOS

Examen Médico Osteomuscular, Audiometría, Optometría

CONCEPTO EVALUACIÓN MÉDICA

ELEGIBLE PARA EL CARGO SIN RECOMENDACIONES LABORALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a Leidy Constanza Acosta Rodríguez con documento de identificación No 53030000 se considera que es ELEGIBLE PARA EL CARGO SIN RECOMENDACIONES LABORALES para desempeñar la ocupación del cargo descrito

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

Basándonos en los resultados obtenidos de la evaluación osteomuscular, certificamos que el paciente presenta un sistema osteomuscular en condiciones óptimas de salud. Esta condición le permite llevar a cabo una variedad de actividades físicas y cotidianas sin restricciones notables y con un riesgo mínimo de lesiones osteomusculares.

RECOMENDACIONES GENERALES

1. PAUSAS ACTIVAS
2. HIGIENE POSTURAL
3. MEDIDAS ERGONOMICAS
4. TÉCNICAS DE MANEJO DE ESTRÉS
5. EJERCICIO AEROBICO
6. MANTENER MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD PARA COVID.
7. ALIMENTACIÓN BALANCEADA

SALUD FÍSICA Y MENTAL

A no ser que presentes una restricción médica realizar al menos 150 minutos semanales de actividad física de intensidad moderada, o al menos 75 minutos semanales de ejercicio de alta intensidad.
Consume alimentos variados, incluyendo frutas y verduras
Reduce el consumo de sal, grasas saturadas y el azúcar
Mantén una buena hidratación bebiendo suficiente agua
Sigue una rutina y organiza tu tiempo en el trabajo, familia, estudio, cuidado personal y hobbies.
Reduce la exposición a noticias negativas
Mantén el contacto social vía telefónica - virtual o de forma presencial teniendo en cuenta las medidas de bioseguridad
Mantén hábitos de sueño

JUAN JOSE REATIGA
REGISTRO MEDICO NO 14791
LICENCIA SALUD OCUPACIONAL 460
6 DE JULIO DE 2020

Verifica la validez de este certificado

Leidy Constanza Acosta Rodríguez

FIRMA

53030000

BIENESTAR Y SALUD LABORAL SAS - CALLE 134 NO. 7-83 CONS 233 - BOGOTÁ - www.bsl.com.co - Teléfono + 57 601 580 0108

CONSORCIO DC 2025	FORMATO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÒN	CODIGO	FR-SST-05	
		N° VER	F. APROB.	F. REV.
		1	15/01/2025	

NOMBRE: Leidy Constanza Acosta Rodríguez	**CEDULA:** Nº 53030000
AREA: OBRA	**CARGO: RESIDENTE FORESTAL**

1. Reflexiones lo siguiente: ¿Por qué me cuido?, ¿Qué es el autocuidado?

prácticas y actividades que una persona realiza de manera consciente para mantener y mejorar su bienestar físico, mental y emocional.

2. Señale cuál de los siguientes son objetivo de la Seguridad y la Salud en el Trabajo.

a.	Identificar peligros, evaluar y valorar los riesgos y establecer controles
b.	Prevenir la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales
c.	Proteger la seguridad y la salud de los trabajadores mediante la mejora continua del SG-SST
d.	Todas las anteriores

3. Identifique que lesiones puede sufrir durante la realización de sus labores

a.	Quemaduras		d.	Lesiones osteomuscular es	g.	Carga mental
b.	Fractura - Esguince		e.	Pérdida de peso	h.	Caídas del mismo y/o diferente nivel.
c.	Cuerpo extraño en ojos		f.	Accidentes de tránsito	i.	Aplastamiento por excavaciones.

4. Describa los riesgos a los que usted está expuesto durante la ejecución de sus actividades.

Climas adversos, ruido, accidentes.

4. Cómo se proteje usted frente a los riesgos a los cuales está expuesto.

a) Uso de epp

b) Revisión del área de trabajo

c) Conocer y seguir las normativas de seguridad

c) Seguir los protocolos de emergencia

5.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

a.	Protección auditiva		e.	Careta facial	i.	Delantal de carnaza
b.	Botas de seguridad con puntera		f.	Respirador de doble cartucho	j.	Camisa manga larga
c.	Casco de Seguridad		g.	Guantes plásticos	k.	Capuchón
d.	Guantes de carnaza		h.	Guantes de nitrilo	l.	Gafas de seguridad

6. Indique que hacer en caso de presentarse un Accidente de Trabajo y cual es la entidad que lo atiende:

1. Informar al encargado de seguridad – llamar a seguros Axa Colpatria

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad al interior de la compañía.

Leidy Acosta Rodriguez

FIRMA DEL TRABAJADOR
CC 53030000

ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN

CONSORCIO DC 2025	NOTIFICACIÒN DE RIESGOS	CODIGO	FR-SST-04	
		N° VER	F. APROB.	F. REV.
		1	15/01/2025	

POR MEDIO DE LA PRESENTE, Declaro que he sido notificado de todos los riesgos a los cuales puedo estar expuesto durante la jornada laboral y me comprometo a cumplir con las normas de seguridad y otras disposiciones establecidas por la empresa para prevenir.

Conforme a l o antes expuesto yo Leidy Constanza Acosta Rodríguez Identificado con cedula de identidad Nº 53030000 con el puesto de trabajo como, Ingeniera forestal, he recibido de la empresa, CONSORCIO DC 2025, amplia y suficiente inducción general y adiestramiento operacional donde se me explico y notifico de manera verbal y/o por escrito los riesgos y medidas preventivas inherentes a mi cargo y medio ambiente circundante, las normas y procedimientos internos de la empresa y los análisis de riesgo de mis funciones.

Asimismo, me comprometo a cumplir con las obligaciones que como trabajador me impone las normas y procedimientos internos de la Empresa en materia de Seguridad Industrial, normativa legal que tiene como objeto fundamental mi seguridad, salud y bienestar laboral.

El Trabajador,	**Responsable de Seguridad y Salud en el Trabajo**
Nombre: Leidy Constanza Acosta Rodríguez	Nombre: **Jessica Lorena Ramirez Benavides**
Firma: 	Firma: 
CC 53030000	CC: **1.013.606.685**
Cargo: **Residente Forestal**	Cargo: **Residente ambiental/SST**

CONSORCIO DC 2025

NIT: 9 0 1 8 9 3 0 6 0 – 1

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TÉRMINO FIJO

Nombre del empleador: CONSORCIO DC 2025

NIT .: 901.893.060-1

Representante legal: RAFAEL EDUARDO ALZATE MORENO

Nombre del empleado(a): Jhon Steven Caicedo Robayo

Identificado con cédula N.°: 1.012.419.015

Lugar de residencia: Bogotá Dc

Cargo por desempeñar: Topógrafo

Salario: $1.600.00 M/C

Entre el empleador y trabajador, ambos mayores de edad, identificados como ya se anotó, se suscribe CONTRATO A TÉRMINO FIJO POR 6 MESES, regido por las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Lugar. El trabajador(a) desarrollará sus funciones en las dependencias o el lugar que la empresa determine, para este caso en la localidad de Tunjuelito, de la ciudad de Bogotá D.C.

SEGUNDA: Funciones. El empleador contrata al trabajador(a) para desempeñarse como TOPOGRAFO en las labores que se le indique semanalmente o cada que se requiera.

TERCERA: Elementos de trabajo. Corresponde al empleador suministrar los elementos necesarios para el normal desempeño de las funciones del cargo contratado.

CUARTA: Obligaciones del contratado. El trabajador(a) por su parte, prestará su fuerza laboral con fidelidad y entrega, cumpliendo debidamente el (Reglamento Interno de Trabajo, Higiene y de Seguridad y/o sistema de gestión SST-SG), cumpliendo las órdenes e instrucciones que le imparta el empleador o sus representantes, al igual que no laborar por cuenta propia o a otro empleador en el mismo oficio, mientras esté vigente este contrato.

QUINTA: Término del contrato. El presente contrato tendrá una duración de 6 meses, pero podrá darse por terminado por cualquiera de las partes, cumpliendo con las exigencias legales al respecto.

SEXTA: Periodo de prueba: Acuerdan las partes fijar como periodo de prueba los primeros cuarenta y cinco (45) días de labores.

SEPTIMA: Justas causas para despedir: Son justas causas para dar por terminado unilateralmente el presente contrato por cualquiera de las partes, el incumplimiento a las obligaciones y prohibiciones que se expresan en los artículos 57 y siguientes del Código sustantivo del Trabajo. Además del incumplimiento o violación a las normas establecidas en el (Reglamento Interno de Trabajo, Higiene y de Seguridad, y/o sistema de gestión SST-SG) y las previamente establecidas por el empleador o sus representantes.

OCTAVA: Salario. El empleador cancelará al trabajador(a) un salario mensual equivalente a $1.600.000 pagaderos en la cuenta que suministre el trabajador (a), a prorrata pagando quincenalmente. Dentro de este pago se encuentra incluida la remuneración de los descansos dominicales y festivos de que tratan los capítulos I y II del título VII del Código Sustantivo del Trabajo.

NOVENA: Trabajo extra, en dominicales y festivos. El trabajo suplementario o en horas extras, así como el trabajo en domingo o festivo que correspondan a descanso, al igual que los nocturnos, será remunerado conforme al código laboral. Es de advertir que dicho trabajo debe ser autorizado u ordenado por el empleador para efectos de su reconocimiento. Cuando se presenten situaciones urgentes o inesperadas que requieran la necesidad de este trabajo suplementario, se deberá ejecutar y se dará cuenta de ello por escrito, en el menor tiempo posible al jefe inmediato, de lo contrario, las horas laboradas de manera suplementaria que no se autorizó o no se notificó no será reconocido.

DÉCIMA: Horario. El trabajador se obliga a laborar la jornada ordinaria en los turnos y dentro de las horas señaladas por el empleador (de Lunes a Viernes de 7am a 5pm; y sábados de 7am a 12m eventualmente), pudiendo hacer éste ajustes o cambios de horario cuando lo estime conveniente. Por el acuerdo expreso o tácito de las partes, podrán repartirse las horas jornada ordinaria de la forma prevista en el artículo 164 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado por el artículo 23 de la Ley 50 de 1990, teniendo en cuenta que los tiempos de descanso entre las secciones de la jornada no se computan dentro de la misma, según el artículo 167 ibídem.

DECIMA PRIMERA: Afiliación y pago a seguridad social. Es obligación del empleador afiliar al trabajador a la seguridad social como es salud, pensión y riesgos profesionales, autorizando el trabajador el descuento en su salario, los valores que le corresponda aportan, en la proporción establecida por la ley.

DECIMA SEGUNDA: Nueva obra o cambio del término del contrato. Si al finalizar la obra contratada, el empleador desea continuar con el trabajador en otra obra distinta a la aquí contratada o vincularlo mediante un periodo fijo o término indefinido, se deberá hacer un nuevo contrato de trabajo y no se entenderá como prorroga por desaparecer las causas contractuales que dieron origen a este contrato.

DECIMA TERCERA: Modificaciones. Cualquier modificación al presente contrato debe efectuarse por escrito y anexarse a este documento.

DECIMA CUARTA: Efectos. El presente contrato reemplaza y deja sin efecto cualquier otro contrato verbal o escrito, que se hubiera celebrado entre las partes con anterioridad. Se firma por las partes, el día DIECISIETE (17) del mes FEBRERO de 2025.

En constancia de lo anterior se firma este contrato en la ciudad de Bogotá D.C., a los 17 días del mes de febrero de 2025.

Rafael Eduardo Álzate Moreno
c.c. 7.176.318
Rep. Legal Consorcio DC 2025

Jhon Steven Caicedo Robayo
c.c. No. 1.012.419.015
Topógrafo

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.012.419.015
CAICEDO ROBAYO
APELLIDOS
JOHN STEVEN
NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 11-FEB-1995
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.77 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
14-FEB-2013 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00507734-M-1012419015-20131113 0035719215A 1 40160800

Powered by CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014277682	2|5|0|2|2|0|2|5

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

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

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

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			
Primer apellido: CAICEDO	Segundo apellido: ROBAYO	Primer nombre: JOHN	Segundo nombre: STEVEN

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	1012419015	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	COLOMBIA	Pais: COLOMBIA Departamento: BOGOTA Municipio: BOGOTA	1|1|0|2|1|9|9|5

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 ☒ 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
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A		1423500	

26.Residencia			
Dirección: CL 69 77 L 12 SUR	Telefono fijo:	Telefono celular: 3118143469	Correo electronico: CAICEDORJOHN@GMAIL.COM
Departamento: BOGOTA	Municipio/Distrito: BOGOTA	Localidad / comuna: 170	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	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 KENNEDY - VS KENNEDY	VSKENNED - VSKENNED
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)
CONSORCIO DC O	NIT	901893060	

59.Ubicación				
Dirección: CL 19 43 G 80 AP 812	Telefono fijo o celular: 315001321	Correo electrónico: SERVICIOS.INTEGRADOSB@GMAIL.COM	Departamento: BOGOTA	Municipio/distrito: BOGOTA

Powered by CamScanner

No de Radicacion
4014277682

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la Identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 69. ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 70. ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo,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 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 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

John Steven Caicedo R. 1.012.479.015

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

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

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

Powered by CamScanner

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.170.043-7

CERTIFICA QUE:

JOHN STEVEN CAICEDO ROBAYO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.012.419.015**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR.**

La presente certificación se expide el 18 de Febrero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Powered by CamScanner

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901893060
Número Afiliación:	9027138
Razón social:	CONSORCIO DC 2025

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1012419015
Nombre:	JOHN ROBAYO CAICEDO ROBAYO
Fecha Ingreso:	18/02/2025
Salario básico:	1,423,500
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	17/02/2025 05:58:44 p. m.

Powered by CamScanner

BOGOTA, Febrero 17 de 2025

Señor:
CAICEDO ROBAYO JOHN STEVEN
CC. 1012419015
CL 69 77 L 12 SUR - 0
Ciudad

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

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Noviembre 12 de 2024. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
CAICEDO ROBAYO JOHN STEVEN	1012419015	C	Nov-12-2024	0	0	COTIZANTE	VIGENTE		Afiliación no efectiva mes mora 3	Ninguna

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

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
JOHN STEVEN CAICEDO ROBAYO	1012419015	Trabajador Independiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,

Gerente de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.
Elaboró: Servicios en Línea

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

Clinisur IPS 1 Ltda
Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000536149

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: INGECOP OBRAS CIVILES SAS FECHA 14/02/2025 10:51:03

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: JOHN STEVEN CAICEDO ROBAYO **C.C** 1012419015

EDAD 30 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** TOPOGRAFO



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐ NO ☑
Visiometría	☑	Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐ Otros ☐	
Optometría	☐	**¿Cuáles?**	
Audiometría	☑		
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑
		Otros	☐

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES
NINGUNO

RECOMENDACIONES
CONTROL MÉDICO DE RUTINA EPS - VALORACION EN EPS CON NUTRICION / DIETA HIPOCALÓRICA / BAJAR DE PESO
USO DE LOS EPP EN FUNCIÓN DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR / REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

EXÁMENES DE EGRESO
Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Dra. María L. Perez P.
Médico
Esp. Gerencia en SST
Res 8731-22/12/22
CC. 1.034.320.081

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CONSORCIO DC 2025	FORMATO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÒN	CODIGO	FR-SST-05	
		N° VER	F. APROB.	F. REV.
		1	15/01/2025	

NOMBRE: Jhon Steven Caicedo Robayo	**CEDULA: 1.012.419.015**
AREA: OBRA	**CARGO: Topógrafo**

1. Reflexiones lo siguiente: ¿Por qué me cuido?, ¿Qué es el autocuidado?

La prioridad de cuidar de mi y de los que me rodean, teniendo en cuenta los riesgos y peligros a los cuales estamos expuestos en obra

2. Señale cuál de los siguientes son objetivo de la Seguridad y la Salud en el Trabajo.

a.	Identificar peligros, evaluar y valorar los riesgos y establecer controles
b.	Prevenir la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales
c.	Proteger la seguridad y la salud de los trabajadores mediante la mejora continua del SG-SST
d.	Todas las anteriores

3. Identifique que lesiones puede sufrir durante la realización de sus labores

a.	Quemaduras		d.	Lesiones osteomuscular es	g.	Carga mental
b.	Fractura - Esguince		e.	Pérdida de peso	h.	Caídas del mismo y/o diferente nivel.
c.	Cuerpo extraño en ojos		f.	Accidentes de tránsito	i.	Aplastamiento por excavaciones.

4. Describa los riesgos a los que usted está expuesto durante la ejecución de sus actividades.

Caídas

Fracturas

Accidentes de tránsito

4. Cómo se proteje usted frente a los riesgos a los cuales está expuesto.

a) Usando los elementos de protección personal

b) Cumplimento con las indicaciones brindadas por el área de seguridad

c)

d)

5.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

a.	Protección auditiva		e.	Careta facial	i.	Delantal de carnaza
b.	Botas de seguridad con puntera		f.	Respirador de doble cartucho	j.	Camisa manga larga
c.	Casco de Seguridad		g.	Guantes plásticos	k.	Capuchón
d.	Guantes de carnaza		h.	Guantes de nitrilo	l.	Gafas de seguridad

6. Indique que hacer en caso de presentarse un Accidente de Trabajo y cual es la entidad que lo atiende:

1. Informar al encargado de seguridad – llamar a seguros Axa Colpatria

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad al interior de la compañía.

FIRMA DEL TRABAJADOR
cc 1.012.419.015

ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN

CONSORCIO DC 2025	NOTIFICACIÒN DE RIESGOS	CODIGO	FR-SST-04	
		N° VER	F. APROB.	F. REV.
		1	15/01/2025	

POR MEDIO DE LA PRESENTE, Declaro que he sido notificado de todos los riesgos a los cuales puedo estar expuesto durante la jornada laboral y me comprometo a cumplir con las normas de seguridad y otras disposiciones establecidas por la empresa para prevenir.

Conforme a l o antes expuesto yo, **Jhon Steven Caicedo Robayo**, Identificado con cedula de identidad Nº **1.012.419.015** con el puesto de trabajo como, **Topógrafo** , he recibido de la empresa, CONSORCIO DC 2025, amplia y suficiente inducción general y adiestramiento operacional donde se me explico y notifico de manera verbal y/o por escrito los riesgos y medidas preventivas inherentes a mi cargo y medio ambiente circundante, las normas y procedimientos internos de la empresa y los análisis de riesgo de mis funciones.

Asimismo, me comprometo a cumplir con las obligaciones que como trabajador me impone las normas y procedimientos internos de la Empresa en materia de Seguridad Industrial, normativa legal que tiene como objeto fundamental mi seguridad, salud y bienestar laboral.

El Trabajador,	**Responsable de Seguridad y Salud en el Trabajo**
Nombre: **Jhon Steven Caicedo Robayo**	Nombre: **Jessica Lorena Ramirez Benavides**
Firma:	Firma:
CC **1.012.419.015**	CC: **1.013.606.685**
Cargo: Topógrafo	Cargo: **Residente ambiental/SST**

CONSORCIO DC 2025

NIT: 9 0 1 8 9 3 0 6 0 – 1

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TÉRMINO FIJO

Nombre del empleador: CONSORCIO DC 2025

NIT .: 901.893.060-1

Representante legal: RAFAEL EDUARDO ALZATE MORENO

Nombre del empleado(a): CRISTJIAN ANDRES MARTINEZ ARROYO

Identificado con cédula N.°: 1.012.393.061

Lugar de residencia: Bogotá Dc

Cargo por desempeñar: Cadenero

Salario: $1.600.00 M/C

Entre el empleador y trabajador, ambos mayores de edad, identificados como ya se anotó, se suscribe CONTRATO A TÉRMINO FIJO POR 6 MESES, regido por las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Lugar. El trabajador(a) desarrollará sus funciones en las dependencias o el lugar que la empresa determine, para este caso en la localidad de Tunjuelito, de la ciudad de Bogotá D.C.

SEGUNDA: Funciones. El empleador contrata al trabajador(a) para desempeñarse como RESIDENTE DE OBRA en las labores que se le indique semanalmente o cada que se requiera.

TERCERA: Elementos de trabajo. Corresponde al empleador suministrar los elementos necesarios para el normal desempeño de las funciones del cargo contratado.

CUARTA: Obligaciones del contratado. El trabajador(a) por su parte, prestará su fuerza laboral con fidelidad y entrega, cumpliendo debidamente el (Reglamento Interno de Trabajo, Higiene y de Seguridad y/o sistema de gestión SST-SG), cumpliendo las órdenes e instrucciones que le imparta el empleador o sus representantes, al igual que no laborar por cuenta propia o a otro empleador en el mismo oficio, mientras esté vigente este contrato.

QUINTA: Término del contrato. El presente contrato tendrá una duración de 6 meses, pero podrá darse por terminado por cualquiera de las partes, cumpliendo con las exigencias legales al respecto.

SEXTA: Periodo de prueba: Acuerdan las partes fijar como periodo de prueba los primeros cuarenta y cinco (45) días de labores.

SEPTIMA: Justas causas para despedir: Son justas causas para dar por terminado unilateralmente el presente contrato por cualquiera de las partes, el incumplimiento a las obligaciones y prohibiciones que se expresan en los artículos 57 y siguientes del Código sustantivo del Trabajo. Además del incumplimiento o violación a las normas establecidas en el (Reglamento Interno de Trabajo, Higiene y de Seguridad, y/o sistema de gestión SST-SG) y las previamente establecidas por el empleador o sus representantes.

OCTAVA: Salario. El empleador cancelará al trabajador(a) un salario mensual equivalente a $1.600.000 pagaderos en la cuenta que suministre el trabajador (a), a prorrata pagando quincenalmente. Dentro de este pago se encuentra incluida la remuneración de los descansos dominicales y festivos de que tratan los capítulos I y II del título VII del Código Sustantivo del Trabajo.

NOVENA: Trabajo extra, en dominicales y festivos. El trabajo suplementario o en horas extras, así como el trabajo en domingo o festivo que correspondan a descanso, al igual que los nocturnos, será remunerado conforme al código laboral. Es de advertir que dicho trabajo debe ser autorizado u ordenado por el empleador para efectos de su reconocimiento. Cuando se presenten situaciones urgentes o inesperadas que requieran la necesidad de este trabajo suplementario, se deberá ejecutar y se dará cuenta de ello por escrito, en el menor tiempo posible al jefe inmediato, de lo contrario, las horas laboradas de manera suplementaria que no se autorizó o no se notificó no será reconocido.

DÉCIMA: Horario. El trabajador se obliga a laborar la jornada ordinaria en los turnos y dentro de las horas señaladas por el empleador (de Lunes a Viernes de 7am a 5pm; y sábados de 7am a 12m eventualmente), pudiendo hacer éste ajustes o cambios de horario cuando lo estime conveniente. Por el acuerdo expreso o tácito de las partes, podrán repartirse las horas jornada ordinaria de la forma prevista en el artículo 164 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado por el artículo 23 de la Ley 50 de 1990, teniendo en cuenta que los tiempos de descanso entre las secciones de la jornada no se computan dentro de la misma, según el artículo 167 ibídem.

DECIMA PRIMERA: Afiliación y pago a seguridad social. Es obligación del empleador afiliar al trabajador a la seguridad social como es salud, pensión y riesgos profesionales, autorizando el trabajador el descuento en su salario, los valores que le corresponda aportan, en la proporción establecida por la ley.

DECIMA SEGUNDA: Nueva obra o cambio del término del contrato. Si al finalizar la obra contratada, el empleador desea continuar con el trabajador en otra obra distinta a la aquí contratada o vincularlo mediante un periodo fijo o término indefinido, se deberá hacer un nuevo contrato de trabajo y no se entenderá como prorroga por desaparecer las causas contractuales que dieron origen a este contrato.

DECIMA TERCERA: Modificaciones. Cualquier modificación al presente contrato debe efectuarse por escrito y anexarse a este documento.

DECIMA CUARTA: Efectos. El presente contrato reemplaza y deja sin efecto cualquier otro contrato verbal o escrito, que se hubiera celebrado entre las partes con anterioridad. Se firma por las partes, el día DIECISIETE (17) del mes FEBRERO de 2025.

En constancia de lo anterior se firma este contrato en la ciudad de Bogotá D.C., a los 17 días del mes de febrero de 2025.

Rafael Eduardo Álzate Moreno

c.c. 7.176.318
Rep. Legal Consorcio DC 2025

CRISTIAN ANDRES MARTINEZ ARROYO

c.c. No. 1.012.393.061
Cadenero

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

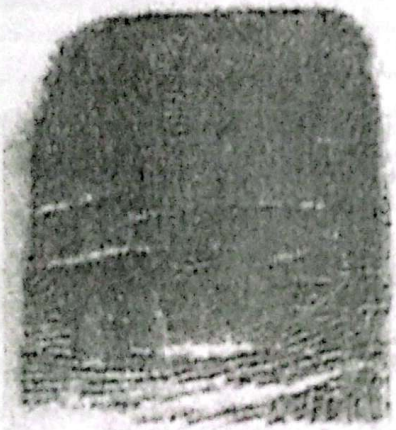
NUMERO 1.012.393.061

MARTINEZ ARROYO
APELLIDOS

CRISTHIAN ANDRES
NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 15-OCT-1992

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

20-OCT-2010 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-01059169-M-1012393061-20190205 0064376820A 1 9907218007

Powered by CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas

No. de Radicación | Fecha de Radicación

180438883

(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 ✓; Beneficiario o Afiliado adicional; B. Colectiva; C. Institucional; D. De Oficio
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 solicitante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres
Primer Apellido: Martinez | Segundo Apellido: Arroyo | Primer Nombre: Cristhian | Segundo Nombre: Andres

7. Tipo de documento de identidad: CN TI CE CD / RC CC ✓ PA SC
8. Número del documento de identidad: 1012393061
9. Sexo: Femenino Masculino ✓
10. Fecha de nacimiento: 15 10 1992

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: Colpatria
16. Administradora de Pensiones: Protección
17. Ingreso base de cotización - IBC: 1'423.500

18. Residencia
Dirección: Carrera 89 # 39a - 28
Teléfono Fijo
Teléfono Celular: 3143334177
Correo Electrónico: kria1012@hotmail.com
Municipio / Distrito: Bogota
Zona: Urbana ✓ Rural
Localidad / Comuna
Departamento: Cundinamarca

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

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		
B2			Femenino Masculino		
B3			Femenino Masculino		
B4			Femenino Masculino		
B5			Femenino Masculino		

	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	Zona 10	
B		
B		
B		

KDATA

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

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 (NIT / TI / CE / CC / PA / CD)	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (asignado por la EPS)
Consorcio DC 2025		901.893.060-1	

39. Ubicación
Dirección: Calle 19 # 43 G - 80
Teléfono Fijo:
Correo Electrónico:
Municipio / Ciudad: Medellin
Departamento: Antioquia

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS
  - Código: [ ]
- [x] 6. Reinscripción en la EPS
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones 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 (CN / RC / TI / CC / CE / PA / CD / SC)	Número del documento de identidad	Sexo (Femenino / Masculino)	Fecha de nacimiento	42. Fecha
				17/02/2026

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado (Código)	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
Sanitas	01	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [x] 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
- [x] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- [x] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [x] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- [x] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
- [x] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o 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
Cristhian Martinez	Rafael Olaya

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBEN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validacion

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

Observaciones: C.C. Se solicita creación Empresa se Adjuntan Documentos

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
1013612726 Vanessa Burgos		

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MARTINEZ ARROYO CRISTHIAN ANDRES** identificado(a) con **CC** número **1.012.393.061** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 27 de noviembre de 2010 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 18 de febrero 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

2025021808454

Powered by CamScanner

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901893060
Número Afiliación:	9027138
Razón social:	CONSORCIO DC 2025

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1012393061
Nombre:	CRISTHIAN ANDRES MARTINEZ ARROYO
Fecha Ingreso:	18/02/2025
Salario básico:	1,423,500
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	17/02/2025 06:02:53 p. m.

Powered by CamScanner

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Cristhian Andres Martinez Arroyo, identificado(a) con CC número 1012393061, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1012393061
NOMBRES Y APELLIDOS	Cristhian Andres Martinez Arroyo
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	15/10/1992
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	17/02/2017
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	91 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	43 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	14/01/2023
NIVEL SISBEN	1
EMPLEADOR(ES)*	

N.I.T. 900249144 INVERSIONES Y OPERACIONES DEL SUR
Desde 01/08/2024 - Vigente N.I.T. 900249144 INVERSIONES Y OPERACIONES DEL SUR Desde 29/03/2023 Hasta 30/06/2024

Generado por interfaces 17/02/2025

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

Clinisur IPS Ltda
Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000536148

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: INGECOP OBRAS CIVILES SAS FECHA 14/02/2025 10:50:28

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: CRISTHIAN ANDRES MARTINEZ ARROYO **C.C** 1012393061

EDAD 32 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** CADENERO PRIMERO



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐	NO ☑			
Visiometría	☑	Glic ☐	Col ☐	Trigli ☐	Otros ☐		
Optometría	☐	**¿Cuáles?**					
Audiometría	☑						
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑				
		Otros	☐				

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES
NINGUNO

RECOMENDACIONES
CONTROL MÉDICO DE RUTINA EPS
USO DE LOS EPP EN FUNCIÓN DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR / REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

EXÁMENES DE EGRESO
Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Dra. María L. Perez P.
Médico
Esp. Gerencia en SST
Res 8731-22/12/22
CC. 1.034.320.081

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CONSORCIO DC 2025	FORMATO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÒN	CODIGO	FR-SST-05	
		N° VER	F. APROB.	F. REV.
		1	15/01/2025	

NOMBRE: Cristian Andrés Martínez Arroyo	**CEDULA: 1.012.393.061**
AREA: OBRA	**CARGO: cadenero**

1. Reflexiones lo siguiente: ¿Por qué me cuido?, ¿Qué es el autocuidado?

La prioridad de cuidar de mi y de los que me rodean, teniendo en cuenta los riesgos y peligros a los cuales estamos expuestos en obra

2. Señale cuál de los siguientes son objetivo de la Seguridad y la Salud en el Trabajo.

a.	Identificar peligros, evaluar y valorar los riesgos y establecer controles
b.	Prevenir la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales
c.	Proteger la seguridad y la salud de los trabajadores mediante la mejora continua del SG-SST
d.	Todas las anteriores

3. Identifique que lesiones puede sufrir durante la realización de sus labores

a.	Quemaduras		d.	Lesiones osteomuscular es	g.	Carga mental
b.	Fractura - Esguince		e.	Pérdida de peso	h.	Caídas del mismo y/o diferente nivel.
c.	Cuerpo extraño en ojos		f.	Accidentes de tránsito	i.	Aplastamiento por excavaciones.

4. Describa los riesgos a los que usted está expuesto durante la ejecución de sus actividades.

Caídas
Fracturas
Accidentes de tránsito

4. Cómo se proteje usted frente a los riesgos a los cuales está expuesto.

a) Usando los elementos de protección personal
b) Cumplimento con las indicaciones brindadas por el área de seguridad
c)
d)

5.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

a.	Protección auditiva		e.	Careta facial	i.	Delantal de carnaza
b.	Botas de seguridad con puntera		f.	Respirador de doble cartucho	j.	Camisa manga larga
c.	Casco de Seguridad		g.	Guantes plásticos	k.	Capuchón
d.	Guantes de carnaza		h.	Guantes de nitrilo	l.	Gafas de seguridad

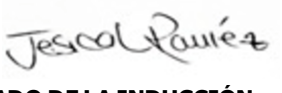
6. Indique que hacer en caso de presentarse un Accidente de Trabajo y cual es la entidad que lo atiende:

1. Informar al encargado de seguridad – llamar a seguros Axa Colpatria

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad al interior de la compañía.



FIRMA DEL TRABAJADOR
CC 1.012.393.061



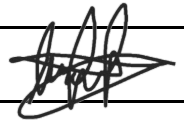
ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN

CONSORCIO DC 2025	NOTIFICACIÒN DE RIESGOS	CODIGO	FR-SST-04	
		N° VER	F. APROB.	F. REV.
		1	15/01/2025	

POR MEDIO DE LA PRESENTE, Declaro que he sido notificado de todos los riesgos a los cuales puedo estar expuesto durante la jornada laboral y me comprometo a cumplir con las normas de seguridad y otras disposiciones establecidas por la empresa para prevenir.

Conforme a l o antes expuesto yo, **Cristian Andrés Martínez Arroyo** , Identificado con cedula de identidad Nº **1.012.393.061** con el puesto de trabajo como, **cadenero** , he recibido de la empresa, CONSORCIO DC 2025, amplia y suficiente inducción general y adiestramiento operacional donde se me explico y notifico de manera verbal y/o por escrito los riesgos y medidas preventivas inherentes a mi cargo y medio ambiente circundante, las normas y procedimientos internos de la empresa y los análisis de riesgo de mis funciones.

Asimismo, me comprometo a cumplir con las obligaciones que como trabajador me impone las normas y procedimientos internos de la Empresa en materia de Seguridad Industrial, normativa legal que tiene como objeto fundamental mi seguridad, salud y bienestar laboral.

El Trabajador,	**Responsable de Seguridad y Salud en el Trabajo**
Nombre: **Cristian Andrés Martínez Arroyo**	Nombre: **Jessica Lorena Ramirez Benavides**
Firma: 	Firma: 
CC **1.012.393.061**	CC: **1.013.606.685**
Cargo: **Cadenero**	Cargo: **Residente ambiental/SST**

CONSORCIO DC 2025

NIT: 9 0 1 8 9 3 0 6 0 – 1

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TÉRMINO FIJO

Nombre del empleador: CONSORCIO DC 2025

NIT .: 901.893.060-1

Representante legal: RAFAEL EDUARDO ALZATE MORENO

Nombre del empleado(a): JUAN SEBASTIAN MORENO BARRETO

Identificado con cédula N.°: 1.018.494.195

Lugar de residencia: TRANSVERSAL 70 N 59-25 SUR

Cargo por desempeñar: RESIDENTE AUXILIAR - INSPECTOR DE OBRA

Salario: $1.600.000 M/C

Entre el empleador y trabajador, ambos mayores de edad, identificados como ya se anotó, se suscribe CONTRATO A TÉRMINO FIJO POR 6 MESES, regido por las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Lugar. El trabajador(a) desarrollará sus funciones en las dependencias o el lugar que la empresa determine, para este caso en la localidad de Tunjuelito, de la ciudad de Bogotá D.C.

SEGUNDA: Funciones. El empleador contrata al trabajador para desempeñarse como RESIDENTE AUXILIAR DE OBRA en las labores que se le indique semanalmente o cada vez que se requiera.

TERCERA: Elementos de trabajo. Corresponde al empleador suministrar los elementos necesarios para el normal desempeño de las funciones del cargo contratado.

CUARTA: Obligaciones del contratado. El trabajador(a) por su parte, prestará su fuerza laboral con fidelidad y entrega, cumpliendo debidamente el (Reglamento Interno de Trabajo, Higiene y de Seguridad y/o sistema de gestión SST-SG), cumpliendo las órdenes e instrucciones que le imparta el empleador o sus representantes, al igual que no laborar por cuenta propia o a otro empleador en el mismo oficio, mientras esté vigente este contrato.

QUINTA: Término del contrato. El presente contrato tendrá una duración de 6 meses, pero podrá darse por terminado por cualquiera de las partes, cumpliendo con las exigencias legales al respecto.

SEXTA: Periodo de prueba: Acuerdan las partes fijar como periodo de prueba los primeros cuarenta y cinco (45) días de labores.

SEPTIMA: Justas causas para despedir: Son justas causas para dar por terminado unilateralmente el presente contrato por cualquiera de las partes, el incumplimiento a las obligaciones y prohibiciones que se expresan en los artículos 57 y siguientes del Código sustantivo del Trabajo. Además del incumplimiento o violación a las normas establecidas en el (Reglamento Interno de Trabajo, Higiene y de Seguridad, y/o sistema de gestión SST-SG) y las previamente establecidas por el empleador o sus representantes.

OCTAVA: Salario. El empleador cancelará al trabajador(a) un salario mensual equivalente a $1.600.000 pagaderos en la cuenta que suministre el trabajador (a), a prorrata pagando quincenalmente. Dentro de este pago se encuentra incluida la remuneración de los descansos dominicales y festivos de que tratan los capítulos I y II del título VII del Código Sustantivo del Trabajo.

NOVENA: Trabajo extra, en dominicales y festivos. El trabajo suplementario o en horas extras, así como el trabajo en domingo o festivo que correspondan a descanso, al igual que los nocturnos, será remunerado conforme al código laboral. Es de advertir que dicho trabajo debe ser autorizado u ordenado por el empleador para efectos de su reconocimiento. Cuando se presenten situaciones urgentes o inesperadas que requieran la necesidad de este trabajo suplementario, se deberá ejecutar y se dará cuenta de ello por escrito, en el menor tiempo posible al jefe inmediato, de lo contrario, las horas laboradas de manera suplementaria que no se autorizó o no se notificó no será reconocido.

DÉCIMA: Horario. El trabajador se obliga a laborar la jornada ordinaria en los turnos y dentro de las horas señaladas por el empleador (de Lunes a Viernes de 7am a 5pm; y sábados de 7am a 12m eventualmente), pudiendo hacer éste ajustes o cambios de horario cuando lo estime conveniente. Por el acuerdo expreso o tácito de las partes, podrán repartirse las horas jornada ordinaria de la forma prevista en el artículo 164 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado por el artículo 23 de la Ley 50 de 1990, teniendo en cuenta que los tiempos de descanso entre las secciones de la jornada no se computan dentro de la misma, según el artículo 167 ibídem.

DECIMA PRIMERA: Afiliación y pago a seguridad social. Es obligación del empleador afiliar al trabajador a la seguridad social como es salud, pensión y riesgos profesionales, autorizando el trabajador el descuento en su salario, los valores que le corresponda aportan, en la proporción establecida por la ley.

DECIMA SEGUNDA: Nueva obra o cambio del término del contrato. Si al finalizar la obra contratada, el empleador desea continuar con el trabajador en otra obra distinta a la aquí contratada o vincularlo mediante un periodo fijo o término indefinido, se deberá hacer un nuevo contrato de trabajo y no se entenderá como prorroga por desaparecer las causas contractuales que dieron origen a este contrato.

DECIMA TERCERA: Modificaciones. Cualquier modificación al presente contrato debe efectuarse por escrito y anexarse a este documento.

DÉCIMA CUARTA: Efectos. El presente contrato reemplaza y deja sin efecto cualquier otro contrato verbal o escrito, que se hubiera celebrado entre las partes con anterioridad. Se firma por las partes, el día CUATRO (04) del mes FEBRERO de 2025.

En constancia de lo anterior se firma este contrato en la ciudad de Bogotá D.C., a los 04 días del mes de FEBRERO de 2025.

Rafael Eduardo Alzate Moreno
c.c. 7.176.318
Rep. Legal Consorcio DC 2025

Juan Sebastián Moreno Barreto
c.c. No. 1.019.494.195
Residente auxiliar de obra

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JUAN SEBASTIAN MORENO BARRETO identificado(a) con CC. 1018494195 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**2024/08/20**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO SOACHA VENTURA TERREROS**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 14 días del mes de 02 del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

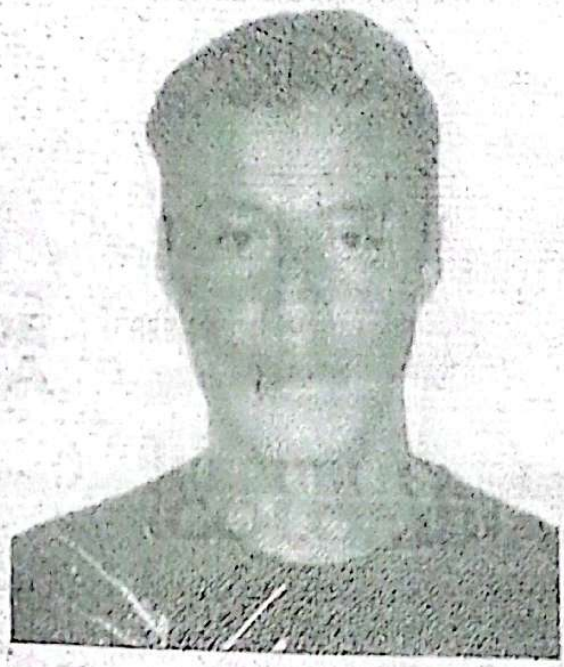
NUMERO **1.018.494.195**

MORENO BARRETO

APELLIDOS

JUAN SEBASTIAN

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-ABR-1997**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

30-ABR-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00758105-M-1018494195-20151028 **0047**195512A 1 1263627429

Powered by CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación: D D M M A A A A

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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
	Moreno	Barreto	Juan	Sebastian

7. Tipo de documento de identidad: C.C
8. Número del documento de identidad: 1.018.494.195
9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]
10. Fecha de nacimiento: 1 8 0 4 1 9 9 7

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia
12. Discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ]
13. Puntaje SISBÉN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de riesgos laborales - ARL
16. Administradora de pensiones
17. Ingreso base de cotización - IBC: $ 1.600.000
18. Residencia: Transversal 70 # 59-25
Teléfono fijo: 3196204699
Teléfono celular:
Ingmoreno970@outlook.es
Bogotá D.C.
Zona: Urbana [ ] Rural [ ]
Municipio / Distrito: altos de madelena
Departamento: Cundinamarca.

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

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

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

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

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

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento
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	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

C	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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: Consorcio DC 2025
36. Tipo de documento de identificación: N.I.T
37. Número del documento de identificación: 901893960 - 9
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación: Calle 19 # 43G - 80
Teléfono: 3123799155
Correo electrónico: Rafael.alfaro2013@gmail.com
Municipio / Distrito: Medellin
Departamento: Antioquia

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, cabeza de familia o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
Juan Sebastian Moreno	Rafael Eduardo Alfaro

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

Vigilado Supersalud

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad
Número del documento de identidad
OBSERVACIONES: Construcción -
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.

Cadena S.A.

- ORIGINAL ÚNICA -

Powered by CamScanner

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

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

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

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DATOS PERSONALES SENSIBLES

En mi calidad de cotizante, manifiesto de manera clara, expresa, libre, inequívoca y espontánea que le otorgo a la Entidad Promotora de Salud EPS FAMISANAR S.A.S. en su calidad de RESPONSABLE del tratamiento de mis datos personales, mi consentimiento previo para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, reportar y en general para tratar los DATOS PERSONALES, DATOS PERSONALES SENSIBLES y demás información susceptible de tratamiento, registrada a mi nombre y/o de los beneficiarios de mi grupo familiar en sus Bases de Datos, con la finalidad de realizar las actividades propias del aseguramiento en salud y en los términos previstos en su POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN y AVISO DE PRIVACIDAD, disponibles en www.famisanar.com.co, todo lo cual conforme lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y demás normas que la sustituyan, adicionen, reglamenten, complementen o modifiquen.

Así mismo manifiesto que mis derechos como titular de los datos son los consagrados en la Constitución Nacional y la Ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar; y, a suprimir mi información personal y revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales cuando ello fuera procedente (artículo 9° Decreto 1377 de 2013).

*"**Datos sensibles:** Se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, y los datos biométricos." (Numeral 3° artículo 3° Decreto 1377 de 2013).*

Firma del Afiliado:

Nombres y Apellidos: Juan Sebastian Moreno

Identificación: 1.018.494.195

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor (a) _____ identificado (a) con el documento _____ No. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el (la) señor(a) _____ quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo.

Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella aquí impuesta pertenece al señor (a) _____

_____

Firmante a Ruego:

_____

Nombres y Apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección de Domicilio: _____

Nombres y Apellidos de quien no sabe o no puede firmar: _____

Huella

Powered by CamScanner

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JUAN SEBASTIAN MORENO BARRETO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.018.494.195**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 7 de Febrero 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.

Powered by CamScanner

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901893060
Número Afiliación:	9027138
Razón social:	CONSORCIO DC 2025

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1018494195
Nombre:	JUAN SEBASTIAN MORENO BARRETO
Fecha Ingreso:	07/02/2025
Salario básico:	1,423,500
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	06/02/2025 02:39:48 p. m.

Powered by CamScanner

Nit. 900.844.030-8
Licencia No. 64 del 10-01-2017
Calle 134 # 7-83 cons 233, Bogotá D. C.
www.bsl.com.co



DATOS PERSONALES

Fecha de Atención: 14 feb 2025 Tipo de Consulta: Examen Médico Ocupacional de Ingreso

Paciente: JUAN SEBASTIAN MORENO BARRETO Documento: 1018494195

Edad: 27 Género: MASCULINO Ciudad: Bogotá

Empresa: Consorcio DC 2025 Cargo: Residente auxiliar/ inspector

EXÁMENES REALIZADOS

Examen Médico Osteomuscular, Audiometría, Optometría

CONCEPTO EVALUACIÓN MÉDICA

ELEGIBLE PARA EL CARGO SIN RECOMENDACIONES LABORALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a Juan Sebastian Moreno Barreto con documento de identificación No 1018494195 se considera que es ELEGIBLE PARA EL CARGO SIN RECOMENDACIONES LABORALES para desempeñar la ocupación del cargo descrito

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

Basándonos en los resultados obtenidos de la evaluación osteomuscular, certificamos que el paciente presenta un sistema osteomuscular en condiciones óptimas de salud. Esta condición le permite llevar a cabo una variedad de actividades físicas y cotidianas sin restricciones notables y con un riesgo mínimo de lesiones osteomusculares.

RECOMENDACIONES GENERALES

1. PAUSAS ACTIVAS
2. HIGIENE POSTURAL
3. MEDIDAS ERGONOMICAS
4. TÉCNICAS DE MANEJO DE ESTRÉS
5. EJERCICIO AEROBICO
6. MANTENER MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD PARA COVID.
7. ALIMENTACIÓN BALANCEADA

SALUD FÍSICA Y MENTAL

A no ser que presentes una restricción médica realizar al menos 150 minutos semanales de actividad física de intensidad moderada, o al menos 75 minutos semanales de ejercicio de alta intensidad.
Consume alimentos variados, incluyendo frutas y verduras
Reduce el consumo de sal, grasas saturadas y el azúcar
Mantén una buena hidratación bebiendo suficiente agua
Sigue una rutina y organiza tu tiempo en el trabajo, familia, estudio, cuidado personal y hobbies.
Reduce la exposición a noticias negativas
Mantén el contacto social vía telefónica - virtual o de forma presencial teniendo en cuenta las medidas de bioseguridad
Mantén hábitos de sueño

JUAN JOSE REATIGA
REGISTRO MEDICO NO 14791
LICENCIA SALUD OCUPACIONAL 460
6 DE JULIO DE 2020

Verifica la validez de este certificado

Juan Sebastian Moreno Barreto

FIRMA

1018494195

CONSORCIO DC 2025	FORMATO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÒN	CODIGO	FR-SST-05	
		N° VER	F. APROB.	F. REV.
		1	15/01/2025	

NOMBRE: JUAN SEBASTIAN MORENO	**CEDULA: 1018494195**
AREA: OBRA	**CARGO: RESIDENTE AUXILIAR/INSPECTOR**

1. Reflexiones lo siguiente: ¿Por qué me cuido?, ¿Qué es el autocuidado?

Porque el autocuidado, me ayuda a estar pendiente y velar por mi bienestar

2. Señale cuál de los siguientes son objetivo de la Seguridad y la Salud en el Trabajo.

	a.	Identificar peligros, evaluar y valorar los riesgos y establecer controles
	b.	Prevenir la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales
	c.	Proteger la seguridad y la salud de los trabajadores mediante la mejora continua del SG-SST
	d.	Todas las anteriores

3. Identifique que lesiones puede sufrir durante la realización de sus labores

	a.	Quemaduras		d.	Lesiones osteomuscular es	g.	Carga mental
	b.	Fractura - Esguince		e.	Pérdida de peso	h.	Caídas del mismo y/o diferente nivel.
	c.	Cuerpo extraño en ojos		f.	Accidentes de tránsito	i.	Aplastamiento por excavaciones.

4. Describa los riesgos a los que usted está expuesto durante la ejecución de sus actividades.

Caídas

Carga mental

4. Cómo se proteje usted frente a los riesgos a los cuales está expuesto.

a) Usando los elementos de protección personal

b) Cumplimento con las indicaciones brindadas por el área de seguridad

c)

d)

5.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

	a.	Protección auditiva		e.	Careta facial	i.	Delantal de carnaza
	b.	Botas de seguridad con puntera		f.	Respirador de doble cartucho	j.	Camisa manga larga
	c.	Casco de Seguridad		g.	Guantes plásticos	k.	Capuchón
	d.	Guantes de carnaza		h.	Guantes de nitrilo	l.	Gafas de seguridad

6. Indique que hacer en caso de presentarse un Accidente de Trabajo y cual es la entidad que lo atiende:

1. Informar al encargado de seguridad – llamar a seguros Axa Colpatria

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad al interior de la compañía.

FIRMA DEL TRABAJADOR
CC 1000726045

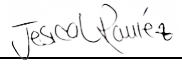
ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN

CONSORCIO DC 2025	NOTIFICACIÒN DE RIESGOS	CODIGO	FR-SST-04	
		N° VER	F. APROB.	F. REV.
		1	15/01/2025	

POR MEDIO DE LA PRESENTE, Declaro que he sido notificado de todos los riesgos a los cuales puedo estar expuesto durante la jornada laboral y me comprometo a cumplir con las normas de seguridad y otras disposiciones establecidas por la empresa para prevenir.

Conforme a l o antes expuesto yo, JUAN SEBASTIAN MORENO BARRETO, Identificado con cedula de identidad Nº 1018494195, con el puesto de trabajo como, RESIDENTE SOCIAL, he recibido de la empresa, CONSORCIO DC 2025, amplia y suficiente inducción genera y adiestramiento operacional donde se me explico y notifico de manera verbal y/o por escrito los riesgos y medidas preventivas inherentes a m cargo y medio ambiente circundante, las normas y procedimientos internos de la empresa y los análisis de riesgo de mis funciones.

Asimismo, me comprometo a cumplir con las obligaciones que como trabajador me impone las normas y procedimientos internos de la Empresa en materia de Seguridad Industrial, normativa legal que tiene como objeto fundamental mi seguridad, salud y bienestar laboral.

El Trabajador,	**Responsable de Seguridad y Salud en el Trabajo**
Nombre: SEBASTIAN MORENO	Nombre: **Jessica Lorena Ramírez**
Firma: 	Firma: 
CC: 1018494195	CC: **1013606685**
Cargo: RESIDENTE DE APOYO/ INSPECTOR	Cargo: **Residente SST**

CONSORCIO DC 2025	**INSPECCION Y CONTROL DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÒN PERSONAL**	**CODIGO**	**FR-SST-05**	
		N° VER	**F. APROB.**	**F. REV.**
		1	**15/01/2025**	

NOMBRE DEL TRABAJADOR:	SEBASTIAN MORENO	**CEDULA:**	1018494195	**CARGO**	RESIDENTE AUXILIAR/INSPECTOR

MARQUE CON UNA "X" EL ELEMENTO SUMINISTRADO

No.	FECHA	MOTIVO DE ENTREGA (FU): Elementos fuera de uso. (E): Entrega primera vez. (OM): Omisiòn en el uso del elemento	ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL																																	Entrega El Elemento Fuera De Uso: Si (S) , No (N)	FIRMA TRABAJADOR
			Protección Extremidades Inferiores			Protección Extremidades Superiores					Protección Cabeza			Protección Auditiva		Protección Respiratoria				Protectores Faciales					Protección De Cuerpo								Otros			
			Calzado antideslizante	Botas de seguridad con puntera	Botas de seguridad caña alta	Guantes Multiflex Poliester Nitrilo	Guante Vaqueta Manga Larga Tipo Ingeniero	Guante De Caucho Industrial (cal. 35)	Guante De Caucho Extra Larco (Cal. 35)	Guante Nitrilo	Casco De Seguridad	Barboquejo	Cofia	Protector Auditivo De Inserción	Protector Auditivo De Copa	Tapabocas	Respirador material particulado	Respirador Media Cara Facial Sin Mantenimiento	Respirador Media Cara Facial Con Cartucho Organicos / Gas Acido 6003	Gafa De Seguridad Lente Claro	Gafa De Seguridad Lente Oscuro	Careta Para Guadañar	Careta Para Esmerilar	Repuesto careta para esmerilar	Overol	Camisa	Pantalón	Canillera Alta Para Guadaña	Peto Industrial Para Guadañar	TrajeTiveck	Impermeable De Capa	Impermeable De Camisa Y Pantalón	CHALECO			
1	05- 02-2025	(E)		X																													X			

CONSORCIO DC 2025	**REGISTRO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACIÓN**	**CODIGO**	**FR-SST-01**	
		N° VER	**F. APROB.**	**F. REV.**
		1	**15/01/2025**	

NOMBRE	KATHERINE GUAYACAN	**CARGO**	RESIDENTE AUXILIAR/ INSPECTOR
ÁREA	OBRA	**FECHA**	05-02-2025

Manifiesto que recibí en adecuado estado la dotación descrita a continuación:

ELEMENTO	**CAMISA**	**PANTALON**	**CHALECO**	**ZAPATOS**	**BOTAS CAÑA CORTA**	**OVEROL**	**IMPERMEABLE**	**CASCO**
CANTIDAD			X		X			X
ELEMENTO	**GAFAS**	**BOTAS CAÑA LARGA**	**TAPAOIDOS**	**BARBUQUEJO**	**GUANTES**	**OTROS: ¿CUALES?**		
CANTIDAD						CHAQUETA		

OBSERVACIONES:

Nota: El trabajador se compromete mantener un adecuado cuidado de las prendas entregadas. En caso de daño o perdida el trabajador deberá entregarla a empresa, así mismo responsabilizarse del valor de la nueva entrega. Todos los elementos que tengan logo de la organización deben ser devueltos a esta.

FIRMA QUIEN ENTREGA		**FIRMA QUIEN RECIBE**	

ANEXO 3.

INDUCCION - NOTIFICACION RIESGOS

Calle 19 #43G-80 Apartamento 812 Medellín - Antioquia Celular: 3123799155
E-mail: consorciodc2025@gmail.com

CONSORCIO DC 2025	FORMATO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÒN	CODIGO	FR-SST-05	
		N° VER	F. APROB.	F. REV.
		1	15/01/2025	

NOMBRE: JUAN SEBASTIAN MORENO	**CEDULA: 1018494195**
AREA: OBRA	**CARGO: RESIDENTE AUXILIAR/INSPECTOR**

1. Reflexiones lo siguiente: ¿Por qué me cuido?, ¿Qué es el autocuidado?

Porque el autocuidado, me ayuda a estar pendiente y velar por mi bienestar

2. Señale cuál de los siguientes son objetivo de la Seguridad y la Salud en el Trabajo.

	a.	Identificar peligros, evaluar y valorar los riesgos y establecer controles
	b.	Prevenir la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales
	c.	Proteger la seguridad y la salud de los trabajadores mediante la mejora continua del SG-SST
	d.	Todas las anteriores

3. Identifique que lesiones puede sufrir durante la realización de sus labores

	a.	Quemaduras		d.	Lesiones osteomuscular es	g.	Carga mental
	b.	Fractura - Esguince		e.	Pérdida de peso	h.	Caídas del mismo y/o diferente nivel.
	c.	Cuerpo extraño en ojos		f.	Accidentes de tránsito	i.	Aplastamiento por excavaciones.

4. Describa los riesgos a los que usted está expuesto durante la ejecución de sus actividades.

Caídas

Carga mental

4. Cómo se proteje usted frente a los riesgos a los cuales está expuesto.

a) Usando los elementos de protección personal

b) Cumplimento con las indicaciones brindadas por el área de seguridad

c)

d)

5.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

	a.	Protección auditiva		e.	Careta facial	i.	Delantal de carnaza
	b.	Botas de seguridad con puntera		f.	Respirador de doble cartucho	j.	Camisa manga larga
	c.	Casco de Seguridad		g.	Guantes plásticos	k.	Capuchón
	d.	Guantes de carnaza		h.	Guantes de nitrilo	l.	Gafas de seguridad

6. Indique que hacer en caso de presentarse un Accidente de Trabajo y cual es la entidad que lo atiende:

1. Informar al encargado de seguridad – llamar a seguros Axa Colpatria

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad al interior de la compañía.



FIRMA DEL TRABAJADOR
CC 1000726045



ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN

CONSORCIO DC 2025	NOTIFICACIÒN DE RIESGOS	CODIGO	FR-SST-04	
		N° VER	F. APROB.	F. REV.
		1	15/01/2025	

POR MEDIO DE LA PRESENTE, Declaro que he sido notificado de todos los riesgos a los cuales puedo estar expuesto durante la jornada laboral y me comprometo a cumplir con las normas de seguridad y otras disposiciones establecidas por la empresa para prevenir.

Conforme a l o antes expuesto yo, JUAN SEBASTIAN MORENO BARRETO, Identificado con cedula de identidad Nº 1018494195, con el puesto de trabajo como, RESIDENTE SOCIAL, he recibido de la empresa, CONSORCIO DC 2025, amplia y suficiente inducción genera y adiestramiento operacional donde se me explico y notifico de manera verbal y/o por escrito los riesgos y medidas preventivas inherentes a m cargo y medio ambiente circundante, las normas y procedimientos internos de la empresa y los análisis de riesgo de mis funciones.

Asimismo, me comprometo a cumplir con las obligaciones que como trabajador me impone las normas y procedimientos internos de la Empresa en materia de Seguridad Industrial, normativa legal que tiene como objeto fundamental mi seguridad, salud y bienestar laboral.

El Trabajador,	**Responsable de Seguridad y Salud en el Trabajo**
Nombre: SEBASTIAN MORENO	Nombre: Jessica Lorena Ramírez
Firma: 	Firma: 
CC: 1018494195	CC: 1013606685
Cargo: RESIDENTE DE APOYO/ INSPECTOR	Cargo: Residente SSTMA

CONSORCIO DC 2025	**INSPECCION Y CONTROL DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÒN PERSONAL**	**CODIGO**	**FR-SST-05**	
		N° VER	**F. APROB.**	**F. REV.**
		1	**15/01/2025**	

NOMBRE DEL TRABAJADOR:	SEBASTIAN MORENO	**CEDULA:**	1018494195	**CARGO**	RESIDENTE AUXILIAR/INSPECTOR

MARQUE CON UNA "X" EL ELEMENTO SUMINISTRADO

No.	FECHA	MOTIVO DE ENTREGA (FU): Elementos fuera de uso. (E): Entrega primera vez. (OM): Omisiòn en el uso del elemento	ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL																																	Entrega El Elemento Fuera De Uso: Si (S) , No (N)	FIRMA TRABAJADOR
			Protección Extremidades Inferiores			Protección Extremidades Superiores					Protección Cabeza			Protección Auditiva		Protección Respiratoria				Protectores Faciales					Protección De Cuerpo								Otros			
			Calzado antideslizante	Botas de seguridad con puntera	Botas de seguridad caña alta	Guantes Multiflex Poliester Nitrilo	Guante Vaqueta Manga Larga Tipo Ingeniero	Guante De Caucho Industrial (cal. 35)	Guante De Caucho Extra Larco (Cal. 35)	Guante Nitrilo	Casco De Seguridad	Barboquejo	Cofia	Protector Auditivo De Inserción	Protector Auditivo De Copa	Tapabocas	Respirador material particulado	Respirador Media Cara Facial Sin Mantenimiento	Respirador Media Cara Facial Con Cartucho Organicos / Gas Acido 6003	Gafa De Seguridad Lente Claro	Gafa De Seguridad Lente Oscuro	Careta Para Guadañar	Careta Para Esmerilar	Repuesto careta para esmerilar	Overol	Camisa	Pantalón	Canillera Alta Para Guadaña	Peto Industrial Para Guadañar	TrajeTiveck	Impermeable De Capa	Impermeable De Camisa Y Pantalón	CHALECO			
1	05- 02-2025	(E)		X																													X			

CONSORCIO DC 2025	**REGISTRO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACIÓN**	**CODIGO**	**FR-SST-01**	
		N° VER	**F. APROB.**	**F. REV.**
		1	**15/01/2025**	

NOMBRE	KATHERINE GUAYACAN	**CARGO**	RESIDENTE AUXILIAR/ INSPECTOR
ÁREA	OBRA	**FECHA**	05-02-2025

Manifiesto que recibí en adecuado estado la dotación descrita a continuación:

ELEMENTO	**CAMISA**	**PANTALON**	**CHALECO**	**ZAPATOS**	**BOTAS CAÑA CORTA**	**OVEROL**	**IMPERMEABLE**	**CASCO**
CANTIDAD			X		X			X
ELEMENTO	**GAFAS**	**BOTAS CAÑA LARGA**	**TAPAOIDOS**	**BARBUQUEJO**	**GUANTES**	**OTROS: ¿CUALES?**		
CANTIDAD						CHAQUETA		

OBSERVACIONES:

Nota: El trabajador se compromete mantener un adecuado cuidado de las prendas entregadas. En caso de daño o perdida el trabajador deberá entregarla a empresa, así mismo responsabilizarse del valor de la nueva entrega. Todos los elementos que tengan logo de la organización deben ser devueltos a esta.

FIRMA QUIEN ENTREGA		**FIRMA QUIEN RECIBE**	

CONSORCIO DC 2025	FORMATO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÒN	CODIGO	FR-SST-05	
		N° VER	F. APROB.	F. REV.
		1	15/01/2025	

NOMBRE: Jhon Steven Caicedo Robayo	**CEDULA: 1.012.419.015**
AREA: OBRA	**CARGO: Topógrafo**

1. Reflexiones lo siguiente: ¿Por qué me cuido?, ¿Qué es el autocuidado?

La prioridad de cuidar de mi y de los que me rodean, teniendo en cuenta los riesgos y peligros a los cuales estamos expuestos en obra

2. Señale cuál de los siguientes son objetivo de la Seguridad y la Salud en el Trabajo.

a.	Identificar peligros, evaluar y valorar los riesgos y establecer controles
b.	Prevenir la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales
c.	Proteger la seguridad y la salud de los trabajadores mediante la mejora continua del SG-SST
d.	Todas las anteriores

3. Identifique que lesiones puede sufrir durante la realización de sus labores

a.	Quemaduras		d.	Lesiones osteomuscular es	g.	Carga mental
b.	Fractura - Esguince		e.	Pérdida de peso	h.	Caídas del mismo y/o diferente nivel.
c.	Cuerpo extraño en ojos		f.	Accidentes de tránsito	i.	Aplastamiento por excavaciones.

4. Describa los riesgos a los que usted está expuesto durante la ejecución de sus actividades.

Caídas

Fracturas

Accidentes de tránsito

4. Cómo se proteje usted frente a los riesgos a los cuales está expuesto.

a) Usando los elementos de protección personal

b) Cumplimento con las indicaciones brindadas por el área de seguridad

c)

d)

5.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

a.	Protección auditiva		e.	Careta facial	i.	Delantal de carnaza
b.	Botas de seguridad con puntera		f.	Respirador de doble cartucho	j.	Camisa manga larga
c.	Casco de Seguridad		g.	Guantes plásticos	k.	Capuchón
d.	Guantes de carnaza		h.	Guantes de nitrilo	l.	Gafas de seguridad

6. Indique que hacer en caso de presentarse un Accidente de Trabajo y cual es la entidad que lo atiende:

1. Informar al encargado de seguridad – llamar a seguros Axa Colpatria

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad al interior de la compañía.

FIRMA DEL TRABAJADOR
cc 1.012.419.015

ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN

CONSORCIO DC 2025	NOTIFICACIÒN DE RIESGOS	CODIGO	FR-SST-04	
		N° VER	F. APROB.	F. REV.
		1	15/01/2025	

POR MEDIO DE LA PRESENTE, Declaro que he sido notificado de todos los riesgos a los cuales puedo estar expuesto durante la jornada laboral y me comprometo a cumplir con las normas de seguridad y otras disposiciones establecidas por la empresa para prevenir.

Conforme a l o antes expuesto yo, **Jhon Steven Caicedo Robayo**, Identificado con cedula de identidad Nº **1.012.419.015** con el puesto de trabajo como, **Topógrafo** , he recibido de la empresa, CONSORCIO DC 2025, amplia y suficiente inducción general y adiestramiento operacional donde se me explico y notifico de manera verbal y/o por escrito los riesgos y medidas preventivas inherentes a mi cargo y medio ambiente circundante, las normas y procedimientos internos de la empresa y los análisis de riesgo de mis funciones.

Asimismo, me comprometo a cumplir con las obligaciones que como trabajador me impone las normas y procedimientos internos de la Empresa en materia de Seguridad Industrial, normativa legal que tiene como objeto fundamental mi seguridad, salud y bienestar laboral.

El Trabajador,	**Responsable de Seguridad y Salud en el Trabajo**
Nombre: **Jhon Steven Caicedo Robayo**	Nombre: **Jessica Lorena Ramirez Benavides**
Firma:	Firma:
CC **1.012.419.015**	CC: **1.013.606.685**
Cargo: Topógrafo	Cargo: **Residente ambiental/SST**

CONSORCIO DC 2025	FORMATO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÒN	CODIGO	FR-SST-05	
		N° VER	F. APROB.	F. REV.
		1	15/01/2025	

NOMBRE: Cristian Andrés Martínez Arroyo	**CEDULA: 1.012.393.061**
AREA: OBRA	**CARGO: cadenero**

1. Reflexiones lo siguiente: ¿Por qué me cuido?, ¿Qué es el autocuidado?

La prioridad de cuidar de mi y de los que me rodean, teniendo en cuenta los riesgos y peligros a los cuales estamos expuestos en obra

2. Señale cuál de los siguientes son objetivo de la Seguridad y la Salud en el Trabajo.

a.	Identificar peligros, evaluar y valorar los riesgos y establecer controles
b.	Prevenir la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales
c.	Proteger la seguridad y la salud de los trabajadores mediante la mejora continua del SG-SST
d.	Todas las anteriores

3. Identifique que lesiones puede sufrir durante la realización de sus labores

a.	Quemaduras		d.	Lesiones osteomuscular es	g.	Carga mental
b.	Fractura - Esguince		e.	Pérdida de peso	h.	Caídas del mismo y/o diferente nivel.
c.	Cuerpo extraño en ojos		f.	Accidentes de tránsito	i.	Aplastamiento por excavaciones.

4. Describa los riesgos a los que usted está expuesto durante la ejecución de sus actividades.

Caídas
Fracturas
Accidentes de tránsito

4. Cómo se proteje usted frente a los riesgos a los cuales está expuesto.

a) Usando los elementos de protección personal
b) Cumplimento con las indicaciones brindadas por el área de seguridad
c)
d)

5.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

a.	Protección auditiva		e.	Careta facial	i.	Delantal de carnaza
b.	Botas de seguridad con puntera		f.	Respirador de doble cartucho	j.	Camisa manga larga
c.	Casco de Seguridad		g.	Guantes plásticos	k.	Capuchón
d.	Guantes de carnaza		h.	Guantes de nitrilo	l.	Gafas de seguridad

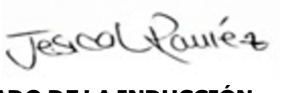
6. Indique que hacer en caso de presentarse un Accidente de Trabajo y cual es la entidad que lo atiende:

1. Informar al encargado de seguridad – llamar a seguros Axa Colpatria

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad al interior de la compañía.



FIRMA DEL TRABAJADOR
CC 1.012.393.061



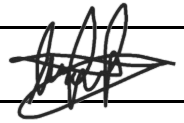
ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN

CONSORCIO DC 2025	NOTIFICACIÒN DE RIESGOS	CODIGO	FR-SST-04	
		N° VER	F. APROB.	F. REV.
		1	15/01/2025	

POR MEDIO DE LA PRESENTE, Declaro que he sido notificado de todos los riesgos a los cuales puedo estar expuesto durante la jornada laboral y me comprometo a cumplir con las normas de seguridad y otras disposiciones establecidas por la empresa para prevenir.

Conforme a l o antes expuesto yo, **Cristian Andrés Martínez Arroyo** , Identificado con cedula de identidad Nº **1.012.393.061** con el puesto de trabajo como, **cadenero** , he recibido de la empresa, CONSORCIO DC 2025, amplia y suficiente inducción general y adiestramiento operacional donde se me explico y notifico de manera verbal y/o por escrito los riesgos y medidas preventivas inherentes a mi cargo y medio ambiente circundante, las normas y procedimientos internos de la empresa y los análisis de riesgo de mis funciones.

Asimismo, me comprometo a cumplir con las obligaciones que como trabajador me impone las normas y procedimientos internos de la Empresa en materia de Seguridad Industrial, normativa legal que tiene como objeto fundamental mi seguridad, salud y bienestar laboral.

El Trabajador,	**Responsable de Seguridad y Salud en el Trabajo**
Nombre: **Cristian Andrés Martínez Arroyo**	Nombre: **Jessica Lorena Ramirez Benavides**
Firma: 	Firma: 
CC **1.012.393.061**	CC: **1.013.606.685**
Cargo: **Cadenero**	Cargo: **Residente ambiental/SST**

CONSORCIO DC 2025	FORMATO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÒN	CODIGO	FR-SST-05	
		N° VER	F. APROB.	F. REV.
		1	15/01/2025	

NOMBRE: Leidy Constanza Acosta Rodríguez	**CEDULA:** Nº 53030000
AREA: OBRA	**CARGO: RESIDENTE FORESTAL**

1. Reflexiones lo siguiente: ¿Por qué me cuido?, ¿Qué es el autocuidado?

prácticas y actividades que una persona realiza de manera consciente para mantener y mejorar su bienestar físico, mental y emocional.

2. Señale cuál de los siguientes son objetivo de la Seguridad y la Salud en el Trabajo.

a.	Identificar peligros, evaluar y valorar los riesgos y establecer controles
b.	Prevenir la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales
c.	Proteger la seguridad y la salud de los trabajadores mediante la mejora continua del SG-SST
d.	Todas las anteriores

3. Identifique que lesiones puede sufrir durante la realización de sus labores

a.	Quemaduras		d.	Lesiones osteomuscular es	g.	Carga mental
b.	Fractura - Esguince		e.	Pérdida de peso	h.	Caídas del mismo y/o diferente nivel.
c.	Cuerpo extraño en ojos		f.	Accidentes de tránsito	i.	Aplastamiento por excavaciones.

4. Describa los riesgos a los que usted está expuesto durante la ejecución de sus actividades.

Climas adversos, ruido, accidentes.

4. Cómo se proteje usted frente a los riesgos a los cuales está expuesto.

a) Uso de epp

b) Revisión del área de trabajo

c) Conocer y seguir las normativas de seguridad

c) Seguir los protocolos de emergencia

5.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

a.	Protección auditiva		e.	Careta facial	i.	Delantal de carnaza
b.	Botas de seguridad con puntera		f.	Respirador de doble cartucho	j.	Camisa manga larga
c.	Casco de Seguridad		g.	Guantes plásticos	k.	Capuchón
d.	Guantes de carnaza		h.	Guantes de nitrilo	l.	Gafas de seguridad

6. Indique que hacer en caso de presentarse un Accidente de Trabajo y cual es la entidad que lo atiende:

1. Informar al encargado de seguridad – llamar a seguros Axa Colpatria

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad al interior de la compañía.

Leidy Acosta Rodriguez

FIRMA DEL TRABAJADOR
CC 53030000

ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN

CONSORCIO DC 2025	NOTIFICACIÒN DE RIESGOS	CODIGO	FR-SST-04	
		N° VER	F. APROB.	F. REV.
		1	15/01/2025	

POR MEDIO DE LA PRESENTE, Declaro que he sido notificado de todos los riesgos a los cuales puedo estar expuesto durante la jornada laboral y me comprometo a cumplir con las normas de seguridad y otras disposiciones establecidas por la empresa para prevenir.

Conforme a l o antes expuesto yo Leidy Constanza Acosta Rodríguez Identificado con cedula de identidad Nº 53030000 con el puesto de trabajo como, Ingeniera forestal, he recibido de la empresa, CONSORCIO DC 2025, amplia y suficiente inducción general y adiestramiento operacional donde se me explico y notifico de manera verbal y/o por escrito los riesgos y medidas preventivas inherentes a mi cargo y medio ambiente circundante, las normas y procedimientos internos de la empresa y los análisis de riesgo de mis funciones.

Asimismo, me comprometo a cumplir con las obligaciones que como trabajador me impone las normas y procedimientos internos de la Empresa en materia de Seguridad Industrial, normativa legal que tiene como objeto fundamental mi seguridad, salud y bienestar laboral.

El Trabajador,	**Responsable de Seguridad y Salud en el Trabajo**
Nombre: Leidy Constanza Acosta Rodríguez	Nombre: **Jessica Lorena Ramirez Benavides**
Firma: 	Firma: 
CC 53030000	CC: **1.013.606.685**
Cargo: **Residente Forestal**	Cargo: **Residente ambiental/SST**

ANEXO 4.

EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES

Calle 19 #43G-80 Apartamento 812 Medellín - Antioquia Celular: 3123799155
E-mail: consorciodc2025@gmail.com

Clinisur IPS Ltda
Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000536148

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: INGECOP OBRAS CIVILES SAS FECHA 14/02/2025 10:50:28

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: CRISTHIAN ANDRES MARTINEZ ARROYO **C.C** 1012393061

EDAD 32 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** CADENERO PRIMERO



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐	NO ☑			
Visiometría	☑	Glic ☐	Col ☐	Trigli ☐	Otros ☐		
Optometría	☐	**¿Cuáles?**					
Audiometría	☑						
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑				
		Otros	☐				

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES
NINGUNO

RECOMENDACIONES
CONTROL MÉDICO DE RUTINA EPS
USO DE LOS EPP EN FUNCIÓN DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR / REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

EXÁMENES DE EGRESO
Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Dra. María L. Perez P.
Médico
Esp. Gerencia en SST
Res 8731-22/12/22
CC. 1.034.320.081

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Clinisur IPS 1 Ltda
Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000536149

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: INGECOP OBRAS CIVILES SAS FECHA 14/02/2025 10:51:03

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: JOHN STEVEN CAICEDO ROBAYO **C.C** 1012419015

EDAD 30 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** TOPOGRAFO



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐ NO ☑
Visiometría	☑	Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐ Otros ☐	
Optometría	☐	**¿Cuáles?**	
Audiometría	☑		
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑
		Otros	☐

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES
NINGUNO

RECOMENDACIONES
CONTROL MÉDICO DE RUTINA EPS - VALORACION EN EPS CON NUTRICION / DIETA HIPOCALÓRICA / BAJAR DE PESO
USO DE LOS EPP EN FUNCIÓN DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR / REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

EXÁMENES DE EGRESO
Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Dra. María L. Perez P.
Médico
Esp. Gerencia en SST
Res 8731-22/12/22
CC. 1.034.320.081

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Bienestar & Salud Laboral

Nit. 900.844.030-8
Licencia No. 64 del 10-01-2017
Calle 134 # 7-83 cons 233, Bogotá D. C.
www.bsl.com.co



DATOS PERSONALES

Fecha de Atención: 21 feb 2025 Tipo de Consulta: Examen Médico Ocupacional de Ingreso

Paciente: LEIDY CONSTANZA ACOSTA RODRÍGUEZ Documento: 53030000

Edad: 40 Género: FEMENINO Ciudad: Bogotá

Empresa: Cargo: Residente forestal

EXÁMENES REALIZADOS

Examen Médico Osteomuscular, Audiometría, Optometría

CONCEPTO EVALUACIÓN MÉDICA

ELEGIBLE PARA EL CARGO SIN RECOMENDACIONES LABORALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a Leidy Constanza Acosta Rodríguez con documento de identificación No 53030000 se considera que es ELEGIBLE PARA EL CARGO SIN RECOMENDACIONES LABORALES para desempeñar la ocupación del cargo descrito

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

Basándonos en los resultados obtenidos de la evaluación osteomuscular, certificamos que el paciente presenta un sistema osteomuscular en condiciones óptimas de salud. Esta condición le permite llevar a cabo una variedad de actividades físicas y cotidianas sin restricciones notables y con un riesgo mínimo de lesiones osteomusculares.

RECOMENDACIONES GENERALES

1. PAUSAS ACTIVAS
2. HIGIENE POSTURAL
3. MEDIDAS ERGONOMICAS
4. TÉCNICAS DE MANEJO DE ESTRÉS
5. EJERCICIO AEROBICO
6. MANTENER MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD PARA COVID.
7. ALIMENTACIÓN BALANCEADA

SALUD FÍSICA Y MENTAL

A no ser que presentes una restricción médica realizar al menos 150 minutos semanales de actividad física de intensidad moderada, o al menos 75 minutos semanales de ejercicio de alta intensidad.
Consume alimentos variados, incluyendo frutas y verduras
Reduce el consumo de sal, grasas saturadas y el azúcar
Mantén una buena hidratación bebiendo suficiente agua
Sigue una rutina y organiza tu tiempo en el trabajo, familia, estudio, cuidado personal y hobbies.
Reduce la exposición a noticias negativas
Mantén el contacto social vía telefónica - virtual o de forma presencial teniendo en cuenta las medidas de bioseguridad
Mantén hábitos de sueño

JUAN JOSE REATIGA
REGISTRO MEDICO NO 14791
LICENCIA SALUD OCUPACIONAL 460
6 DE JULIO DE 2020

Verifica la validez de este certificado

Leidy Constanza Acosta Rodríguez

FIRMA

53030000

BIENESTAR Y SALUD LABORAL SAS - CALLE 134 NO. 7-83 CONS 233 - BOGOTÁ - www.bsl.com.co - Teléfono + 57 601 580 0108

Nit. 900.844.030-8
Licencia No. 64 del 10-01-2017
Calle 134 # 7-83 cons 233, Bogotá D. C.
www.bsl.com.co



DATOS PERSONALES

Fecha de Atención: 14 feb 2025 Tipo de Consulta: Examen Médico Ocupacional de Ingreso

Paciente: JUAN SEBASTIAN MORENO BARRETO Documento: 1018494195

Edad: 27 Género: MASCULINO Ciudad: Bogotá

Empresa: Consorcio DC 2025 Cargo: Residente auxiliar/ inspector

EXÁMENES REALIZADOS

Examen Médico Osteomuscular, Audiometría, Optometría

CONCEPTO EVALUACIÓN MÉDICA

ELEGIBLE PARA EL CARGO SIN RECOMENDACIONES LABORALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a Juan Sebastian Moreno Barreto con documento de identificación No 1018494195 se considera que es ELEGIBLE PARA EL CARGO SIN RECOMENDACIONES LABORALES para desempeñar la ocupación del cargo descrito

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

Basándonos en los resultados obtenidos de la evaluación osteomuscular, certificamos que el paciente presenta un sistema osteomuscular en condiciones óptimas de salud. Esta condición le permite llevar a cabo una variedad de actividades físicas y cotidianas sin restricciones notables y con un riesgo mínimo de lesiones osteomusculares.

RECOMENDACIONES GENERALES

1. PAUSAS ACTIVAS
2. HIGIENE POSTURAL
3. MEDIDAS ERGONOMICAS
4. TÉCNICAS DE MANEJO DE ESTRÉS
5. EJERCICIO AEROBICO
6. MANTENER MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD PARA COVID.
7. ALIMENTACIÓN BALANCEADA

SALUD FÍSICA Y MENTAL

A no ser que presentes una restricción médica realizar al menos 150 minutos semanales de actividad física de intensidad moderada, o al menos 75 minutos semanales de ejercicio de alta intensidad.
Consume alimentos variados, incluyendo frutas y verduras
Reduce el consumo de sal, grasas saturadas y el azúcar
Mantén una buena hidratación bebiendo suficiente agua
Sigue una rutina y organiza tu tiempo en el trabajo, familia, estudio, cuidado personal y hobbies.
Reduce la exposición a noticias negativas
Mantén el contacto social vía telefónica - virtual o de forma presencial teniendo en cuenta las medidas de bioseguridad
Mantén hábitos de sueño

JUAN JOSE REATIGA
REGISTRO MEDICO NO 14791
LICENCIA SALUD OCUPACIONAL 460
6 DE JULIO DE 2020

Verifica la validez de este certificado

Juan Sebastian Moreno Barreto

FIRMA

1018494195

ANEXO 5. CERT.REPRESENTATE LEGAL

Calle 19 #43G-80 Apartamento 812 Medellín - Antioquia Celular: 3123799155
E-mail: consorciodc2025@gmail.com

CONSORCIO DC 2025

NIT: 9 0 1 8 9 3 0 6 0 – 1

CERTIFICACION PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES LEGALES

ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002

MIRYAM PATRICIA ALBA ACEVEDO identificada con cedula de ciudadanía No. 40.031.136, y con Tarjeta Profesional No. 67193-T de la Junta Central de Contadores de Colombia, en mi condición de Contadora de CONSORCIO DC 2025 identificada con NIT 901.893.060-1, luego de examinar de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, los estados financieros de la compañía, bajo la gravedad de juramento, certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar y al Fondo Nacional de Formación Profesional para la Industria de Construcción (artículo 65 Ley 1819 de 2016 y articulo 3 Decreto 1047 de 1983), a la fecha de la suscripción del presente documento. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Conforme el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016, bajo la gravedad de juramento, manifiesto que CONSORCIO DC 2025 se encuentra exonerado del pago de los aportes parafiscales a favor del Servicio Nacional del Aprendizaje (SENA), del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y las cotizaciones al Régimen Contributivo de Salud, las sociedades y personas jurídicas y asimiladas contribuyentes declarantes del impuesto sobre la renta y complementarios, correspondientes a los trabajadores que devenguen, individualmente considerados, menos de diez (10) salarios mínimos mensuales legales vigentes.

En constancia, se firma en Tunja, a los 14 días del mes de marzo de 2025



MIRYAM PATRICIA ALBA ACEVEDO

C.C. 40.031.136 T.P. 67193-T

Calle 19 #43G-80 Apartamento 812 Medellín - Antioquia Celular: 3123799155

E-mail: consorciodc2025@gmail.com

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1013606685	JESSICA LORENA RAMIREZ BENAVIDES	Cra 80D No. 7B-83 Torre 1 apto 110	3112447605	jlorenita.ramirez@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-02	I	26/03/2025	84817674	$467.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	200.000	0		0		0	6	800	0	200.800	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	256.000	0	0	0	0	6	1.000	0	257.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	9.600	6	100	9.700	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	6	0	0	0
ICBF				
0	6	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	200.000	200.800
Pensión	1	256.000	257.000
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	1	9.600	9.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	465.600	467.500

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1013606685	JESSICA LORENA RAMIREZ BENAVIDES	Cra 80D No. 7B-83 Torre 1 apto 110	3112447605	jlorenita.ramirez@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-02	I	26/03/2025	84817674	$467.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1013606685	RAMIREZ BENAVIDES JESSICA LORENA	3	0			N																	230301	1.600.000	256.000	0	0	0	0	EPS008	1.600.000	200.000		0		0	CCF24	1.600.000	9.600	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53030000	LEIDY CONSTANZA ACOSTA RODRIGUEZ	Cll 63D 70 D 17	0000000	lcacostarodriguez2019@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-02	I	05/03/2025	84740467	$406.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0		0		0	1	200	0	178.200	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	227.800	0	0	0	0	1	200	0	228.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	1	0	0	0
ICBF				
0	1	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.200
Pensión	1	227.800	228.000
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	405.800	406.200

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53030000	LEIDY CONSTANZA ACOSTA RODRIGUEZ	Cll 63D 70 D 17	0000000	lcacostarodriguez2019@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-02	I	05/03/2025	84740467	$406.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	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	53030000	ACOSTA RODRIGUEZ LEIDY CONSTANZA	3	0			N																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	72005111
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		MARTIN ALEJANDRO RESTREPO ATUESTA	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 82 # 25G - 60 EDIFICIO VIVA	TELÉFONO:	8142758
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7962405503**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2025	SALUD:	AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:		20			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/03/25	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1360233123

NOVEDADES

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

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002297390	230201	230201- PROTECCION	1	$ 324.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 324.100**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8000887022	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 253.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 253.200**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 10.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 10.700**

VALOR SIN MORA:	**$ 580.500**
VALOR MORA:	**$ 7.500**
TOTAL PAGADO:	**$ 588.000**

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	7176318
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			RAFAEL EDUARDO ALZATE MORENO
CIUDAD/MUNICIPIO:	TUNJA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CRA 11 N° 24-22	TELÉFONO:	7404987
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Construcción de otras obras de ingeniería civil.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7959694634**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero AÑO 2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/03/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1314809969

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 256.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.000	$ 0	$ 256.000
SUBTOTALES:										**$ 256.000**	**$ 0**	**$ 256.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 200.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 200.000	$ 0	$ 0	$ 200.000
SUBTOTALES:													**$ 200.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 200.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																										PENSIÓN									SALUD							ARP														
																													FSP		APORTES VOLUNTARIOS																								
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADOR	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 7176318	ALZATE MORENO RAFAEL EDUARDO	INDEPEND		$ 3.000.000				NO								01-30										25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.600.000	$ 256.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 256.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.600.000	$ 200.000	$ 0	$ 200.000			$ 0		$ 0		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 456.000**

Planilla Pagada

aportes en línea

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901893060	1	CONSORCIO DC 2025	A - 200 O MAS COTIZANTES	RAFAEL ALZATE	CALLE 19 # 43G - 80	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3150013218	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1317817445	9482887991	Y	2025/03/14	2025/03/06	BANCOLOMBIA	0	$291,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO									NOVEDADES																														
No.	Tipo id	No id	Nombre	Tipo Cotizante	Horas Laboradas	Extranjero	Temp. Ext.	Fecha Radicación en el Exterior	ing	Fecha ing	ret	Fecha ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	Fecha Inicio vsp	cor	vst	sln	Fecha Inicio sln	Fecha Fin sln	ige	Fecha Inicio ige	Fecha Fin ige	lma	Fecha Inicio lma	Fecha Fin lma	vac-lr	Fecha Inicio vac-lr	Fecha Fin vac-lr	avp	vc
1	CC	53030000	ACOSTA RODRIGUEZ LEIDY CONSTANZA	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	0	No	No		X	2025/02/21																												
2	CC	7176318	ALZATE MORENO RAFAEL EDUARDO	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	0	No	No		X	2025/02/07																												
3	CC	92530122	MEZA SOTO MANUEL JOSE	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	0	No	No		X	2025/02/05	X	2025/02/06																										
4	CC	1013606685	RAMIREZ BENAVIDES JESSICA LORENA	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	0	No	No		X	2025/02/05																												
5	CC	72005111	RESTREPO ATUESTA MARTIN ALEJANDRO	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	0	No	No		X	2025/02/07																												
6	CC	52423434	TOLOZA CUBAQUE MARICELA ASDRID	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	0	No	No		X	2025/02/14	X	2025/02/15																										

Total Afiliados(6)

							SALARIO			PENSION														SALUD					
:t	Fecha Inicio vct	Fecha Fin vct	irl	Fecha Inicio irl	Fecha Fin irl	vip	Valor	Integral	Tipo de Salario	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Tarifa Alto Riesgo Pensión	Valor Cotización	Cotización Voluntaria Empleador	Cotización Voluntaria Afiliado	Fondo Solidaridad Pensional	Fondo Subsistencia	Valor No retenido	Total	AFP Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Valor UPC
							$ 1.423.500	No			0	$ 0	0%	SIN RIESGO	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0			0	$ 0	0%	$ 0	$
							$ 1.423.500	No			0	$ 0	0%	SIN RIESGO	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0			0	$ 0	0%	$ 0	$
							$ 1.423.500	No			0	$ 0	0%	SIN RIESGO	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0			0	$ 0	0%	$ 0	$
							$ 1.423.500	No			0	$ 0	0%	SIN RIESGO	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0			0	$ 0	0%	$ 0	$
							$ 1.423.500	No			0	$ 0	0%	SIN RIESGO	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0			0	$ 0	0%	$ 0	$
							$ 1.423.500	No			0	$ 0	0%	SIN RIESGO	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0			0	$ 0	0%	$ 0	$
																					$ 0						$ 0	

			CCF					RIESGOS						PARAFISCALES									
	Total	EPS Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Clase Riesgo	Valor Cotización	Días	IBC	Tarifa SENA	Valor Cotización SENA	Tarifa ICBF	Valor Cotización ICBF	Tarifa ESAP	Valor Cotización ESAP	Tarifa MEN	Valor Cotización MEN	Exonerado SENA e ICBF
0	$ 0			0	$ 0	0%	$ 0	COLPATRIA ARP	10	$ 474.500	6,96%	5	$ 33.100	0	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	No
0	$ 0			0	$ 0	0%	$ 0	COLPATRIA ARP	24	$ 1.138.800	6,96%	5	$ 79.300	0	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	No
0	$ 0			0	$ 0	0%	$ 0	COLPATRIA ARP	2	$ 94.900	6,96%	5	$ 6.700	0	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	No
0	$ 0			0	$ 0	0%	$ 0	COLPATRIA ARP	26	$ 1.233.700	6,96%	5	$ 85.900	0	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	No
0	$ 0			0	$ 0	0%	$ 0	COLPATRIA ARP	24	$ 1.138.800	6,96%	5	$ 79.300	0	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	No
0	$ 0			0	$ 0	0%	$ 0	COLPATRIA ARP	2	$ 94.900	6,96%	5	$ 6.700	0	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	No
	$ 0						$ 0						$ 291.000				$ 0		$ 0		$ 0		$ 0	

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901893060	1	CONSORCIO DC 2025	A - 200 O MAS COTIZANTES	RAFAEL ALZATE	CALLE 19 # 43G - 80	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3150013218	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1317817445	9482887991	Y	2025/03/14	2025/03/06	BANCOLOMBIA	0	$291,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				6	$291,000	$0	$0	$291,000
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	6	$291,000	$0	$0	$291,000
TOTAL				6	$291,000	$0	$0	$291,000

aportes en línea

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901893060	1	CONSORCIO DC 2025	A - 200 O MAS COTIZANTES	RAFAEL ALZATE	CALLE 19 # 43G - 80	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3150013218	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	1317806508	9482888038	E	2025/03/14	2025/03/06	BANCOLOMBIA	0	$2,097,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO									NOVEDADES																														
No.	Tipo id	No id	Nombre	Tipo Cotizante	Horas Laboradas	Extranjero	Temp. Ext.	Fecha Radicación en el Exterior	ing	Fecha ing	ret	Fecha ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	Fecha Inicio vsp	cor	vst	sln	Fecha Inicio sln	Fecha Fin sln	ige	Fecha Inicio ige	Fecha Fin ige	lma	Fecha Inicio lma	Fecha Fin lma	vac-lr	Fecha Inicio vac-lr	Fecha Fin vac-lr	avp	vc
1	CC	1003712044	BRIÑEZ PARRA HECTOR FABIAN	Dependiente	0	No	No		X	2025/02/12	X	2025/02/14																						
2	CC	1012419015	CAICEDO ROBAYO JOHN STEVEN	Dependiente	0	No	No		X	2025/02/17																								
3	CC	1049643373	GARCIA RUIZ AURA LILIANA	Dependiente	0	No	No																											
4	CC	1000726045	GUAYACAN PARRA KATHERINE MAYERLY	Dependiente	0	No	No																											
5	CC	1024469003	GUTIERREZ LOPEZ LAURA CATALINA	Dependiente	0	No	No		X	2025/02/11	X	2025/02/13																						
6	CC	1012393061	MARTINEZ ARROYO CRISTHIAN ANDRES	Dependiente	0	No	No		X	2025/02/17																								
7	CC	1018494195	MORENO BARRETO JUAN SEBASTIAN	Dependiente	0	No	No		X	2025/02/05																								
8	CC	1000326117	OVALLE CASTAÑEDA CESAR LEONARDO	Dependiente	0	No	No		X	2025/02/12	X	2025/02/14																						
9	CC	35377240	PARRA REYES YADMIN GREYSE	Dependiente	0	No	No		X	2025/02/12	X	2025/02/14																						
10	CC	1000615577	RODRIGUEZ PARDO OSCAR DUVAN	Dependiente	0	No	No		X	2025/02/12	X	2025/02/14																						
11	CC	52860434	RODRIGUEZ PARDO OLGA MELANI	Dependiente	0	No	No		X	2025/02/12	X	2025/02/14																						

Total **Afiliados(11)**

aportes en línea

Planilla Integrada

							SALARIO			PENSION													SALUD					
:t	Fecha Inicio vct	Fecha Fin vct	irl	Fecha Inicio irl	Fecha Fin irl	vip	Valor	Integral	Tipo de Salario	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Tarifa Alto Riesgo Pensión	Valor Cotización	Cotización Voluntaria Empleador	Cotización Voluntaria Afiliado	Fondo Solidaridad Pensional	Fondo Subsistencia	Valor No retenido	Total	AFP Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Valor UPC
							$ 1.423.500	No	Fijo	PORVENIR	3	$ 142.350	16%	SIN RIESGO	$ 22.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 22.800		SALUD TOTAL	3	$ 142.350	4%	$ 5.700	$
							$ 1.423.500	No	Fijo	SKANDIA	14	$ 664.300	16%	SIN RIESGO	$ 106.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 106.300		SALUD TOTAL	14	$ 664.300	4%	$ 26.600	$
							$ 1.600.000	No	Fijo	PORVENIR	30	$ 1.600.000	16%	SIN RIESGO	$ 256.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.000		NUEVA E.P.S.	30	$ 1.600.000	4%	$ 64.000	$
							$ 1.600.000	No	Fijo	PROTECCION	30	$ 1.600.000	16%	SIN RIESGO	$ 256.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.000		NUEVA E.P.S.	30	$ 1.600.000	4%	$ 64.000	$
							$ 1.423.500	No	Fijo	COLPENSIONES	3	$ 142.350	16%	SIN RIESGO	$ 22.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 22.800		COMPENSAR	3	$ 142.350	4%	$ 5.700	$
							$ 1.423.500	No	Fijo	PROTECCION	14	$ 664.300	16%	SIN RIESGO	$ 106.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 106.300		SANITAS	14	$ 664.300	4%	$ 26.600	$
							$ 1.600.000	No	Fijo	PORVENIR	26	$ 1.386.667	16%	SIN RIESGO	$ 221.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 221.900		FAMISANAR	26	$ 1.386.667	4%	$ 55.500	$
							$ 1.423.500	No	Fijo	PORVENIR	3	$ 142.350	16%	SIN RIESGO	$ 22.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 22.800		FAMISANAR	3	$ 142.350	4%	$ 5.700	$
							$ 1.423.500	No	Fijo	PORVENIR	3	$ 142.350	16%	SIN RIESGO	$ 22.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 22.800		FAMISANAR	3	$ 142.350	4%	$ 5.700	$
							$ 1.423.500	No	Fijo	PORVENIR	3	$ 142.350	16%	SIN RIESGO	$ 22.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 22.800		FAMISANAR	3	$ 142.350	4%	$ 5.700	$
							$ 1.423.500	No	Fijo	PROTECCION	3	$ 142.350	16%	SIN RIESGO	$ 22.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 22.800		CAPITAL SALUD	3	$ 142.350	4%	$ 5.700	$
																					$ 1.083.300						$ 270.900	

			CCF					RIESGOS						PARAFISCALES									
	Total	EPS Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Clase Riesgo	Valor Cotización	Días	IBC	Tarifa SENA	Valor Cotización SENA	Tarifa ICBF	Valor Cotización ICBF	Tarifa ESAP	Valor Cotización ESAP	Tarifa MEN	Valor Cotización MEN	Exonerado SENA e ICBF
0	$ 5.700		COLSUBSIDIO	3	$ 142.350	4%	$ 5.700	COLPATRIA ARP	3	$ 142.350	6,96%	5	$ 10.000	3	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	Si
0	$ 26.600		COLSUBSIDIO	14	$ 664.300	4%	$ 26.600	COLPATRIA ARP	14	$ 664.300	6,96%	5	$ 46.300	14	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	Si
0	$ 64.000		COLSUBSIDIO	30	$ 1.600.000	4%	$ 64.000	COLPATRIA ARP	30	$ 1.600.000	6,96%	5	$ 111.400	30	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	Si
0	$ 64.000		COLSUBSIDIO	30	$ 1.600.000	4%	$ 64.000	COLPATRIA ARP	30	$ 1.600.000	6,96%	5	$ 111.400	30	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	Si
0	$ 5.700		COLSUBSIDIO	3	$ 142.350	4%	$ 5.700	COLPATRIA ARP	3	$ 142.350	6,96%	5	$ 10.000	3	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	Si
0	$ 26.600		COLSUBSIDIO	14	$ 664.300	4%	$ 26.600	COLPATRIA ARP	14	$ 664.300	6,96%	5	$ 46.300	14	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	Si
0	$ 55.500		COLSUBSIDIO	26	$ 1.386.667	4%	$ 55.500	COLPATRIA ARP	26	$ 1.386.667	6,96%	5	$ 96.600	26	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	Si
0	$ 5.700		COLSUBSIDIO	3	$ 142.350	4%	$ 5.700	COLPATRIA ARP	3	$ 142.350	6,96%	5	$ 10.000	3	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	Si
0	$ 5.700		COLSUBSIDIO	3	$ 142.350	4%	$ 5.700	COLPATRIA ARP	3	$ 142.350	6,96%	5	$ 10.000	3	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	Si
0	$ 5.700		COLSUBSIDIO	3	$ 142.350	4%	$ 5.700	COLPATRIA ARP	3	$ 142.350	6,96%	5	$ 10.000	3	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	Si
0	$ 5.700		COLSUBSIDIO	3	$ 142.350	4%	$ 5.700	COLPATRIA ARP	3	$ 142.350	6,96%	5	$ 10.000	3	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	Si
	$ 270.900						$ 270.900						$ 472.000				$ 0		$ 0		$ 0		$ 0	

aportes en línea

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901893060	1	CONSORCIO DC 2025	A - 200 O MAS COTIZANTES	RAFAEL ALZATE	CALLE 19 # 43G - 80	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3150013218	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	1317806508	9482888038	E	2025/03/14	2025/03/06	BANCOLOMBIA	0	$2,097,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				11	$1,083,300	$0	$0	$1,083,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$22,800	$0	$0	$22,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	6	$569,100	$0	$0	$569,100
PROTECCION	230201	800,229,739	0	3	$385,100	$0	$0	$385,100
SKANDIA	230901	800,253,055	2	1	$106,300	$0	$0	$106,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				11	$472,000	$0	$0	$472,000
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	11	$472,000	$0	$0	$472,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				11	$270,900	$0	$0	$270,900
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	11	$270,900	$0	$0	$270,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 6)				11	$270,900	$0	$0	$270,900
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	$5,700	$0	$0	$5,700
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$5,700	$0	$0	$5,700
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	4	$72,600	$0	$0	$72,600
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	2	$128,000	$0	$0	$128,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	2	$32,300	$0	$0	$32,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$26,600	$0	$0	$26,600
TOTAL				11	$2,097,100	$0	$0	$2,097,100