	CONTROL DE ASISTENCIA	CBZC-FR-SST-07 VERSIÓN: 01 PAG.1 DE 1 2024/11/24

FECHA:	19-02-25	HORA INICIO:	9:00	HORA FIN:	9:15	ACTIVIDAD	
LUGAR:	Parque Bosalito					INDUCCIÓN	
TEMAS:	Uso de los EPP y su importancia					REINDUCCIÓN	
						REUNIÓN	
						CAPACITACION	
INSTRUCTOR Y CARGO:	Cristhian Naranjo					OTRA	x
FIRMA DEL INSTRUCTOR:							
OBJETIVO:	Concientizar a los Trabajadores sobre los EPP						

PARTICIPANTES

No.	NOMBRE COMPLETO	CARGO	FIRMA
1	Wilson Rojas Arauque	Oficial	
2	Dalmiro Serrato Ayala	oficial	

OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

	CONTROL DE ASISTENCIA	CBZC-FR-SST-07 VERSIÓN: 01 PAG.1 DE 1 2024/11/24

FECHA:	17-02-25	HORA INICIO:	7:00	HORA FIN:	7:15	ACTIVIDAD	
LUGAR:	Pulgao de Deporte					INDUCCIÓN	
TEMAS:	Autocuidado, uso Adecuado de los EPP					REINDUCCIÓN	
						REUNIÓN	
						CAPACITACION	X
INSTRUCTOR Y CARGO:	Cristhian Naranjo					OTRA	
FIRMA DEL INSTRUCTOR:							
OBJETIVO:	Sensibilizar al personal sobre Autocuidado						

PARTICIPANTES

No.	NOMBRE COMPLETO	CARGO	FIRMA
1	Jorge eduardo Arico L.	Ayudante	Arico
2	Jhon freddy Nuevas	Ayudante	Jhon F Nuevas
3	Jairo castañeda	Operario	Jairo
4	Adolfo Salazar	SST	Adolfo S

OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

	CONTROL DE ASISTENCIA	CBZC-FR-SST-07 VERSIÓN: 01 PAG.1 DE 1 2024/11/24

FECHA:	15-02-25	HORA INICIO:	7:00	HORA FIN:	7:15	ACTIVIDAD	
LUGAR:	Parque Porvenir					INDUCCIÓN	
TEMAS:	Charla de Seguridad para trabajo Seguro en Andamios					REINDUCCIÓN	
						REUNIÓN	
						CAPACITACION	X
INSTRUCTOR Y CARGO:	Cristhian Naranjo					OTRA	
FIRMA DEL INSTRUCTOR:							
OBJETIVO:	Sencabilizar al personal sobre las Alturas						

PARTICIPANTES

No.	NOMBRE COMPLETO	CARGO	FIRMA
1	Juan Freddy Nuevas	Ayudante	
2	Jorge Eduardo Quica	Ayudante	
3	Harold Fernanda Arboleda	Encargado	
4	N°1 ARMANDO ALBERTO TORRES	AYUDANTE	
5	Samuel David Garcia	Ayudante	

OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

	CONTROL DE ASISTENCIA	CBZC-FR-SST-07 VERSIÓN: 01 PAG.1 DE 1 2024/11/24

FECHA:	14-02-2025	HORA INICIO:	9:00	HORA FIN:	9:15	ACTIVIDAD	
LUGAR:	Terraco pijao					INDUCCIÓN	
TEMAS:	Autocuidado y prevencion en en el trabajo					REINDUCCIÓN	
						REUNIÓN	
						CAPACITACION	
INSTRUCTOR Y CARGO:	Cristhian Naranjo					OTRA	x
FIRMA DEL INSTRUCTOR:							
OBJETIVO:	sensibilizar al personal sobre autocuidado						

PARTICIPANTES

No.	NOMBRE COMPLETO	CARGO	FIRMA
1	Daniel felipe Villarreal Deleño	ayudante	Daniel .f
2	Jorge Vasquez	AyVM	Jorge Vasquez
3	Ricardo medina	Instructor	

OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

CONTROL DE ASISTENCIA

CBZC-FR-SST-07
VERSIÓN: 01
PAG.1 DE 1
2024/11/24

FECHA:	19-02-25	HORA INICIO:	7:00	HORA FIN:	7:15	ACTIVIDAD	
LUGAR:	Parque Nacional					INDUCCIÓN	
TEMAS:	Importancia de los EPP					REINDUCCIÓN	
						REUNIÓN	
						CAPACITACION	x
INSTRUCTOR Y CARGO:	Cristhian Naranjo					OTRA	
FIRMA DEL INSTRUCTOR:							
OBJETIVO:	Socializar al personal sobre el uso EPP						

PARTICIPANTES

No.	NOMBRE COMPLETO	CARGO	FIRMA
1	Alfonso muñoz	OPER	Alfonso
2	Dalmiro Serrato AYA	OF	
3		OF	
4	Jesus calderon	OF	Jesus
5	Esneider yesid villamil	OF	Esneider yesid
6	Luis Barrera	pulidor	
7	Wilson Bernal	OF	Wilson Bernal

OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

OBJETIVO		Monitoreo sobre los incidentes, accidentes de trabajo, enfermedad profesional y enfermedad comun asegurando la reduccion de la frecuencia y severidad de los mismos.	
INDICADOR		Frecuencia de Accidentalidad	**Severidad de la Accidentalidad**
META		Disminuir minimo el 10% del indice de frecuencia de accidentes de trabajo con referencia al Año Anterior.	Disminuir minimo el 10% del indice la severidad de accidentes de trabajo
GF		IF AT= No. total, de AT x mes/ W x mes = X100	IS AT = No. total, dias de incapacidad mes/ dias cargados mes/W

CONSORCIO Perdomo IDRD 1

INDICADORES DE GESTIÓN SST CONTRATO IDRD 4060 2024

DATOS

PERIODO	No Trab	HHT	N° AT	N° AT MORTALES	N° AT Sin Perdida de Tiempo	N° AT Con Perdida de Tiempo	Dias de incapacidad	Dias cargados	Indice de Frecuencia (I.F)	Indice de severidad (I.S)	Indice de Lesiones Incapacitantes (I.L.I)	PATM Mortalidad
Nov-24	5	880	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0
Dec-24	21	3024	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0
enero - 25	45	7920	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0
Feb-25	67	11256	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0
Mar-25	0	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0
Apr-25	0	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0
May-25	0	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0
Jun-25	0	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0
Jul-25	0	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0
Aug-25	0	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0
Sep-25	0	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0
Oct-25	0	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0
Nov-25	0	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0
Dec-25	0	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0
AcumAño	**138**	**23.080**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**#DIV/0!**	**#DIV/0!**	**#DIV/0!**	**0,00**
Promedio	18	1.649		0	0	0	0	0	0	0	0	0

Ausentismo		
Dìas de incp x mes AT+EC	Dìas trabajados x mes	Dìas trabajados x mes
0	9	0,0
0	25	0,0
0	26	0,0
0	24	0,0
0	0	#DIV/0!
0	0	#DIV/0!
0	0	#DIV/0!
0	0	#DIV/0!
0	0	#DIV/0!
0	0	#DIV/0!
0	0	#DIV/0!
0	0	#DIV/0!
0	0	#DIV/0!
0	0	#DIV/0!
TOTAL		139,60

Incidencia		
Nº casos EL año	**Promedio de W año**	**Indicador incidencia**
0	18	0,0

Prevalencia			
Casos EL 2024	**Casos EL 2025**	**Promedio de W año**	**Indicador prevalencia**
0	0	18	0,0

enlace operativo

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025 02 28, 09:00:17 PM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS **Número Planilla:** 75792734

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

PAGADO 28/02/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JOSE CARLOS ARDILA MUÑOZ		
Documento	NI79992215	**Dirección**	CL 24 #13 - 13
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3107370874
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	ARDILA MUÑOZ JOSE CARLOS	**Identificación**	CC 79992215
Total Afiliados	13	**ARP**	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1024460168	GERMAN YESID VILLAMIL MUÑOZ	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.423.500	$ 57.000	6,960	$ 1.423.500	$ 99.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.900
CC 1024483651	HERMES GIOVANNI FLOREZ	01	00		X															0	2	2	2	2	(230301) PORVENIR	$ 94.900	$ 15.200	(EPS037) NUEVA EPS	$ 94.900	$ 3.800	6,960	$ 94.900	$ 6.700	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 94.900	$ 3.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 29.500
CC 1033707175	WILSON FERNEY BERNAL GUASCA	01	00		X															0	2	2	2	2	(230301) PORVENIR	$ 94.900	$ 15.200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 94.900	$ 3.800	6,960	$ 94.900	$ 6.700	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 94.900	$ 3.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 29.500
CC 1079034702	EDWIN DUVAN GOMEZ MUÑOZ	01	00		X															0	2	2	2	2	(231001) COLFONDOS	$ 94.900	$ 15.200	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 94.900	$ 3.800	6,960	$ 94.900	$ 6.700	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 94.900	$ 3.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 29.500
CC 1083555637	JESUS ANTONIO CAICEDO MARTINEZ	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.423.500	$ 57.000	6,960	$ 1.423.500	$ 99.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.900
CC 52634260	BLANCA JEANNETHE TAPIAS ROJAS	01	00		X															0	2	2	2	2	(25-14) COLPENSIONES	$ 94.900	$ 15.200	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 94.900	$ 3.800	6,960	$ 94.900	$ 6.700	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 94.900	$ 3.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 29.500
CC 79218353	JOSE MAURICIO MUÑOZ RODRIGUEZ	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.423.500	$ 57.000	6,960	$ 1.423.500	$ 99.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.900
CC 79543885	LUIS ALBERTO BARRERA ROMERO	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.423.500	$ 57.000	6,960	$ 1.423.500	$ 99.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.900
CC 79830829	WILLIAM MUÑOZ	01	00		X															0	2	2	2	2	(230301) PORVENIR	$ 94.900	$ 15.200	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 94.900	$ 3.800	6,960	$ 94.900	$ 6.700	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 94.900	$ 3.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 29.500
CC 79991606	LUIS MUÑOZ	01	00		X															0	2	2	2	2	(230301) PORVENIR	$ 94.900	$ 15.200	(EPS037) NUEVA EPS	$ 94.900	$ 3.800	6,960	$ 94.900	$ 6.700	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 94.900	$ 3.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 29.500
CC 80268734	JAIME MUÑOZ RODRIGUEZ	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 1.423.500	$ 57.000	6,960	$ 1.423.500	$ 99.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.900
CC 80438571	ALFONSO MUÑOZ RODRIGUEZ	01	00																	0	30	30	30	30	(231001) COLFONDOS	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.423.500	$ 57.000	6,960	$ 1.423.500	$ 99.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.900
CC 93421303	DALMIRO SERRATO AYA	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.423.500	$ 57.000	6,960	$ 1.423.500	$ 99.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.900

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

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

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 10.533.900	$ 10.533.900	$ 10.533.900	$ 10.533.900	$ 1.685.800	$ 421.800	$ 733.900	$ 421.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.263.300	$ 54.400	$ 3.317.700

917

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901252860
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			BELZCON SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CLL 105 462 6	TELÉFONO:	7659259
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	C-MIPYME MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Construcción de otras obras de ingeniería civil.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	3 - BOGOTA PROYECTOS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:			79612193 58	TIPO DE PLANILLA:	E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES febrero AÑO 2025
DIAS DE MORA:			7		
FECHA PAGO (aaaa/m/d):			2025/02/21	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1283518273

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	$ 227,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1,100	$ 0	$ 227,800	$ 1,100	$ 228,900
230201	230201- PROTECCION	3	$ 775,600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3,700	$ 0	$ 775,600	$ 3,700	$ 779,300
230301	230301-PORVENIR	3	$ 935,600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 4,400	$ 0	$ 935,600	$ 4,400	$ 940,000
231001	231001-COLFONDOS	2	$ 455,600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2,200	$ 0	$ 455,600	$ 2,200	$ 457,800
SUBTOTALES:										**$ 2,394,600**	**$ 11,400**	**$ 2,406,000**

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.	4		$ 0		$ 0		$ 0	$ 228,000	$ 0	$ 1,100	$ 0	$ 228,000	$ 1,100	$ 0	$ 229,100
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 57,000	$ 0	$ 300	$ 0	$ 57,000	$ 300	$ 0	$ 57,300
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 80,000	$ 0	$ 400	$ 0	$ 80,000	$ 400	$ 0	$ 80,400
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 120,000	$ 0	$ 600	$ 0	$ 120,000	$ 600	$ 0	$ 120,600
EPS017	EPS017-FAMISANAR	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 114,000	$ 0	$ 600	$ 0	$ 114,000	$ 600	$ 0	$ 114,600
SUBTOTALES:													**$ 599,000**	**$ 3,000**	**$ 0**	**$ 602,000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	9		$ 0	$ 0		$ 0	$ 834,300	$ 834,300	$ 3,900	$ 0	$ 838,200
SUBTOTALES:									**$ 834,300**	**$ 3,900**	**$ 0**	**$ 838,200**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	9	$ 599,000	$ 2,800	$ 601,800
SUBTOTALES:			**$ 599,000**	**$ 2,800**	**$ 601,800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																										PARAFISCALES										
																												PENSIÓN							SALUD						ARP									CCF			SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
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	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1012423111	ORTIZ SABOGAL DAVID ORLANDO	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			SI													07-10				230301-PORVENIR	4	$ 189,800	$ 30,400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 30,400	EPS017-FAMISANAR	4	$ 189,800	$ 7,600	$ 0	$ 7,600	14-11 - ARL SURA	4	$ 189,800	5	$ 0	4	$ 189,800	CCF24-COMPENSAR	$ 7,600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1012423111	ORTIZ SABOGAL DAVID ORLANDO	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	28	$ 1,233,700	$ 197,400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 197,400	EPS017-FAMISANAR	28	$ 1,233,700	$ 49,400	$ 0	$ 49,400	14-11 - ARL SURA	28	$ 1,233,700	5	$ 85,900	26	$ 1,233,700	CCF24-COMPENSAR	$ 49,400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 1012429637	CIPRIAN CASALLAS GINNA PAOLA	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			SI													07-10				230201-PROTECCION	4	$ 189,800	$ 30,400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 30,400	EPS008-SANITAS S.A.	4	$ 189,800	$ 7,600	$ 0	$ 7,600	14-11 - ARL SURA	4	$ 189,800	2	$ 0	4	$ 189,800	CCF24-COMPENSAR	$ 7,600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	CC 1012429637	CIPRIAN CASALLAS GINNA PAOLA	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			SI																	230201-PROTECCION	28	$ 1,233,700	$ 197,400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 197,400	EPS005-SANITAS S.A.	28	$ 1,233,700	$ 49,400	$ 0	$ 49,400	14-11 - ARL SURA	28	$ 1,233,700	2	$ 12,900	28	$ 1,233,700	CCF24-COMPENSAR	$ 49,400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
5	CC 1019011012	FAJARDO ADRIANA	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			SI																	231001-COLFONDOS	30	$ 1,423,500	$ 227,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227,800	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1,423,500	$ 57,000	$ 0	$ 57,000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,423,500	5	$ 99,100	30	$ 1,423,500	CCF24-COMPENSAR	$ 57,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
6	CC 1081818022	TONCEL AREVALO JORGE BERNARDO	DEPEND		$ 3,000,000	FIJO			SI													02-03				230301-PORVENIR	2	$ 200,000	$ 32,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 32,000	EPS037-NUEVA EPS	2	$ 200,000	$ 8,000	$ 0	$ 8,000	14-11 - ARL SURA	2	$ 200,000	5	$ 0	2	$ 200,000	CCF24-COMPENSAR	$ 8,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
7	CC 1081818022	TONCEL AREVALO JORGE BERNARDO	DEPEND		$ 3,000,000	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	28	$ 2,800,000	$ 448,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 448,000	EPS037-NUEVA EPS	28	$ 2,800,000	$ 112,000	$ 0	$ 112,000	14-11 - ARL SURA	28	$ 2,800,000	5	$ 194,900	28	$ 2,800,000	CCF24-COMPENSAR	$ 112,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
8	CC 52423434	BOLIVA CUBAQUE MARICELA ISABEL	DEPEND		$ 2,000,000	FIJO			SI																	230201-PROTECCION	30	$ 2,000,000	$ 320,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 320,000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 2,000,000	$ 80,000	$ 0	$ 80,000	14-11 - ARL SURA	30	$ 2,000,000	5	$ 139,200	30	$ 2,000,000	CCF24-COMPENSAR	$ 80,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
9	CC 52901081	CUERVO GIL ANGELICA MARIA	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			SI													07-07				230201-PROTECCION	1	$ 47,450	$ 7,600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 7,600	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 47,450	$ 1,900	$ 0	$ 1,900	14-11 - ARL SURA	1	$ 47,450	5	$ 0	1	$ 47,450	CCF24-COMPENSAR	$ 1,900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
10	CC 52901081	CUERVO GIL ANGELICA MARIA	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			SI																	230201-PROTECCION	28	$ 1,376,050	$ 220,200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 220,200	EPS005-SANITAS S.A.	28	$ 1,376,050	$ 55,100	$ 0	$ 55,100	14-11 - ARL SURA	28	$ 1,376,050	5	$ 95,800	28	$ 1,376,050	CCF24-COMPENSAR	$ 55,100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
11	CC 52990836	GARCIA MANCIPE VIVIANA PAULINA	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			SI												15-16					230301-PORVENIR	2	$ 94,900	$ 15,200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 15,200	EPS005-SANITAS S.A.	2	$ 94,900	$ 3,800	$ 0	$ 3,800	14-11 - ARL SURA	2	$ 94,900	5	$ 0	2	$ 94,900	CCF24-COMPENSAR	$ 3,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
12	CC 52990836	GARCIA MANCIPE VIVIANA PAULINA	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	28	$ 1,328,600	$ 212,600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 212,600	EPS005-SANITAS S.A.	28	$ 1,328,600	$ 53,200	$ 0	$ 53,200	14-11 - ARL SURA	28	$ 1,328,600	5	$ 92,500	28	$ 1,328,600	CCF24-COMPENSAR	$ 53,200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

262

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901252860
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			BELZCON SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CLL 105 46 2 6	TELÉFONO:	7669259
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	C-MIPYME MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Construcción de otras obras de ingeniería civil.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	3 - BOGOTA PROYECTOS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7961219358	TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero	AÑO 2025
DIAS DE MORA:			7				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/02/21	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1283518273

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																					SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES									
																															PENSIÓN								SALUD						ARP						CCF			SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	RETENCIÓN TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	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	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
13	CC 79684256	ALVARADO PATIÑO JAVIER DEIVALDO	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																		23100 1 - COLFONDOS	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS008 - COMPENSAR	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	5	$ 99.100	30	$ 1.423.500	SCCF24 - COMPENSAR	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
14	CC 80090732	BELDNER SALAZAR JORGE MARIO	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																		25-14 - COLPENSIONES	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS002 - SANITAS S.A.	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	2	$ 14.900	30	$ 1.423.500	SCCF24 - COMPENSAR	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 4.448.000

Planilla Pagada
ach SOI
Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901252860
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			BELZCON SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CLL 105 46Z 6	TELÉFONO:	7669259
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	C-MIPYME MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Construcción de otras obras de ingeniería civil.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	517 - CALLES COMERCIALES
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7961042008	TIPO DE PLANILLA:	E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES febrero AÑO 2025
DÍAS DE MORA:			7		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/02/21	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1283476536

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
231001	231001-COLFONDOS	3	$ 847,200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 4,000	$ 0	$ 847,200	$ 4,000	$ 851,200
230201	230201- PROTECCION	10	$ 2,424,400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 11,300	$ 0	$ 2,424,400	$ 11,300	$ 2,435,700
230301	230301-PORVENIR	7	$ 1,528,700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 7,200	$ 0	$ 1,528,700	$ 7,200	$ 1,535,900
25-14	25-14 COLPENSIONES	3	$ 776,200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3,700	$ 0	$ 776,200	$ 3,700	$ 779,900
SUBTOTALES:										$ 5,576,500	$ 26,200	$ 5,602,700

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.	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 169,100	$ 0	$ 800	$ 0	$ 169,100	$ 800	$ 0	$ 169,900
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 57,000	$ 0	$ 300	$ 0	$ 57,000	$ 300	$ 0	$ 57,300
EPS017	EPS017-FAMISANAR	6		$ 0		$ 0		$ 0	$ 372,900	$ 0	$ 1,800	$ 0	$ 372,900	$ 1,800	$ 0	$ 374,700
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 114,000	$ 0	$ 600	$ 0	$ 114,000	$ 600	$ 0	$ 114,600
EPSC34	EPSC34-CAPITAL SALUD EPSS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 17,100	$ 0	$ 100	$ 0	$ 17,100	$ 100	$ 0	$ 17,200
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	7		$ 0		$ 0		$ 0	$ 528,400	$ 0	$ 2,500	$ 0	$ 528,400	$ 2,500	$ 0	$ 530,900
EPS041	NUEVA EPS CM	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 128,900	$ 0	$ 600	$ 0	$ 128,900	$ 600	$ 0	$ 129,500
SUBTOTALES:													$ 1,387,400	$ 6,700	$ 0	$ 1,394,100

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	23		$ 0	$ 0		$ 0	$ 2,336,900	$ 2,336,900	$ 10,900	$ 0	$ 2,347,800
SUBTOTALES:									$ 2,336,900	$ 10,900	$ 0	$ 2,347,800

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	23	$ 1,393,100	$ 6,500	$ 1,399,600
SUBTOTALES:			$ 1,393,100	$ 6,500	$ 1,399,600

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES									
																										PENSIÓN								SALUD								ARP										CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
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	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	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	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1007138699	HERRERA BOLARTE CARLOS MARIO	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			SI									01-30									230201-PROTECCION	30	$ 1,909,347	$ 305,500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 305,500	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1,909,347	$ 76,400	$ 0	$ 76,400	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,909,347	5	$ 132,900	30	$ 1,909,347	SCCF24-COMPENSAR	$ 76,400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1010215992	NUÑEZ SANCHEZ DIANA PATRICIA	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			SI														03 01			230201-PROTECCION	2	$ 94,900	$ 15,200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 15,200	EPS008-COMPENSAR	2	$ 94,900	$ 5,000	$ 0	$ 5,000	14-11 - ARL SURA	2	$ 94,900	5	$ 6,200	2	$ 94,900	SCCF24-COMPENSAR	$ 5,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 1010215992	NUÑEZ SANCHEZ DIANA PATRICIA	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			SI																	230201-PROTECCION	28	$ 1,328,600	$ 212,600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 212,600	EPS008-COMPENSAR	28	$ 1,328,600	$ 53,200	$ 0	$ 53,200	14-11 - ARL SURA	28	$ 1,328,600	5	$ 92,500	28	$ 1,328,600	SCCF24-COMPENSAR	$ 53,200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	CC 1014304048	LEAL SANCHEZ OSCAR LEONARDO	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			SI									01-30								230201-PROTECCION	30	$ 1,790,206	$ 286,500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 286,500	EPS002-SALUD TOTAL	35	$ 1,790,206	$ 71,700	$ 0	$ 71,700	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,790,206	5	$ 124,600	30	$ 1,790,206	SCCF24-COMPENSAR	$ 71,700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
5	CC 1023013499	MALDONADO PEREZ CRISTIAN CAMILO	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1,423,500	$ 227,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227,800	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1,423,500	$ 57,000	$ 0	$ 57,000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,423,500	5	$ 99,100	30	$ 1,423,500	SCCF24-COMPENSAR	$ 57,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
6	CC 1024511477	ALEMAN HERNANDEZ MONICA DEL PILAR	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			SI														15-17			230301-PORVENIR	3	$ 142,350	$ 22,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 22,800	EPS017-FAMISANAR	3	$ 142,350	$ 5,700	$ 0	$ 5,700	14-11 - ARL SURA	3	$ 142,350	5	$ 9,300	3	$ 142,350	SCCF24-COMPENSAR	$ 5,700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
7	CC 1024511477	ALEMAN HERNANDEZ MONICA DEL PILAR	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	27	$ 1,281,150	$ 205,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 205,000	EPS017-FAMISANAR	27	$ 1,281,150	$ 51,300	$ 0	$ 51,300	14-11 - ARL SURA	27	$ 1,281,150	5	$ 89,200	27	$ 1,281,150	SCCF24-COMPENSAR	$ 51,300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
8	CC 1047398122	BARRAGAN CAMPILLO CARLOS ANDRES	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1,423,500	$ 227,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227,800	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1,423,500	$ 57,000	$ 0	$ 57,000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,423,500	5	$ 99,100	30	$ 1,423,500	SCCF24-COMPENSAR	$ 57,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
9	CC 1049658174	HERNANDEZ GOMEZ LIZETH NATALIA	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			SI														02-02			230201-PROTECCION	1	$ 47,450	$ 7,600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 7,600	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 47,450	$ 1,900	$ 0	$ 1,900	14-11 - ARL SURA	1	$ 47,450	5	$ 3,100	1	$ 47,450	SCCF24-COMPENSAR	$ 1,900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
10	CC 1049658174	HERNANDEZ GOMEZ LIZETH NATALIA	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			SI																	230201-PROTECCION	29	$ 1,376,050	$ 220,200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 220,200	EPS037-NUEVA EPS	29	$ 1,376,050	$ 55,100	$ 0	$ 55,100	14-11 - ARL SURA	29	$ 1,376,050	5	$ 95,800	29	$ 1,376,050	SCCF24-COMPENSAR	$ 55,100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
11	CC 1073679772	ALBARRACIN HUERTAS ALEXIS	DEPEND		$ 1,500,000	FIJO			SI		31							01-30								230201-PROTECCION	30	$ 1,732,093	$ 277,200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 277,200	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1,732,093	$ 69,300	$ 0	$ 69,300	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,732,093	5	$ 120,600	30	$ 1,732,093	SCCF24-COMPENSAR	$ 69,300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

103

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901252860
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			BELZCON SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CLL 105 462 6	TELEFONO:	7689259
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	C-MIPYME MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Construcción de otras obras de ingeniería civil.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	517 - CALLES COMERCIALES
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7961042008	TIPO DE PLANILLA:	E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES febrero AÑO 2025
DIAS DE MORA:			7		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)			2025/02/21	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1283478536

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE											NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES									
																											PENSIÓN								SALUD								ARP																				
																													FSP		APORTES VOLUNTARIOS																		CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
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	EMPLEADO	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	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
12	CC 1118876406	PEREZ AGUIRAN JOIDER JOHANDRY	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO		SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	5	$ 99.100	30	$ 1.423.500	SCCF24-COMPENSAR	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
13	CC 12693790	JARABA JIMENEZ SANTANDER ALFONSO	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO		SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	NUEVA EPS CM	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	5	$ 99.100	30	$ 1.423.500	SCCF24-COMPENSAR	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
14	CC 13615960	RUIZ BELTRAN JIMMY ALBERTO	DEPEND		$ 3.000.000	FIJO		SI																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 3.000.000	$ 480.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 480.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 3.000.000	$ 120.000	$ 0	$ 120.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 3.000.000	5	$ 208.800	30	$ 3.000.000	SCCF24-COMPENSAR	$ 120.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
15	CC 22733897	OSPINA STAADEN LILIANA MARIA	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO		SI																	230201-PROTECCION	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	5	$ 99.100	30	$ 1.423.500	SCCF24-COMPENSAR	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
16	CC 52716913	ZORRO TRUJILLO TRINIDAD MERCEDES	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO		SI														02-02			230201-PROTECCION	1	$ 47.450	$ 7.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 7.600	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 47.450	$ 1.900	$ 0	$ 1.900	14-11 - ARL SURA	1	$ 47.450	5	$ 0	1	$ 47.450	SCCF24-COMPENSAR	$ 1.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
17	CC 52716913	ZORRO TRUJILLO TRINIDAD MERCEDES	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO		SI																	230201-PROTECCION	29	$ 1.376.050	$ 220.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 220.200	EPS005-SANITAS S.A.	29	$ 1.376.050	$ 55.100	$ 0	$ 55.100	14-11 - ARL SURA	29	$ 1.376.050	5	$ 95.800	29	$ 1.376.050	SCCF24-COMPENSAR	$ 55.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
18	CC 7541068	GARCIA GONZALEZ WILLIAM	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO		SI												12-14					231001-COLFONDOS	3	$ 142.350	$ 22.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 22.800	EPS002-SALUD TOTAL	3	$ 142.350	$ 5.700	$ 0	$ 5.700	14-11 - ARL SURA	3	$ 142.350	5	$ 0	3	$ 142.350	SCCF24-COMPENSAR	$ 5.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
19	CC 7541068	GARCIA GONZALEZ WILLIAM	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO		SI											24-26						231001-COLFONDOS	3	$ 142.350	$ 22.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 22.800	EPS002-SALUD TOTAL	3	$ 142.350	$ 5.700	$ 0	$ 5.700	14-11 - ARL SURA	3	$ 142.350	5	$ 0	3	$ 142.350	SCCF24-COMPENSAR	$ 5.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
20	CC 7541068	GARCIA GONZALEZ WILLIAM	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO		SI																	15-17 231001-COLFONDOS	3	$ 142.350	$ 22.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 22.800	EPS002-SALUD TOTAL	3	$ 142.350	$ 5.700	$ 0	$ 5.700	14-11 - ARL SURA	3	$ 142.350	5	$ 0	3	$ 142.350	SCCF24-COMPENSAR	$ 5.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
21	CC 7541068	GARCIA GONZALEZ WILLIAM	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO		SI										01-23							231001-COLFONDOS	21	$ 1.307.454	$ 209.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 209.200	EPS002-SALUD TOTAL	21	$ 1.307.454	$ 52.300	$ 0	$ 52.300	14-11 - ARL SURA	21	$ 1.307.454	5	$ 91.000	21	$ 1.307.454	SCCF24-COMPENSAR	$ 52.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
22	CC 79210047	SAMACA SAMACA HENRY	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO		SI																	230201-PROTECCION	29	$ 1.233.700	$ 197.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 197.400	EPS005-SANITAS S.A.	29	$ 1.233.700	$ 49.400	$ 0	$ 49.400	14-11 - ARL SURA	29	$ 1.233.700	5	$ 85.900	29	$ 1.233.700	SCCF24-COMPENSAR	$ 49.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
23	CC 79210047	SAMACA SAMACA HENRY	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO		SI													AU-22				230201-PROTECCION	3	$ 142.350	$ 22.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 22.800	EPS005-SANITAS S.A.	3	$ 142.350	$ 5.700	$ 0	$ 5.700	14-11 - ARL SURA	3	$ 142.350	5	$ 0	3	$ 142.350	SCCF24-COMPENSAR	$ 5.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
24	CC 79210047	SAMACA SAMACA HENRY	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO		SI											02-02						230201-PROTECCION	1	$ 47.450	$ 7.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 7.600	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 47.450	$ 0	$ 0	$ 0	14-11 - ARL SURA	1	$ 47.450		$ 0	1	$ 47.450	SCCF24-COMPENSAR	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
25	CC 79711661	RODRIGUEZ SANCHEZ FRANDY ALEXANDER	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO		SI														02-03			25-14 COLPENSIONES	2	$ 94.900	$ 15.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 15.200	EPS017-FAMISANAR	2	$ 94.900	$ 3.800	$ 0	$ 3.800	14-11 - ARL SURA	2	$ 94.900	5	$ 0	2	$ 94.900	SCCF24-COMPENSAR	$ 3.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
26	CC 79711661	RODRIGUEZ SANCHEZ FRANDY ALEXANDER	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO		SI																	25-14 COLPENSIONES	28	$ 1.328.600	$ 212.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 212.600	EPS017-FAMISANAR	28	$ 1.328.600	$ 53.200	$ 0	$ 53.200	14-11 - ARL SURA	28	$ 1.328.600	5	$ 92.500	28	$ 1.328.600	SCCF24-COMPENSAR	$ 53.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
27	CC 80764628	ALZATE SARMIENTO VICTOR ORLANDO	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO		SI		09															25-14 COLPENSIONES	9	$ 427.050	$ 68.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 68.400	EPSC34-CAPITAL SALUD EPSS	9	$ 427.050	$ 17.100	$ 0	$ 17.100	14-11 - ARL SURA	9	$ 427.050	5	$ 29.800	9	$ 427.050	SCCF24-COMPENSAR	$ 17.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
28	CC 84072988	MARULANDA JARAMILLO JHON JAIRO	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO		SI	16																230301-PORVENIR	15	$ 711.750	$ 113.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 113.900	EPS037-NUEVA EPS	15	$ 711.750	$ 28.500	$ 0	$ 28.500	14-11 - ARL SURA	15	$ 711.750	5	$ 49.600	15	$ 711.750	SCCF24-COMPENSAR	$ 28.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
29	CC 92525140	HERAZO RODRIGUEZ LUIS ALBERTO	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO		SI										01-30							231001-COLFONDOS	30	$ 1.796.395	$ 287.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 287.500	NUEVA EPS CM	30	$ 1.796.395	$ 71.900	$ 0	$ 71.900	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.796.395	5	$ 125.100	30	$ 1.796.395	SCCF24-COMPENSAR	$ 71.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
30	CC 9272525	MEZA CASTRO YADITH	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO		SI										01-30							231001-COLFONDOS	25	$ 1.525.105	$ 244.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 244.100	EPS002-SALUD TOTAL	25	$ 1.525.105	$ 61.100	$ 0	$ 61.100	14-11 - ARL SURA	25	$ 1.525.105	5	$ 106.200	25	$ 1.525.105	SCCF24-COMPENSAR	$ 61.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
31	CC 9272525	MEZA CASTRO YADITH	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO		SI				-										02-06			231001-COLFONDOS	5	$ 237.250	$ 38.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 38.000	EPS002-SALUD TOTAL	5	$ 237.250	$ 9.500	$ 0	$ 9.500	14-11 - ARL SURA	5	$ 237.250	5	$ 0	5	$ 237.250	SCCF24-COMPENSAR	$ 9.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
32	PT 1256744	REVEROL CASTILLO MARIANNY DE JESUS	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO		SI	16																230201-PROTECCION	15	$ 711.750	$ 113.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 113.900	EPS037-NUEVA EPS	15	$ 711.750	$ 28.500	$ 0	$ 28.500	14-11 - ARL SURA	15	$ 711.750	5	$ 49.600	15	$ 711.750	SCCF24-COMPENSAR	$ 28.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
33	PT 6961157	MONTIEL MONTIEL ALEXIS DARIO	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO		SI										01-30							230201-PROTECCION	30	$ 1.889.232	$ 302.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 302.300	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.889.232	$ 75.600	$ 0	$ 75.600	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.889.232	5	$ 131.500	30	$ 1.889.232	SCCF24-COMPENSAR	$ 75.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
34	PT 7225645	PEREZ ORTIZ JHON JAIRO	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO		SI										01-30							230301-PORVENIR	30	$ 1.723.673	$ 275.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 275.800	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.723.673	$ 69.000	$ 0	$ 69.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.723.673	5	$ 120.000	30	$ 1.723.673	SCCF24-COMPENSAR	$ 69.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 10.744.200

Planilla Pagada

302

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901252860
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			BELZCON SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CLL 105 462 6	TELÉFONO:	7689259
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	C-MIPYME MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Construcción de otras obras de ingeniería civil.
FORMA DE PRESENTACION:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	1771 - CALLE 45
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7961066586**	TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES febrero AÑO	2025
DÍAS DE MORA:		7			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/02/21	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1283535455

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
				EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CÓDIGO	NOMBRE											
25-14	25-14 COLPENSIONES	3	$ 893.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 4.200	$ 0	$ 893.900	$ 4.200	$ 898.100
230201	230201- PROTECCION	2	$ 402.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.900	$ 0	$ 402.500	$ 1.900	$ 404.400
230301	230301-PORVENIR	7	$ 1.517.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 7.100	$ 0	$ 1.517.100	$ 7.100	$ 1.524.200
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.100	$ 0	$ 227.800	$ 1.100	$ 228.900
SUBTOTALES:										**$ 3.041.300**	**$ 14.300**	**$ 3.055.600**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
			NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
CÓDIGO	NOMBRE															
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 93.900	$ 0	$ 500	$ 0	$ 93.900	$ 500	$ 0	$ 94.400
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 114.000	$ 0	$ 600	$ 0	$ 114.000	$ 600	$ 0	$ 114.600
EPSC34	EPSC34-CAPITAL SALUD EPSS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 62.600	$ 0	$ 300	$ 0	$ 62.600	$ 300	$ 0	$ 62.900
EPS041	NUEVA EPS CM	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 57.000	$ 0	$ 300	$ 0	$ 57.000	$ 300	$ 0	$ 57.300
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.000	$ 0	$ 1.100	$ 0	$ 218.000	$ 1.100	$ 0	$ 219.100
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 57.000	$ 0	$ 300	$ 0	$ 57.000	$ 300	$ 0	$ 57.300
EPS008	EPS008-COMPENSAR	4		$ 0		$ 0		$ 0	$ 220.000	$ 0	$ 1.100	$ 0	$ 220.000	$ 1.100	$ 0	$ 221.100
SUBTOTALES:													**$ 822.500**	**$ 4.200**	**$ 0**	**$ 826.700**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
			NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
CÓDIGO	NOMBRE											
14-11	14-11 - ARL SURA	14		$ 0	$ 0		$ 0	$ 1.337.100	$ 1.337.100	$ 6.300	$ 0	$ 1.343.400
SUBTOTALES:									**$ 1.337.100**	**$ 6.300**	**$ 0**	**$ 1.343.400**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
			APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CÓDIGO	NOMBRE				
CCF24	CCF24-COMPENSAR	14	$ 822.500	$ 3.900	$ 826.400
SUBTOTALES:			**$ 822.500**	**$ 3.900**	**$ 826.400**

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	CDM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1000146060	GUTIERREZ VELASCO IVONNE SOFIA	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI												02-04						230301-PORVENIR	3	$ 142.350	$ 22.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 22.800	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	3	$ 142.350	$ 5.700	$ 0	$ 5.700	14-11 - ARL SURA	3	$ 142.350	5	$ 0	3	$ 142.350	CCF24-COMPENSAR	$ 5.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1000146060	GUTIERREZ VELASCO IVONNE SOFIA	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																		230301-PORVENIR	27	$ 1.281.150	$ 205.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 205.000	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	27	$ 1.281.150	$ 51.300	$ 0	$ 51.300	14-11 - ARL SURA	27	$ 1.281.150	5	$ 80.200	27	$ 1.281.150	CCF24-COMPENSAR	$ 51.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 1001182112	CASTILLO AMERICA WILMAR VICENTE	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																		230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	5	$ 99.100	30	$ 1.423.500	CCF24-COMPENSAR	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	CC 1003561156	PARRA CIFUENTES LUIS ALEJANDRO	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																		230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	NUEVA EPS CM	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	5	$ 99.100	30	$ 1.423.500	CCF24-COMPENSAR	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
5	CC 1022429980	CIPRIAN CASALLAS HEIDY DANIELA	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																		231001-COLFONDOS	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	5	$ 99.100	30	$ 1.423.500	CCF24-COMPENSAR	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
6	CC 1030563759	GUERRERO BURITICA LESLYE TATIANA	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI														02-11				230301-PORVENIR	10	$ 474.500	$ 76.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 76.000	EPS005-SANITAS S.A.	10	$ 474.500	$ 19.000	$ 0	$ 19.000	14-11 - ARL SURA	10	$ 474.500	5	$ 0	10	$ 474.500	CCF24-COMPENSAR	$ 19.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
7	CC 1030563759	GUERRERO BURITICA LESLYE TATIANA	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																		230301-PORVENIR	20	$ 949.000	$ 151.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 151.900	EPS005-SANITAS S.A.	20	$ 949.000	$ 38.000	$ 0	$ 38.000	14-11 - ARL SURA	20	$ 949.000	5	$ 66.100	20	$ 949.000	CCF24-COMPENSAR	$ 38.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
8	CC 1030630661	SANTAMARIA CASTRO MARIA NATALIA	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI	08																	230201-PROTECCION	23	$ 1.091.350	$ 174.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 174.700	EPS008-COMPENSAR	23	$ 1.091.350	$ 43.700	$ 0	$ 43.700	14-11 - ARL SURA	23	$ 1.091.350	5	$ 76.000	23	$ 1.091.350	CCF24-COMPENSAR	$ 43.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
9	CC 1030661956	RODRIGUEZ BUNDIS JUAN SEBASTIAN	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																		230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	5	$ 99.100	30	$ 1.423.500	CCF24-COMPENSAR	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901252880
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			BELZCON SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CLL 105 462 6	TELÉFONO:	7659259
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	C-MIPYME MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Construcción de otras obras de ingeniería civil.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	1771 - CALLE 45
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7961086586	TIPO DE PLANILLA:	E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD: MES	febrero AÑO 2025
DÍAS DE MORA:			7		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/02/21	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1283535455

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																				SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES									
																														PENSIÓN								SALUD						ARP									CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
Nº	IDENTIFICACION	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	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	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	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
10	CC 1031122774	[illegible]	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																		230201-PROTECCION	30	$ 1,423,500	$ 227,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227,800	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 1,423,500	$ 57,000	$ 0	$ 57,000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,423,500	5	$ 99,100	30	$ 1,423,500	SCCF24-COMPENSAR	$ 57,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
11	CC 1127071197	ALAPE PARRA LUZ ADRIANA	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI	14																	230301-PORVENIR	17	$ 806,650	$ 129,100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 129,100	EPS002-SALUD TOTAL	17	$ 806,650	$ 32,300	$ 0	$ 32,300	14-11 - ARL SURA	17	$ 806,650	5	$ 56,200	17	$ 806,650	SCCF24-COMPENSAR	$ 32,300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
12	CC 19477850	ESPINOSA RUIZ PABLO EMILIO	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI									01-30									230301-PORVENIR	30	$ 1,555,019	$ 248,900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 248,900	EPS036-COMPENSAR	30	$ 1,555,019	$ 62,300	$ 0	$ 62,300	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,555,019	5	$ 108,300	30	$ 1,555,019	SCCF24-COMPENSAR	$ 62,300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
13	CC 52879468	SIERRA AGUILAR DURGUY JULIETH	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																		25-14 COLPENSIONES	30	$ 1,423,500	$ 227,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227,800	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1,423,500	$ 57,000	$ 0	$ 57,000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,423,500	5	$ 62,000	30	$ 1,423,500	SCCF24-COMPENSAR	$ 57,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
14	CC 7248889	ARDILA VILLA CAMPO ELIAS	DEPEND	REQ CUMP PENS	$ 1.423.500	FIJO			SI														29-30						$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	EPS002-SALUD TOTAL	2	$ 94,900	$ 3,800	$ 0	$ 3,800	14-11 - ARL SURA	2	$ 94,900	5	$ 0	2	$ 94,900	SCCF24-COMPENSAR	$ 3,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
15	CC 7248889	ARDILA VILLA CAMPO ELIAS	DEPEND	REQ CUMP PENS	$ 1.423.500	FIJO			SI									01-30											$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	EPS002-SALUD TOTAL	28	$ 1,444,646	$ 57,800	$ 0	$ 57,800	14-11 - ARL SURA	28	$ 1,444,646	5	$ 100,600	28	$ 1,444,646	SCCF24-COMPENSAR	$ 57,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
16	CC 79395916	RODRIGUEZ NARVAEZ GUILLERMO	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	21-22	25-14 COLPENSIONES	2	$ 94,900	$ 15,200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 15,200	EPSC34-CAPITAL SALUD EPSS	2	$ 94,900	$ 3,800	$ 0	$ 3,800	14-11 - ARL SURA	2	$ 94,900	5	$ 0	2	$ 94,900	SCCF24-COMPENSAR	$ 3,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
17	CC 79395916	RODRIGUEZ NARVAEZ GUILLERMO	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI									01-30									25-14 COLPENSIONES	28	$ 1,467,856	$ 234,900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 234,900	EPSC34-CAPITAL SALUD EPSS	28	$ 1,467,856	$ 58,800	$ 0	$ 58,800	14-11 - ARL SURA	28	$ 1,467,856	5	$ 102,200	28	$ 1,467,856	SCCF24-COMPENSAR	$ 58,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
18	CC 80222754	VALDERRAMA PADILLA ANDRES ARCADIO	DEPEND		$ 2.600.000	FIJO			SI																		25-14 COLPENSIONES	30	$ 2,600,000	$ 416,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 416,000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2,600,000	$ 104,000	$ 0	$ 104,000	14-11 - ARL SURA	30	$ 2,600,000	5	$ 181,000	30	$ 2,600,000	SCCF24-COMPENSAR	$ 104,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 6.052.100

Planilla Pagada
SOI
Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901888663
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			CONSORCIO BELZCON IDRD 1
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 105 # 46 - 26	TELÉFONO:	5362487
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Construcción de otras obras de ingeniería civil.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	01 - PARQUES
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7958171271	TIPO DE PLANILLA:			Y-INDEPENDIENTES EMPRESAS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	enero	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:			11				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/02/25	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1291299631

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 99.100	$ 99.100	$ 800	$ 0	$ 99.900
SUBTOTALES:									$ 99.100	$ 800	$ 0	$ 99.900

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																										PENSIÓN									SALUD						ARP								CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	FORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	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	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 51923580	SERRANO ESPINEL SONIA PATRICIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 1.423.500				NO																		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	1	$ 99.100		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 99.900

Planilla Pagada
ach SOI
Planilla Pagada

305

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901252860
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			BELZCON SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CLL 105 462 6	TELÉFONO:	7689259
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	C-MIPYME MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Construcción de otras obras de ingeniería civil,
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	5 - BOGOTA OBRA
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		7961223541	TIPO DE PLANILLA:		Y-INDEPENDIENTES EMPRESAS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	enero AÑO 2025
DÍAS DE MORA:		7			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/02/21	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1283498552

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	9		$ 0	$ 0		$ 0	$ 1.202.200	$ 1.202.200	$ 5.600	$ 0	$ 1.207.800
SUBTOTALES:									**$ 1.202.200**	**$ 5.600**	**$ 0**	**$ 1.207.800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																					SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES					
																															PENSIÓN								SALUD						ARP							CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	RESIDENTE EN EL EXTERIOR	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	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	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC	1012366058	TORRES ZAMORA MIGUEL ANGEL	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 1.700.000				NO																		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.700.000	5	$ 118.400		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC	1015394960	RODRIGUEZ CASTEBLANCO GERARDO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 2.500.000				NO																		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.500.000	5	$ 174.000		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC	1016098481	CASTILLO HENRIQUEZ TATIANA MARCELA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 1.423.500				NO																		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	5	$ 99.100		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	CC	1054996002	GOMEZ ARIAS SEBASTIAN	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 3.000.000				NO																		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	14-11 - ARL SURA	30	$ 3.000.000	5	$ 208.800		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
5	CC	2681134	ESTRADA BEDOYA JUAN CARLOS	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 1.500.000				NO																		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.500.000	5	$ 104.400		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
6	CC	79348578	ROJAS SIERRA NESTOR ORLANDO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 2.500.000				NO																		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.500.000	5	$ 174.000		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
7	CC	79575637	PEREZ QUEMBA WILSON YAMEL	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 1.423.500				NO																		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	5	$ 99.100		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
8	CC	80076192	BARRETO RODRIGUEZ FREYDELL ALEXIS	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 1.423.500				NO																		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	5	$ 99.100		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
9	CC	80168122	RAMIREZ VARGAS MIYER ORLANDO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 1.800.000				NO																		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.800.000	5	$ 125.300		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

Planilla Pagada
SOI
Planilla Pagada

TOTAL	$ 1.207.800

906

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	51923580
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SONIA PATRICIA SERRANO ESPINEL
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 6B NO 70B58 APTO 201	TELÉFONO:	9209032
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7956414460	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	enero	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/01/23	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1214744285

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	$ 614.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 614.400	$ 0	$ 614.400
SUBTOTALES:										**$ 614.400**	**$ 0**	**$ 614.400**

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
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 480.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 480.000	$ 0	$ 0	$ 480.000
SUBTOTALES:													**$ 480.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 480.000**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 23.100	$ 0	$ 23.100
SUBTOTALES:			**$ 23.100**	**$ 0**	**$ 23.100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP								CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU
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	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	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	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 51923580	SERRANO ESPINEL SONIA PATRICIA	INDEPEND		$ 3.840.000				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 3.840.000	$ 614.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 614.400	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 3.840.000	$ 480.000	$ 0	$ 480.000			$ 0		$ 0	30	$ 3.840.000	CCF24-COMPENSAR	$ 23.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 1.117.500

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901252860
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			BELZCON SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CLL 105 462 6	TELÉFONO:	7689259
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	C-MIPYME MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Construcción de otras obras de ingeniería civil.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	5 - BOGOTA OBRA
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA							
NÚMERO PLANILLA:	7961221832			TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	7						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/02/21			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1283484916		

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	5	$ 1.139.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 5.300	$ 0	$ 1.139.000	$ 5.300	$ 1.144.300
230301	230301-PORVENIR	2	$ 455.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.200	$ 0	$ 455.600	$ 2.200	$ 457.800
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.100	$ 0	$ 227.800	$ 1.100	$ 228.900
SUBTOTALES:										**$ 1.822.400**	**$ 8.600**	**$ 1.831.000**

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
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 57.000	$ 0	$ 300	$ 0	$ 57.000	$ 300	$ 0	$ 57.300
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 57.000	$ 0	$ 300	$ 0	$ 57.000	$ 300	$ 0	$ 57.300
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	5		$ 0		$ 0		$ 0	$ 285.000	$ 0	$ 1.400	$ 0	$ 285.000	$ 1.400	$ 0	$ 286.400
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 57.000	$ 0	$ 300	$ 0	$ 57.000	$ 300	$ 0	$ 57.300
SUBTOTALES:													**$ 456.000**	**$ 2.300**	**$ 0**	**$ 458.300**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	8		$ 0	$ 0		$ 0	$ 278.500	$ 278.500	$ 1.300	$ 0	$ 279.800
SUBTOTALES:									**$ 278.500**	**$ 1.300**	**$ 0**	**$ 279.800**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	8	$ 456.000	$ 2.200	$ 458.200
SUBTOTALES:			**$ 456.000**	**$ 2.200**	**$ 458.200**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP							CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
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	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1001113770	MORENO GARCES NANCY YULIETH	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	2	$ 14.900	30	$ 1.423.500	CCF24-COMPENSAR	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1010190348	BOLIVAR ARENAS MARIANA	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	25-14 COLPENSIONES	29	$ 1.376.050	$ 220.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 220.200	EPS008-COMPENSAR	29	$ 1.376.050	$ 55.100	$ 0	$ 55.100	14-11 - ARL SURA	29	$ 1.376.050	2	$ 14.400	29	$ 1.376.050	CCF24-COMPENSAR	$ 55.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 1010190348	BOLIVAR ARENAS MARIANA	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI														03-03			25-14 COLPENSIONES	1	$ 47.450	$ 7.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 7.600	EPS008-COMPENSAR	1	$ 47.450	$ 1.900	$ 0	$ 1.900	14-11 - ARL SURA	1	$ 47.450	2	$ 0	1	$ 47.450	CCF24-COMPENSAR	$ 1.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	CC 39777930	GALLO SERRANO BELARMINA	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	2	$ 14.900	30	$ 1.423.500	CCF24-COMPENSAR	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
5	CC 51774749	CASTANEDA BOLIVAR RUFINA	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI														07-08			25-14 COLPENSIONES	2	$ 94.900	$ 15.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 15.200	EPS005-SANITAS S.A.	2	$ 94.900	$ 3.800	$ 0	$ 3.800	14-11 - ARL SURA	2	$ 94.900	2	$ 0	2	$ 94.900	CCF24-COMPENSAR	$ 3.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
6	CC 51774749	CASTANEDA BOLIVAR RUFINA	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	25-14 COLPENSIONES	28	$ 1.328.600	$ 212.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 212.600	EPS005-SANITAS S.A.	28	$ 1.328.600	$ 53.200	$ 0	$ 53.200	14-11 - ARL SURA	28	$ 1.328.600	2	$ 13.900	28	$ 1.328.600	CCF24-COMPENSAR	$ 53.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
7	CC 52010681	PARDO NANCY SOFIA	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI														07-08			25-14 COLPENSIONES	2	$ 94.900	$ 15.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 15.200	EPS005-SANITAS S.A.	2	$ 94.900	$ 3.800	$ 0	$ 3.800	14-11 - ARL SURA	2	$ 94.900	2	$ 0	2	$ 94.900	CCF24-COMPENSAR	$ 3.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
8	CC 52010681	PARDO NANCY SOFIA	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	25-14 COLPENSIONES	28	$ 1.328.600	$ 212.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 212.600	EPS005-SANITAS S.A.	28	$ 1.328.600	$ 53.200	$ 0	$ 53.200	14-11 - ARL SURA	28	$ 1.328.600	2	$ 13.900	28	$ 1.328.600	CCF24-COMPENSAR	$ 53.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
9	CC 79249755	BELZNER SALAZAR WILLY PATRICK	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	2	$ 14.900	30	$ 1.423.500	CCF24-COMPENSAR	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
10	CC 80190955	BAUTISTA CASTELLANOS NESTOR ORLANDO	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	5	$ 99.100	30	$ 1.423.500	CCF24-COMPENSAR	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
11	CC 80196040	ZULUAGA MURILLO FRANCISCO JAVIER	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI														24-25			231001-COLFONDOS	2	$ 94.900	$ 15.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 15.200	EPS005-SANITAS S.A.	2	$ 94.900	$ 3.800	$ 0	$ 3.800	14-11 - ARL SURA	2	$ 94.900	5	$ 0	2	$ 94.900	CCF24-COMPENSAR	$ 3.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
12	CC 80196040	ZULUAGA MURILLO FRANCISCO JAVIER	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	231001-COLFONDOS	28	$ 1.328.600	$ 212.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 212.600	EPS005-SANITAS S.A.	28	$ 1.328.600	$ 53.200	$ 0	$ 53.200	14-11 - ARL SURA	28	$ 1.328.600	5	$ 92.500	28	$ 1.328.600	CCF24-COMPENSAR	$ 53.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

Planilla Pagada

308

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901252860
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			BELZCON SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CLL 105 462 6	TELÉFONO:	7689259
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	C-MIPYME MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Construcción de otras obras de ingeniería civil.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	5 - BOGOTA OBRA
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
NÚMERO PLANILLA:			**7961221832**	TIPO DE PLANILLA:					E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero	AÑO		2025
DÍAS DE MORA:			7						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/02/21	NÚMERO AUTORIZACIÓN:					1283484916

TOTAL	$ 3.027.300

Planilla Pagada
ach SOI
Planilla Pagada

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que ANDRES MAURICIO TAVERA PINZON identificado(a) con CC 1053784849 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: CONSORCIO FABRICA EYD NI 901870653

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9481376605	1245243754	E	2025-02-05	EPS	EPS010	EPS SURA (ANTES SUSALUD)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-02	28																	
9481376605	1245243754	E	2025-02-05	EPS	EPS010	EPS SURA (ANTES SUSALUD)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-02	2													X				
9481376605	1245243754	E	2025-02-05	AFP	230901	SKANDIA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-01	28																	
9481376605	1245243754	E	2025-02-05	AFP	230901	SKANDIA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-01	2													X				
9481376605	1245243754	E	2025-02-05	ARL	14-4	COLPATRIA ARP	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-01	28																	
9481376605	1245243754	E	2025-02-05	ARL	14-4	COLPATRIA ARP	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-01	2													X				
9481376605	1245243754	E	2025-02-05	CCF	CCF22	COLSUBSIDIO	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-01	28																	
9481376605	1245243754	E	2025-02-05	CCF	CCF22	COLSUBSIDIO	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-01	2													X				

Este certificado se expide el día 2025-02-25 a las 09:02.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901888663
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			CONSORCIO BELZCON IDRD 1
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 105 # 46 - 26	TELÉFONO:	5362487
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Construcción de otras obras de ingeniería civil.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	01 - PARQUES
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			79581706O7	TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero AÑO	2025
DÍAS DE MORA:			11				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/02/25	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1291287044

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
230201	230201- PROTECCION	1	$ 98,700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 800	$ 0	$ 98,700	$ 800	$ 99,500
230301	230301-PORVENIR	4	$ 713,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 5,300	$ 0	$ 713,800	$ 5,300	$ 719,100
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 227,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1,700	$ 0	$ 227,800	$ 1,700	$ 229,500
SUBTOTALES:										$ 1,040,300	$ 7,800	$ 1,048,100

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
EPS001	EPS001-ALIANSALUD S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 57,000	$ 0	$ 500	$ 0	$ 57,000	$ 500	$ 0	$ 57,500
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 121,600	$ 0	$ 900	$ 0	$ 121,600	$ 900	$ 0	$ 122,500
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 57,000	$ 0	$ 500	$ 0	$ 57,000	$ 500	$ 0	$ 57,500
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 24,700	$ 0	$ 200	$ 0	$ 24,700	$ 200	$ 0	$ 24,900
SUBTOTALES:													$ 260,300	$ 2,100	$ 0	$ 262,400

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	6		$ 0	$ 0		$ 0	$ 452,700	$ 452,700	$ 3,400	$ 0	$ 456,100
SUBTOTALES:									$ 452,700	$ 3,400	$ 0	$ 456,100

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	6	$ 260,300	$ 2,000	$ 262,300
SUBTOTALES:			$ 260,300	$ 2,000	$ 262,300

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES									
																										PENSIÓN						SALUD						ARP										CCF			SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TVP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1014197115	PATIÑO MARZON JOSE DAVID	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			SI	18																230201-PROTECCION	13	$ 616,850	$ 98,700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 98,700	EPS017-FAMISANAR	13	$ 616,850	$ 24,700	$ 0	$ 24,700	14-11 - ARL SURA	13	$ 616,850	1	$ 43,000	13	$ 616,850	CCF24-COMPENSAR	$ 24,700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1082931123	SANCHEZ VILLASCO CLAUDIA ALEJANDRA	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1,423,500	$ 227,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227,800	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 1,423,500	$ 57,000	$ 0	$ 57,000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,423,500	1	$ 99,100	30	$ 1,423,500	CCF24-COMPENSAR	$ 57,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 79852621	GUEVARA SALAMANCA JOHN IAN	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1,423,500	$ 227,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227,800	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 1,423,500	$ 57,000	$ 0	$ 57,000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,423,500	1	$ 99,100	30	$ 1,423,500	SCCF24-COMPENSAR	$ 57,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	CC 79863726	VARGAS FIGUEREDO GUSTAVO	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1,423,500	$ 227,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227,800	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1,423,500	$ 57,000	$ 0	$ 57,000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,423,500	1	$ 99,100	30	$ 1,423,500	SCCF24-COMPENSAR	$ 57,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
5	CC 80085881	ABRIL VELOZA EDWIN YESID	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			SI	27																230301-PORVENIR	4	$ 189,800	$ 30,400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 30,400	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	4	$ 189,800	$ 7,600	$ 0	$ 7,600	14-11 - ARL SURA	4	$ 189,800	1	$ 13,300	4	$ 189,800	CCF24-COMPENSAR	$ 7,600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
6	CC 9533226	GUZMAN ZONDA LUIS ENRIQUE	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			SI																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1,423,500	$ 227,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227,800	EPS001-ALIANSALUD S.A.	30	$ 1,423,500	$ 57,000	$ 0	$ 57,000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,423,500	1	$ 99,100	30	$ 1,423,500	SCCF24-COMPENSAR	$ 57,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 2.028.900

310

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901252860
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			BELZCON SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CLL 105 462 6	TELÉFONO:	7689259
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	C-MIPYME MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Construcción de otras obras de ingeniería civil,
FORMA DE PRESENTACION:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	8 - IDRD 4060
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7961211306	TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:			10				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/02/24	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1288940521

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
230301	230301-PORVENIR	1	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.600	$ 0	$ 227.800	$ 1.600	$ 229.400
SUBTOTALES:										**$ 227.800**	**$ 1.600**	**$ 229.400**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR EMFERMEDAD		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
EPS001	EPS001-ALIANSALUD S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 57.000	$ 0	$ 400	$ 0	$ 57.000	$ 400	$ 0	$ 57.400
SUBTOTALES:													**$ 57.000**	**$ 400**	**$ 0**	**$ 57.400**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 99.100	$ 99.100	$ 700	$ 0	$ 99.800
SUBTOTALES:									**$ 99.100**	**$ 700**	**$ 0**	**$ 99.800**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 57.000	$ 400	$ 57.400
SUBTOTALES:			**$ 57.000**	**$ 400**	**$ 57.400**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES					
																										PENSIÓN								SALUD						ARP						CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	RESIDENTE TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1012420871	SANTANA BOHORQUEZ JOHN CARLOS	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS001-ALIANSALUD S.A.	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	5	$ 99.100	30	$ 1.423.500	CCF24-COMPENSAR	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 444.000

Planilla Pagada

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901100379-3	RM INGENIERIA SAS		DG 70 C SUR 78 37	3204739137	rmi.topografia@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 3 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-02	2025-01	E	11/02/2025	83974265	$1.322.700

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	57.000	0		0		0	0	0	0	57.000	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	57.000	0		0		0	0	0	0	57.000	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	57.000	0		0		0	0	0	0	57.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1
231001	Colfondos	800227940-6	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	297.300				297.300	0	0	297.300			2.973	297.300	3

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	171.000	0	0	171.000	3

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	3	171.000	171.000
Pensión	3	683.400	683.400
Riesgos Laborales	1	297.300	297.300
CCF	1	171.000	171.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	1.322.700	1.322.700

PAGADA

312

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901100379-3	RM INGENIERIA SAS		DG 70 C SUR 78 37	3204739137	rmi.topografia@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					3	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-01	E	11/02/2025	83974265	$1,322,700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1012342987	MOSQUERA IBAÑEZ RODRIGO	1	0			S																	231001	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS005	1,423,500	57,000	14-23	1,423,500	5	99,100	CCF24	1,423,500	57,000	0	0	0	0	0
2	CC	79878077	RODRIGUEZ DUARTE ERVIN ARTURO	1	0			S																	230201	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS010	1,423,500	57,000	14-23	1,423,500	5	99,100	CCF24	1,423,500	57,000	0	0	0	0	0
3	CC	19225828	MOSQUERA GARZON RODRIGO	1	0			S																	25-14	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS017	1,423,500	57,000	14-23	1,423,500	5	99,100	CCF24	1,423,500	57,000	0	0	0	0	0

PAGADA

313

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901577068-5	ILLUMINARC SAS	Cr 106a # 81- 69	3012411989	Illuminarcdesing@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	C – MIPYME			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 2 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-02	2025-01	E	18/02/2025	83656188	$954.800

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	57.000	0		0		0	1	100	0	57.100	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	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
230301	Porvenir	800224808-8	455.600	0	0	0	0	1	400	0	456.000	2

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	124.000				124.000	1	100	124.100			1.240	124.100	2

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	85.600	1	100	85.700	2

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
21.400	1	100	21.500	1
ICBF				
32.100	1	100	32.200	1
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	235.000	235.300
Pensión	1	455.600	456.000
Riesgos Laborales	1	124.000	124.100
CCF	1	85.600	85.700
ESAP	0	0	0
ICBF	1	32.100	32.200
MEN	0	0	0
SENA	1	21.400	21.500
TOTALES	7	953.700	954.800

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901577068-5	ILLUMINARC SAS	Cr 106a # 81- 69	3012411989	illuminarcdesing@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-01	E	18/02/2025	83656188	$954.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1014239649	JIMENEZ VILLAMIL ANDRES FELIPE	1	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	4	62.000	CCF22	1.423.500	42.800	1.423.500	21.400	32.100	0	0
2	CC	1020785662	ROMERO VASQUEZ PAULA ANDREA	1	0			S																	230301	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS005	1,423,500	57,000	14-11	1,423,500	4	62,000	CCF22	1,423,500	42,800	0	0	0	0	0	0

PAGADA

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80209784	JHONY MAURICIO ROJAS MEDINA		CL 1 SUR 68D 04	0000000	ynohjdanna@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
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-01	2025-01	Y	10/02/2025	84064558	$1.871.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	455.600	0	0	0	0	0	0		455.600	2
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	248.000				248.000	0	0	248.000			2.480	248.000	4

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	4	712.000	712.000
Pensión	3	911.200	911.200
Riesgos Laborales	1	248.000	248.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	1.871.300	1.871.300

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80209784	JHONY MAURICIO ROJAS MEDINA		CL 1 SUR 68D 04	0000000	yhohjdanna@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
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-01	2025-01	Y	10/02/2025	84064558	$1.871.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	ISC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	ISC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	ISC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	ISC CCF	Aporte CCF	ISC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1013661060	FORIGUA MARENTES GIOVANNY	59	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	4	62.000		0	0	0	0	0	0	0
2	CC	79382708	MEDINA MEDINA NUMAEL	59	0			N																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	4	62.000		0	0	0	0	0	0	0
3	CC	79764999	ROJAS MEDINA HECTOR REINEL	59	0			N																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS041	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	4	62.000		0	0	0	0	0	0	0
4	CC	80859119	LOPEZ BUITRAGO CARLOS ANDRES	59	0			N																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	4	62.000		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901839563-5	JAMZ ELECTRICOS SAS	CALLE 128 C BIS # 94 - 20	3177477099	jamzelectricossas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-01	E	12/02/2025	84141745	$2.879.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	276.000	0		0		0	0	0	0	276.000	3
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	96.000	0		0		0	0	0	0	96.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	288.000	0	0	0	0	0	0		288.000	1
230301	Porvenir	800224808-8	816.000	0	0	0	0	0	0		816.000	2
25-14	Colpensiones	900336004-7	384.000	0	0	0	0	0	0		384.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	647.500				647.500	0	0	647.500			6.475	647.500	4

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	372.000	0	0	372.000	4

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	372.000	372.000
Pensión	3	1.488.000	1.488.000
Riesgos Laborales	1	647.500	647.500
CCF	1	372.000	372.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	7	2.879.500	2.879.500

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901839563-5	JAMZ ELECTRICOS SAS		CALLE 128 C BIS # 94 - 20	3177477099	jamzelectricossas@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 4 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-02	2025-01	E	12/02/2025	84141745	$2.879.500

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cobro. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1018469346	LOZANO DIAZ JINETH DANIELA	1	0			S																	230201	1.800.000	288.000	0	0	0	0	EPS002	1.800.000	72.000	14-11	1.800.000	5	126.300	CCF22	1.800.000	72.000	0	0	0	0	0
2	CC	80027455	BAUTISTA AMAYA WILMER ARMANDO	1	0			S																	25-14	2.400.000	384.000	0	0	0	0	EPS005	2.400.000	96.000	14-11	2.400.000	5	167.100	CCF22	2.400.000	96.000	0	0	0	0	0
3	CC	80473084	LOZANO LUIS FERNANDO	1	0			S																	230301	2.400.000	384.000	0	0	0	0	EPS002	2.400.000	96.000	14-11	2.400.000	5	167.100	CCF22	2.400.000	96.000	0	0	0	0	0
4	CC	79244131	LOZANO CASTRO JOSE AGUSTIN	1	0			S																	230301	2.700.000	432.000	0	0	0	0	EPS002	2.700.000	108.000	14-11	2.700.000	5	188.000	CCF22	2.700.000	108.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

319

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901577068-5	ILLUMINARC SAS	Cr 106a # 81- 69	3012411989	Illuminarcdesing@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-01	2025-01	Y	18/02/2025	84252773	$213.200	

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					

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

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	213.000				213.000	1	200	213.200			2.130	213.200	8

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	0	0	0
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	213.000	213.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	213.000	213.200

PAGADA

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

320

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901577068-5	ILLUMINARC SAS	Cr 106a # 81- 69	3012411989	illuminarcdesing@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-01	2025-01	Y	18/02/2025	84252773	$213.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1013661060	FORIGUA MARENTES GIOVANNY	59	0			N	X																0	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	996.450	4	43.400		0	0	0	0	0	0	0	0
2	CC	1026553338	BERNAL ANDRES YESID	59	0			N	X	X															0	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	47.450	4	2.100		0	0	0	0	0	0	0	0
3	CC	1096955431	BONILLA RUIZ MELKIN YECID	59	0			N		X															0	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	47.450	4	2.100		0	0	0	0	0	0	0	0
4	CC	79352450	MEDINA MEDINA EMILIO	59	0			N		X															0	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	47.450	4	2.100		0	0	0	0	0	0	0	0
5	CC	79382708	MEDINA MEDINA NUMAEL	59	0			N																	0	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.423.500	4	62.000		0	0	0	0	0	0	0	0
6	CC	79764999	ROJAS MEDINA HECTOR REINEL	59	0			N	X																0	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	854.100	4	37.200		0	0	0	0	0	0	0	0
7	CC	79765003	ROJAS MEDINA CARLOS HERNAN	59	0			N	X																0	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	47.450	4	2.100		0	0	0	0	0	0	0	0
8	CC	80209784	ROJAS MEDINA JHONY MAURICIO	59	0			N																	0	0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.423.500	4	62.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

321

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	80209784	JHONY MAURICIO ROJAS MEDINA		CL 1 SUR 68D 04	0000000	ynohjdanna@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-01	2025-01	I	10/02/2025	83859443	$405.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN

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

TOTALES RIESGOS LABORALES

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

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	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	405.800

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	80209784	JHONY MAURICIO ROJAS MEDINA		CL 1 SUR 68D 04	0000000	ynohjdanna@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-01	2025-01	I	10/02/2025	83859443	$405.800

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Estranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	80209784	ROJAS MEDINA JHONY MAURICIO	3	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	178.000		0		0		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901230950-7	OMR SAS	CRA 23 187A 60	3102435136	comercial@omringenieria.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					21	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-01	E	12/02/2025	84073505	$6.606.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	442.700	0		0		0	0	0	0	442.700	10
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	171.000	0		0		0	0	0	0	171.000	3
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	57.000	0		0		0	0	0	0	57.000	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	57.000	0		0		0	0	0	0	57.000	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	157.700	0		0		0	0	0	0	157.700	5
ESSC24	EPS-S Coosalud	900226715-3	57.000	0		0		0	0	0	0	57.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	311.400	0	0	0	0	0	0		311.400	2
230301	Porvenir	800224808-8	1.913.600	0	0	0	0	0	0		1.913.600	10
231001	Colfondos	800227940-6	174.800	0	0	0	0	0	0		174.800	3
25-14	Colpensiones	900336004-7	683.400	0	0	0	0	0	0		683.400	3

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	1.638.900				1.638.900	0	0	1.638.900			16.389	1.638.900	21

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	942.400	0	0	942.400	21

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901230950-7	OMR SAS		CRA 23 187A 60	3102435136	comercial@omringenieria.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					21	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-01	E	12/02/2025	84073505	$6.606.900	

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	6	942.400	942.400
Pensión	4	3.083.200	3.083.200
Riesgos Laborales	1	1.638.900	1.638.900
CCF	1	942.400	942.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	12	6.606.900	6.606.900

PAGADA

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

325

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901230950-7	OMR SAS		CRA 23 187A 60	3102435136	comercial@omringenieria.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					21	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-01	E	12/02/2025	84073505	$6.606.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1014282917	PIÑEROS BARRIOS ANGELO SERGIO	1	0			S																230301	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS005	1,423,500	57,000	14-11	1,423,500	5	99,100	CCF24	1,423,500	57,000	0	0	0	0	0
2	CC	1022930065	ROCHA MARTINEZ OMAR ENRIQUE	1	0			S	x															231001	521,950	83,500	0	0	0	0	EPS017	521,950	20,900	14-11	521,950	5	36,400	CCF24	521,950	20,900	0	0	0	0	0
3	CC	10530250	MAYA DIAZ OSCAR FERNANDO	1	5			S																	0	0	0	0	0	0	EPS005	1,423,500	57,000	14-11	1,423,500	5	99,100	CCF24	1,423,500	57,000	0	0	0	0	0
4	CC	1072716287	FORERO GUERRERO EDWIN ALEJANDRO	1	0			S																230301	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS002	1,423,500	57,000	14-11	1,423,500	5	99,100	CCF24	1,423,500	57,000	0	0	0	0	0
5	CC	1100334099	RUIZ MARTINEZ RAFAEL ENRIQUE	1	0			S	x	x														230301	47,450	7,600	0	0	0	0	EPS017	47,450	1,900	14-11	47,450	5	3,400	CCF24	47,450	1,900	0	0	0	0	0
6	CC	1143344476	TORRES VALDES DANIEL	1	0			S	x	x														231001	47,450	7,600	0	0	0	0	EPS002	47,450	1,900	14-11	47,450	5	3,400	CCF24	47,450	1,900	0	0	0	0	0
7	CC	79530586	MUÑOZ VALENCIA RICARDO	1	0			S	x															230301	521,950	83,600	0	0	0	0	EPS002	521,950	20,900	14-11	521,950	5	36,400	CCF24	521,950	20,900	0	0	0	0	0
8	CC	80091039	MAYA ROJAS JUAN FELIPE	1	0			S																25-14	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS005	1,423,500	57,000	14-11	1,423,500	5	99,100	CCF24	1,423,500	57,000	0	0	0	0	0
9	CC	80748737	VELASQUEZ ORLANDO	1	0			S																230301	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS002	1,423,500	57,000	14-11	1,423,500	5	99,100	CCF24	1,423,500	57,000	0	0	0	0	0
10	CC	1064706260	MATUTE MEJIA JHON FRANCISCO	1	0			S																230301	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS002	1,423,500	57,000	14-11	1,423,500	5	99,100	CCF24	1,423,500	57,000	0	0	0	0	0
11	CC	19235246	SABOGAL CENON	1	3			S																	0	0	0	0	0	0	EPS008	1,423,500	57,000	14-11	1,423,500	5	99,100	CCF24	1,423,500	57,000	0	0	0	0	0
12	CC	1069128239	VELASQUEZ MURCIA JAVIER CAMILO	1	0			S																230301	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS002	1,423,500	57,000	14-11	1,423,500	5	99,100	CCF24	1,423,500	57,000	0	0	0	0	0
13	CC	11521300	VELASQUEZ HERNANDEZ JOSE JAVIER	1	0			S	x															230201	521,950	83,500	0	0	0	0	EPS017	521,950	20,900	14-11	521,950	5	36,400	CCF24	521,950	20,900	0	0	0	0	0
14	CC	17176189	LOPEZ CACERES MISAEL	1	5			S																	0	0	0	0	0	0	EPS017	1,423,500	57,000	14-11	1,423,500	5	99,100	CCF24	1,423,500	57,000	0	0	0	0	0
15	CC	2968575	GOMEZ PEDROZA JUAN MAURICIO	1	0			S	x															231001	521,950	83,500	0	0	0	0	EPS002	521,950	20,900	14-11	521,950	5	36,400	CCF24	521,950	20,900	0	0	0	0	0
16	CC	1022922821	VELASQUEZ MURCIA SEBASTIAN	1	0			S																230301	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS002	1,423,500	57,000	14-11	1,423,500	5	99,100	CCF24	1,423,500	57,000	0	0	0	0	0
17	CC	79825593	MURCIA GUERRERO RODRIGO	1	0			S																25-14	1,423,500	227,800	0	0	0	0	ESSC24	1,423,500	57,000	14-11	1,423,500	5	99,100	CCF24	1,423,500	57,000	0	0	0	0	0
18	PT	5103706	BETANCOURT ACOSTA ELIASYB JOSE	1	0			S																230301	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS002	1,423,500	57,000	14-11	1,423,500	5	99,100	CCF24	1,423,500	57,000	0	0	0	0	0
19	CC	19487543	MARTINEZ CRISTANCHO FACUNDO	1	0			S																25-14	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS010	1,423,500	57,000	14-11	1,423,500	5	99,100	CCF24	1,423,500	57,000	0	0	0	0	0
20	CC	79429310	GACHARNA SAMACA JUAN EMILIO	1	0			S																230301	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS002	1,423,500	57,000	14-11	1,423,500	5	99,100	CCF24	1,423,500	57,000	0	0	0	0	0
21	CC	1023896907	GARZON FONSECA INGRID VIVIANA	1	0			S																230201	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS017	1,423,500	57,000	14-11	1,423,500	5	99,100	CCF24	1,423,500	57,000	0	0	0	0	0

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

328

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900473786-4	STEEL CONCRET SC SAS	CRA 28 A No. 49 A 11	3204609063	steelconcret@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL 1 / PRINCIPAL1	BOGOTÁ. D. C.	BOGOTÁ. D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-01	E	26/02/2025	84012307	$885.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	57.000	0		0		0	6	300	0	57.300	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	57.000	0		0		0	6	300	0	57.300	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	227.800	0	0	0	0	6	1.000	0	228.800	1
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	6	1.000	0	228.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	198.200				198.200	6	800	199.000			1.982	199.000	2

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	114.000	6	500	114.500	2

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	2	114.000	114.600
Pensión	2	455.600	457.600
Riesgos Laborales	1	198.200	199.000
CCF	1	114.000	114.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	6	881.800	885.700

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900473786-4	STEEL CONCRET SC SAS	CRA 28 A No. 49 A 11	3204609063	steelconcret@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL 1 / PRINCIPAL1	BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-01	E	26/02/2025	84012307	$885.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACION COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Estranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	ISC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	ISC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	ISC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	ISC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1109843533	CHICO LOAIZA JORGE EDUARDO	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS010	1.423.500	57.000	14-23	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
2	CC	3256087	CASTAÑEDA CIFUENTES JAIRO	1	0			S																	230201	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS017	1,423,500	57,000	14-23	1,423,500	5	99,100	CCF24	1,423,500	57,000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900473786-4	STEEL CONCRET SC SAS		CRA 28 A No. 49 A 11	3204609063	steelconcret@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL RIEGO	005	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-01	E	26/02/2025	84420000	$90.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	7.800	0		0		0	6	100	0	7.900	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	3.900	0		0		0	6	100	0	4.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	15.500	0	0	0	0	6	100	0	15.600	1
231001	Colfondos	800227940-6	31.000	0	0	0	0	6	200	0	31.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	20.300				20.300	6	100	20.400			203	20.400	2

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	11.700	6	100	11.800	2

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	2	11.700	11.900
Pensión	2	46.500	46.800
Riesgos Laborales	1	20.300	20.400
CCF	1	11.700	11.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	6	90.200	90.900

PAGADA

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

329

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900473786-4	STEEL CONCRET SC SAS	CRA 28 A No. 49 A 11	3204609033	steelconcret@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL RIEGO / 005	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-01	E	26/02/2025	84420000	$90.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1003749885	VALENCIA ARCILA KEVIN DAVID	1	0			S	X	X															230301	96.667	15.500	0	0	0	0	EPS008	96.667	3.900	14-23	96.667	5	6.800	CCF24	96.667	3.900	0	0	0	0	0
2	CC	80764602	HUERTAS ZABALETA JHON FREDY	1	0			S	X																231001	193.334	31.000	0	0	0	0	EPS002	193.334	7.800	14-23	193.334	5	13.500	CCF24	193.334	7.800	0	0	0	0	0

PAGADA

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

330

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900473786-4	STEEL CONCRET SC SAS	CRA 28 A No. 49 A 11	3204609063	steelconcret@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-01	E	26/02/2025	84012305	$559.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	72.000	0		0		0	6	300	0	72.300	1

TOTALES PENSIÓN											
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	288.000	0	0	0	0	6	1.200	0	289.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	125.300				125.300	6	500	125.800			1.253	125.800	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	72.000	6	300	72.300	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	72.000	72.300
Pensión	1	288.000	289.200
Riesgos Laborales	1	125.300	125.800
CCF	1	72.000	72.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	557.300	559.600

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900473786-4	STEEL CONCRET SC SAS	CRA 28 A No. 49 A 11	3204609063	steelconcret@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL / PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

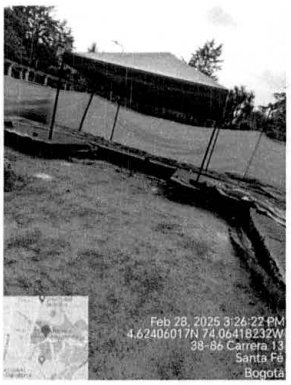
DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-01	E	26/02/2025	84012305	$559.600	

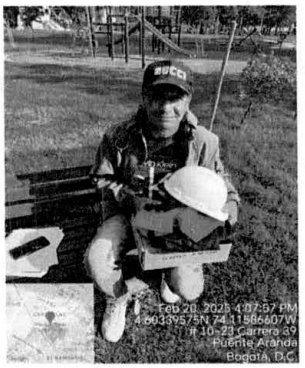
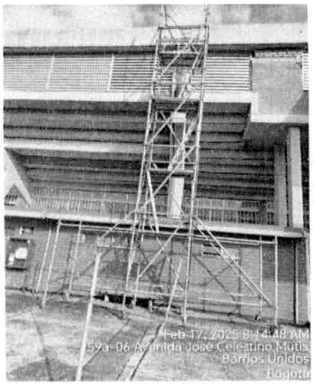
DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	79986418	CARDENAS AGUJA JORGE WILLIAMS	1	0																				25-14	1.800.000	259.000	0	0	0	0	EPS037	1.800.000	72.000	14-23	1.800.000	5	125.300	CCF24	1.800.000	72.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

REGISTRO FOTOGRAFICO	ÁREA O COMPONENTE
IMPLEMENTACIÓN DEL KIT DE EMERGENCIAS 	SST
  	SST
CHARLAS  	SST
  	SST

VERIFICACIÓN DE DOTACIÓN EN CAMPO   	SST
ACOMPAÑAMIENTO DE ACTIVIDADES   	
ACOMPAÑAMIENTO DE ACTIVIDADES  	SST

	INSPECCIÓN **DE BOTIQUINES**	CBLZC-FR-SST- 33 Versión: 01 PAG. 1 de 1 2024/11/2024

PROYECTO: Consorcio Belzuan IDRD · 4060 · FECHA: 15 · febrero /25 ·

RESPONSABLE: William Segura FIRMA:

B=BUENO, R=REGULAR, M=MALO, NA= NO APLICA

ELEMENTOS A INSPECCIONAR	CANTIDAD	CANTIDAD REAL	ESTADO	OBSERVACIONES
ESPARADRAPO MICROPORE	1		B	
ISODINE ESPUMA (FRASCO)	1		B	
ISODINE SOLUCIÓN (FRASCO)	1		B	
ALCOHOL (FRASCO)	1		B	
ESPARADRAPO	1		B	
BAJALENGUAS (PAQUETE X 20)	1		B	
APLICADORES DE ALGODÓN (BOLSA X 20)	1		B	
SUERO ORAL (SOBRES)	0		NA	
GASA (POR UNIDADES)	1		B	
ALGODÓN (PAQUETE)	1		B	
VENDA ELÁSTICA 3* 5 YDS	1		B	
GUANTES DESECHABLES (PAR)	1		B	
TERMÓMETRO	1		B	
CURAS (CAJA X 100 u)	0		NA	
LINTERNA	0		NA	
CAMILLA :	1		B	UBICACIÓN:
				Parque Nacional
TOTAL DATOS	12		12	
TOTAL BUENOS	12		12	
TOTAL REGULAR	0		0	
TOTAL MALO	0		0	
TOTAL NO APLICA	3		3	
PUNTAJE				

OBSERVACIONES GENERALES:

Powered by CamScanner

	INSPECCIÓN **DE BOTIQUINES**	CBLZC-FR-SST- 33 Versión: 01 PAG. 1 de 1 2024/11/2024

PROYECTO: Consorcio Bolivar 1040-2024 FECHA: 15-febrero/25

RESPONSABLE: William Segura FIRMA: WLS.

B=BUENO, R=REGULAR, M=MALO, NA= NO APLICA

ELEMENTOS A INSPECCIONAR	CANTIDAD MÍNIMA	CANTIDAD ACTUAL	ESTADO	OBSERVACIONES
ESPARADRAPO MICROPORE	1		B	
ISODINE ESPUMA (FRASCO)	1		B	
ISODINE SOLUCIÓN (FRASCO)	1		B	
ALCOHOL (FRASCO)	0		NA	
ESPARADRAPO	1		B	
BAJALENGUAS (PAQUETE X 20)	1		B	
APLICADORES DE ALGODÓN (BOLSA X 20)	1		B	
SUERO ORAL (SOBRES)	1.		B.	
GASA (POR UNIDADES)	1.		B	
ALGODÓN (PAQUETE)	1.		B.	
VENDA ELÁSTICA 3" 5 YDS	1.		B	
GUANTES DESECHABLES (PAR)	1.		B	
TERMÓMETRO	0		NA	
CURAS (CAJA X 100 u)	0		NA	
LINTERNA	0		NA	
CAMILLA :	1		B	**UBICACIÓN:** Parque Contry
TOTAL DATOS	12.		12.	
TOTAL BUENOS	12		12.	
TOTAL REGULAR	0		0	
TOTAL MALO	0		0	
TOTAL NO APLICA	0		4.	
PUNTAJE				

OBSERVACIONES GENERALES:

Powered by CamScanner

	FORMATO LISTA DE CHEQUEO DE CONDICIONES LOCATIVAS EN OBRA	CBLZC-FR-SST- 34 Versión: 01 PAG. 1 de 1 24/11/2024

OBRA/CONTRATO: Consorcio Belzion IPRD- 4060 - Parque Nacional.	
FECHA: 10. febrero. 25.	REALIZADO POR: William Segura.

PARAMETRO A REVISAR	ESTADO	ACCIÓN A REALIZAR	RESPONSABLE
ACCESOS DE ENTRADA			
Señalización inicio de obra	M		
Señalizacion de Uso de EPP requeridos para el Ingreso	B		
Mapa Ruta de Evacuación y Riesgos en Obra	NA		
Sendero peatonal definidos	M		
Zona de transito vehicular claramente establecida	B		
Otros:			
VIAS INTERNAS DE DESPLAZAMIENTO			
Señalizacion de los Riesgos (Caidas objetos, excavaciones, piso resbaloso, etc)	M		
Señalizacion Ruta de Evacuación	M		
Sendero peatonal definidos	M		
Adecuacion de terreno de Senderos peatonales (p.e. estables, no resbalosos)	NA		
Encerramiento y/o Aseguramieto de areas Riesgosas	NA		
Espacio suficiente para el desplazamieno en caminos	NA		
Ubicación adecuada de senderos peatonales	M		
Adecuación de cursos de agua escorrentias	M		
Puentes peatonales	M		
Otros:			
ZONA DE DESCANSO			
Carpas de proteccion	B		
Zonas de Hidratación	B		
Zona de Primeros Auxilios	B		
Zona de comida	B		
Otros:	B		
BAÑOS			
Camino de Ingreso	B		
Tasa del baño	B		
Ubicación seleccionada	B		
Informacion de su utilización	B		
Terreno del baño	B		
Limpieza	B		
Basuras	B		
Presencia de Obstaculos	NO		
ALMACENAMIENTO			
Terreno del almacen	B		
Iluminacion	B		
Limpieza	B		
Orden	B		
PUBLICACIONES			
Permiso y ATS O Plot Plan	NA		
Plano de evacuación (Facil de entender)	NA		
Cartelera Informativa	NA		
OTROS			

Convenciones a utilizar (ESTADO): B: BIEN M: MAL R: REGULAR C: CORREGIDO N.A: NO APLICA

INSPECCIONADO POR: _____ REVISADO POR: _____

Powered by CamScanner

	FORMATO LISTA DE CHEQUEO DE CONDICIONES LOCATIVAS EN OBRA	CBLZC-FR-SST- 34 Versión: 01 PAG. 1 de 1 24/11/2024

OBRA/CONTRATO: Consorcio Belzuni. IDRD. 4060 - Parque Nacional.	
FECHA: 10 · febrero / 25	REALIZADO POR: William Segura.

PARAMETRO A REVISAR	ESTADO	ACCIÓN A REALIZAR	RESPONSABLE
ACCESOS DE ENTRADA			
Señalizacion inicio de obra	M		
Señalizacion de Uso de EPP requeridos para el ingreso	B.		
Mapa Ruta de Evacuacion y Riesgos en Obra	NA		
Senderó peatonal definidos	M.		
Zona de transito vehicular claramente establecida	B		
Otros:			
VIAS INTERNAS DE DESPLAZAMIENTO			
Señalizacion de los Riesgos (Caidas objetos, excavaciones, piso resbaloso, etc)	M.		
Señalizacion Ruta de Evacuación	M.		
Sendero peatonal definidos	M.		
Adecuacion de terreno de Senderos peatonales (p.e. estables, no resbalosos)	NA.		
Encerramiento y/o Aseguramieto de areas Riesgosas	NA		
Espacio suficiente para el desplazamieno en caminos	NA		
Ubicación adecuada de senderos peatonales	M.		
Adecuación de cursos de agua escorrentias	NA		
Puentes peatonales	NA.		
Otros:			
ZONA DE DESCANSO			
Carpas de proteccion	B		
Zonas de Hidratación	B.		
Zona de Primeros Auxilios	B.		
Zona de comida	B		
Otros:			
BAÑOS			
Camino de Ingreso	B		
Tasa del baño	B		
Ubicación seleccionada	B		
Informacion de su utilización	B		
Terreno del baño	B		
Limpieza	B		
Basuras	B		
Presencia de Obstaculos	NO.		
ALMACENAMIENTO			
Terreno del aimacen	B		
Iluminacion	B		
Limpieza	B		
Orden	B		
PUBLICACIONES			
Permiso y ATS O Plot Plan	NA		
Plano de evacuación (Facil de entender)	NA		
Cartelera Informativa	NA.		
OTROS			

Convenciones a utilizar (ESTADO): B: BIEN M: MAL R: REGULAR C: CORREGIDO N.A: NO APLICA

INSPECCIONADO POR: W. Pan. S.

REVISADO POR: _____

Powered by CamScanner

CONSORCIO

FORMATO INSPECCIÓN DE EXTINTORES

CBLZC-FR-SST- 28
Versión: 01
PAG. 1 de 1
24/11/2024

CENTRO DE TRABAJO U OBRA: Belzuni - Consorcio 4060 2024.

CUDAD: Bogotá.

FECHA INSPECCIÓN: 26 Febrero 2025.

RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN: William Segura

PARTES DEL EXTINTOR



No.	UBICACIÓN	TIPO						CAPACIDAD	ESTADO DE CARGA		REVISIÓN ESTADO GENERAL										FECHA DE VENCIMIENTO
		PQS									CILINDRO										
		BC	ABC	CO2	SOLKAFLAM 123	AGUA	OTROS		CARGADO	DESCARGADO	PINTURA	GOLPES	AUTOADHESIVO FECHA/TIPO	1. BOQUILLA	2. MANGUERA	3. MANÓMETRO	4. MANIJA DE TRANSPORTE	5. ARO DE SEGURIDAD	6. MANIJA DE DISPARO	SEÑALIZACIÓN	SOPORTE COLGAR O RUEDAS		
1	Parque Nacional		X											B	M	B	B	B	B	M	M		Feb-25
2	Country.		X											B	M	B	B	B	B	M	N		Feb-25
3																							
4																							
5																							
6																							
7																							
8																							
9																							
10																							

OBSERVACIONES

PQS	POLVO QUIMICO SECO

B	BUENO
R	REGULAR
M	MALO

NT	NO TIENE
NA	NO APLICA
NR	NO SE PUEDE REVISAR O NO VISIBLE

Powered by CamScanner

	ACTA DE CONFORMACIÓN COMITE DE CCL	CBZC-FR-SST-19 VERSIÓN: 01 PAG.1 DE 1 24/11/2024

**

ACTA DE CONFORMACIÓN DEL COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO O VIGIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Empresa: CONSORCIO BELZCON I 1

Periodo: DEL 15 DE ENERO DEL 2025 AL 15 DE ENERO DEL 2027

El dia 15 de febrero del 2025 se eligió el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo o el vigia de seguridad y salud en el trabajo dando así cumplimiento a las exigencias

La modalidad utilizada para su elección fue *Voluntaria*

1. Resultaron elegidos: Se elije por voluntad propia a la señora ROSSY CATALINA RUBIO LÓPEZ identificada con CC. # 1001203623, para el Comité de Convivencia Laboral, esto debido a que la persona el personal afiliado a la fecha es de 10 personas, En caso de ser necesario y de aumentar el personal se procederá a realizar la elección de los Comités normalmente.

El número de votos obtenidos fue No aplica

El representante legal de la empresa designa a No aplica
Como presidente del comité y por votación del comité se nombra a No aplica
Como secretario (a) del mismo.

No aplica
Nombre y Firma cel Coordinador de la mesa de votación

No aplica
Nombre y Firma del Colaborador de la mesa de votación

ACTA REUNIÓN FECHA: 15 febrero del 2025

HORA DE INICIO: ***10:00 AM*** ***ACTA No. 01***

ASISTENTES:

1. Ingeniero Luis Enrique Guzmán Condia
2. Ingeniero Gustavo Figueredo
3. Rossy Catalina Rubio

ORDEN DEL DÍA:

1. Debido a la cantidad de personal con el que se cuenta a la fecha, por parte del consorcio se procede a elegir entre los asistentes a la señorita Rossy Catalina Rubio López, quien tiene por cargo Auxiliar Administrativa del proyecto.
2. La señorita Rossy por voluntad propia decide hacer parte del comité Copasst y CCL, como Vigia.

	ACTA DE CONFORMACIÓN COMITE DE CCL	CBZC-FR-SST-19 VERSIÓN: 01 PAG.1 DE 1 24/11/2024

**

INVITADOS:

_____ _____
_____ _____
_____ _____

HORA FINALIZACIÓN: 11:00 AM
FECHA PRÓXIMA REUNIÓN: 15 de marzo del 2025
HORA PRÓXIMA REUNIÓN: 10:00 AM

OBSERVACIONES:

_____
_____
_____
_____
_____

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

WILLY PATRICK BELZNER SALAZAR

FIRMA DEL VIGIA OCUPACIONAL

ROSSY CATALINA RUBIO LÓPEZ

	ACTA DE CONFORMACIÓN COPASST	CBZC-FR-SST-19 VERSIÓN: 01 PAG.1 DE 1 24/11/2024

**** ACTA DE CONFORMACIÓN DEL COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO O VIGIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

Empresa: CONSORCIO BELZCON I 1

Periodo: DEL 15 DE ENERO DEL 2025 AL 15 DE ENERO DEL 2027

El día 15 de febrero del 2025 se eligió el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo o el vigía de seguridad y salud en el trabajo dando así cumplimiento a las exigencias

La modalidad utilizada para su elección fue *Voluntaria*

1. Resultaron elegidos: Se elije por voluntad propia a la señora ROSSY CATALINA RUBIO LÓPEZ identificada con CC. # 1001203623, para el COPASST, esto debido a que la persona el personal afiliado a la fecha es de 10 personas, En caso de ser necesario y de aumentar el personal se procederá a realizar la elección de los Comités normalmente.

El número de votos obtenidos fue No aplica

El representante legal de la empresa designa a No aplica
Como presidente del comité y por votación del comité se nombra a No aplica
Como secretario (a) del mismo.

No aplica
Nombre y Firma del Coordinador de la mesa de votación

No aplica
Nombre y Firma del Colaborador de la mesa de votación

ACTA REUNIÓN FECHA: 15 febrero del 2025

HORA DE INICIO: ***10:00 AM*** ***ACTA No.*** ***01***

ASISTENTES:

1. Ingeniero Luis Enrique Guzmán Condia
2. Ingeniero Gustavo Figueredo
3. Rossy Rubio.

ORDEN DEL DÍA:

1. Debido a la cantidad de personal con el que se cuenta a la fecha, por parte del consorcio se procede a elegir entre los asistentes a la señora Rossy Rubio, quien tiene por cargo Auxiliar Administrativa del proyecto.
2. La señora Rossy por voluntad propia decide hacer parte del comité Copasst y CCL, como Vigía.

	ACTA DE CONFORMACIÓN COPASST	CBZC-FR-SST-19 VERSIÓN: 01 PAG.1 DE 1 24/11/2024

** **INVITADOS:**

_____ _____
_____ _____
_____ _____

HORA FINALIZACIÓN: 11:00 AM
FECHA PRÓXIMA REUNIÓN: 15 de marzo del 2025
HORA PRÓXIMA REUNIÓN: 10:00 AM

OBSERVACIONES:

_____
_____
_____
_____
_____

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

WILLY PATRICK BELZNER SALAZAR

FIRMA DEL VIGIA OCUPACIONAL

ROSSY CATALINA RUBIO LÓPEZ

CONSORCIO	**PAZ Y SALVO**	**CBZC-FR-SST-43** **Versión: 01** **PAG. 1 de 2** **30/06/23**

OBRA: CONSORCIO BELZCON I1 4060	
PARA: N.A	
ASUNTO: PAZ Y SALVO	**FECHA: 10 DE FEBRERO DEL 2025**

OBSERVACIONES:Por medio de la presente yo JORGE BERNARDO TONCEL AREVALO identificado con cédula de ciudadanía número 1081818022 de Santa Martha, en representación de Belzcon sas , identificada con NIT. 901.252,860 certifico a la empresa que represento que estuve vinculado al Contrato de la referencia, en calidad de PROFESIONAL DE COSTOS Y PRESUPUESTOS y me permito certificar que el CONSORCIO BELZCON I1, está a PAZ Y SALVO por todo concepto de los trabajos prestados, insumos y suministros, pagos de seguridad socila, liquidaciones y demas.
El presente PAZ y SALVO se firma en Bogotá a los diecisiete días del mes enero del año 2025.

TRABAJADOR

Residente SST

Ingeniero Residente

Direccion de obra

CONSORCIO	**PAZ Y SALVO**	CBZC-FR-SST-43 Versión: 01 PAG. 1 de 2 30/06/23

OBRA: CONSORCIO BELZCON I1	
PARA: N.A	
ASUNTO: PAZ Y SALVO	FECHA: 31/01/2025

OBSERVACIONES: Por medio de la presente yo **DURGUY JULIETH SIERRA AGUILAR** identificado(a) con cédula de ciudadanía número 52879468 de Bogotá, en representación de Belzcon sas , identificada con NIT. 901.252,860 certifico a la empresa que represento que estuve vinculado al Contrato de la referencia, en calidad de **INSPECTORA DE OBRA** y me permito certificar que el **CONSORCIO BELZCON I1, está a PAZ Y SALVO por todo concepto de los trabajos prestados, insumos y suministros, pagos de seguridad social, liquidaciones y demas.**

El **presente PAZ y SALVO se firma en Bogotá a los 31 días del mes enero del año 2025.**

TRABAJADOR

344

CONSORCIO	**PAZ Y SALVO**	CBZC-FR-SST-43 Versión: 01 PAG. 1 de 2 30/06/23

OBRA: CONSORCIO BELZCON I1 4060

PARA: N.A

ASUNTO: PAZ Y SALVO | **FECHA: 10 DE FEBRERO DEL 2025**

OBSERVACIONES:Por medio de la presente yo JORGE BERNARDO TONCEL AREVALO identificado con cédula de ciudadanía número 1081818022 de Santa Martha, en representación de Belzcon sas , identificada con NIT. 901.252,860 certifico a la empresa que represento que estuve vinculado al Contrato de la referencia, en calidad de PROFESIONAL DE COSTOS Y PRESUPUESTOS y me permito certificar que el CONSORCIO BELZCON I1, está a PAZ Y SALVO por todo concepto de los trabajos prestados, insumos y suministros, pagos de seguridad socila, liquidaciones y demas.
El presente PAZ y SALVO se firma en Bogotá a los 10 días del mes febrero del año 2025.

David ortiz S.

TRABAJADOR

Residente SST

Ingeniero Residente

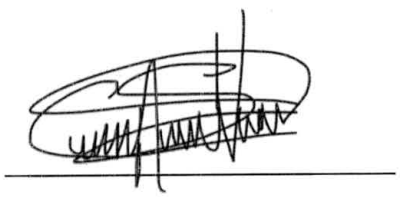
Direccion de obra

345

CONSORCIO	**PAZ Y SALVO**	CBZC-FR-SST-43 Versión: 01 PAG. 1 de 2 30/06/23

OBRA: CONSORCIO BELZCON I1	
PARA: N.A	
ASUNTO: PAZ Y SALVO	**FECHA: 07/02/2025**

OBSERVACIONES: Por medio de la presente yo CLAUDIA ALEJANDRA SANCHEZ VELASCO identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1083931123 de Pitalito, e que estuve vinculada al Contrato de la referencia, en calidad de INSPECTOR DE OBRA y me permito certificar que el CONSORCIO BELZCON I1, está a PAZ Y SALVO por todo concepto de los trabajos prestados, insumos y suministros, pagos de seguridad socila, liquidaciones y demas.
El presente PAZ y SALVO se firma en Bogotá a los 07 días del mes febrero del año 2025.



TRABAJADOR

CONSORCIO	**CONTROL DE ASISTENCIA**	CBZC-FR-SST-07 VERSIÓN: 01 PAG.1 DE 1 2024/11/24

FECHA:	15-02-25	**HORA INICIO:**	7:00	**HORA FIN:**	7:15	**ACTIVIDAD**	
LUGAR:	Parque porvenir					**INDUCCIÓN**	
TEMAS:	Charla de seguridad para trabajo seguro en Andamios					**REINDUCCIÓN**	
						REUNIÓN	
						CAPACITACION	X
INSTRUCTOR Y CARGO:	Cristhyan Naranjo					**OTRA**	
FIRMA DEL INSTRUCTOR:							
OBJETIVO:	sensibilizar al personal sobre los riesgos						

PARTICIPANTES

No.	NOMBRE COMPLETO	CARGO	FIRMA
	Juan Freddy Riveros	Ayudante	
	Jorge eduardo Quica	Ayudante	
	Harold Fernando Arboleda	Encargado	
	[illegible] ARMANDO ALBERTO TORRES	AYUDANTE	
	Samuel David Garcia	Ayudante	

OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

	PERMISO PARA TRABAJO EN ALTURAS	CBZC-FR-SST-11 VERSIÓN: 01 PAG.1 DE 1 24/11/2024

Generalidades

Fecha expedición: 15-02-25	**Fecha Vencimiento:** 15-02-25
Proyecto: Parque Porvenir	
Fecha de Inicio de la Actividad: 15-02-25	**Duración Estimada:** 5 horas
Hora de Inicio: 7:00	**Hora de Finalización:** 10:30
Permiso concedido a:	**Altura aprox a trabajar:** 10 metros

Los trabajadores afirman tener las condiciones de salud requeridas para hacer la actividad a ejecutar, se sienten bien en cuanto a su estado de salud, fisicamente y emocional o mentalmente y refrendado con el curso de Altura vigente.

ITEM	NOMBRE	# de Identificacion	Firma	Certificado Trabajo Altura vigente	Seguridad Social ARL/ EPS	RH
1	Harold J. Arboleda	7.000.336737	Harold J	SI	SI	O+
2	ARMANDO TORRES	79950173	ARMANDO	SI	SI	O+
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

TIPO DE TRABAJO:

Descripción del trabajo (Detalles importantes del trabajo): instalacion de malla de proteccion Para los caymos

Tiempo estimado de realización del trabajo (Tiempo programado para realizar el trabajo):

Uso de elementos de protección personal y sistema de protección anticaídas requeridos para la labor (De acuerdo al trabajo y sitio):

Gafas Segundad (Filtro Ultravioleta)	SI	NA	Botas de Seguridad	SI	NA	Protector Auditivo	SI	NA
Guantes para trabajo a contacto (Cuero, dieléctrico y algodón)	SI	NA	Guantes de carnaza	SI	NA	Casco con barbuquejo y mentonera (3 puntas)	SI	NA
Arnés de Seguridad	SI	NA	Linea de vida	SI	NA	Eslinga en Y	SI	NA
Eslinga de posicionamiento	SI	NA	Mascarilla	SI	NA	Anclaje Móvil o Tie Off (Tercer pretal)	SI	NA
Otros		SI	NA					

Los elementos de seguridad y acceso se encuentran en buenas condiciones:

- Arnés certificado	SI	NA
- Eslingas y anclaje móvil, libre de nudos y amarres manuales, signos de corte, fatiga, quemadura, señales de pintura, etc	SI	NA
- Los hilos del tejido de las correas del arnés, no se encuentran rotos, quemados, huecos o con signos de desgaste	SI	NA
- Absorvedor de choque de la eslinga, no se encuentra estirado, con fisuras o cortes, su costura está integra	SI	NA
- Sistema de ajuste de las correas y hebillas sin torceduras, golpes, fisuras, signos de corrosión y desgaste	SI	NA
- Ganchos de anclaje de las eslingas con sistema de seguridad para evitar que se abran	SI	NA

Uso de equipos, herramientas y otros elementos necesarios para la seguridad (De acuerdo al trabajo y sitio):

Escalera	SI	NA	Medio de comunicación	SI	NA	Equipo de rescate	SI	NA
Pretales	SI	NA	Dotación (Pantalón y camisa manga larga)	SI	NA		SI	NA

Herramientas: martillo

Otros:

Powered by CamScanner

Los equipos y herramientas a utilizar en la labor se encuentran en buenas condiciones (Verificar que los equipos y herramientas cumplen requerimientos de calidad y seguridad)	SI	NA
Requisitos del personal y procedimiento		
El personal que realizará la labor ha recibido instrucciones y precauciones a seguir en la ejecución de la tarea (Técnicamente capacitada y entrenada para el trabajo y manejo de equipos y elementos de seguridad)	SI	NA
El personal que realizará la labor sabe o conoce como actuar en caso de emergencias, accidentes o incidentes de trabajo (Ha recibido capacitación al respecto, incluida la atención en primeros auxilios)	SI	NA
Se garantiza que las personas que realizarán el diligenciamiento del permiso y las que ejecutarán el trabajo conocen el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso (Conocer y cumplir con los requerimientos exigidos)	SI	NA
Para nuevas tecnologías o técnicas a utilizar en operación y mantenimiento, se determinaron las medidas necesarias para el control y mitigación de los riesgos	SI	NA
Se cuenta con el procedimiento para la adecuada programación, ejecución, reporte y control de maniobras, para asegurar que las líneas y los equipos no sean energizados o desenergizados ya sea por error o de manera inadvertida, ocasionando situaciones de riesgo	SI	NA

UBICACIÓN ESPECÍFICA DEL SITIO A REALIZAR EL TRABAJO (Enumerar sitios de trabajo, especificar lugares como techos, estructura, tanques, etc):

cancha de volley del parque porvenir

EVALUACIÓN Y CONTROL DE OTROS RIESGOS EN EL ÁREA DE TRABAJO (marcar con X):

Mecánico		Público	X	Químico	
Eléctrico		Locativo	X	Carga física (Dinámica y/o Estática)	X
Otros:					

LISTA DE VERIFICACION DE LA JORNADA

1	El sitio donde se ejecutará el trabajo está aislado completamente (Verificar que en sitio y alrededores no existan materiales o equipos que generen riesgo y se haya instalado la señalización)	SI	NA
2	El personal que realizará la labor es apto para el trabajo: Evidencia condiciones físicas y psiquicas adecuadas.	SI	NA
3	Las escaleras dieléctricas cumplen con la norma para la labor a desempeñar (Escaleras apropiadas para labor, limpias, no presente deterioro, revisar puntos apoyo)	SI	NA
4	El montaje y/u operación del sistema de acceso (Escalera y/o demas elementos) garantiza estabilidad y seguridad, para no sufrir volcamiento o caída y la distancia segura entre éste y las líneas energizadas	SI	NA
5	Se ha inspeccionado el poste, estructura o árbol y otros contiguos que se someteran a esfuerzos y cumplen con las condiciones de seguridad para desarrollar el trabajo. De no ser así, se aseguraron con cables (retenida), resfuerzos u otros medios adecuados	SI	NA
6	Se ha identificado el punto de anclaje fijo o se cuenta con un punto de anclaje móvil para el sistema de protección anticaidas.	SI	NA
7	Se cumple las condiciones ambientales para iniciar los trabajos (Ausencia de tormentas eléctricas, neblina, vientos fuertes u otras)	SI	NA
8	El trabajo se realiza con acompañante o vigia de seguridad	SI	NA
9	Se utiliza portaherramientas que no interfiere con el arnés y los EPP, o de la línea de servicio para acceder a las herramientas.	SI	NA
10	El lugar donde realizará la tarea tiene instalada la línea de vida o un sistema equivalente donde el trabajador pueda asegurar el arnés	SI	NA
11	Se han elaborado otros permisos aplicables, y se cumple con todos los requerimientos y condiciones de los mismos	SI	NA

Powered by CamScanner

12	Estan claras las Medidas de prevencion contra caidas	SI	NA
13	Se tienen adaptadores de anclaje certificados y en buen estado	SI	NA
14	Verificacion de los puntos de anclaje por cada trabajador	SI	NA
15	Linea de vida en buen estado y anclada a sistemas fijos, por encima de la cabeza del trabajador y debidamente certificada	SI	NA
16	Los trabajadores tienen la formacion e informacion especifica sobre la tarea a realizar, los riesgos y medidas preventivas.	SI	NA
17	Se puede garantizar una distancia segura entre el trabajo y lineas o equipos electricos energizados	SI	NA
18	Existe formato de analisis de peligros por actividad (ARO, ATS)Para el analisisl de los demas riesgos del trabajo y las condiciones medio ambientales externas	SI	NA
19	Existe supervision directa para la realizacion de los trabajos (Coordinador de alturas)	SI	NA
20	Barandas de proteccion en aberturas de paredes y zonas de vacio	SI	NA

NA: No aplica

OBSERVACIONES:

AUTORIZACIÓN:

PERSONA QUE AUTORIZA/JEFE INMEDIATO:	**RESPONSABLE DEL PERMISO(COORDINADOR)**
Como encargado de la actividad notifico que he verificado que en el sitio de trabajo, se han aplicado los controles para minimizar los riesgos asociados a la actividad y los comunicaré a los compañeros de trabajo involucrados. He verificado que el estado de las herramientas, equipos y elementos de protección personal es adecuado para su utilización. Me comprometo a no apartarme de los requerimientos de seguridad. Ante cualquier cambio que pueda afectar la seguridad, suspenderé el trabajo y daré aviso a la persona encargada de seguridad y salud en el trabajo.	Verifico que como emisor del permiso he revisado y he aplicado los controles asociados a la actividad minimizando así, los riesgos asociados a la misma, por consiguiente considero seguro proceder a la ejecucuón de la actividad. En caso de presentarse una emergencia sere el responsable de activar el correspondiente Plan de Emergencias.
FIRMA DE QUIEN AUTORIZA/JEFE INMEDIATO: Harold F	**FIRMA DEL RESPONSABLE DEL PERMISO DE TRABAJO**
NOMBRE COMPLETO: Harold Fernando Arboleda O.	**NOMBRE COMPLETO:** Angelica Cuervo
C.C. 1.000336 737	**C.C.** 52901081

CIERRE DE PERMISO

Entrega Supervisor Responsable del Trabajo: Angelica Cuervo		Recibe Supervisor Responsable del Area:
Firma		Firma
Fecha		
Hora Inicio:	15-07-2025	

Powered by CamScanner

	FORMATO DE ATS - TRABAJO SEGURO	CBJC-FR-SST-12 VERSIÓN: 01 PAG.1 DE 1 2022/12/01

ACTIVIDAD: Instalacion de malla de proteccion | CONTRATISTA:

LUGAR DE TRABAJO: Cancha de Voleibol de Parque Porvenir

FECHA DE INICIO: 15/02/25 HORA: 7:00 FECHA DE FINALIZACIÓN: 15/02/25 HORA: 10:30

HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS: MATERIALES Y EQUIPOS, USO DE HERRAMIENTAS DE MANO Y PODER.
Martillo, Andamio multidireccional

MEDIDAS DE PROTECCIÓN(Marque con una X los elementos a utilizar)

Arnés de seguridad	X	NO	Guantes de Vaqueta	X	NO	Careta tipo soldador	SI	X
Eslinga en Y	SI	X	Botas de seguridad con puntera	X	NO	Protección Respirstoria	SI	X
Eslinga de posicionamiento	X	NO	Casco de seguridad con rache /Barbuquejo	X	NO	Protección Auditiva	X	NO
Lina de vida horizontal	SI	X	Gafas de seguridad	X	NO	señalización	X	NO
Linea de vida vertical	SI	X	Guantes de Nitrilo	SI	X	Orden y Aseo	X	NO
Mosquetones	SI	X	Guantes de caucho	SI	X	Dotación	X	NO

Desarrollo del Análisis Seguro de Trabajo (ATS)

Tabla de Peligros:

Biológicos:	Virus, Bacterias, hongos, Parásitos, Picaduras, Mordeduras
Físicos:	Ruido, Iluminación, vibración, Temperaturas Extremas, radiaciones ionizantes y no ionizantes.
Químico:	Polvos orgánicos e Inorgánicos, Gases y o vapores, humo metálico no metálico, material particulado.
Psicosocial:	Gestión organizacional, características de la organización el trabajo, condiciones de la tarea, jornada de trabajo.
Biomecánicos:	Postura (prolongada, mantenida), Esfuerzo, movimiento repetitivo, manipulación manual de cargas.
Condiciones de / Seguridad:	Mecánico (elementos maquinas herramientas), eléctrico (alta y baja tensión), locativo, tecnológico, accidentes de tránsito, público, trabajo en alturas, espacios confinados.
Fenómenos Naturales:	Sismo, terremoto, vendaval, inundación, derrumbe, precipitaciones (lluvias granizadas, heladas).

ITEM	Alcance de los trabajos	Peligros Asociados	Consecuencia(Riesgo)	Controles
1	Traslado de piezas al sitio de trabajo	Golpes caidas	Esguinces contusiones cortadas	Uso de EPP manejo adecuado de cargas
2	Armado de Andamio multidireccional	Caida de Alturas Golpes, cortadas	Fracturas contusiones Amputaciones	Uso de EPP uso de EPCC apoyo de compañero
3	Instalacion de malla de proteccion	Caida de Alturas Golpes, cortadas	Fracturas Contusiones Amputacion	Uso de EPP uso de EPCC Apoyo de compañero
4	Desarme de Andamio multidireccional	Caidas de Alturas Golpes, cortadas	Fracturas, Contusiones Amputaciones	Uso de EPP uso de EPCC Pausas Activas
5	Orden y ASEO	caidas Golpes	Esguinces contusiones	Uso de EPP
6				
7				

Powered by CamScanner

	FORMATO DE ATS - TRABAJO SEGURO	CBLZC-FR-SST- 12 VERSIÓN: 01 PAG.1 DE 1 2022/12/01

LUGAR: Cancha de Voleibol CONTRATISTA:

ACTIVIDAD: Instalacion de malla de proteccion

HERRAMIENTAS Y EQUIPOS: Martillo, Andamio

Aplicación
Desde: 15/02/25
Hasta: 15/02/25

DIA	N°	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	FIRMA TRABAJADOR	FIRMA INSPECTOR SST	FECHA DE VERIFICACION
	1	Jhon Freddy Vicente	Ayudante			
	2	Jaime Eduardo Calizo	Ayudante			
	3	Harold J. Arboleda	Encolador			
	4	Anderson Alzate	Ayudante			
	5	Samuel David	Ayudante			
	6					
	7					

DIA	N°	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	FIRMA TRABAJADOR	FIRMA INSPECTOR SST	FECHA DE VERIFICACION
	1					
	2					
	3					
	4					
	5					
	6					
	7					

DIA	N°	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	FIRMA TRABAJADOR	FIRMA INSPECTOR SST	FECHA DE VERIFICACION
	1					
	2					
	3					
	4					
	5					
	6					
	7					

DIA	N°	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	FIRMA TRABAJADOR	FIRMA INSPECTOR SST	FECHA DE VERIFICACION
	1					
	2					
	3					
	4					
	5					
	6					
	7					

DIA	N°	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	FIRMA TRABAJADOR	FIRMA INSPECTOR SST	FECHA DE VERIFICACION
	1					
	2					
	3					
	4					
	5					
	6					
	7					

DIA	N°	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	FIRMA TRABAJADOR	FIRMA INSPECTOR SST	FECHA DE VERIFICACION
	1					
	2					
	3					
	4					
	5					
	6					
	7					

DIA	N°	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	FIRMA TRABAJADOR	FIRMA INSPECTOR SST	FECHA DE VERIFICACION
	1					
	2					
	3					
	4					
	5					
	6					
	7					

352

Powered by CamScanner

	CONSORCIO BELZCON PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	CODIGO SST-021 VERSIÓN: 00 FECHA: ENERO 2025

		VALIDO DESDE			VALIDO HASTA		
		DD	MM	AA	DD	MM	AA
CENTRO DE TRABAJO / PROYECTO	Alameda calle 170	20	02	25	20	02	25
LUGAR EXACTO DONDE SE VA HA REALIZAR LA ACTIVIDAD	cancha sintetica futbol 5	HORA DE INICIO			HORA DE FINALIZACION		
ALTURA A LA QUE SE VA HA REALIZAR LA ACTIVIDAD	12 mts.	6:00 PM.			08:00 PM.		
TIPO DE TRABAJO A REALIZAR	APuntamiento luminarias.						

DESCRIPCIÓN Y PASO A PASO DE LA ACTIVIDAD

APuntamiento de luminarias en grama sintetica. por lumirencia excesiva en el contexto aledaño a la cancha.

LA LABOR A EJECUTAR INCLUYE ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO A PARTE DE TRABAJO EN ALTURAS TALES COMO:
___TRABAJO EN CALIENTE ___ TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS ___ TRABAJO CON ENERGÍAS PELIGROSAS
OTRO: _____

LA ACTIVIDAD A EJECUTAR SE CLASIFICA COMO: X RUTINARIA [ ] NO RUTINARIA

HERRAMIENTAS REQUERIDAS PARA LA EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Herramienta menor de mano.

DILIGENCIE CON C "SI CUMPLE" , NC "NO CUMPLE" , NA "NO APLICA" SEGÚN CORRESPONDA

C	NC	NA	ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL
X			CASCO TIPO ___ CLASE X ___ CON X SIN ___ BARBUQUEJO
X			PROTECCIÓN FACIAL Y OCULAR GAFAS DE SEGURIDAD X CARETA PROTECCION FACIAL ___ CARETA DE SOLDADOR ___
X			PROTECCIÓN AUDITIVA TIPO INSERCIÓN X TIPO COPA ___
X			PROTECCIÓN CUERPO OVEROL (PANTALON- CAMISA) JEAN X DRILL ___ IMPERMEABLE ___ CHAQUETA O PETO DE VAQUETA PARA SOLDAR ___
X			PROTECCIÓN MANOS GUANTES DE PROTECCION ANTICORTE: VAQUETA ___ POLIURETANO X CARNAZA ___ GUANTES DE PROTECCION TERMICO: PARA SOLDAR ___ GUANTES DE PROTECCIÓN QUÍMICA: CAUCHO INDUSTRIAL ___ TIPO MOSQUETERO ___
X			PROTECCIÓN PIES BOTAS DIELECTRICAS X BOTAS DE CAUCHO CAÑA ALTA ___ BOTAS TIPO SOLDADOR ___

C	NC	NA	REQUISITOS TRABAJADOR(RES)
X			EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL APROBADO PARA TRABAJO EN ALTURAS
X			CERTIFICADO CAPACITACIÓN EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
X			SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE

C	NC	NA	PUNTOS DE ANCLAJE
		X	¿SI SE VA A TRABAJAR A SUSPENSIÓN LOS PUNTOS DE ANCLAJE CUMPLEN CON LA RESISTENCIA DE 5000 LB POR PERSONA?
		X	¿LOS PUNTOS DE ANCLAJE MÓVILES ESTÁN INSTALADOS DENTRO DE UNA ESTRUCTURA FIRME Y SÓLIDA?
		X	¿SE MANTIENE LÍNEA DE VIDA INSTALADA EN EL LUGAR?

C	NC	NA	MEDIDAS PREVENTIVAS PARA REALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD
X			REALIZAR CHARLA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
X			EVALUAR NECESIDADES DE UN OBSERVADOR VIGIA
		X	MANTENER EXTINTOR MULTIPROPOSITO EN LAS PROXIMIDADES DEL LUGAR
		X	MANTENER CAMILLA Y BOTIQUIN PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS U OCURRENCIA DE ACCIDENTES
		X	EQUIP. DE MOVIMIENTO DE CARGA BLOQUEADOS, SEÑALIZADOS Y DEMARCADOS (QUE ACTUAN EN LAS PROXIMIDADES)
X			MANTENER SEÑALIZADA EL ÁREA DEBAJO DEL LUGAR DE TRABAJO.
		X	INSTALAR ILUMINACIÓN COMPLEMENTARIA
X			DEFINIR ACONDICIONAMIENTO Y DESTINO ADECUADO DE RCD GENERADOS EN LA EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD.
X			EVALUAR INTERFERENCIA / LUGAR ENERGIZADO O CON TRANSITO DE PERSONAS.

C	NC	NA	SISTEMAS PREVENCION Y PROTECCION CONTRA CAIDAS
X			USAR ARNÉS DE SEGURIDAD CON ESLINGA: _____
X			VERIFICAR INSPECCIÓN PRÉ-USO DE EPCC (ARNES Y ESLINGA)
		X	USAR MALLA DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDA DE PERSONAS Y/O MATERIALES
X			INSTALAR ACCESO ADECUADO Y SEGURO.
		X	UTILIZAR ANDAMIO ADECUADO Y APROBADO BAJO INSPECCIÓN PRE-USO
X			LAS ESCALERAS A UTILIZAR ESTAN DE ACUERDO AL TIPO, LONGITUD, MATERIAL, DISTANCIA DE SEGURIDAD Y RESISTENCIA QUE SE NECESITA, ADECUADAS Y APROBADAS BAJO INSPECCION PRE-USO

DOCUMENTOS ANEXOS AL PERMISO
REGISTRO DE CHARLA DE SEGURIDAD X
ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS) X
PROCEDIMIENTO PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD X
OTRO ¿CUÁL? _____

OBSERVACIONES: _____

TÉRMINO DE RESPONSABILIDADES Y AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN DE LOS TRABAJOS: Declaro que soy consciente de mi responsabilidad y despues de tener evaluados los peligros inherentes al trabajo a ser realizado, autorizo su ejecución siempre seguido de las precauciones y definiciones acordadas en conjunto con el emisor y el ejecutante

RESPONSABLES	NOMBE Y APELLIDO	CEDULA	FIRMA
AUTORIZO LA ACTIVIDAD (Residente ó Encargado)	Andres f. Jimenez Villamil	1014239649	
AVALO (Inspector SST ó Coordinador de trabajo seguro en Alturas)	Andres f. Jimenez Villamil	1014239649	

Scanned with CamScanner

	CONSORCIO BELZCON PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	CODIGO:SST-021 VERSIÓN: 00 FECHA: ENERO 2025

LISTA DE CHEQUEO TRABAJO EN ALTURAS

DILIGENCIE CON C "SI CUMPLE" , NC "NO CUMPLE" , NA "NO APLICA" SEGÚN CORRESPONDA

REQUISITOS GENERALES ASPECTOS A VERIFICAR	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	
En caso de requerirse, ya diligenció los permisos de trabajo complementarios (Caliente, eléctricos, espacios confinados, etc.)?										X												
Se han revisado las condiciones de andamios multidireccional, andamio colgante, escaleras, izaje de cargas, bordes de losa y excavación profunda mayor a 2 mt según sea la actividad ?										X												
Si va a utilizar sustancias químicas, cuenta con los controles para su manipulación?										X												

ÁREA DE TRABAJO ASPECTOS A VERIFICAR	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	
En caso de que exista interferencia o simultaneidad con otras actividades se han tomado las medidas de prevención necesarias (procedimiento de comunicación, protecciones perimetrales, entre otros)?										X												
Se encuentra el área de trabajo en orden y aseo?										X												
Se controlaron los riesgos presentes en el sitio de trabajo?										X												

EPCC - SISTEMAS DE ACCESO Aspectos a Verificar	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	
Los equipos de protección personal requeridos son certificados y se encuentran en buen estado?										X												
Los equipos y/o herramientas a utilizar han sido revisados e inspeccionados previo al inicio de la actividad y estos se encuentran en buen estado?										X												
El Arnes cuenta con todas sus partes, hebillas, argollas, costuras, reatas, etiquetas, eslingas?, Estos elementos se encuentran en perfecto estado sin dobleamientos, corrosión, cortaduras, quemaduras, costuras deshilachadas, fibras rotas, desgaste excesivo, deterioro o cualquier otra anomalía que impida el uso del mismo y además se encuentran debidamente contramarcados (etiquetados legibles)										X												
La línea de vida se encuentra libre de empates o añadiduras?										X												
La línea de vida se encuentra fijada a un punto de anclaje estructural?										X												
El sistema de prevención de caídas se encuentra protegido de aristas u otros factores que puedan comprometer su resistencia?										X												
Los sistemas de acceso son suficientes y se encuentran en buen estado?										X												
El sistema de acceso a utilizar esta de acuerdo al tipo, longitud, material, distancia de seguridad y resistencia que se necesita?										X												

ESTADO DE SALUD DEL TRABAJADOR

Aspectos a Verificar DILIGENCIE CON C "SI CUMPLE" , NC "NO CUMPLE"	T1		T2		T3		T4		T5		T6		T7		T8		T9		T10		T11		T12	
	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC
¿Se encuentra el trabajador en condiciones optimas de salud para realizar el trabajo?	X		X																					
¿Se encuentra libre de los efectos de medicamentos que causen sueño, por ejemplo antigripales?	X		X																					

ENTRENAMIENTO- APTITUD-CONOCIMIENTOS DEL TRABAJADOR

Aspectos a Verificar DILIGENCIE CON C "SI CUMPLE" , NC "NO CUMPLE"	T1		T2		T3		T4		T5		T6		T7		T8		T9		T10		T11		T12	
	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC
¿La(s) persona(s) que va(n) a realizar la tarea cuenta con el certificado de capacitacion TSA y examen M.O que avale que puede realizar actividades en alturas?	X		X																					
¿La(s) persona(s) encargada(s) de ejecutar la tarea ha(n) recibido instrucciones de seguridad especificas para la labor a realizar?	X		X																					
¿La(s) persona(s) encargada(s) de ejecutar la tarea conoce el equipo de trabajo?	X		X																					

Scanned with CamScanner

	CONSORCIO BELZCON PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	CODIGO SST-021 VERSIÓN: 00 FECHA: ENERO 2025

TRABAJADORES AUTORIZADOS

En constancia de lo anterior firmo a satisfacción y declaro que he leído totalmente la lista de chequeo y que me encuento en plenas condiciones físicas, mentales, emocionales y de salud en general para realizar las tareas que me han sido asignadas.

No	NOMBRE Y APELLIDO	CLASE DE DOCUMENTO Y NUMERO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
1	Cristopher.	CC 1047308491.				H13 Cozelly			
2	Yesid Martinez.	1052383946.							
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
Vto/ Bno Inspector SST ó Coordinador de trabajo en alturas									
Vto/ Bno Residente ó Encargado									

Inspección final / Suspención del permiso / Cierre del permiso

¿SE CONCLUYO LA ACTIVIDAD?		¿SE REALIZO ORDEN Y ASEO A LAS AREAS INTERVENIDAS?	
SI [X]	NO [ ]	SI [X]	NO [ ]

SUSPENSIÓN DEL PERMISO

CAUSA DE LA SUSPENSIÒN: _____

FECHA DE LA SUSPENSIÒN			HORA DE LA SUSPENSIÒN
DD	MM	AA	___:___

RESPONSABLE DE LA SUSPENSIÒN	
NOMBRE Y APELLIDO	
CEDULA	
FIRMA	

CIERRE DEL PERMISO

NOMBRE Y APELLIDO	Andres felipe Martinez
CEDULA	1014276491
FIRMA	

FECHA CIERRE			HORA CIERRE
DD	MM	AA	
20	02	25.	10:00 pm

EN CASO SE EMERGENCIA U OCURRENCIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN E EMERGENCIAS

NOMBRE Y APELLIDO	paula A Ramirez V.
CEDULA	1020785662
CELULAR	3017270785.

AYUDANTE DE SEGURIDAD	
NOMBREY APELLIDO	Wilmer Bautista.
CEDULA	80826455
FIRMA	

Scanned with CamScanner

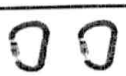
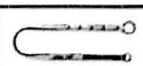
	GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: SST-F-022
		Versión: 01
	Contrato de obra pública Nro	FECHA: ENERO 2025
		Página 1 de 1

INSPECCIÓN DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL CONTRA CAIDAS

Proyecto de ejecución: Contrato de obra pública Nro **Fecha de Inspección:** 20 | 02 | 25

Datos del responsable de los equipos

Nombre: Luis Fernando lozano. **No. de documento:** 80473084 **Cargo:** tecnico electricista.

Descripción del equipo			Componente	Criterio de verificación	Marque SI/NO según corresponda		Observación
ARNES DE CUERPO ENTERO		Fecha de fabricación: noviembre 24 Marca: insafe. Serial y/o referencia: IN-8009-12.	Correas o reatas	Estan Libres de agujeros	SI		
				Las costuras se encuentran en buen estado	SI		
				Estan sin grietas	SI		
				Se observa estiramiento excesivo	NO		
				Estan libres de quemaduras	SI		
				Indicador de impacto intacto	SI		
				Las etiquetas en buen estado y protegidas	SI		
				Libres de corrosion por exposicion a quimicos y pinturas	SI		
			Argollas, laterales, dorsal y pectoral	Se evidencia desgaste excesivo o deformaciones		NO	
				Se observan grietas		NO	
				Se observa corrosión		NO	
				Se observa deterioro general		NO	
			Hebillas	Se evidencia desgaste excesivo o deformaciones		NO	
				Se observa picaduras y grietas		NO	
				Se observa deterioro general		NO	
				Se observa corrosión		NO	
ESLINGA DE POSICIONAMIENTO		Fecha de fabricación: 22/04. Marca: first. Serial o referencia: 433886060631	Correa o reata	Se observan rasgaduras, cortes o roturas	NO		
				Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración	SI		
				Las costuras estas libres de puntadas, estiradas o cortadas	SI		
			Ganchos	Se observan roturas o exposición de su contenido		NO	
				Las uniones con la eslinga y el gancho se encuentra intactas	SI		
			Etiquetas	Funcionan normalmente para apertura y cierre	SI		
				Se evidencia deformación y/o doblados		NO	
				Se evidencia corrosión		NO	
LAZO PRUSIK		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Correa o reata	Se observan rasgaduras, cortes o roturas			
				Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración			
				Las costuras estas libres de puntadas, estiradas o cortadas			
MOSQUETON		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Cuerpo	Se observa de desgaste excesivo o deformaciones			
				Se observan grietas			
				Se observa de corrosión			
				Se observa de deterioro general			
LINEA DE VIDA		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Anclaje	Se observa desgaste excesivo o deformaciones			
				Se observan grietas			
				Se observa corrosión			
				Se observa deterioro general			
			Cuerda	Se observa desgaste excesivo o deformaciones			
				Se observan hilos rotos o cortados			
				Certificación de la linea de vida			
				El diametro de la cuerda cumple con el requerido			
				Se observan residuos de pinturas, cambio de color o manchadas			
ASAP		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Cuerpo	El equipo presenta marcas, deformaciones, fisuras y corrosión			
			Rueda bloqueadora	La rueda se encuentra limpia y sin residuos			
				Hay ausencia de dientes o presentan desgaste			
				Gira uniformemente			
MAS ABSORBER		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Funda y cinta absorbedora	Se observan rasgaduras, cortes o roturas			
				Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración			
				Hay rastro de contacto con productos quimicos			
				Se observan desgarros o costuras sueltas			
				La enqueta indicadora de caida esta desgarrada			
				La funda portege correctamente la cinta absorbedora			
			Puntos de conexión	Los evidencian hilos sueltos o desilachados			
PD		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Placa lateral movil	Presenta aplastamiento, deformaciones o fisuras			
				El estado del gatillo esta en buenas condiciones			
				La apertura y cierre es adecuada			
				Los remaches estan debidamente ajustados			
			Cuerpo	La leva y su eje esta desgastado			
				La rotación de la leva es apropiada			
				El patin presenta algun tipo de marca o corrosión			
				El orificio de conexion se encuentra en condición adecuada			
				Los dientes se encuentran desgastados y/o sucios			
				El orificio de conexión se encuentra en condición adecuada			
TIE DOWN		Fecha de fabricación: Marca:	Cinta, y puntos de enganche	Se observan cortes, desgastes, roturas			
				Hay rastro de contacto con productos quimicos			
				Tiene hilos sueltos, flojos o cortados			
				Hay evidencia de marcas, fisuras, deformación y/o corrosión			

Nota. La inspección de los equipos de protección contra caídas debe ser realizada por el trabajador responsable. La periodicidad en el diligenciamiento del presente formato deberá ser como mínimo 2 veces al mes, sin embargo, es obligatorio que el trabajador vea que use el equipo realice una revisión minimal de todos los componentes

Luis Lozano.
Firma del trabajador responsable

Firma de supervisor y/o jefe inmediato

Scanned with CamScanner

	GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: SST-F-022
		Versión: 00
		FECHA: ENERO 2025
	Contrato de obra pública Nro	Página 1 de 1

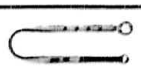
INSPECCIÓN DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL CONTRA CAIDAS

Proyecto de ejecución: Contrato de obra pública Nro

Fecha de Inspección:

Datos del responsable de los equipos

Nombre: | **No. de documento:** | **Cargo:**

Descripción del equipo			Componente	Criterio de verificación	Marque SI/NO según corresponda		Observación
ARNES DE CUERPO ENTERO		Fecha de fabricación: 11/20. Marca: Insafe. Serial y/o referencia: IN186371	Correas o reatas	Estan Libres de agujeros	X		
				Las costuras se encuentran en buen estado	X		
				Estan sin grietas	X		
				Se observa estiramiento excesivo	X		
				Estan libres de quemaduras	X		
				Indicador de impacto intacto	X		
				Las etiquetas en buen estado y protegidas	X		
				Libres de corrosion por exposición a químicos y pinturas	X		
			Argollas, laterales, dorsal y pectoral	Se evidencia desgaste excesivo o deformaciones		X	
				Se observan grietas		X	
				Se observa corrosión		X	
				Se observa deterioro general		X	
			Hebillas	Se evidencia desgaste excesivo o deformaciones		X	
				Se observa picaduras y grietas		X	
				Se observa deterioro general		X	
				Se observa corrosión		X	
POSICIONAMIENTO		Fecha de fabricación: 03/2023. Marca: INSPEC. Serial o referencia: VL 31122705	Correa o reata	Se observan rasgaduras, cortes o roturas	X		
				Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración	X		
				Las costuras estas libres de puntadas, estiradas o cortadas	X		X
			Ganchos	Se observan roturas o exposición de su contenido			X
				Las uniones con la eslinga y el gancho se encuentra intactas	X		
			Etiquetas	Funcionan normalmente para apertura y cierre	X		
				Se evidencia deformación y/o doblados		X	
				Se evidencia corrosión		X	
LAZO PELVICO		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Correa o reata	Se observan rasgaduras, cortes o roturas			
				Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración			
				Las costuras estas libres de puntadas, estiradas o cortadas			
MOSQUETON		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Cuerpo	Se observa de desgaste excesivo o deformaciones			
				Se observan grietas			
				Se observa de corrosión			
				Se observa de deterioro general			
LINEA DE VIDA		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Anclaje	Se observa desgaste excesivo o deformaciones			
				Se observan grietas			
				Se observa corrosión			
				Se observa deterioro general			
			Cuerda	Se observa desgaste excesivo o deformaciones			
				Se observan hilos rotos o cortados			
				Certificación de la linea de vida			
				El diametro de la cuerda cumple con el requerido			
				Se observan residuos de pinturas, cambio de color o manchadas			
ASAP		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Cuerpo	El equipo presenta marcas, deformaciones, fisuras y corrosión			
			Rueda bloqueadora	La rueda se encuentra limpia y sin residuos			
				Hay ausencia de dientes o presentan desgaste			
				Gira uniformemente			
ABSORBEDOR		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Funda y cinta absorbedora	Se observan rasgaduras, cortes o roturas			
				Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración			
				Hay rastro de contacto con productos químicos			
				Se observan desgarros o costuras sueltas			
				La etiqueta indicadora de cáida esta desgarrada			
				La funda portege correctamente la cinta absorbedora			
			Puntos de conexión	Los evidencian hilos sueltos o deslachados			
ED		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Placa lateral movil	Presenta aplastamiento, deformaciones o fisuras			
				El estado del gatillo esta en buenas condiciones			
				La apertura y cierre es adecuada			
				Los remaches estan debidamente ajustados			
			Cuerpo	La leva y su eje esta desgastado			
				La rotación de la leva es apropiada			
				El pasio presenta algún tipo de marca o corrosión			
				El ordico de conexión se encuentra en condición adecuada			
				Los dientes se encuentran desgastados y/o sucios			
				El ordico de conexión se encuentra en condición adecuada			
TIE BACK		Fecha de fabricación: Marca:	Cinta, y puntos de enganche	Se observan cortes, desgastes, roturas			
				Hay rastro de contacto con productos químicos			
				Tiene hilos sueltos, flojos o cortados			
				Hay evidencia de marcas, fisuras, deformación y/o corrosión			

Nota. La inspección de los equipos de protección contra caídas debe ser realizada por el trabajador responsable. La periodicidad en el diligenciamiento del presente formato deberá ser como mínimo 2 veces al mes, sin embargo, es obligatorio que el trabajador cada vez que use el equipo realice una revisión informal de todos los componentes.

Firma del trabajador responsable

Firma de supervisor y/o jefe inmediato

Scanned with CamScanner

	CONSORCIO BELZCON PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	CODIGO SST-021 VERSIÓN: 00 FECHA: ENERO 2025

		VALIDO DESDE			VALIDO HASTA		
		DD	MM	AA	DD	MM	AA
CENRO DE TRABAJO / PROYECTO	Parque Santa clara.						
LUGAR EXACTO DONDE SE VA HA REALIZAR LA ACTIVIDAD	cancha sintetica futbol 8	20	02	25	20	02	25
ALTURA A LA QUE SE VA HA REALIZAR LA ACTIVIDAD	12 mts.	HORA DE INICIO 8:30PM.			HORA DE FINALIZACIÓN 10:30PM.		
TIPO DE TRABAJO A REALIZAR	Alumbramiento Luminarias						

DESCRIPCIÓN Y PASO A PASO DE LA ACTIVIDAD

Apuntamiento de luminarias en grama sintetica.

LA LABOR A EJECUTAR INCLUYE ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO A PARTE DE TRABAJO EN ALTURAS TALES COMO:

___TRABAJO EN CALIENTE ___ TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS ___ TRABAJO CON ENERGÍAS PELIGROSAS

OTRO: _____

LA ACTIVIDAD A EJECUTAR SE CLASIFICA COMO: X RUTINARIA ☐ NO RUTINARIA

HERRAMIENTAS REQUERIDAS PARA LA EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Herramienta menor de mano

DILIGENCIE CON C "SI CUMPLE", NC "NO CUMPLE", NA "NO APLICA" SEGÚN CORRESPONDA

C	NC	NA	ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL
X			CASCO TIPO ___ CLASE X CON X SIN __ BARBUQUEJO
X			PROTECCIÓN FACIAL Y OCULAR GAFAS DE SEGURIDAD X CARETA PROTECCION FACIAL ___ CARETA DE SOLDADOR ___
X			PROTECCIÓN AUDITIVA TIPO INSERCIÓN X TIPO COPA ___
X			PROTECCIÓN CUERPO OVEROL (PANTALON- CAMISA) JEAN X DRILL ___ IMPERMEABLE ___ CHAQUETA O PETO DE VAQUETA PARA SOLDAR ___
X			PROTECCIÓN MANOS GUANTES DE PROTECCION ANTICORTE: VAQUETA __ POLIURETANO X CARNAZA __ GUANTES DE PROTECCION TERMICO: PARA SOLDAR __ GUANTES DE PROTECCIÓN QUÍMICA: CAUCHO INDUSTRIAL __ TIPO MOSQUETERO __
X			PROTECCIÓN PIES BOTAS DIELECTRICAS X BOTAS DE CAUCHO CAÑA ALTA __ BOTAS TIPO SOLDADOR __

C	NC	NA	REQUISITOS TRABAJADOR(RES)
X			EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL APROBADO PARA TRABAJO EN ALTURAS
X			CERTIFICADO CAPACITACIÓN EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
X			SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE

C	NC	NA	PUNTOS DE ANCLAJE
		X	¿SI SE VA A TRABAJAR A SUSPENSIÓN LOS PUNTOS DE ANCLAJE CUMPLEN CON LA RESISTENCIA DE 5000 LB POR PERSONA?
		X	¿LOS PUNTOS DE ANCLAJE MÓVILES ESTÁN INSTALADOS DENTRO DE UNA ESTRUCTURA FIRME Y SÓLIDA?
		X	¿SE MANTIENE LÍNEA DE VIDA INSTALADA EN EL LUGAR?

C	NC	NA	MEDIDAS PREVENTIVAS PARA REALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD
X			REALIZAR CHARLA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
X			EVALUAR NECESIDADES DE UN OBSERVADOR / VIGIA
		X	MANTENER EXTINTOR MULTIPROPOSITO EN LAS PROXIMIDADES DEL LUGAR
		X	MANTENER CAMILLA Y BOTIQUIN PARA LA ATENCION DE EMERGENCIAS U OCURRENCIA DE ACCIDENTES
		X	EQUIP. DE MOVIMIENTO DE CARGA BLOQUEADOS, SEÑALIZADOS Y DEMARCADOS (QUE ACTUAN EN LAS PROXIMIDADES)
X			MANTENER SEÑALIZADA EL ÁREA DEBAJO DEL LUGAR DE TRABAJO.
		X	INSTALAR ILUMINACIÓN COMPLEMENTARIA
X			DEFINIR ACONDICIONAMIENTO Y DESTINO ADECUADO DE RCD GENERADOS EN LA EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD.
X			EVALUAR INTERFERENCIA / LUGAR ENERGIZADO O CON TRANSITO DE PERSONAS

C	NC	NA	SISTEMAS PREVENCION Y PROTECCION CONTRA CAIDAS
X			USAR ARNÉS DE SEGURIDAD CON ESLINGA. _____
X			VERIFICAR INSPECCIÓN PRÉ-USO DE EPCC (ARNES Y ESLINGA)
		X	USAR MALLA DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDA DE PERSONAS Y/O MATERIALES
X			INSTALAR ACCESO ADECUADO Y SEGURO
		X	UTILIZAR ANDAMIO ADECUADO Y APROBADO BAJO INSPECCIÓN PRE-USO
X			LAS ESCALERAS A UTILIZAR ESTAN DE ACUERDO AL TIPO, LONGITUD, MATERIAL, DISTANCIA DE SEGURIDAD Y RESISTENCIA QUE SE NECESITA, ADECUADAS Y APROBADAS BAJO INSPECCION PRE-USO

DOCUMENTOS ANEXOS AL PERMISO
REGISTRO DE CHARLA DE SEGURIDAD X
ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS) X
PROCEDIMIENTO PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD X
OTRO ¿CUÁL?: _____

OBSERVACIONES: _____

TÉRMINO DE RESPONSABILIDADES Y AUTORIZACION PARA EJECUCION DE LOS TRABAJOS: Declaro que soy conciente de mi responsabilidad y despues de tener evaluados los peligros inherentes al trabajo a ser realizado, autorizo su ejecución siempre seguido de las precauciones y definiciones acordadas en conjunto con el emisor y el ejecutante

RESPONSABLES	NOMBE Y APELLIDO	CEDULA	FIRMA
AUTORIZO LA ACTIVIDAD (Residente ó Encargado)	Andres f. Jimenez Villamil	1014234649	
AVALÓ (Inspector SST ó Coordinador de trabajo seguro en Alturas)	Andres f. Jimenez Villamil.	1014234649.	

Scanned with CamScanner

	CONSORCIO BELZCON PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	CODIGO: SST-021 VERSIÓN: 00 FECHA: ENERO 2025

LISTA DE CHEQUEO TRABAJO EN ALTURAS

DILIGENCIE CON C "SI CUMPLE" , NC "NO CUMPLE" , NA "NO APLICA" SEGÚN CORRESPONDA

REQUISITOS GENERALES ASPECTOS A VERIFICAR	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	
En caso de requerirse, ya diligenció los permisos de trabajo complementarios (Caliente, eléctricos, espacios confinados, etc.)?										X												
Se han revisado las condiciones de andamios multidireccional, andamio colgante, escaleras, izaje de cargas, bordes de losa y excavación profunda mayor a 2 mt según sea la actividad ?										X												
Si va a utilizar sustancias químicas, cuenta con los controles para su manipulación?										X												

ÁREA DE TRABAJO ASPECTOS A VERIFICAR	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	
En caso de que exista interferencia o simultaneidad con otras actividades se han tomado las medidas de prevención necesarias (procedimiento de comunicación, protecciones perimetrales, entre otros)?										X												
Se encuentra el área de trabajo en orden y aseo?										X												
Se controlaron los riesgos presentes en el sitio de trabajo?										X												

EPCC - SISTEMAS DE ACCESO Aspectos a Verificar	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	
Los equipos de protección personal requeridos son certificados y se encuentran en buen estado?										X												
Los equipos y/o herramientas a utilizar han sido revisados e inspeccionados previo al inicio de la actividad y estos se encuentran en buen estado?										X												
El Arnés cuenta con todas sus partes, hebillas, argollas, costuras, reatas, etiquetas, eslingas?, Estos elementos se encuentran en perfecto estado sin doblamientos, corrosión, cortaduras, quemaduras, costuras deshilachadas, fibras rotas, desgaste excesivo, deterioro o cualquier otra anomalía que impida el uso del mismo y además se encuentran debidamente contramarcados (etiquetados legibles)										X												
La línea de vida se encuentra libre de empates o añadiduras?										X												
La línea de vida se encuentra fijada a un punto de anclaje estructural?										X												
El sistema de prevención de caídas se encuentra protegido de aristas u otros factores que puedan comprometer su resistencia?										X												
Los sistemas de acceso son suficientes y se encuentran en buen estado?										X												
El sistema de acceso a utilizar esta de acuerdo al tipo, longitud, material, distancia de seguridad y resistencia que se necesita?										X												

ESTADO DE SALUD DEL TRABAJADOR

Aspectos a Verificar DILIGENCIE CON C "SI CUMPLE" , NC "NO CUMPLE"	T1		T2		T3		T4		T5		T6		T7		T8		T9		T10		T11		T12	
	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC
¿Se encuentra el trabajador en condiciones óptimas de salud para realizar el trabajo?	X		X																					
¿Se encuentra libre de los efectos de medicamentos que causen sueño, por ejemplo antigripales?	X		X																					

ENTRENAMIENTO- APTITUD-CONOCIMIENTOS DEL TRABAJADOR

Aspectos a Verificar DILIGENCIE CON C "SI CUMPLE" , NC "NO CUMPLE"	T1		T2		T3		T4		T5		T6		T7		T8		T9		T10		T11		T12	
	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC
¿La(s) persona(s) que va(n) a realizar la tarea cuenta con el certificado de capacitacion TSA y examen M.O que avale que puede realizar actividades en alturas?	X		X																					
¿La(s) persona(s) encargada(s) de ejecutar la tarea ha(n) recibido instrucciones de seguridad especificas para la labor a realizar?	X		X																					
¿La(s) persona(s) encargada(s) de ejecutar la tarea conoce el equipo de trabajo?	X		X																					

Scanned with CamScanner

	CONSORCIO BELZCON PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	CODIGO SST 021 VERSIÓN: 00 FECHA: ENERO 2025

TRABAJADORES AUTORIZADOS

En constancia de lo anterior firmo a satisfacción y declaro que he leído totalmente la lista de chequeo y que me encuentro en plenas condiciones físicas, mentales, emocionales y de salud en general para realizar las tareas que me han sido asignadas.

No	NOMBRE Y APELLIDO	CLASE DE DOCUMENTO Y NUMERO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
1	Fernando Lozano	9097308A4							
2	José Hernandez	1032 [illegible] 3146							
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
Vto/ Bno Inspector SST ó Coordinador de trabajo en alturas									
Vto/ Bno Residente ó Encargado									

Inspección final / Suspención del permiso / Cierre del permiso

¿SE CONCLUYO LA ACTIVIDAD?		¿SE REALIZO ORDEN Y ASEO A LAS AREAS INTERVENIDAS?	
SI [X]	NO [ ]	SI [X]	NO [ ]

SUSPENSIÓN DEL PERMISO			
CAUSA DE LA SUSPENSIÒN: _____			
FECHA DE LA SUSPENSIÒN			HORA DE LA SUSPENSIÒN
DD	MM	AA	___:___
RESPONSABLE DE LA SUSPENSIÒN			
NOMBRE Y APELLIDO			
CEDULA			
FIRMA			

AYUDANTE DE SEGURIDAD	
NOMBREY APELLIDO	Wilmer Bautista.
CEDULA	80027455
FIRMA	

CIERRE DEL PERMISO			
NOMBRE Y APELLIDO	Andres felipe Jimenez.		
CEDULA	1014231649		
FIRMA			
FECHA CIERRE			HORA CIERRE
DD	MM	AA	08:00 Pm
20	02	25.	

EN CASO SE EMERGENCIA U OCURRENCIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN E EMERGENCIAS	
NOMBRE Y APELLIDO	Paula A. Romero V.
CEDULA	1070785662.
CELULAR	3017270785.

Scanned with CamScanner

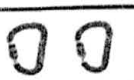
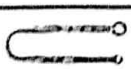
	GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: SST-FT-023 Versión: 00 FECHA: 13/01/2023
	Contrato de obra publica Nro	Página 1 de 1

INSPECCIÓN DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL CONTRA CAIDAS

Proyecto de ejecución: Contrato de obra publica Nro. **Fecha de Inspección:** 20/02/25

Datos del responsable de los equipos

Nombre: Yesid Martinez. **No. de documento:** 1082303946 **Cargo:** Tecnico. Electricista.

Descripción del equipo			Componente	Criterio de verificación	Bloquear SI / NO según corresponda		Observación
ARNES DE CUERPO ENTERO		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Correas o tirantes	Estan Libres de ajugeros	X		
				Las costuras se encuentran en buen estado	X		
				Estan sin grietas	X		
				Se observa estiramiento excesivo	X		
				Estan libres de quemaduras	X		
				Indicador de impacto intacto	X		
				Las etiquetas en buen estado y protegidas	X		
				Libres de contaminación por exposición a químicos y pinturas	X		
			Argollas, laterales, dorsal y pectoral	Se evidencia desgaste excesivo o deformaciones		X	
				Se observan grietas		X	
				Se observa corrosión		X	
				Se observa deterioro general		X	
			Hebillas	Se evidencia desgaste excesivo o deformaciones		X	
				Se observa picaduras y grietas		X	
				Se observa deterioro general		X	
				Se observa corrosión		X	
EslINGA DE POSICIONAMIENTO		Fecha de fabricación: Marca: Serial o referencia:	Correa o tirante	Se observan rasgaduras, cortes o roturas	X		
				Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración	X		
				Las costuras estas libres de puntadas, estiradas o cortadas	X		
			Ganchos	Se observan roturas o exposición de su contenido		X	
				Las uniones con la eslinga y el gancho se encuentra intactas	X		
			Etiquetas	Funcionan normalmente para apertura y cierre	X		
				Se evidencia deformación y/o doblados		X	
				Se evidencia corrosión			
LAZO PLANO		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Correa o tirante	Se observan rasgaduras, cortes o roturas			
				Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración			
				Las costuras estas libres de puntadas, estiradas o cortadas			
MOSQUETÓN		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Cuerpo	Se observa de desgaste excesivo o deformaciones			
				Se observan grietas			
				Se observa de corrosión			
				Se observa de deterioro general			
LINEA DE VIDA		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Anclaje	Se observa desgaste excesivo o deformaciones			
				Se observan grietas			
				Se observa corrosión			
				Se observa deterioro general			
			Cuerda	Se observa desgaste excesivo o deformaciones			
				Se observan hilos rotos o cortados			
				Certificación de la línea de vida			
				El diametro de la cuerda cumple con el requerido			
				Se observan resaltos de pinturas, cambio de color o manchadas			
ASAP		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Cuerpo	El equipo presenta muescas, deformaciones, fisuras y corrosión.			
			Rueda bloqueadora	La rueda se encuentra limpia y sin resaltos			
				Hay ausencia de dientes o presentan desgaste			
				Gira uniformemente			
ALARGADER		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Funda y cinta absorbedora	Se observan rasgaduras, cortes o roturas			
				Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración			
				Hay rastro de contacto con productos químicos			
				Se observan desgarros o costuras sueltas			
				La etiqueta indicadora de caída esta desgarrada			
				La funda protege correctamente la cinta absorbedora			
			Puntos de conexión	Los evidencian hilos sueltos o desilachados			
FD		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Placa lateral movil	Presenta aplastamiento, deformaciones o fisuras			
				El estado del gatillo esta en buenas condiciones			
				La apertura y cierre es adecuada			
				Los remaches estan debidamente apretados			
			Cuerpo	La leva y su eje esta desgastado			
				La rotación de la leva es apropiada			
				El patin presenta algun tipo de marca o corrosión			
				El ordeo de conexión se encuentra en condición adecuada			
				Los dientes se encuentran desgastados y/o nuevos			
				El ordeo de conexión se encuentra en condición adecuada			
ESLINGUE		Fecha de fabricación: Marca:	Cinta, y puntos de enganche	Se observan cortes, desgastes, roturas			
				Hay rastro de contacto con productos químicos			
				Tiene hilos sueltos, flojos o cortados			
				Hay evidencias de muescas, fisuras, deformación y/o corrosión			

Nota: La inspección de los equipos de protección contra caídas debe ser realizada por el trabajador responsable. La periodicidad en el diligenciamiento del presente formato deberá ser como mínimo 2 veces al mes, sin embargo, es obligatorio que el trabajador cada vez que vaya a realizar una actividad verifique el estado de todos los componentes

Firma del trabajador responsable

Firma de supervisor y/o jefe inmediato

Scanned with CamScanner

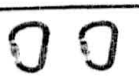
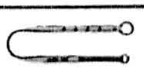
	GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: SST-FT-022
		Versión: 00
	Contrato de obra publica Nro.	FECHA: ENERO 2025
		Página 1 de 1

INSPECCIÓN DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL CONTRA CAIDAS

Proyecto de ejecución: Contrato de obra publica Nro. **Fecha de Inspección:** 20 / 02 / 25

Datos del responsable de los equipos

Nombre: Leonardo Vizcaino **No. de documento:** 8047 3084 **Cargo:** Tecnico electricista.

Descripción del equipo			Componente	Criterio de verificación	Marque SI/NO según corresponda		Observación
ARNES DE CUERPO ENTERO		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Correas o reatas	Estan Libres de agujeros	X		
				Las costuras se encuentran en buen estado	X		
				Estan sin grietas	X		
				Se observa estiramiento excesivo	X		
				Estan libres de quemaduras	X		
				Indicador de impacto intacto	X		
				Las etiquetas en buen estado y protegidas	X		
				Libres de corrosión por exposición a quimicos y pinturas	X		
			Argollas, laterales, dorsal y pectoral	Se evidencia desgaste excesivo o deformaciones		X	
				Se observan grietas		X	
				Se observa corrosión		X	
				Se observa deterioro general		X	
			Hebillas	Se evidencia desgaste excesivo o deformaciones		X	
				Se observa picaduras y grietas		X	
				Se observa deterioro general		X	
				Se observa corrosión		X	
ESLINGA DE POSICIONAMIENTO		Fecha de fabricación: Marca: Serial o referencia:	Correa o reata	Se observan rasgaduras, cortes o roturas	X		
				Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración	X		
				Las costuras estas libres de puntadas, estiradas o cortadas	X		
			Ganchos	Se observan roturas o exposición de su contenido		X	
				Las uniones con la eslinga y el gancho se encuentra intactas	X		
			Etiquetas	Funcionan normalmente para apertura y cierre	X		
				Se evidencia deformación y/o doblados		X	
				Se evidencia corrosión		X	
LAZO PRUSIK		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Correa o reata	Se observan rasgaduras, cortes o roturas			
				Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración			
				Las costuras estas libres de puntadas, estiradas o cortadas			
MOSQUETÓN		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Cuerpo	Se observa de desgaste excesivo o deformaciones			
				Se observan grietas			
				Se observa de corrosión			
				Se observa de deterioro general			
LINEA DE VIDA		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Anclaje	Se observa desgaste excesivo o deformaciones			
				Se observan grietas			
				Se observa corrosión			
				Se observa deterioro general			
			Cuerda	Se observa desgaste excesivo o deformaciones			
				Se observan hilos rotos o cortados			
				Certificación de la linea de vida			
				El diametro de la cuerda cumple con el requerido			
				Se observan residuos de pinturas, cambio de color o manchadas			
ASAP		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Cuerpo	El equipo presenta marcas, deformaciones, fisuras y corrosión			
			Rueda bloqueadora	La rueda se encuentra limpia y sin residuos			
				Hay ausencia de dientes o presentan desgaste			
				Gira uniformemente			
ABSORBER		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Funda y cinta absorbedora	Se observan rasgaduras, cortes o roturas			
				Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración			
				Hay rastro de contacto con productos quimicos			
				Se observan desgarros o costuras sueltas			
				La etiqueta indicadora de cáida esta desgarrada			
				La funda portege correctamente la cinta absorbedora			
			Puntos de conexión	Los evidencian hilos sueltos o desilachados			
TD		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Placa lateral movil	Presenta aplastamiento, deformaciones o fisuras			
				El estado del gatillo esta en buenas condiciones			
				La apertura y cierre es adecuada			
				Los remaches estan debidamente ajustados			
			Cuerpo	La leva y su eje esta desgastado			
				La rotación de la leva es apropiada			
				El patin presenta algún tipo de marca o corrosión			
				El orificio de conexión se encuentra en condición adecuada			
				Los dientes se encuentran desgastados y/o sucios			
				El orificio de conexión se encuentra en condición adecuada			
TIRFOR		Fecha de fabricación: Marca:	Cinta, y puntos de enganche	Se observan cortes, desgastes, roturas			
				Hay rastro de contacto con productos quimicos			
				Tiene hilos sueltos, flojos o cortados			
				Hay evidencia de marcas, fisuras, deformación y/o corrosión			

Nota. La inspección de los equipos de protección contra caídas debe ser realizada por el trabajador responsable. La periodicidad en el diligenciamiento del presente formato deberá ser como mínimo 2 veces al mes, sin embargo, es obligatorio que el trabajador cada vez que use el equipo realice una inspección informal de todos los componentes.

Luis Lozada.
Firma del trabajador responsable

Firma de supervisor y/o jefe inmediato

Scanned with CamScanner

STEEL CONCRET

FORMATO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

PERMISO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS GENERAL

Código: ST-TSA-XXX
Versión: XX
Fecha: 29/04/2025

1. Para poder iniciar las labores todas las respuestas deben ser afirmativas.
2. El no llenar este permiso es violatorio del manual de contratistas, dando lugar a la suspensión inmediata del trabajo.
3. El permiso aplica únicamente para un turno de trabajo.
4. Si las condiciones iniciales bajo las cuales se autorizó este permiso de trabajo cambian, se debe tramitar uno nuevo.
5. En los casos en que se marque no aplica se deberá sustentar el criterio en la casilla de observaciones.

OBRA O CENTRO DE TRABAJO: Palacio de los deportes

CONTRATISTA: Steelconcret UBICACIÓN: Cubierta SOLICITADO POR: Adolfo Salazar

HORA DE INICIO: 7:00 a.m. HORA FINAL: 5:00 p.m. (Vigencia por un turno de trabajo) SEMANA DEL: 24 AL 1 MES: 02-03 AÑO: 2025

ACTIVIDAD	DESCRIPCION DE LA TAREA:
Mantenimiento de cubierta	Instalacion de tornilleria en laminas de cubierta y aplicacion de impermeabilizante en laminas y canales /cambio de tuberia

	ALTURAS	Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
		SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA
1	El personal que realiza la actividad cuenta con capacitación específica para trabajo en altura?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
2	Las encargadas de realizar las labores se encuentran en condiciones anímicas y físicas saludables?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
3	Los equipos de protección personal usados tienen certificación y se encuentran en buen estado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
4	Los equipos a utilizar han sido revisados previo al inicio de la actividad y estos se encuentran en buen estado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
5	La línea de vida se encuentra libre de empates o añadiduras?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
6	La línea de vida se encuentra fijada a un punto de anclaje estructural?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
7	En sitios donde se realiza el trabajo se encuentra libre de riesgo eléctrico?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
8	Se encuentra señalizada y/o demarcada la zona de trabajo?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
9	El sistema de prevención de caídas se encuentra protegido de aristas u otros factores que puedan comprometer su resistencia?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
10	Se ha socializado la ficha de conocimiento básico específica para las tareas (andamio tubular, andamio colgante, escaleras, izaje de cargas, bordes de losa y excavación profunda mayor a 1.50 mt)	✓			✓			✓			✓			✓			✓					

	DATOS GENERALES	Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
		SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA
11	La(s) persona(s) encargada(s) de ejecutar la tarea ha(n) recibido instrucciones de seguridad específicas para la labor a realizar?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
12	Se cuenta con botiquín de primeros auxilios, inmovilizadores y camilla?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
13	La seguridad social de las personas que realizan la actividad esta disponible y se encuentra vigente?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
14	Se encuentra en óptimas condiciones de salud para realizar la labor?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
15	Se encuentra libre del efecto de sustancias psicoactivas que puedan alterar su estado de conciencia (medicamentos, drogas licor...)?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
16	Se encuentra libre de problemas que afecten su concentración (familiares, personales o laborales)?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
17	Quien va a realizar la labor tiene vigente el certificado de **aptitud médica para trabajos en alturas**?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
18	En caso de que exista interferencia o simultaneidad con otras actividades se han tomado las medidas de prevención necesarias (procedimiento de comunicación, protecciones perimetrales, entre otros)?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
19	En caso de requerirse, ya diligenció los permisos de trabajo complementarios (Caliente, eléctricos, espacios confinados...)?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					

Powered by CamScanner

STEEL CONCRETE

FORMATO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

PERMISO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS GENERAL

REGISTRO DE LAS PERSONAS AUTORIZADAS PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD

	NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA DE LOS TRABAJADORES Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1	Jhon Fredy H.	80764662	Jhon	Jhon	Jhon	Jhon	Jhon	Jhon	
2	Jairo castañeda	3856087				-			
3	Jorge Ariza	1098433333				-			
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
	Vo.Bo. Seguridad y Salud en el Trabajo:		Adolfo S	Adolfo S	Adolfo S	Adolfo S	Adolfo S		

Vo.Bo. Residente de obra:

Vo.Bo. OFICIAL DE OBRA: Jairo castañeda

Observaciones

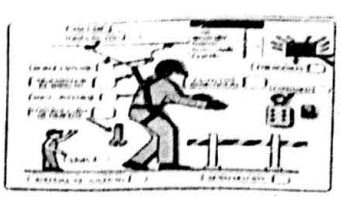
SISTEMA DE ACCESO

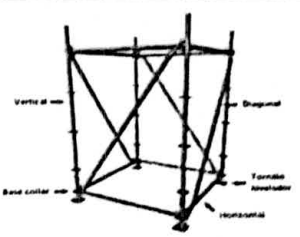
SISTEMA DE ACCESO	SI	NO	NA
Escalera asegurada a la estructura	✓		
Peldaños y larguerros en buen estado	✓		
Barandas en buen estados y adecuadas	✓		
Los andamios se encuentran inspeccionados, Certificados y en optimas condiciones?	✓		
Plataformas de andamios en optimas condiciones?	✓		
Superficies y bases nivaladas y limpias	✓		

SISTEMA DE RESCATE

SISTEMA DE RESCATE	SI	NO	NA
Sistema de poleas	✓		
Linea de vida con tradicción automatica		✓	
Tripode	-	✓	
Sistema de autorescate		✓	
Protocolo de rescate en alturas	✓		

Señale en la siguiente figura los elementos de protección personal requeridos para realizar la actividad





Powered by CamScanner

STEEL CONCRET	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	VESIÓN: CODIGO: FECHA: 11/2024

ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS — **Nº PERMISO:**

UBICACIÓN:	Palacio de los deportes			
FECHA DE INICIO:	24 febrero 2025	**FECHA DE TERMINACIÓN**	01 marzo 2025	**LA ALTURA APROXIMADA A LA CUAL SE VA A REALIZAR**
HORA DE INICIO	7:00 am	**HORA FINAL**	5:00 pm	10 m
ACTIVIDAD	Mantenimiento de cubierta - cambio de tuberia			
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	Instalacion de tornilleria en laminas de cubierta, aplicacion de silicona e impermeabilizacion, cambio de tuberia de bajantes			

INDENTIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES DE RIESGO

ALREDEDORES (Evidenciar las condiciones de los lugares de trabajo para establecer los controles necesarios)		**HERRAMIENTAS Y EQUIPOS** (Establecer cuales son los equipos necesarios para ejecutar el trabajo)		**EPP REQUERIDOS** (Determinar los EPP necesarios para desarrollar la tarea para exigirlos en el permiso de trabajo)	
☐Ruido	☑Quimicos	☑Herr. de Mano	☐Bombas	☑ Gafas de Seguridad	☑Casco
☐Iluminación	☑Material con filo	☐Opera con Aire	☐Mangueras	☑Linea de vida	☐Careta
☑Ventilación	☐Congestión	☐Generador	☑Andamio	☑Guantes	☐Respirador
☐Trabajos Encima	☐Caminos	☑Escaleras	☐Equipo Movil	☑Arnés de Seguridad	☐Equipo Lava Ojos
☑Areas Punteadas	☐Guayas/cables	☑Extintor de Fuego		☑Calzado Seguridad	☐Protección Auditiva
☑Resbaloso/Caidas	☑Clima	☐Herramienta Inusual		☑Eslingas de posicionamiento	
☐Muelle/Agua	☐Combustibles	☑Herr. Eléctrica/ Extensiones Eléctricas		☑	
☐Líneas Alto Voltaje		☐Grúa / Malacate / Winche/ Pluma		☑Ropa Protectora para Cortadas/Soldadura	
☐Cables Enterrados/Tuberias/Otros		☐Guayas para cargar		☑Freno de seguridad/mosqueton	
☐Otros _____		☐Circuito Interruptor/Tierra		☐Otros _____	
		☐Otros _____			

PRUEBAS (Realizar las pruebas ambientales necesarias para minimizar la exposicion a riesgos higienicos)		**NOTIFICACIONES** (Realizar las notificaciones necesarias sobre los posibles impactos por la realizacion de la tarea)		**IDENTIFICACION DE RIESGOS** (Definir los riesgos a los cuales se pueden exponer los trabajadores durante la ejecucion de la tarea)	
☐Monitoreo de Gases/Prueba de Gases		☑Cliente(s)	☑IH/Ambiental	☐Corto Eléctrico	☑ Caida personas
☐Benzeno	☐Voltímetro	☐Dept. Bomberos	☐Supervisor Sitio	☑ Riesgo de Caida objetos	☐Soldadura
☐Otros _____		☑ Población trabajadora		☐volcamiento	
		☑PoblaciónTranseunte		☐Otros _____	
		☐Otros			

PRODUCTOS y/o MATERIALES (Determinar los materiales y productos necesarios para la realizacion de la tarea y tener a mano las fichas de seguridad de los productos)	**REQUERIMIENTOS Y PERSONAL ESPECIALIZADOS** (Se debe determinar antes de iniciar la tarea los requerimientos de procedimientos, equipos y personal especializado requerido)	**OTROS**
	☐Soldador	☑Procedimientos seguros
	☐Operador de Equipo	☑Consideraciones Ambientales
	☐Supervisores	☑Inspecciones de Equipos
	☐Otros _____	☐Otros _____

VERIFICACION DEL ESTADO DE SALUD Y OTROS REQUERIMIENTOS

ITEM	*CONDICIÓN DE SALUD*	SI	NO
1	Se le practico y aprobo el examen medico para trabajo en alturas hace menos de un año?	✓	
2	Ha consumido medicamentos en las ultimas 24 horas? Cuales?		✓
3	Sufre de epilepcia, mareos o vertigo?		✓
4	Sufre de miedo a las alturas? (Acrofilia)		✓
5	Esta certificado en trabajo en alturas?	✓	
6	Declara y certifica que esta afiliado y tiene su seguridad social al dia (EPS, ARL, AFP)?	✓	
7	Declara que no esta en estado de embarazo?	✓	
8	Declara que no se encuentra en estado de embriaguez y que no ha consumido alcohol ni sustancias Psicoactivas en las ultimas 24 Horas?	✓	
9	Declara alguna condicion de salud que no se menciona y que puede afectar su desempeño laboral?		✓
10	Se verifico que los certificados de trrabajo en alturas provengan de pistas certificadas por el Min. De Trabajo según Resolucion 1178 de 2017	✓	

Observaciones puntuales o restricciones particulares de salud:

Powered by CamScanner

ITEM	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CEDULA	CARGO	FIRMA
1	Jhon Fredy Riveras	80764602	Ayudante	
2	Mario Castañeda	3756082	Operador	
3	Jorge Cruz	1094843533	Auxiliar	
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

ELABORADO Y SUPERVISADO POR: Adolfo Salazar

ENCARGADO EN OBRA			
NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
JORGE CARDENAS	1379986418	IN GENIERO	

ENCARGADO DEL SST y/o COORDINADOR DE ALTURAS			
NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
BRENDA ORTEGA Adolfo Salazar	1000422649 80 857096	SST- COORDINADORO	Adolfo S.

DETERMINACIÓN DEL TRABAJO

El trabajo ha sido terminado y todas las personas bajo mi supervición, materiales y equipos han sido retirados.

Nombre completo del SISO o Responsable: Adolfo Salazar CEDULA 80 857 096 FIRMA Adolfo S.

Powered by CamScanner

STEEL CONCRET	INSPECCION PARA TALADRO		SST - IP- 010 Version 0 Pag 1 de 1
LOCALIZACION: Palacio de los deportes	MODELO:	Marca: Makita	FECHA: 24-02-25

PERIODO: 24 febrero 2025 DEL 2025 AL 01 marzo DE 2025

DESCRIPCION	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
SE VERIFICO EL ESTADO DE CONEXIONES ELECTRICAS (EXTENCIONES, CABLES, TOMA)	/		/		/		/							
ESTADO DE INSTALACION DEL PORTABROCA (INSERTACION)	/		/		/		/							
CUENTA CON ACOPLES ADECUADOS PARA LOS ACCESORIOS	/		/		/		/							
ESTADO E INSTALACION DEL LA BATERÍA	/		/		/		/							
ESTADO DEL INTERUPTOR DE INCENDIO Y SU SEGURO	/		/		/		/							
ESTADO DE LA EMPUÑADURA	/		/		/		/							
SE UTILIZA ACCESORIO APROPIADO	/		/		/		/							
SE UTILIZA ACCESORIO APROPIADDO PARA LA TAREA	/		/		/		/							
ESTADO GENERAL DEL TALADRO (FISURAS, ROPTURAS, ASEO, ETC.)	/		/		/		/							
SE UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR	/		/		/		/							
SE HAN INSTALADO BARRERAS Y/O AISLAMIENTOS APROPIADOS	/		/		/		/							
ESTADO DE LA BROCA, COPA	/		/		/		/							

FIRMA DIARIA DEL OPERADOR		LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
NOMBRE	CEDULA							
Jhon Fredy Hidalgo	80764[illegible]	/	JHON	JHON	JHON			
Jairo castañeda	3256[illegible]	/	[illegible]	[illegible]	—			
Jorge Arias	1098[illegible]	/	[illegible]	[illegible]	—			

☐ SI ☐ NO INSPECCIONADO POR: Adolfo Salazar

Obsevación:

NOTA IMPORTANTE: La inspección preoperacional debe realizarla **UNICAMENTE** el **OPERADOR** del Equipo.
En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle al JEFE DE MAQUINARIA quien tomará la decisión más segura.

Powered by CamScanner

	CONSORCIO BELZCON ANALISIS DE TRABAJO SEGURO	Codigo SST-FT-017 Version 00 Fecha ENERO 2025

Marque dentro de los cuadros SI / NO /NA según el caso. Si alguna de las verificaciones a las preguntas es "NO", NO SE DEBERA INICIAR EL TRABAJO HASTA TANTO NO SE SOLUCIONE LA SITUACIÓN.

SECCIÓN 1 - PERMISO DE TRABAJO INFORMACIÓN GENERAL- Completar en todos los Permisos

1.1 Causales para la suspensión del Permiso: LA OCURRENCIA DE UNA SITUACIÓN DE ALERTA, EXPLOSIÓN, INCENDIO, SEÑAL DE EVACUACIÓN U ORDEN EXPRESA DE LA PERSONA QUE AUTORIZA, DETERMINA LA SUSPENSIÓN DEL MISMO. Indique otras causales si las hay:

1.2 Fecha de autorización del permiso: Valido Desde: 24/09/2025 Hora: 8:00 am Hasta: 25/01/2025 Hora: 5:00 PM

1.3 Obra y lugar donde se realiza el trabajo: Parque florencia cancha futbol 8 sintetica

1.4 Contratista: Iluminarc sas

1.5 Descripción de la actividad a realizar: desmonte e instalacion de 4 luminarias metal halide de 1000w y corte de redaños en poste

SECCIÓN 2 -LAS LABORES INCLUYEN ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO COMO

Trabajo en caliente	SI / NO	Trabajo en alturas	SI / NO	Espacios confinados	SI / NO	Energías peligrosas	SI / NO	OTRO	Cual
			X				X		

SECCIÓN - ETAPAS BÁSICAS PARA REALIZAR LA TAREA

2.1 Escribe el paso a paso de la actividad a realizar, marca con una X los riesgos, consecuencias y controles que se tienen en la actividad

SECUENCIA ORDENADA DE PASOS (Procedimiento)	PELIGRO (Fuente o Situación)		CONSECUENCIAS	CONTROLES REQUERIDOS (Preventivos, Proyectivos y Reactivos)
1) Alistamiento de herramientas y equipos	FISICOS	X Ruido	X Pérdida de la audición (Hipoacusia), estrés laboral	X Uso de protección auditiva, , mantenimiento a los equipos que generen ruido.
2) Alistamiento de EPCC aptos		Iluminación inadecuada	X Fatiga visual, cefalea, disminución de la destreza y precisión, estrés, perdida capacidad visión	X Instalación de iluminación adicional, programa mantenimiento luminarias
3) charla Pleo-Relacional		X Temperaturas extremas y humedad	X Disminución de la destreza manual e intelectual, congelación de miembros y/ó calambres, agotamiento, deshidratación, golpe de calor, quemaduras	Realizar mediciones ambientales, análisis de puestos de trabajo. Aprovechar ventilación natural en los sitios de trabajo
4) Traslado al Punto de trabajo y Reconocimiento		X Radiación no ionizante (UV)	X Alteraciones de la piel, deshidratación, alteración en algunos tejidos blandos (ojos).	X Elementos de protección personal: Chaleco planeado, protector de cuello planeado, protector de gónadas planeado. Careta para protección de soldadura, protector solar
		Radiación ionizante	X Dermatitis en manos, cataratas, cáncer, etc	X Elementos de protección personal individual acorde a las actividades a realizar
		Vibraciones	X Calambres, hormigueo, disminución de la fuerza de agarre	X Mantenimiento y amortiguación de máquinas y equipos.
	BIOLÓGICO	X Bacterias, virus, hongos. Contacto con fluidos corporales y secreciones	Dermatosis, reacciones alérgicas, enfermedades infecto contagiosas, alteraciones en los diferentes sistemas, muerte	X Uso de guantes, tapabocas, bota, gafas. Lavado de manos, control de aguas estancadas, aplicación de normas universales de bioseguridad
		X Inhalación de virus	X Enfermedades humanas comunes provocadas por virus incluyen el resfriado, la gripe, la varicela y el herpes simple. Así como enfermedades graves tales como el ébola, el sida, la gripe aviar y el SARS son causadas por virus.	X Limpieza y desinfección de áreas, Uso de elementos de bioseguridad, cumplimiento de PAPSO
	BIOMECANICO	X Posturas prolongadas, mantenidas, forzadas	X Desórdenes de trauma acumulativo, lesiones del sistema músculo esquelético, fatiga, alteraciones lumbares, dorsales, cervicales y sacras, alteraciones del sistema vascular	X Practicas adecuadas de higiene postural, fortalecimiento muscular, pausas activas, participación en el programa Multivita, reporta de condiciones inseguras, ciamentos ergonómicos
		X Manipulación que incluya levantamiento, descenso, transporte, tracción o empuje de objetos pesados.	X Lesiones musculo esqueléticas.	X Manejo adecuado de pertenes y cargas, fortalecimiento muscular, higiene postural al levantamiento de cargas, pausas activas, reporta de condiciones inseguras, ciamentos ergonómicos
		X Movimiento repetitivo	X Lesiones musculo esqueléticas.	X Higiene postural al levantamiento de cargas, pausas activas, reporta de condiciones inseguras, ciamentos ergonómicos
	CONDICIONES DE SEGURIDAD	X Eléctrico	X Paro cardiaco, paro respiratorio, fibrilación ventricular, tetanización, quemaduras severas, shock eléctrico, muerte	X Mantenimiento de redes y equipos eléctricos. Uso de guantes dieléctricos y botas dieléctricas. Aislamiento y señalización de las cajas eléctricas identificación de voltajes y canalización de cables. Reparaciones eléctricas por parte de personal autorizado
				No sobrecargar las conexiones eléctricas y las tomas de corriente o extensión eléctrica.
		X Caídas a distinto nivel	X Golpes, heridas, contusiones, fracturas, esguinces, luxaciones, muerte	X Permiso de trabajo seguro en alturas. Uso de EPCC adecuados para la actividad, certificado de entrenamiento en trabajo en alturas. Los trabajos a diferente nivel deben ser realizados por personal idóneo con el entrenamiento requerido y los EPP indicados y se deben emplear las herramientas y los equipos correctos.
		X Caídas al mismo nivel	X Traumas del sistema osteomuscular, heridas , golpes contusiones, muerte.	X Realizar el acceso seguro por escaleras portátiles, andamios ytó plataformas en buen estado y certificado.
		X Espacios confinados	X Asfixia, sofocamiento, choques eléctricos, caídas y fatiga por el calor, atrapamientos, intoxicaciones por atmosferas peligrosas, muerte	X Capacitación, uso de pasamanos y calzado adecuado. No hablar por celular al caminar. Aplicación de normas de autocuidado para la prevención de caídas y resbalones, reporta de condiciones inseguras.
				X Uso de escaleras portátiles doble cuerpo e tijera certificadas
		Trabajo en caliente	X Heridas, golpes, contusiones, laceraciones, electrocución, lumbagos, pérdida de audición, intoxicaciones, muerte	Permiso de trabajo ene espacio confinado. Usuario de EPCC, certificado de entrenamiento en espacios confinados, permiso de trabajo, equipos de iluminación y acompañante, sistemas de drenaje, análisis de atmósferas. Estos trabajos deben ser realizados por personal idóneo con el entrenamiento requerido y los EPP indicados.
		X Mecánico golpeado, golpeado contra, atrapamiento,manipulación de herramientas corte punzantes, proyección de partículas, superficies calientes	X Heridas, amputaciones, trastornos de tejidos blandos, golpes, fracturas, muerte, quemaduras	Permiso trabajo en caliente. Uso de guantes, careta facial, protección respiratoria, mampara de protección para soldadura, botas de seguridad, polainas, permiso de trabajo. Estos trabajos deben ser realizados por personal idóneo con el entrenamiento requerido y los EPP indicados.
		X Locativo	X Golpes, heridas, contusiones, fracturas, esguinces, luxaciones, muerte	X Mantenimiento de máquinas, uso de EPP (guantes, gafas, casco, calzado de seguridad, caretas). Aplicación de normas de autocuidado.
		X Público .ntios agresiones asaltos.	X Muerte, agresiones verbales y físicas, heridas, estrés laboral.	X Mantenimiento preventivo y correctivo a las instalaciones Programa orden y aseo (distribución de espacios, señalización, demarcación, ubicación de oficinas).
		Accidentes de tránsito	X Golpes, traumas, muerte, fracturas	X Personal de vigilancia, reporte oportuno de situaciones dentro de la obra, capacitación en el manejo de situaciones difíciles y autocuidado, formación periódica en temas de riesgo público.
				X Formación al personal en medidas de prevención en normas de seguridad vial. Programa de mantenimiento preventivo de vehículos.
5) Instalación de señalización y delimitación de area de trabajo				
6) uso de EPP y EPCC				
7) Procedimiento para trabajo en alturas				
8) desmonte e instalación de 4 luminarias y corte de Pel-daños				
9) Proceso de desenso				

Scanned with CamScanner

(10) Limpieza y aseo

(11) Reporte de la actividad

QUIMICO	☐ Contacto con sustancias irritantes	☐ Quemaduras, dermatitis, reacciones alérgicas Asfixia alteraciones del sistema nervioso central, paros cardiorrespiratorios, muerte	☐	Implementación Programa manejo seguro de sustancias peligrosas Almacenamiento adecuado de los productos químicos, conocer las hojas de seguridad de los químicos y su manipulación de manera segura antes de utilizarlos, evitar cantidades innecesarias en las áreas de almacenamiento, identificación de los productos químicos, contar con kit de derrames uso de EPP (careta con filtro de cartucho químico gafas, botas, guantes) compañero de extracción, capacitar al personal en el manejo de sustancias peligrosas, identificación de peligros , fichas de seguridad matrices de compatibilidad y demás componentes del programa
	☒ Inhalación de gases, humos metálicos y no metálicos y vapores	☐ Dependa del agente químico	☐	
	☒ Inhalación de material particulado	☒ Afecciones respiratorias y cardiacas	☐	
PSICOLOGICO Y AMBIENTAL	☐ Acumulación de basuras	☒ Infecciones, Intoxicaciones	☒	Separacion de residuos y reciclaje
	☒ Condiciones intralaborales	☒ Estrés, enfermedades psicosomáticas, ansiedad y depresión	☒	Apoyo del jefe o supervisor, manejo del tiempo, planeación y organización, claridad del rol, autonomía en el trabajo, apoyo de los compañeros, evaluación de desempeño, trabajo en equipo, conciliación vida laboral-familiar, educación interfase persona-tarea, condiciones de la tarea Estrategias de afrontamiento del estrés
NATURAL	☒ Probabilidad de lluvia	☒ Resfriado, malestar general, viruela	☒	Suspender actividades en lugares abiertos
	☒ probabilidad de Sismo	☒ Fracturas, lesiones, muerte	☒	resguardarse y seguir el plan de emergencia

Verifique que se haya considerado dentro del ATS todos los peligros y las medidas de control están implementadas (marque NA si el peligro no está presente en el área)

2.2 EPP - SEÑALIZACION Verificar — SI | NO | NA

Inspecciones antes y despues de cada uso el estado de los EPP / Sistemas de prevención y protección, necesarios para realizar la actividad de forma segura, con base en el ATS, abstengase de utilizar EPP / Sistemas de prevención y protección en mal estado, deteriorados y sin certificación. Informe a su jefe inmediato cualquier anomalia encontrada

Ropa	SI	NO	NA
Overol de trabajo		X	
Overol Ignifugo. Categoria		X	
Polo		X	
Manguillas		X	
Polainas		X	
Otro (Cual)		X	

Protección respiratoria	SI	NO	NA
Respirador con cartuchos para		X	
Mascarilla desechable para		X	
Otro (Cual)		X	

Protección cabeza	SI	NO	NA
Casco Tipo__ Clase__ SIN__ CON__ Barbuquejo		X	
Chavo en tela o carnaza		X	

Protección de pies y piernas	SI	NO	NA
Botas de seguridad con puntera	X		
Botas dieléctricas		X	
Otro (Cual)		X	

Protección auditiva	SI	NO	NA
Tipo Insercion		X	
Tipo copa		X	

Sistema / Equipo de Prevención - Protección Contra Caida y Espacios Confinados	SI	NO	NA
Arnés, Tipo		X	
Mosquetón		X	
Eslinga, Tipo		X	
Linea de vida, Tipo		X	
Freno/Arrestador		X	
Punto de anclaje (Cual)		X	

Protección facial y ocular	SI	NO	NA
Careta lente neutro			X
Monogafas / Gafas		X	
Gafas de oscorta		X	
Careta de soldador		X	
Careta de dieléctrica, clase		X	
Otro (Cual)		X	

Autorretráctil	SI	NO	NA
		X	
Tie-off		X	
Baranda con rodapiés		X	
Sistema de acceso (Cual)		X	
Trípode / pescante		X	
Otro (Cual)		X	

Barrera/Señales de advertencia	SI	NO	NA
Peligro Trabajo	X		
Precaución	X		
Demarcación Perimetral	X		
Otro (Cual)	X		

Guantes	SI	NO	NA
Protección mecánica	X		
Protección dieléctrica		X	
Protección química		X	
Otro (Cual)		X	

Otros	SI	NO	NA
Tapete dieléctrico		X	
Pértiga		X	
Otro (Cual)		X	

1.8 NOTIFICACIÓN: El personal del área potencialmente afectado y los trabajadores vecinos fueron notificados del trabajo a realizar — SI | NO | NA: X

1.9 EMERGENCIAS: Recordar y verificar

	SI	NO	NA
A.- Las emergencias potenciales que pueden ocurrir			X
B - Los procedimientos establecidos para tales situaciones		X	
C - Rutas de Evacuación		X	
D - Puntos de encuentro			X
E.- Ubicación de equipos de emergencia en el sitio de trabajo (camilla, botiquin, extintor)			X
F.- Ubicación de Brigadistas cercanos			X

SECCION 3- OBSERVACIONES / SUPERVISIÓN

SECCION 4- FIRMAS

(1) Los abajo firmantes somos conscientes de los riesgos relacionados con la ejecución del trabajo, así como de las medidas preventivas determinadas con el fin de realizar el trabajo de forma segura, asumiendo el compromiso de cumplir con las especificaciones de seguridad contenidas en este documento, utilizar los equipos de protección personal y ejecutar solamente los servicios o actividades cubiertos por esta autorización. Así mismo manifiesto mi buen estado de salud para el desarrollo de las actividades.
(2) Se verifican certificados de aptitud médica para Trabajos en alturas y espacios confinados, según aplique, con fecha de expedición inferior a un año, se anexan soportes a este permiso
(3) Se verifican competencias - entrenamiento para TSA, TEC, trabajo en caliente, energías peligrosas, operación de equipo o maquinaria, trabajos con energía eléctrica; según aplique, se anexan soportes a este permiso
(4) Se verifican el estado de afiliación al sistema de seguridad social (EPS, ARL, Fondo de Pensiones), se anexan soportes a este permiso
(5) Para espacios confinados aplican lo siguientes ROLES Trabajador Entrante, Vigia, Supervisor

NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Cindy Andrea Lo	80859114	Tecnico el	/	/	/	/			
Giovanny Enrique	1013661060	Tecnico el					Giovanny	Giovanny	
Reinel Rojas	79764999	Tecnico el					Reinel R	Reinel R	

SECCION 9- AUTORIZACIONES DIARIAS

He tenido conocimiento de la actividad que se realizará en mi área a cargo, validé las recomendaciones descritas en el cuerpo del PERMISO DE TRABAJO Y ATS, realicé inspección de seguridad del área donde se realizará el trabajo (incluir áreas o actividades vecinas), Alerté sobre los riesgos específicos del lugar donde se realizará el trabajo Se garantizar que las recomendaciones de SST descritas y consignadas serán cumplidas. Verifiqué las buenas condiciones de los equipos y herramientas que serán utilizados Me aseguré que las personas implicadas están calificadas para la ejecución del servicio y conocen las reglas de seguridad aplicables al trabajo, los procedimientos, normas, políticas aplicables, el plan de emergencias

NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Andres Felipe Jimenez	1014739644	Ing Electri	/	/	/	/			

SECCION 10- CIERRE

	SI	NO	NA
Se informo al responsable del área sobre la culminación de las actividades.		X	
Área despejada, y aseada demarcación retirada		X	
Se retiraron todos los dispositivos de bloqueo(candados y tarjetas)		X	

Fecha de Cierre — Hora de Cierre 25-01-25 5:00 Pm

Scanned with CamScanner

	CONSORCIO BELZCON PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	CODIGO SST-021 VERSIÓN: 00 FECHA: ENERO 2025

		VALIDO DESDE			VALIDO HASTA		
		DD	MM	AA	DD	MM	AA
CENRO DE TRABAJO / PROYECTO	Parque la Floresta	24	01	25	25	01	25
LUGAR EXACTO DONDE SE VA HA REALIZAR LA ACTIVIDAD	cancha futbol 8	HORA DE INICIO			HORA DE FINALIZACION		
ALTURA A LA QUE SE VA HA REALIZAR LA ACTIVIDAD	16 mts	8:00 am			5:00 PM		
TIPO DE TRABAJO A REALIZAR	Mantenimiento						

DESCRIPCIÓN Y PASO A PASO DE LA ACTIVIDAD

Desmonte e instalación de 4 luminarias metal halide de 1000 w y corte de peldaños en poste

LA LABOR A EJECUTAR INCLUYE ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO A PARTE DE TRABAJO EN ALTURAS TALES COMO:

___TRABAJO EN CALIENTE ___ TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS ___ TRABAJO CON ENERGÍAS PELIGROSAS

OTRO: _____

LA ACTIVIDAD A EJECUTAR SE CLASIFICA COMO: X RUTINARIA ___ NO RUTINARIA

HERRAMIENTAS REQUERIDAS PARA LA EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD

herramienta menor de mano.

DILIGENCIE CON C "SI CUMPLE" , NC "NO CUMPLE" , NA "NO APLICA" SEGÚN CORRESPONDA

C	NC	NA	ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL
X			CASCO TIPO _X_ CLASE ___ CON _X_ SIN __ BARBUQUEJO
X			PROTECCIÓN FACIAL Y OCULAR GAFAS DE SEGURIDAD _X_ CARETA PROTECCION FACIAL ___ CARETA DE SOLDADOR ___
X			PROTECCIÓN AUDITIVA TIPO INSERCIÓN _X_ TIPO COPA ___
X			PROTECCIÓN CUERPO OVEROL (PANTALON- CAMISA) JEAN _X_ DRILL ___ IMPERMEABLE ___ CHAQUETA O PETO DE VAQUETA PARA SOLDAR ___
X			PROTECCIÓN MANOS GUANTES DE PROTECCION ANTICORTE: VAQUETA __ POLIURETANO _X_ CARNAZA __ GUANTES DE PROTECCION TERMICO: PARA SOLDAR ___ GUANTES DE PROTECCIÓN QUÍMICA: CAUCHO INDUSTRIAL __ TIPO MOSQUETERO __
X			PROTECCIÓN PIES BOTAS DIELECTRICAS _X_ BOTAS DE CAUCHO CAÑA ALTA __ BOTAS TIPO SOLDADOR __

C	NC	NA	REQUISITOS TRABAJADOR(RES)
X			EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL APROBADO PARA TRABAJO EN ALTURAS.
X			CERTIFICADO CAPACITACIÓN EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
X			SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE

C	NC	NA	PUNTOS DE ANCLAJE
		X	¿SI SE VA A TRABAJAR A SUSPENSIÓN LOS PUNTOS DE ANCLAJE CUMPLEN CON LA RESISTENCIA DE 5000 LB POR PERSONA?
		X	¿LOS PUNTOS DE ANCLAJE MÓVILES ESTÁN INSTALADOS DENTRO DE UNA ESTRUCTURA FIRME Y SÓLIDA?
		X	¿SE MANTIENE LÍNEA DE VIDA INSTALADA EN EL LUGAR?

C	NC	NA	MEDIDAS PREVENTIVAS PARA REALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD
X			REALIZAR CHARLA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
X			EVALUAR NECESIDADES DE UN OBSERVADOR / VIGIA.
		X	MANTENER EXTINTOR MULTIPROPOSITO EN LAS PROXIMIDADES DEL LUGAR.
		X	MANTENER CAMILLA Y BOTIQUIN PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS U OCURRENCIA DE ACCIDENTES
		X	EQUIP. DE MOVIMIENTO DE CARGA BLOQUEADOS, SEÑALIZADOS Y DEMARCADOS (QUE ACTÚAN EN LAS PROXIMIDADES)
X			MANTENER SEÑALIZADA EL ÁREA DEBAJO DEL LUGAR DE TRABAJO.
		X	INSTALAR ILUMINACIÓN COMPLEMENTARIA
X			DEFINIR ACONDICIONAMIENTO Y DESTINO ADECUADO DE RCD GENERADOS EN LA EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD.
X			EVALUAR INTERFERENCIA / LUGAR ENERGIZADO O CON TRANSITO DE PERSONAS.

C	NC	NA	SISTEMAS PREVENCION Y PROTECCION CONTRA CAIDAS
X			USAR ARNÉS DE SEGURIDAD CON ESLINGA: _____
X			VERIFICAR INSPECCIÓN PRÉ-USO DE EPCC (ARNES Y ESLINGA)
		X	USAR MALLA DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDA DE PERSONAS Y/O MATERIALES
X			INSTALAR ACCESO ADECUADO Y SEGURO.
		X	UTILIZAR ANDAMIO ADECUADO Y APROBADO BAJO INSPECCIÓN PRE-USO
X			LAS ESCALERAS A UTILIZAR ESTAN DE ACUERDO AL TIPO, LONGITUD, MATERIAL, DISTANCIA DE SEGURIDAD Y RESISTENCIA QUE SE NECESITA, ADECUADAS Y APROBADAS BAJO INSPECCION PRE-USO

DOCUMENTOS ANEXOS AL PERMISO:
REGISTRO DE CHARLA DE SEGURIDAD X
ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS) X
PROCEDIMIENTO PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD X
OTRO ¿CUÁL?: _____

OBSERVACIONES: _____

TÉRMINO DE RESPONSABILIDADES Y AUTORIZACION PARA EJECUCION DE LOS TRABAJOS: Declaro que soy conciente de mi responsabilidad y despues de tener evaluados los peligros inherentes al trabajo a ser realizado, autorizo su ejecución siempre seguido de las precauciones y definiciones acordadas en conjunto con el emisor y el ejecutante.

RESPONSABLES	NOMBE Y APELLIDO	CEDULA	FIRMA
AUTORIZÓ LA ACTIVIDAD (Residente ó Encargado)	Andres f Jimenez V.	1014239649	
AVALÓ (Inspector SST ó Coordinador de trabajo seguro en Alturas)	Andres f Jimenez V	1014239649	

Scanned with CamScanner

	CONSORCIO BELZCON PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	CODIGO:SST-021 VERSIÓN: 00 FECHA: ENERO 2025

LISTA DE CHEQUEO TRABAJO EN ALTURAS

DILIGENCIE CON C "SI CUMPLE" , NC "NO CUMPLE" , NA "NO APLICA" SEGUN CORRESPONDA

REQUISITOS GENERALES ASPECTOS A VERIFICAR	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	
En caso de requerirse, ya diligenció los permisos de trabajo complementarios (Caliente, eléctricos, espacios confinados, etc.)?													X			X						
Se han revisado las condiciones de andamios multidireccional, andamio colgante, escaleras, traje de cargas, bordes de losa y excavación profunda mayor a 2 mt según sea la actividad ?													X			X						
Si va a utilizar sustancias químicas, cuenta con los controles para su manipulación?													X			X						

ÁREA DE TRABAJO ASPECTOS A VERIFICAR	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	
En caso de que exista interferencia o simultaneidad con otras actividades se han tomado las medidas de prevención necesarias (procedimiento de comunicación, protecciones perimetrales, entre otros)?													X			X						
Se encuentra el area de trabajo en orden y aseo?													X			X						
Se controlaron los riesgos presentes en el sitio de trabajo?													X			X						

EPCC - SISTEMAS DE ACCESO Aspectos a Verificar	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	
Los equipos de protección personal requeridos son certificados y se encuentran en buen estado?													X			X						
Los equipos y/o herramientas a utilizar han sido revisados e inspeccionados previo al inicio de la actividad y estos se encuentran en buen estado?													X			X						
El Arnés cuenta con todas sus partes, hebillas, argollas, costuras, rastas, etiquetas, eslingas?, Estos elementos se encuentran en perfecto estado sin doblamientos, corrosión, cortaduras, quemaduras, costuras deshilachadas, fibras rotas, desgaste excesivo, deterioro o cualquier otra anomalía que impida el uso del mismo y además se encuentran debidamente contramarcados (etiquetados legibles)													X			X						
La línea de vida se encuentra libre de empates o añadiduras?													X			X						
La línea de vida se encuentra fijada a un punto de anclaje estructural?													X			X						
El sistema de prevención de caídas se encuentra protegido de aristas u otros factores que puedan comprometer su resistencia?													X			X						
Los sistemas de acceso son suficientes y se encuentran en buen estado?													X			X						
El sistema de acceso a utilizar esta de acuerdo al tipo, longitud, material, distancia de seguridad y resistencia que se necesita?													X			X						

ESTADO DE SALUD DEL TRABAJADOR

Aspectos a Verificar DILIGENCIE CON C "SI CUMPLE" , NC "NO CUMPLE"	T1		T2		T3		T4		T5		T6		T7		T8		T9		T10		T11		T12	
	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC
¿Se encuentra el trabajador en condiciones optimas de salud para realizar el trabajo?	X		X		X																			
¿Se encuentra libre de los efectos de medicamentos que causen sueño, por ejemplo antigripales?	X		X		X																			

ENTRENAMIENTO- APTITUD-CONOCIMIENTOS DEL TRABAJADOR

Aspectos a Verificar DILIGENCIE CON C "SI CUMPLE" , NC "NO CUMPLE"	T1		T2		T3		T4		T5		T6		T7		T8		T9		T10		T11		T12	
	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC
¿La(s) persona(s) que va(n) a realizar la tarea cuenta con el certificado de capacitacion T&A y examen M.O que avale que puede realizar actividades en alturas?	X		X		X																			
¿La(s) persona(s) encargada(s) de ejecutar la tarea ha(n) recibido instrucciones de seguridad especificas para la labor a realizar?	X		X		X																			
¿La(s) persona(s) encargada(s) de ejecutar la tarea conoce el equipo de trabajo?	X		X		X																			

Scanned with CamScanner

	CONSORCIO BELZCON PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	CODIGO:SST-021 VERSIÓN: 00 FECHA: ENERO 2025

TRABAJADORES AUTORIZADOS

En constancia de lo anterior firmo a satisfacción y declaro que he leído totalmente la lista de chequeo y que me encuento en plenas condiciones físicas, mentales, emocionales y de salud en general para realizar las tareas que me han sido asignadas.

No	NOMBRE Y APELLIDO	CLASE DE DOCUMENTO Y NUMERO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
1	Carlos Andrés López	80859114							
2	Giovany Ferigua	1013661060					Giovany F	Giovany F	
3	Remel Rojo	797 646 649					Remel R	Remel R	
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
Vto/ Bno Inspector SST ó Coordinador de trabajo en alturas									
Vto/ Bno Residente ó Encargado									

Inspección final / Suspención del permiso / Cierre del permiso

¿SE CONCLUYO LA ACTIVIDAD?	¿SE REALIZO ORDEN Y ASEO A LAS AREAS INTERVENIDAS?
SI [X] NO [ ]	SI [X] NO [ ]

SUSPENSIÓN DEL PERMISO

CAUSA DE LA SUSPENSIÒN: _____

FECHA DE LA SUSPENSIÒN			HORA DE LA SUSPENSIÒN
DD	MM	AA	___:___

RESPONSABLE DE LA SUSPENSIÒN	
NOMBRE Y APELLIDO	
CEDULA	
FIRMA	

CIERRE DEL PERMISO

NOMBRE Y APELLIDO	Andres felipe Jimenez
CEDULA	1014139649
FIRMA	

FECHA CIERRE			HORA CIERRE
DD	MM	AA	
25	01	25	05:00

EN CASO SE EMERGENCIA U OCURRENCIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN E EMERGENCIAS

NOMBRE Y APELLIDO	Paula A Romero U.
CEDULA	1020785662
CELULAR	3017270785

AYUDANTE DE SEGURIDAD	
NOMBREY APELLIDO	Giovany Ferigua
CEDULA	1013661060
FIRMA	Giovany Ferigua

Scanned with CamScanner

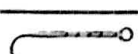
	GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: SST-FT-022
CONSORCIO		Versión: 00
	Contrato de obra pública Nro	FECHA: ENERO 2025
		Página 1 de 1

INSPECCIÓN DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL CONTRA CAIDAS

Proyecto de ejecución: Contrato de obra pública Nro. **Fecha de Inspección:** 15 / 01 / 25

Datos del responsable de los equipos

Nombre: Gravny Fonseca **No. de documento:** 6136610 **Cargo:** Tecnico Electricista

Descripción del equipo			Componente	Criterio de verificación	Marque SI/NO según corresponda		Observación
ARNES DE CUERPO ENTERO		Fecha de fabricación: 11/20	Correas o reatas	Estan Libres de agujeros	X		
				Las costuras se encuentran en buen estado	X		
				Estan sin grietas	X		
				Se observa estiramiento excesivo	X		
				Estan libres de quemaduras	X		
		Marca: Insite		Indicador de impacto intacto	X		
				Las etiquetas en buen estado y protegidas	X		
				Libres de corrosión por exposición a químicos y pinturas	X		
			Argollas, laterales, dorsal y pectoral	Se evidencia desgaste excesivo o deformaciones		X	
				Se observan grietas		X	
				Se observa corrosión		X	
				Se observa deterioro general		X	
		Serial y/o referencia: 18637	Hebillas	Se evidencia desgaste excesivo o deformaciones		X	
				Se observa picaduras y grietas		X	
				Se observa deterioro general		X	
				Se observa corrosión		X	
PRENDA DE POSICIONAMIENTO		Fecha de fabricación: 22/04	Correa o reata	Se observan rasgaduras, cortes o roturas	X		
				Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración	X		
		Marca: First		Las costuras estas libres de puntadas, estiradas o cortadas	X		
			Ganchos	Se observan roturas o exposición de su contenido		X	
		Serial o referencia: 433588600 31		Las uniones con la eslinga y el gancho se encuentra intactas	X		
			Esquetas	Funcionan normalmente para apertura y cierre	X		
				Se evidencia deformación y/o doblados		X	
				Se evidencia corrosión		X	
LAZO PELUCK		Fecha de fabricación:	Correa o reata	Se observan rasgaduras, cortes o roturas			
		Marca:		Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración			
		Serial y/o referencia:		Las costuras estas libres de puntadas, estiradas o cortadas			
MOSQUETON		Fecha de fabricación:	Cuerpo	Se observa de desgaste excesivo o deformaciones			
		Marca:		Se observan grietas			
		Serial y/o referencia:		Se observa de corrosión			
				Se observa de deterioro general			
LINEA DE VIDA		Fecha de fabricación:	Anclaje	Se observa desgaste excesivo o deformaciones			
				Se observan grietas			
		Marca:		Se observa corrosión			
				Se observa deterioro general			
		Serial y/o referencia:	Cuerda	Se observa desgaste excesivo o deformaciones			
				Se observan hilos rotos o cortados			
				Certificación de la linea de vida			
				El diametro de la cuerda cumple con el requerido			
				Se observan residuos de pinturas, cambio de color o manchadas			
ASAP		Fecha de fabricación:	Cuerpo	El equipo presenta marcas, deformaciones, fisuras y corrosión			
		Marca:	Rueda bloqueadora	La rueda se encuentra limpia y sin residuos			
		Serial y/o referencia:		Hay ausencia de dientes o presentan desgaste			
				Gira uniformemente			
AMORTIGUADOR		Fecha de fabricación:	Funda y cinta absorbedora	Se observan rasgaduras, cortes o roturas			
				Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración			
		Marca:		Hay rastro de contacto con productos químicos			
				Se observan desgarros o costuras sueltas			
		Serial y/o referencia:		La etiqueta indicadora de càida esta desgarrada			
				La funda protege correctamente la cinta absorbedora			
			Puntos de conexión	Los evidencian hilos sueltos o desilachados			
PD		Fecha de fabricación:	Placa lateral movil	Presenta aplastamiento, deformaciones o fisuras			
				El estado del gatillo esta en buenas condiciones			
		Marca:		La apertura y cierre es adecuada			
				Los remaches estan debidamente ajustados			
		Serial y/o referencia:	Cuerpo	La leva y su eje esta desgastado			
				La rotación de la leva es apropiada			
				El patín presenta algún tipo de marca o corrosión			
				El onfico de conexión se encuentra en condición adecuada			
				Los dientes se encuentran desgastados y/o sucios			
				El onfico de conexión se encuentra en condición adecuada			
TERRIER		Fecha de fabricación:	Cinta, y puntos de enganche	Se observan cortes, desgastes, roturas			
				Hay rastro de contacto con productos químicos			
		Marca:		Tiene hilos sueltos, flopis o cortados			
				Hay evidencia de marcas, fisuras, deformación y/o corrosión			

Nota: La inspección de los equipos de protección contra caídas debe ser realizada por el trabajador responsable. La periodicidad en el diligenciamiento del presente formato deben ser como mínimo 2 veces al mes, sin embargo, es obligatorio que el trabajador cada vez que vaya a usar el equipo realice una revisión minimal de todos los componentes.

Gravny Fonseca.
Firma del trabajador responsable

Firma de supervisor y/o jefe inmediato

Scanned with CamScanner

	GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: SST-FT-022 Versión: 00 FECHA: ENERO 2025
	Contrato de obra pública Nro	Página 1 de 1

INSPECCIÓN DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL CONTRA CAÍDAS

Proyecto de ejecución: Contrato de obra pública Nro **Fecha de inspección:** 24 / 01 / 25

Datos del responsable de los equipos

Nombre: Carlos Andres Tello **No. de documento:** 8085114 **Cargo:** Tecnico electricista

Descripción del equipo			Componente	Criterio de verificación	Marque SI/NO según corresponda		Observación
ARNÉS DE CUERPO ENTERO		Fecha de fabricación: 11/20 Marca: insafe Serial y/o referencia: 18637	Correas o reatas	Están Libres de agujeros	SI		
				Las costuras se encuentran en buen estado	SI		
				Están sin grietas	SI		
				Se observa estiramiento excesivo	SI		
				Están libres de quemaduras	SI		
				Indicador de impacto intacto	SI		
				Las etiquetas en buen estado y protegidas	SI		
				Libres de corrosión por exposición a químicos y pinturas	SI		
			Argollas, laterales, dorsal y pectoral	Se evidencia desgaste excesivo o deformaciones		NO	
				Se observan grietas		NO	
				Se observa corrosión		NO	
				Se observa deterioro general		NO	
			Hebillas	Se evidencia desgaste excesivo o deformaciones		NO	
				Se observa picaduras y grietas		NO	
				Se observa deterioro general		NO	
				Se observa corrosión		NO	
ESLINGA DE POSICIONAMIENTO		Fecha de fabricación: 22/04 Marca: First Serial o referencia: 433589600031	Correa o reata	Se observan rasgaduras, cortes o roturas	SI		
				Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración	SI		
				Las costuras estas libres de puntadas, estiradas o cortadas	SI		
			Ganchos	Se observan roturas o exposición de su contenido		NO	
				Las uniones con la eslinga y el gancho se encuentra intactas	SI		
			Enquetas	Funcionan normalmente para apertura y cierre	SI		
				Se evidencia deformación y/o doblados		NO	
				Se evidencia corrosión		NO	
LAZO PRUSIK		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Correa o reata	Se observan rasgaduras, cortes o roturas			
				Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración			
				Las costuras estas libres de puntadas, estiradas o cortadas			
MOSQUETÓN		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Cuerpo	Se observa de desgaste excesivo o deformaciones			
				Se observan grietas			
				Se observa de corrosión			
				Se observa de deterioro general			
LINEA DE VIDA		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Anclaje	Se observa desgaste excesivo o deformaciones			
				Se observan grietas			
				Se observa corrosión			
				Se observa deterioro general			
			Cuerda	Se observa desgaste excesivo o deformaciones			
				Se observan hilos rotos o cortados			
				Certificación de la línea de vida			
				El diametro de la cuerda cumple con el requerido			
				Se observan residuos de pinturas, cambio de color o manchadas			
MAP		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Cuerpo	El equipo presenta marcas, deformaciones, fisuras y corrosión			
			Rueda bloqueadora	La rueda se encuentra limpia y sin residuos			
				Hay ausencia de dientes o presentan desgaste			
				Gira uniformemente			
ABSORBEDOR		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Funda y cinta absorbedora	Se observan rasgaduras, cortes o roturas			
				Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración			
				Hay rastro de contacto con productos químicos			
				Se observan desgarros o costuras sueltas			
				La etiqueta indicadora de caída esta desgarrada			
				La funda protege correctamente la cinta absorbedora			
			Puntos de conexión	Los evidencian hilos sueltos o deslachados			
PD		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Placa lateral movil	Presenta aplastamiento, deformaciones o fisuras			
				El estado del gatillo esta en buenas condiciones			
				La apertura y cierre es adecuada			
				Los remaches estan debidamente ajustados			
			Cuerpo	La leva y su eje esta desgastado			
				La rotación de la leva es apropiada			
				El patin presenta algún tipo de marca o corrosión			
				El orifico de conexión se encuentra en condición adecuada			
				Los dientes se encuentran desgastados y/o sucios			
				El orifico de conexión se encuentra en condición adecuada			
TALABRE		Fecha de fabricación: Marca:	Cinta, y puntos de enganche	Se observan cortes, desgastes, roturas			
				Hay rastro de contacto con productos químicos			
				Tiene hilos sueltos, flojos o cortados			
				Hay evidencia de marcas, fisuras, deformación y/o corrosión			

Nota. La inspección de los equipos de protección contra caídas debe ser realizada por el trabajador responsable. La periodicidad en el diligenciamiento del presente formato deben ser como mínimo 2 veces al mes, sin embargo, es obligatorio que el trabajador cada vez que use el equipo realice una revisión informal de todos los componentes.

Firma del trabajador responsable

Firma de supervisor y/o jefe inmediato

Scanned with CamScanner

	CONSORCIO BELZCON PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	CODIGO:SST-021 VERSIÓN: 00 FECHA: ENERO 2025

		VALIDO DESDE			VALIDO HASTA		
		DD	MM	AA	DD	MM	AA
CENTRO DE TRABAJO / PROYECTO	Parque Lineal						
LUGAR EXACTO DONDE SE VA HA REALIZAR LA ACTIVIDAD	Calle 100	HORA DE INICIO			HORA DE FINALIZACION		
ALTURA A LA QUE SE VA HA REALIZAR LA ACTIVIDAD	Parte	8:00 am			6:00 PM		
TIPO DE TRABAJO A REALIZAR	Mantenimiento						

DESCRIPCIÓN Y PASO A PASO DE LA ACTIVIDAD

Apertura de la herramienta, Inspeccionar los herramientas, Inspeccionar el area de trabajo, Iluminacion externa con

LA LABOR A EJECUTAR INCLUYE ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO A PARTE DE TRABAJO EN ALTURAS TALES COMO:
___ TRABAJO EN CALIENTE ___ TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS ___ TRABAJO CON ENERGÍAS PELIGROSAS
OTRO: _____

LA ACTIVIDAD A EJECUTAR SE CLASIFICA COMO: X RUTINARIA ___ NO RUTINARIA

HERRAMIENTAS REQUERIDAS PARA LA EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Herramienta menor de mano.

DILIGENCIE CON C "SI CUMPLE" , NC "NO CUMPLE" , NA "NO APLICA" SEGÚN CORRESPONDA

C	NC	NA	ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL
X			CASCO TIPO ___ CLASE X CON X SIN __ BARBUQUEJO
X			PROTECCIÓN FACIAL Y OCULAR GAFAS DE SEGURIDAD X CARETA PROTECCION FACIAL ___ CARETA DE SOLDADOR ___
X			PROTECCIÓN AUDITIVA TIPO INSERCION X TIPO COPA ___
X			PROTECCIÓN CUERPO OVEROL DE PROTECCION: CAMISA, JEAN X DRILL ___ IMPERMEABLE ___ CHAQUETA DE VAQUETA PARA SOLDAR ___
X			PROTECCIÓN MANOS GUANTES DE PROTECCION ANTICORTE VAQUETA __ GUANTES DE PROTECCION CARNAZA __ GUANTES DE PROTECCION TERMICO PARA SOLDAR ___ GUANTES DE PROTECCIÓN QUIMICA CAUCHO INDUSTRIAL __ TIPO MOSQUETERO __
X			PROTECCIÓN PIES BOTAS DIELECTRICAS X BOTAS DE CAUCHO CAÑA ALTA __ BOTAS TIPO SOLDADOR __

C	NC	NA	REQUISITOS TRABAJADOR(RES)
X			EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL APROBADO PARA TRABAJO EN ALTURAS
X			CERTIFICADO CAPACITACIÓN EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
X			SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE

C	NC	NA	PUNTOS DE ANCLAJE
		X	¿SI SE VA A TRABAJAR A SUSPENSIÓN LOS PUNTOS DE ANCLAJE CUMPLEN CON LA RESISTENCIA DE 5000 LB POR PERSONA?
		X	¿LOS PUNTOS DE ANCLAJE MÓVILES ESTÁN INSTALADOS DENTRO DE UNA ESTRUCTURA FIRME Y SÓLIDA?
		X	¿SE MANTIENE LINEA DE VIDA INSTALADA EN EL LUGAR?

C	NC	NA	MEDIDAS PREVENTIVAS PARA REALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD
X			REALIZAR CHARLA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
X			EVALUAR NECESIDADES DE UN OBSERVADOR / VIGIA
		X	MANTENER EXTINTOR MULTIPROPOSITO EN LAS PROXIMIDADES DEL LUGAR
		X	MANTENER CAMILLA Y BOTIQUIN PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS U OCURRENCIA DE ACCIDENTES
		X	EQUIP. DE MOVIMIENTO DE CARGA BLOQUEADOS, SEÑALIZADOS Y DEMARCADOS (QUE ACTÚAN EN LAS PROXIMIDADES)
X			MANTENER SEÑALIZADA EL ÁREA DEBAJO DEL LUGAR DE TRABAJO
		X	INSTALAR ILUMINACIÓN COMPLEMENTARIA
X			DEFINIR ACONDICIONAMIENTO Y DESTINO ADECUADO DE RCD GENERADOS EN LA EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD
X			EVALUAR INTERFERENCIA / LUGAR ENERGIZADO O CON TRANSITO DE PERSONAS.

C	NC	NA	SISTEMAS PREVENCION Y PROTECCION CONTRA CAIDAS
X			USAR ARNÉS DE SEGURIDAD CON ESLINGA: _____
X			VERIFICAR INSPECCIÓN PRÉ-USO DE EPCC (ARNES Y ESLINGA)
		X	USAR MALLA DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDA DE PERSONAS Y/O MATERIALES
X			INSTALAR ACCESO ADECUADO Y SEGURO
		X	UTILIZAR ANDAMIO ADECUADO Y APROBADO BAJO INSPECCIÓN PRE-USO
X			LAS ESCALERAS A UTILIZAR ESTAN DE ACUERDO AL TIPO, LONGITUD, MATERIAL, DISTANCIA DE SEGURIDAD Y RESISTENCIA QUE SE NECESITA, ADECUADAS Y APROBADAS BAJO INSPECCION PRE-USO

DOCUMENTOS ANEXOS AL PERMISO
REGISTRO DE CHARLA DE SEGURIDAD X
ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS) X
PROCEDIMIENTO PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD X
OTRO ¿CUÁL? _____

OBSERVACIONES: _____

TÉRMINO DE RESPONSABILIDADES Y AUTORIZACION PARA EJECUCION DE LOS TRABAJOS: Declaro que soy consciente de mi responsabilidad y despues de tener evaluados los peligros inherentes al trabajo a ser realizado, autorizo su ejecución siempre seguido de las precauciones y definiciones acordadas en conjunto con el emisor y el ejecutante.

RESPONSABLES	NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	FIRMA
AUTORIZO LA ACTIVIDAD (Residente ó Encargado)	Andres felipe Jimenez V	1014238491	
AVALÓ (Inspector SST ó Coordinador de trabajo seguro en Alturas)	Andres felipe Jimenez V	1014238491	

Scanned with CamScanner

	CONSORCIO BELZCON PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	CODIGO:SST-021 VERSIÓN: 00 FECHA: ENERO 2025

LISTA DE CHEQUEO TRABAJO EN ALTURAS

DILIGENCIE CON C "SI CUMPLE", NC "NO CUMPLE", NA "NO APLICA" SEGÚN CORRESPONDA

REQUISITOS GENERALES ASPECTOS A VERIFICAR	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	
¿En caso de requerirse ya diligenció los permisos de trabajo complementarios (Caliente, eléctricos, espacios confinados, etc.)?				X			X															
Se han revisado las condiciones de andamios multidireccional, andamio colgante, escaleras, izaje de cargas, bordes de losa y excavación profunda mayor a 2 mt, según sea la actividad?				X			X															
Si va a utilizar sustancias químicas, cuenta con los controles para su manipulación?				X			X															

ÁREA DE TRABAJO ASPECTOS A VERIFICAR	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	
¿En caso de que exista interferencia o simultaneidad con otras actividades se han tomado las medidas de prevención necesarias (procedimiento de comunicación, protecciones perimetrales, entre otros)?				X			X															
Se encuentra el área de trabajo en orden y aseo?				X			X															
Se controlaron los riesgos presentes en el sitio de trabajo?				X			X															

EPCC - SISTEMAS DE ACCESO Aspectos a Verificar	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	
Los equipos de protección personal requeridos son certificados y se encuentran en buen estado?				X			X															
Los equipos y/o herramientas a utilizar han sido revisados e inspeccionados previo al inicio de la actividad y estos se encuentran en buen estado?				X			X															
El Arnés cuenta con todas sus partes, hebillas, argollas, costuras, reatas, etiquetas, estrobos? Estos elementos se encuentran en perfecto estado sin doblamientos, corrosión, cortaduras, quemaduras, costuras deshilachadas, fibras rotas, desgaste excesivo, deterioro o cualquier otra anomalía que impida el uso del mismo y además se encuentran debidamente contramarcados (etiquetados legibles)				X			X															
La línea de vida se encuentra libre de empates o añaduras?				X			X															
La línea de vida se encuentra fijada a un punto de anclaje estructural?				X			X															
El sistema de prevención de caídas se encuentra protegido de aristas u otros factores que puedan comprometer su resistencia?				X			X															
Los sistemas de acceso son suficientes y se encuentran en buen estado?				X			X															
El sistema de acceso a utilizar esta de acuerdo al tipo, longitud, material, distancia de seguridad y resistencia que se necesita?				X			X															

ESTADO DE SALUD DEL TRABAJADOR

Aspectos a Verificar DILIGENCIE CON C "SI CUMPLE", NC "NO CUMPLE"	T1		T2		T3		T4		T5		T6		T7		T8		T9		T10		T11		T12	
	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC
¿Se encuentra el trabajador en condiciones óptimas de salud para realizar el trabajo?	X		X																					
¿Se encuentra libre de los efectos de medicamentos que causen sueño, por ejemplo antigripales?	X		X																					

ENTRENAMIENTO- APTITUD-CONOCIMIENTOS DEL TRABAJADOR

Aspectos a Verificar DILIGENCIE CON C "SI CUMPLE", NC "NO CUMPLE"	T1		T2		T3		T4		T5		T6		T7		T8		T9		T10		T11		T12	
	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC
¿La(s) persona(s) que va(n) a realizar la tarea cuenta con el certificado de capacitación TSA y examen M O que avale que puede realizar actividades en alturas?	X		X																					
¿La(s) persona(s) encargada(s) de ejecutar la tarea ha(n) recibido instrucciones de seguridad específicas para la labor a realizar?	X		X																					
¿La(s) persona(s) encargada(s) de ejecutar la tarea	X		X																					

Scanned with CamScanner

	CONSORCIO BELZCON PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	CODIGO:SST-021 VERSIÓN: 00 FECHA: ENERO 2025

TRABAJADORES AUTORIZADOS

En constancia de lo anterior firmo a satisfacción y declaro que he leido totalmente la lista de chequeo y que me encuentro en plenas condiciones fisicas, mentales, emocionales y de salud en general para realizar las tareas que me han sido asignadas

No	NOMBRE Y APELLIDO	CLASE DE DOCUMENTO Y NUMERO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
Vto/ Bno Inspector SST ó Coordinador de trabajo en alturas									
Vto/ Bno Residente ó Encargado									

Inspección final / Suspención del permiso / Cierre del permiso

¿SE CONCLUYO LA ACTIVIDAD?		¿SE REALIZO ORDEN Y ASEO A LAS AREAS INTERVENIDAS?	
SI [X]	NO [ ]	SI [X]	NO [ ]

SUSPENSIÓN DEL PERMISO			
CAUSA DE LA SUSPENSIÒN: _____			
FECHA DE LA SUSPENSIÒN			HORA DE LA SUSPENSIÒN
DD	MM	AA	____:____
RESPONSABLE DE LA SUSPENSIÒN			
NOMBRE Y APELLIDO			
CEDULA			
FIRMA			

CIERRE DEL PERMISO			
NOMBRE Y APELLIDO			
CEDULA			
FIRMA			
FECHA CIERRE			HORA CIERRE
DD	MM	AA	:00 pm
08	01	25	

EN CASO SE EMERGENCIA U OCURRENCIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN E EMERGENCIAS	
NOMBRE Y APELLIDO	
CEDULA	
CELULAR	

AYUDANTE DE SEGURIDAD	
NOMBREY APELLIDO	
CEDULA	
FIRMA	

Scanned with CamScanner

	GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: SST-FT-022 Versión: 00 FECHA: ENERO 2025
CONSORCIO	Contrato de obra pública Nro	Página 1 de 1

INSPECCIÓN DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL CONTRA CAIDAS

Proyecto de ejecución: Contrato de obra pública Nro **Fecha de Inspección:**

Datos del responsable de los equipos

Nombre: **No. de documento:** **Cargo:**

Descripción del equipo			Componente	Criterio de verificación	Marque SI/NO según corresponda		Observación
ARNES DE CUERPO ENTERO		Fecha de fabricación: 11/2	Correas o reatas	Estan Libres de agujeros			
				Las costuras se encuentran en buen estado			
				Estan sin grietas			
		Marca:		Se observa estiramiento excesivo			
				Estan libres de quemaduras			
				Indicador de impacto intacto			
				Las etiquetas en buen estado y protegidas			
				Libres de corrosión por exposición a químicos y pinturas			
			Argollas, laterales, dorsal y pectoral	Se evidencia desgaste excesivo o deformaciones			
				Se observan grietas			
				Se observa corrosión			
				Se observa deterioro general			
		Serial y/o referencia:	Hebillas	Se evidencia desgaste excesivo o deformaciones			
				Se observa picaduras y grietas			
				Se observa deterioro general			
				Se observa corrosión			
ESLINGA DE POSICIONAMIENTO		Fecha de fabricación:	Correa o reata	Se observan rasgaduras, cortes o roturas			
				Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración			
				Las costuras estas libres de puntadas, estiradas o cortadas			
		Marca:	Ganchos	Se observan roturas o exposición de su contenido			
				Las uniones con la eslinga y el gancho se encuentra intactas			
		Serial o referencia:	Etiquetas	Funcionan normalmente para apertura y cierre			
				Se evidencia deformación y/o doblados			
				Se evidencia corrosión			
		Fecha de fabricación:	Correa o reata	Se observan rasgaduras, cortes o roturas			
		Marca:		Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración			
		Serial y/o referencia:		Las costuras estas libres de puntadas, estiradas o cortadas			
		Fecha de fabricación:	Cuerpo	Se observa de desgaste excesivo o deformaciones			
		Marca:		Se observan grietas			
		Serial y/o referencia:		Se observa de corrosión			
				Se observa de deterioro general			
LINEA DE VIDA		Fecha de fabricación:	Anclaje	Se observa desgaste excesivo o deformaciones			
				Se observan grietas			
		Marca:		Se observa corrosión			
				Se observa deterioro general			
		Serial y/o referencia:	Cuerda	Se observa desgaste excesivo o deformaciones			
				Se observan hilos rotos o cortados			
				Certificación de la linea de vida			
				El diametro de la cuerda cumple con el requerido			
				Se observan residuos de pinturas, cambio de color o manchadas			
MAP		Fecha de fabricación:	Cuerpo	El equipo presenta marcas, deformaciones, fisuras y corrosión			
		Marca:	Rueda bloqueadora	La rueda se encuentra limpia y sin residuos			
		Serial y/o referencia:		Hay ausencia de dientes o presentan desgaste			
				Gira uniformemente			
ABSORBER		Fecha de fabricación:	Funda y cinta absorbedora	Se observan rasgaduras, cortes o roturas			
				Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración			
				Hay rastro de contacto con productos químicos			
		Marca:		Se observan desgarros o costuras sueltas			
				La etiqueta indicadora de caída esta desgarrada			
		Serial y/o referencia:		La funda portege correctamente la cinta absorbedora			
			Puntos de conexión	Los evidencian hilos sueltos o deshilachados			
ED		Fecha de fabricación:	Placa lateral movil	Presenta aplastamiento, deformaciones o fisuras			
				El estado del gatillo esta en buenas condiciones			
		Marca:		La apertura y cierre es adecuada			
				Los remaches estan debidamente ajustados			
		Serial y/o referencia:	Cuerpo	La leva y su eje esta desgastado			
				La rotación de la leva es apropiada			
				El patio presenta algún tipo de marca o corrosión			
				El trinkete de conexión se encuentra en condición adecuada			
				Los dientes se encuentran desgastados y/o rotos			
				El trinkete de conexión se encuentra en condición adecuada			
TRIPODE		Fecha de fabricación:	Cinta, y punto de enganche	Se observan cortes, desgastes, roturas			
				Hay rastro de contacto con productos químicos			
				Tiene hilos sueltos, flojos o cortados			
		Marca:		Hay evidencia de marcas, fisuras, deformación y/o corrosión			

Nota. La inspección de los equipos de protección contra caídas debe ser realizada por el trabajador responsable. La periodicidad en el diligenciamiento del presente formato deberá ser como mínimo 2 veces al mes, sin embargo, es obligatorio que el trabajador cada vez que use el equipo realice una revisión informal de todos los componentes.

Firma del trabajador responsable

Firma de supervisor y/o jefe inmediato

Scanned with CamScanner

	CONSORCIO BELZCON PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	CODIGO:SST-021 VERSIÓN: 00 FECHA: ENERO 2025

		VALIDO DESDE			VALIDO HASTA		
		DD	MM	AA	DD	MM	AA
CENTRO DE TRABAJO / PROYECTO	Belzcon Ltda						
LUGAR EXACTO DONDE SE VA HA REALIZAR LA ACTIVIDAD	Belzcon Ltda	HORA DE INICIO			HORA DE FINALIZACION		
ALTURA A LA QUE SE VA HA REALIZAR LA ACTIVIDAD	8 mts	8:00 AM			6:00 PM		
TIPO DE TRABAJO A REALIZAR	Mantenimiento						

DESCRIPCIÓN Y PASO A PASO DE LA ACTIVIDAD

Instalación de luminarias, instalación de luminarias internas, instalación e instalación de luminarias externas con escalera tijera

LA LABOR A EJECUTAR INCLUYE ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO A PARTE DE TRABAJO EN ALTURAS TALES COMO:
___TRABAJO EN CALIENTE ___ TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS ___ TRABAJO CON ENERGÍAS PELIGROSAS
OTRO _____

LA ACTIVIDAD A EJECUTAR SE CLASIFICA COMO: X RUTINARIA ___ NO RUTINARIA

HERRAMIENTAS REQUERIDAS PARA LA EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Herramienta menor de mano

DILIGENCIE CON C "SI CUMPLE" , NC "NO CUMPLE" , NA "NO APLICA" SEGÚN CORRESPONDA

C	NC	NA	ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL
X			CASCO TIPO ___ CLASE X CON X SIN __ BARBUQUEJO
X			PROTECCIÓN FACIAL Y OCULAR GAFAS DE SEGURIDAD X CARETA PROTECCION FACIAL ___ CARETA DE SOLDADOR ___
X			PROTECCIÓN AUDITIVA TIPO INSERCIÓN X TIPO COPA ___
X			PROTECCIÓN CUERPO OVEROL (PANTALON- CAMISA) JEAN X DRILL ___ IMPERMEABLE ___ CHAQUETA O PETO DE VAQUETA PARA SOLDAR ___
X			PROTECCIÓN MANOS GUANTES DE PROTECCION ANTICORTE VAQUETA __ POLIURETANO __ CARNAZA __ GUANTES DE PROTECCION TERMICO PARA SOLDAR ___ GUANTES DE PROTECCIÓN QUÍMICA CAUCHO INDUSTRIAL __ TIPO MOSQUETERO __
X			PROTECCIÓN PIES BOTAS DIELECTRICAS X BOTAS DE CAUCHO CAÑA ALTA __ BOTAS TIPO SOLDADOR __

C	NC	NA	REQUISITOS TRABAJADOR(RES)
X			EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL APROBADO PARA TRABAJO EN ALTURAS
X			CERTIFICADO CAPACITACIÓN EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
X			SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE

C	NC	NA	PUNTOS DE ANCLAJE
		X	¿SI SE VA A TRABAJAR A SUSPENSIÓN LOS PUNTOS DE ANCLAJE CUMPLEN CON LA RESISTENCIA DE 5000 LB POR PERSONA?
		X	¿LOS PUNTOS DE ANCLAJE MÓVILES ESTÁN INSTALADOS DENTRO DE UNA ESTRUCTURA FIRME Y SÓLIDA?
		X	¿SE MANTIENE LÍNEA DE VIDA INSTALADA EN EL LUGAR?

C	NC	NA	MEDIDAS PREVENTIVAS PARA REALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD
X			REALIZAR CHARLA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
X			EVALUAR NECESIDADES DE UN OBSERVADOR / VIGIA
		X	MANTENER EXTINTOR MULTIPROPOSITO EN LAS PROXIMIDADES DEL LUGAR
		X	MANTENER CAMILLA Y BOTIQUIN PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS U OCURRENCIA DE ACCIDENTES
		X	EQUIP. DE MOVIMIENTO DE CARGA BLOQUEADOS, SEÑALIZADOS Y DEMARCADOS (QUE ACTÚAN EN LAS PROXIMIDADES)
X			MANTENER SEÑALIZADA EL ÁREA DEBAJO DEL LUGAR DE TRABAJO
		X	INSTALAR ILUMINACIÓN COMPLEMENTARIA
X			DEFINIR ACONDICIONAMIENTO Y DESTINO ADECUADO DE RCD GENERADOS EN LA EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD.
X			EVALUAR INTERFERENCIA / LUGAR ENERGIZADO O CON TRANSITO DE PERSONAS.

C	NC	NA	SISTEMAS PREVENCION Y PROTECCION CONTRA CAIDAS
X			USAR ARNÉS DE SEGURIDAD CON ESLINGA: _____
X			VERIFICAR INSPECCIÓN PRÉ-USO DE EPCC (ARNES Y ESLINGA)
		X	USAR MALLA DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDA DE PERSONAS Y/O MATERIALES
X			INSTALAR ACCESO ADECUADO Y SEGURO
		X	UTILIZAR ANDAMIO ADECUADO Y APROBADO BAJO INSPECCIÓN PRE-USO
X			LAS ESCALERAS A UTILIZAR ESTAN DE ACUERDO AL TIPO, LONGITUD, MATERIAL, DISTANCIA DE SEGURIDAD Y RESISTENCIA QUE SE NECESITA, ADECUADAS Y APROBADAS BAJO INSPECCION PRE-USO

DOCUMENTOS ANEXOS AL PERMISO:
REGISTRO DE CHARLA DE SEGURIDAD X
ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS) ___
PROCEDIMIENTO PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD ___
OTRO ¿CUÁL? _____

OBSERVACIONES: _____

TÉRMINO DE RESPONSABILIDADES Y AUTORIZACION PARA EJECUCION DE LOS TRABAJOS: Declaro que soy consciente de mi responsabilidad y despues de tener evaluados los peligros inherentes al trabajo a ser realizado, autorizo su ejecución siempre seguido de las precauciones y definiciones acordadas en conjunto con el emisor y el ejecutante.

RESPONSABLES	NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	FIRMA
AUTORIZÓ LA ACTIVIDAD (Residente o Encargado)	Andres felipe Jimenez V	1143838469	
AVALÓ (Inspector SST ó Coordinador de trabajo seguro en Alturas)	Andres felipe Jimenez V	1143838469	

Scanned with CamScanner

	CONSORCIO BELZCON PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	CODIGO:SST-021 VERSIÓN: 00 FECHA: ENERO 2025

LISTA DE CHEQUEO TRABAJO EN ALTURAS

DILIGENCIE CON C "SI CUMPLE" , NC "NO CUMPLE" , NA "NO APLICA" SEGÚN CORRESPONDA

REQUISITOS GENERALES ASPECTOS A VERIFICAR	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	
En caso de requerirse, ya diligenció los permisos de trabajo complementarios (Caliente, eléctricos, espacios confinados, etc)?							X															
Se han revisado las condiciones de andamios multidireccional andamio colgante, escaleras, izaje de cargas, bordes de losa y excavación profunda mayor a 2 mt según sea la actividad ?																						
Si va a utilizar sustancias químicas, cuenta con los controles para su manipulación?																						

ÁREA DE TRABAJO ASPECTOS A VERIFICAR	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	
En caso de que exista interferencia o simultaneidad con otras actividades se han tomado las medidas de prevención necesarias (procedimiento de comunicación, protecciones perimetrales, entre otros)?																						
Se encuentra el area de trabajo en orden y aseo?																						
Se controlaron los riesgos presentes en el sitio de trabajo?																						

EPCC - SISTEMAS DE ACCESO Aspectos a Verificar	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	
Los equipos de protección personal requeridos son certificados y se encuentran en buen estado?																						
Los equipos y/o herramientas a utilizar han sido revisados e inspeccionados previo al inicio de la actividad y estos se encuentran en buen estado?																						
El Arnés cuenta con todas sus partes, hebillas, argollas, costuras, reatas, etiquetas, cuñigas?. Estos elementos se encuentran en perfecto estado sin deblamientos, corrosión, cortaduras, quemaduras, costuras deshilachadas, fibras rotas, desgaste excesivo, deterioro o cualquier otra anomalía que impida el uso del mismo y además se encuentran debidamente contramercados (etiquetados legibles)																						
La línea de vida se encuentra libre de empates o añadiduras?																						
La línea de vida se encuentra fijada a un punto de anclaje estructural?																						
El sistema de prevención de caídas se encuentra protegido de aristas u otros factores que puedan comprometer su resistencia?																						
Los sistemas de acceso son suficientes y se encuentran en buen estado?																						
El sistema de acceso a utilizar esta de acuerdo al tipo, longitud, material, distancia de seguridad y resistencia que se necesita?																						

ESTADO DE SALUD DEL TRABAJADOR

Aspectos a Verificar DILIGENCIE CON C "SI CUMPLE" , NC "NO CUMPLE"	T1		T2		T3		T4		T5		T6		T7		T8		T9		T10		T11		T12	
	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC
¿Se encuentra el trabajador en condiciones optimas de salud para realizar el trabajo?																								
¿Se encuentra libre de los efectos de medicamentos que causen sueño, por ejemplo antigripales?																								

ENTRENAMIENTO- APTITUD-CONOCIMIENTOS DEL TRABAJADOR

Aspectos a Verificar DILIGENCIE CON C "SI CUMPLE" , NC "NO CUMPLE"	T1		T2		T3		T4		T5		T6		T7		T8		T9		T10		T11		T12	
	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC
¿La(s) persona(s) que va(n) a realizar la tarea cuenta con el certificado de capacitacion TSA y examen M.O que avale que puede realizar actividades en alturas?																								
¿La(s) persona(s) encargada(s) de ejecutar la tarea ha(n) recibido instrucciones de seguridad especificas para la labor a realizar?																								
¿La(s) persona(s) encargada(s) de ejecutar la tarea conoce el equipo de trabajo?																								

Scanned with CamScanner

	CONSORCIO BELZCON PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	CODIGO:SST-021 VERSIÓN: 00 FECHA: ENERO 2025

TRABAJADORES AUTORIZADOS

En constancia de lo anterior firmo a satisfacción y declaro que he leído totalmente la lista de chequeo y que me encuentro en plenas condiciones físicas, mentales, emocionales y de salud en general para realizar las tareas que me han sido asignadas.

No	NOMBRE Y APELLIDO	CLASE DE DOCUMENTO Y NUMERO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
Vto/ Bno Inspector SST ó Coordinador de trabajo en alturas									
Vto/ Bno Residente ó Encargado									

Inspección final / Suspensión / Cierre del permiso

¿SE CONCLUYO LA ACTIVIDAD?		¿SE REALIZO ORDEN Y ASEO A LAS AREAS INTERVENIDAS?	
SI [X]	NO [ ]	SI [X]	NO [ ]

SUSPENSIÓN DEL PERMISO

CAUSA DE LA SUSPENSIÓN: _____

FECHA DE LA SUSPENSIÓN			HORA DE LA SUSPENSIÓN
DD	MM	AA	___:___

RESPONSABLE DE LA SUSPENSIÓN	
NOMBRE Y APELLIDO	
CEDULA	
FIRMA	

AYUDANTE DE SEGURIDAD

NOMBREY APELLIDO	Giovany Forigua
CEDULA	1[illegible]
FIRMA	Giovany Forigua

CIERRE DEL PERMISO

NOMBRE Y APELLIDO	Andres felipe Jimenez U
CEDULA	[illegible]
FIRMA	

FECHA CIERRE			HORA CIERRE
DD	MM	AA	___:___
05	07	2025	

EN CASO SE EMERGENCIA U OCURRENCIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN E EMERGENCIAS

NOMBRE Y APELLIDO	Paula A. Pomeo V
CEDULA	1[illegible]
CELULAR	3017[illegible]

Scanned with CamScanner

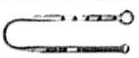
	GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo SST-FT-022 Versión 00 FECHA ENERO 2025
	Contrato de obra pública Nro	Pagina 1 de 1

INSPECCIÓN DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL CONTRA CAIDAS

Proyecto de ejecución: Contrato de obra pública Nro **Fecha de Inspección:** 09 / 02 / 2025

Datos del responsable de los equipos

Nombre: Carlos Andres Lopez **No. de documento:** [illegible] **Cargo:** [illegible] Estructuras

Descripción del equipo			Componente	Criterio de verificación	Marque SI/NO según corresponda		Observación
ARNES DE CUERPO ENTERO		Fecha de fabricación: 11/20 Marca: [illegible] Serial y/o referencia: [illegible]	Correas o reatas	Estan Libres de agujeros	X		
				Las costuras se encuentran en buen estado	X		
				Estan sin grietas	X		
				Se observa estiramiento excesivo	X		
				Estan libres de quemaduras	X		
				Indicador de impacto intacto	X		
				Las etiquetas en buen estado y protegidas	X		
				Libres de corrosión por exposición a químicos y pinturas	X		
			Argollas, laterales, dorsal y pectoral	Se evidencia desgaste excesivo o deformaciones		X	
				Se observan grietas		X	
				Se observa corrosión		X	
				Se observa deterioro general		X	
			Hebillas	Se evidencia desgaste excesivo o deformaciones		X	
				Se observa picaduras y grietas		X	
				Se observa deterioro general		X	
				Se observa corrosión		X	
ELEMENTO DE POSICIONAMIENTO		Fecha de fabricación: [illegible] Marca: [illegible] Serial o referencia: [illegible]	Correa o reata	Se observan rasgaduras, cortes o roturas	X		
				Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración	X		
				Las costuras estas libres de puntadas, estiradas o cortadas	X		
			Ganchos	Se observan roturas o exposición de su contenido	X		
				Las uniones con la eslinga y el gancho se encuentra intactas	X		
			Etiquetas	Funcionan normalmente para apertura y cierre	X		
				Se evidencia deformación y/o doblados		X	
				Se evidencia corrosión		X	
LAZO PELIGRO		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Correa o reata	Se observan rasgaduras, cortes o roturas		X	
				Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración		X	
				Las costuras estas libres de puntadas, estiradas o cortadas		X	
MOSQUETON		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Cuerpo	Se observa de desgaste excesivo o deformaciones			
				Se observan grietas			
				Se observa de corrosión			
				Se observa de deterioro general			
LINEA DE VIDA		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Anclaje	Se observa desgaste excesivo o deformaciones			
				Se observan grietas			
				Se observa corrosión			
				Se observa deterioro general			
			Cuerda	Se observa desgaste excesivo o deformaciones			
				Se observan hilos rotos o cortados			
				Certificación de la linea de vida			
				El diametro de la cuerda cumple con el requerido			
				Se observan residuos de pinturas, cambio de color o manchadas			
ASLP		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Cuerpo	El equipo presenta marcas, deformaciones, fisuras y corrosión.			
			Rueda bloqueadora	La rueda se encuentra limpia y sin residuos			
				Hay ausencia de dientes o presentan desgaste			
				Gira uniformemente			
SALVAMORTIR		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Funda y cinta absorbedora	Se observan rasgaduras, cortes o roturas			
				Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración			
				Hay rastro de contacto con productos químicos			
				Se observan desgarros o costuras sueltas			
				La etiqueta indicadora de cáida esta desgarrada			
				La funda portege correctamente la cinta absorbedora			
			Puntos de conexión	Los evidencian hilos sueltos o desilachados			
TD		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Placa lateral movil	Presenta aplastamiento, deformaciones o fisuras			
				El estado del gatillo esta en buenas condiciones			
				La apertura y cierre es adecuada			
				Los remaches estan debidamente ajustados			
			Cuerpo	La leva y su eje esta desgastado			
				La rotación de la leva es apropiada			
				El patín presenta algún tipo de marca o corrosión			
				El orificio de conexión se encuentra en condición adecuada			
				Los dientes se encuentran desgastados y/o sucios			
				El orificio de conexión se encuentra en condición adecuada			
TRIPERSE		Fecha de fabricación: Marca:	Cinta, y puntos de enganche	Se observan cortes, desgastes, roturas			
				Hay rastro de contacto con productos químicos			
				Tiene hilos sueltos, flojos o cortados			
				Hay evidencia de marcas, fisuras, deformación y/o corrosión			

Nota. La inspección de los equipos de protección contra caídas debe ser realizada por el trabajador responsable. La periodicidad en el diligenciamiento del presente formato debera ser como minimo 2 veces al mes, sin embargo, es obligatorio que el trabajador cada vez que use el equipo realice una revisión inicial de todos los componentes.

Firma del trabajador responsable

Firma de supervisor y/o jefe inmediato

Scanned with CamScanner

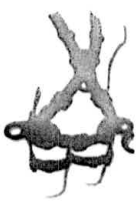
	GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo SST-FT-022 Versión 00 FECHA ENERO 2025
CONSORCIO	Contrato de obra pública Nro	Página 1 de 1

INSPECCIÓN DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL CONTRA CAIDAS

Proyecto de ejecución: Contrato de obra pública Nro. **Fecha de Inspección:** 04 / 02 / 2025

Datos del responsable de los equipos

Nombre: [illegible] **No. de documento:** [illegible] **Cargo:** [illegible]

Descripción del equipo			Componente	Criterio de verificación	Marque SI/NO según corresponda		Observación
ARNES DE CUERPO ENTERO		Fecha de fabricación: 12/2022 Marca: CAPIT Serial y/o referencia: 268857-17	Correas o reatas	Estan Libres de agujeros	✓		
				Las costuras se encuentran en buen estado	✓		
				Estan sin grietas	✓		
				Se observa estiramiento excesivo	✓		
				Estan libres de quemaduras	✓		
				Indicador de impacto intacto	✓		
				Las etiquetas en buen estado y protegidas	✓		
				Libres de corrosión por exposición a químicos y pinturas	✓		
			Argollas, laterales, dorsal y pectoral	Se evidencia desgaste excesivo o deformaciones		✗	
				Se observan grietas		✗	
				Se observa corrosión		✗	
				Se observa deterioro general		✗	
			Hebillas	Se evidencia desgaste excesivo o deformaciones		✗	
				Se observa picaduras y grietas		✗	
				Se observa deterioro general		✗	
				Se observa corrosión		✗	
POSICIONAMIENTO		Fecha de fabricación: 2022 Marca: DBI Serial o referencia: [illegible]	Correa o reata	Se observan raspaduras, cortes o roturas	✓		
				Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración	✓		
				Las costuras estas libres de puntadas, estiradas o cortadas	✓		
			Ganchos	Se observan roturas o exposición de su contenido		✗	
				Las uniones con la eslinga y el gancho se encuentra intactas	✓		
			Etiquetas	Funcionan normalmente para apertura y cierre	✓		
				Se evidencia deformación y/o doblados		✗	
				Se evidencia corrosión		✗	
LAZO PRISIL		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Correa o reata	Se observan raspaduras, cortes o roturas	✓		
				Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración	✓		
				Las costuras estas libres de puntadas, estiradas o cortadas	✓		
MOSQUETON		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Cuerpo	Se observa de desgaste excesivo o deformaciones			
				Se observan grietas			
				Se observa de corrosión			
				Se observa de [illegible]			
LINEA DE VIDA		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Anclaje	Se observa desgaste excesivo o deformaciones			
				Se observan grietas			
				Se observa corrosión			
				Se observa [illegible]			
			Cuerda	Se observa desgaste excesivo o deformaciones			
				Se observan hilos rotos o cortados			
				Certificación de la línea de vida			
				El diametro de la cuerda cumple con el requerido			
				Se observan residuos de pinturas, cambio de color o manchadas			
MAP		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Cuerpo	El equipo presenta marcas, deformaciones, fisuras y corrosión.			
			Rueda bloqueadora	La rueda se encuentra limpia y sin residuos			
				Hay ausencia de dientes o presentan desgaste			
				Gira uniformemente			
ABSORBEDOR		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Funda y cinta absorbedora	Se observan raspaduras, cortes o roturas			
				Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración			
				Hay rastro de contacto con productos químicos			
				Se observan desgarros o costuras sueltas			
				La etiqueta indicadora de cáida esta desgarrada			
				La funda protege correctamente la cinta absorbedora			
			Puntos de conexión	Los evidencian hilos sueltos o desilachados			
EPI		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Placa lateral movil	Presenta aplastamiento, deformaciones o fisuras			
				El estado del gatillo esta en buenas condiciones			
				La apertura y cierre es adecuada			
				Los remaches estan debidamente ajustados			
			Cuerpo	La leva y su eje esta desgastado			
				La rotación de la leva es apropiada			
				El patín presenta algún tipo de marca o corrosión			
				El orificio de conexión se encuentra en condición adecuada			
				Los dientes se encuentran desgastados y/o sucios			
				El orificio de conexión se encuentra en condición adecuada			
TERMINAL		Fecha de fabricación: Marca:	Cinta, y puntos de enganche	Se observan cortes, desgastes, roturas			
				Hay rastro de contacto con productos químicos			
				Tiene hilos sueltos, flojos o cortados			
				Hay evidencia de marcas, fisuras, deformación y/o corrosión			

Nota. La inspección de los equipos de protección contra caídas debe ser realizada por el trabajador responsable. La periodicidad en el diligenciamiento del presente formato deberá ser como mínimo 2 veces al mes, sin embargo es obligatorio que el trabajador cada vez que use el equipo realice una inspección informal de todos los componentes.

Firma del trabajador responsable

Firma de supervisor y/o jefe inmediato

Scanned with CamScanner

	CONSORCIO BELZCON PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	CODIGO:SST-021 VERSIÓN: 00 FECHA: ENERO 2025

		VALIDO DESDE			VALIDO HASTA		
		DD	MM	AA	DD	MM	AA
CENRO DE TRABAJO / PROYECTO	Parque Quiroga						
LUGAR EXACTO DONDE SE VA HA REALIZAR LA ACTIVIDAD	Colsec	HORA DE INICIO			HORA DE FINALIZACION		
ALTURA A LA QUE SE VA HA REALIZAR LA ACTIVIDAD	12mts	08 00am			05 00PM		
TIPO DE TRABAJO A REALIZAR	Mantenimiento						

DESCRIPCIÓN Y PASO A PASO DE LA ACTIVIDAD

Desmonte de 12 luminarias e instalacion de 20 luminarias con equipo motriz

LA LABOR A EJECUTAR INCLUYE ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO A PARTE DE TRABAJO EN ALTURAS TALES COMO:

___TRABAJO EN CALIENTE _X_ TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS ___ TRABAJO CON ENERGÍAS PELIGROSAS

OTRO: _____

LA ACTIVIDAD A EJECUTAR SE CLASIFICA COMO: _X_ RUTINARIA ___ NO RUTINARIA

HERRAMIENTAS REQUERIDAS PARA LA EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Herramientas propias de labor

DILIGENCIE CON C "SI CUMPLE" , NC "NO CUMPLE" , NA "NO APLICA" SEGÚN CORRESPONDA

C	NC	NA	ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL
X			CASCO TIPO ___ CLASE _X_ CON _X_ SIN __ BARBUQUEJO
X			PROTECCIÓN FACIAL Y OCULAR GAFAS DE SEGURIDAD _X_ CARETA PROTECCION FACIAL ___ CARETA DE SOLDADOR ___
X			PROTECCIÓN AUDITIVA TIPO INSERCIÓN _X_ TIPO COPA ___
X			PROTECCIÓN CUERPO OVEROL (PANTALON- CAMISA) JEAN _X_ DRILL ___ IMPERMEABLE __ CHAQUETA O PETO DE VAQUETA PARA SOLDAR ___
X			PROTECCIÓN MANOS GUANTES DE PROTECCION ANTICORTE: VAQUETA __ POLIURETANO __ CARNAZA __ GUANTES DE PROTECCION TERMICO: PARA SOLDAR ___ GUANTES DE PROTECCIÓN QUÍMICA: CAUCHO INDUSTRIAL __ TIPO MOSQUETERO __
X			PROTECCIÓN PIES BOTAS DIELECTRICAS _X_ BOTAS DE CAUCHO CAÑA ALTA __ BOTAS TIPO SOLDADOR __

C	NC	NA	REQUISITOS TRABAJADOR(RES)
X			EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL APROBADO PARA TRABAJO EN ALTURAS
X			CERTIFICADO CAPACITACIÓN EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
X			SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE

C	NC	NA	PUNTOS DE ANCLAJE
		X	¿SI SE VA A TRABAJAR A SUSPENSIÓN LOS PUNTOS DE ANCLAJE CUMPLEN CON LA RESISTENCIA DE 5000 LB POR PERSONA?
		X	¿LOS PUNTOS DE ANCLAJE MÓVILES ESTÁN INSTALADOS DENTRO DE UNA ESTRUCTURA FIRME Y SÓLIDA?
		X	¿SE MANTIENE LINEA DE VIDA INSTALADA EN EL LUGAR?

C	NC	NA	MEDIDAS PREVENTIVAS PARA REALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD
X			REALIZAR CHARLA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
X			EVALUAR NECESIDADES DE UN OBSERVADOR / VIGIA.
		X	MANTENER EXTINTOR MULTIPROPOSITO EN LAS PROXIMIDADES DEL LUGAR.
		X	MANTENER CAMILLA Y BOTIQUIN PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS U OCURRENCIA DE ACCIDENTES
		X	EQUIP. DE MOVIMIENTO DE CARGA BLOQUEADOS, SEÑALIZADOS Y DEMARCADOS (QUE ACTÚAN EN LAS PROXIMIDADES)
X			MANTENER SEÑALIZADA EL ÁREA DEBAJO DEL LUGAR DE TRABAJO.
		X	INSTALAR ILUMINACIÓN COMPLEMENTARIA
X			DEFINIR ACONDICIONAMIENTO Y DESTINO ADECUADO DE RCD GENERADOS EN LA EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD.
X			EVITAR INTERFERENCIA / LUGAR ENERGIZADO O CON TRANSITO DE PERSONAS.

C	NC	NA	SISTEMAS PREVENCION Y PROTECCION CONTRA CAIDAS
X			USAR ARNÉS DE SEGURIDAD CON ESLINGA: _____
X			VERIFICAR INSPECCIÓN PRÉ-USO DE EPCC (ARNES Y ESLINGA)
		X	USAR MALLA DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDA DE PERSONAS Y/O MATERIALES
X			INSTALAR ACCESO ADECUADO Y SEGURO
		X	UTILIZAR ANDAMIO ADECUADO Y APROBADO BAJO INSPECCIÓN PRE-USO
X			LAS ESCALERAS A UTILIZAR ESTAN DE ACUERDO AL TIPO, LONGITUD, MATERIAL, DISTANCIA DE SEGURIDAD Y RESISTENCIA QUE SE NECESITA, ADECUADAS Y APROBADAS BAJO INSPECCION PRE-USO

DOCUMENTOS ANEXOS AL PERMISO:
REGISTRO DE CHARLA DE SEGURIDAD _X_
ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS) ___
PROCEDIMIENTO PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD _X_
OTRO ¿CUÁL? _____

OBSERVACIONES: _____

TERMINO DE RESPONSABILIDADES Y AUTORIZACION PARA EJECUCION DE LOS TRABAJOS: Declaro que soy consiente de mi responsabilidad y despues de tener evaluados los peligros inherentes al trabajo a ser realizado, autorizo su ejecución siempre seguido de las precauciones y definiciones acordadas en conjunto con el emisor y el ejecutante.

RESPONSABLES	NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	FIRMA
AUTORIZÓ LA ACTIVIDAD (Residente ó Encargado)	Andres F. Jimenez Villamil	1014239619	
AVALÓ (Inspector SST ó Coordinador de trabajo seguro en Alturas)	Andres F. Jimenez Villamil	1014239619	

Scanned with CamScanner

	CONSORCIO BELZCON PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	CODIGO:SST-021 VERSIÓN: 00 FECHA: ENERO 2025

LISTA DE CHEQUEO TRABAJO EN ALTURAS

DILIGENCIE CON C "SI CUMPLE" , NC "NO CUMPLE" , NA "NO APLICA" SEGÚN CORRESPONDA

REQUISITOS GENERALES ASPECTOS A VERIFICAR	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	
En caso de requerirse, ya diligenció los permisos de trabajo complementarios (Caliente, eléctricos, espacios confinados, etc.)?										Y			Y									
Se han revisado las condiciones de anclajes multidireccional, andamio colgante, escaleras, izaje de cargas, bordes de losa y excavación profunda mayor a 2 mt según sea la actividad ?										Y			Y									
Si va a utilizar sustancias químicas, cuenta con los controles para su manipulación?										Y			Y									

ÁREA DE TRABAJO ASPECTOS A VERIFICAR	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SÁBADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	
En caso de que exista interferencia o simultaneidad con otras actividades se han tomado las medidas de prevención necesarias (procedimiento de comunicación, protecciones perimetrales, entre otras)?										Y			Y									
Se encuentra el área de trabajo en orden y aseo?										Y			Y									
Se controlaron los riesgos presentes en el sitio de trabajo?										Y			Y									

EPCC - SISTEMAS DE ACCESO Aspectos a Verificar	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	
Los equipos de protección personal requeridos son certificados y se encuentran en buen estado?										Y			Y									
Los equipos y/o herramientas a utilizar han sido revisados e inspeccionados previo al inicio de la actividad y estos se encuentran en buen estado?										Y			Y									
El Arnés cuenta con todas sus partes, hebillas, argollas, costuras, rastas, etiquetas, estrigas?, Estos elementos se encuentran en perfecto estado sin deterioramientos, corrosión, cortaduras, quemaduras, costuras deshilachadas, fibras rotas, desgaste excesivo, deterioro o cualquier otra anomalía que impida el uso del mismo y además se encuentran debidamente contramarcados (etiquetados legibles)										Y			Y									
La línea de vida se encuentra libre de empates o anudaduras?										Y			Y									
La línea de vida se encuentra fijada a un punto de anclaje estructural?										Y			Y									
El sistema de prevención de caídas se encuentra protegido de aristas u otros factores que puedan comprometer su resistencia?										Y			Y									
Los sistemas de acceso son suficientes y se encuentran en buen estado?										Y			Y									
El sistema de acceso a utilizar este de acuerdo al tipo, longitud, material, distancia de seguridad y resistencia que se necesita?										Y			Y									

ESTADO DE SALUD DEL TRABAJADOR

Aspectos a Verificar DILIGENCIE CON C "SI CUMPLE" , NC "NO CUMPLE"	T1		T2		T3		T4		T5		T6		T7		T8		T9		T10		T11		T12	
	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC
¿Se encuentra el trabajador en condiciones optimas de salud para realizar el trabajo?	Y		Y																					
¿Se encuentra libre de los efectos de medicamentos que causen sueño, por ejemplo antigripales?	X		Y																					

ENTRENAMIENTO- APTITUD-CONOCIMIENTOS DEL TRABAJADOR

Aspectos a Verificar DILIGENCIE CON C "SI CUMPLE" , NC "NO CUMPLE"	T1		T2		T3		T4		T5		T6		T7		T8		T9		T10		T11		T12	
	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC
¿La(s) persona(s) que va(n) a realizar la tarea cuenta con el certificado de capacitacion TSA y examen M.O que avala que puede realizar actividades en alturas?	Y		Y																					
¿La(s) persona(s) encargada(s) de ejecutar la tarea ha(n) recibido instrucciones de seguridad especificas para la labor a realizar?	Y		Y																					
¿La(s) persona(s) encargada(s) de ejecutar la tarea conoce el equipo de trabajo?	X		Y																					

Scanned with CamScanner

	CONSORCIO BELZCON PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	CODIGO:SST-021 VERSIÓN: 00 FECHA: ENERO 2025

TRABAJADORES AUTORIZADOS

En constancia de lo anterior firmo a satisfacción y declaro que he leído totalmente la lista de chequeo y que me encuentro en plenas condiciones físicas, mentales, emocionales y de salud en general para realizar las tareas que me han sido asignadas.

No	NOMBRE Y APELLIDO	CLASE DE DOCUMENTO Y NUMERO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
Vto/ Bno Inspector SST ó Coordinador de trabajo en alturas									
Vto/ Bno Residente ó Encargado									

Inspección final / Suspención del permiso / Cierre del permiso

¿SE CONCLUYO LA ACTIVIDAD?	
SI [X]	NO [ ]

¿SE REALIZO ORDEN Y ASEO A LAS AREAS INTERVENIDAS?	
SI [X]	NO [ ]

SUSPENSIÓN DEL PERMISO

CAUSA DE LA SUSPENSIÒN: _____

FECHA DE LA SUSPENSIÒN			HORA DE LA SUSPENSIÒN
DD	MM	AA	____:____

RESPONSABLE DE LA SUSPENSIÒN	
NOMBRE Y APELLIDO	
CEDULA	
FIRMA	

CIERRE DEL PERMISO			
NOMBRE Y APELLIDO			
CEDULA			
FIRMA			
FECHA CIERRE			HORA CIERRE
DD	MM	AA	
03	02	2025	06:00

EN CASO SE EMERGENCIA U OCURRENCIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN E EMERGENCIAS	
NOMBRE Y APELLIDO	
CEDULA	
CELULAR	

AYUDANTE DE SEGURIDAD	
NOMBREY APELLIDO	
CEDULA	
FIRMA	

Scanned with CamScanner

	GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo SST-FT-022
		Versión 00
	Contrato de obra pública Nro	FECHA ENERO 2025
		Página 1 de 1

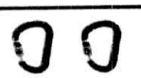
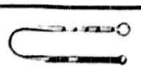
INSPECCIÓN DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL CONTRA CAIDAS

Proyecto de ejecución: Contrato de obra pública Nro.

Fecha de Inspección: 06 / 02 / 25

Datos del responsable de los equipos

Nombre: CARLOS ANDRES LOPEZ **No. de documento:** [illegible] **Cargo:** TECNICO ELECTRICISTA

Descripción del equipo			Componente	Criterio de verificación	Marque SI/NO según corresponda		Observación
ARNES DE CUERPO ENTERO		Fecha de fabricación: 12/2023 Marca: CAMP Serial y/o referencia: [illegible]	Correas o reatas	Estan Libres de agujeros	SI		
				Las costuras se encuentran en buen estado	SI		
				Estan sin grietas	SI		
				Se observa estiramiento excesivo	SI		
				Estan libres de quemaduras	SI		
				Indicador de impacto intacto	SI		
				Las etiquetas en buen estado y protegidas	SI		
				Libres de corrosión por exposición a químicos y pinturas	SI		
			Argollas, laterales, dorsal y pectoral	Se evidencia desgaste excesivo o deformaciones		NO	
				Se observan grietas		NO	
				Se observa corrosión		NO	
				Se observa deterioro general		NO	
			Hebillas	Se evidencia desgaste excesivo o deformaciones		NO	
				Se observa picaduras y grietas		NO	
				Se observa deterioro general		NO	
				Se observa corrosión		NO	
PRENDA DE POSICIONAMIENTO		Fecha de fabricación: 03/2023 Marca: [illegible] Serial o referencia: [illegible]	Correa o reata	Se observan raspaduras, cortes o roturas	SI		
				Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración	SI		
				Las costuras estas libres de puntadas, estiradas o cortadas	SI		
			Ganchos	Se observan roturas o exposición de su contenido		NO	
				Las uniones con la eslinga y el gancho se encuentra intactas	SI		
			Etiquetas	Funcionan normalmente para apertura y cierre	SI		
				Se evidencia deformación y/o doblados		NO	
				Se evidencia corrosión		NO	
LAZO PRENSIL		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Correa o reata	Se observan raspaduras, cortes o roturas		NO	
				Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración		NO	
				Las costuras estas libres de puntadas, estiradas o cortadas		NO	
MOSQUETON		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Cuerpo	Se observa de desgaste excesivo o deformaciones		NO	
				Se observan grietas		NO	
				Se observa de corrosión		NO	
				Se observa de deterioro general		NO	
LINEA DE VIDA		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Anclaje	Se observa desgaste excesivo o deformaciones		NO	
				Se observan grietas		NO	
				Se observa corrosión		NO	
				Se observa deterioro general		NO	
			Cuerda	Se observa desgaste excesivo o deformaciones		NO	
				Se observan hilos rotos o cortados		NO	
				Certificación de la linea de vida		NO	
				El diametro de la cuerda cumple con el requerido		NO	
				Se observan residuos de pinturas, cambio de color o manchadas		NO	
ASAP		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Cuerpo	El equipo presenta marcas, deformaciones, fisuras y corrosión.		NO	
			Rueda bloqueadora	La rueda se encuentra limpia y sin residuos	SI		
				Hay ausencia de dientes o presentan desgaste		NO	
				Gira uniformemente	SI		
SALVAVIDAS		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Funda y cinta absorbedora	Se observan raspaduras, cortes o roturas		NO	
				Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración		NO	
				Hay rastro de contacto con productos químicos		NO	
				Se observan desgarros o costuras sueltas		NO	
				La etiqueta indicadora de caída esta desgarrada		NO	
				La funda protege correctamente la cinta absorbedora		NO	
			Puntos de conexión	Los evidencian hilos sueltos o desilachados		NO	
ES		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Placa lateral movil	Presenta aplastamiento, deformaciones o fisuras		NO	
				El estado del gatillo esta en buenas condiciones		NO	
				La apertura y cierre es adecuada		NO	
				Los remaches estan debidamente ajustados	SI		
			Cuerpo	La leva y su eje esta desgastado		NO	
				La rotación de la leva es apropiada		NO	
				El perfin presenta algún tipo de marca o corrosión		NO	
				El orificio de conexión se encuentra en condición adecuada	SI		
				Los dientes se encuentran desgastados y/o sucios		NO	
				El orificio de conexión se encuentra en condición adecuada	SI		
TRIPODES		Fecha de fabricación: Marca:	Cinta, y puntos de enganche	Se observan cortes, desgastes, roturas		NO	
				Hay rastro de contacto con productos quimicos		NO	
				Tiene hilos sueltos, flojos o cortados		NO	
				Hay evidencia de marcas, fisuras, deformación y/o corrosión		NO	

Nota: La inspección de los equipos de protección contra caídas debe ser realizada por el trabajador responsable. La periodicidad en el diligenciamiento del presente formato deberá ser como mínimo 3 veces al mes, sin embargo, es obligatorio que el trabajador cada vez que use el equipo realice una revisión informal de todos los componentes.

Firma del trabajador responsable

Firma de supervisor y/o jefe inmediato

Scanned with CamScanner

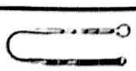
	GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo SST-FT-022
		Version 00
	Contrato de obra publica Nro	FECHA ENERO 2025
		Página 1 de 1

INSPECCIÓN DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL CONTRA CAIDAS

Proyecto de ejecución: Contrato de obra pública Nro. **Fecha de Inspección:** 13 / 1 / 25

Datos del responsable de los equipos

Nombre: Giovany Fonseca **No. de documento:** 61366 1060 **Cargo:** Tecnico Electricista

Descripción del equipo			Componente	Criterio de verificación	Marque SI/NO según corresponda		Observación
ARNES DE CUERPO ENTERO		Fecha de fabricación: 11/20	Correas o reatas	Estan Libres de agujeros	X		
				Las costuras se encuentran en buen estado	X		
				Estan sin grietas	X		
				Se observa estiramiento excesivo		X	
				Estan libres de quemaduras	X		
		Marca: Insite		Indicador de impacto intacto	X		
				Las etiquetas en buen estado y protegidas	X		
				Libres de corrosion por exposición a quimicos y pinturas	X		
			Argollas, laterales, dorsal y pectoral	Se evidencia desgaste excesivo o deformaciones		X	
				Se observan grietas		X	
				Se observa corrosion		X	
		Serial y/o referencia: 18637		Se observa deterioro general		X	
			Hebillas	Se evidencia desgaste excesivo o deformaciones		X	
				Se observa picaduras y grietas		X	
				Se observa deterioro general		X	
				Se observa corrosion		X	
ESLINGA DE POSICIONAMIENTO		Fecha de fabricación: 22/04	Correa o reata	Se observan rasgaduras, cortes o roturas	X		
				Libres de abrasion, moho, quemaduras o decoloración	X		
				Las costuras estas libres de puntadas, estiradas o cortadas	X		
		Marca: FIRST	Ganchos	Se observan roturas o exposición de su contenido		X	
				Las uniones con la eslinga y el gancho se encuentra intactas	X		
		Serial o referencia: 433588660031	Etiquetas	Funcionan normalmente para apertura y cierre	X		
				Se evidencia deformación y/o doblados		X	
				Se evidencia corrosion		X	
LAZO PELTER		Fecha de fabricación:	Correa o reata	Se observan rasgaduras, cortes o roturas			
		Marca:		Libres de abrasion, moho, quemaduras o decoloración			
		Serial y/o referencia:		Las costuras estas libres de puntadas, estiradas o cortadas			
MOSQUETONES		Fecha de fabricación:	Cuerpo	Se observa desgaste excesivo o deformaciones			
		Marca:		Se observan roturas			
		Serial y/o referencia:		Se observa corrosión			
				Se observa deterioro general			
LINEA DE VIDA		Fecha de fabricación:	Anclaje	Se observa desgaste excesivo o deformaciones			
		Marca:		Se observan roturas			
				Se observa corrosión			
		Serial y/o referencia:		Se observa deterioro general			
			Cuerda	Se observa desgaste excesivo o deformaciones			
				Se observan hilos rotos o cortados			
				Certificación de la linea de vida			
				El diametro de la cuerda cumple con el requerido			
				Se observan residuos de pinturas, cambio de color o manchadas			
ASAP		Fecha de fabricación:	Cuerpo	El equipo presenta marcas, deformaciones, fisuras y corrosión			
		Marca:	Rueda bloqueadora	La rueda se encuentra limpia y sin residuos			
		Serial y/o referencia:		Hay ausencia de dientes o presentan desgaste			
				Gira uniformemente			
ABSORBEDOR		Fecha de fabricación:	Funda y cinta absorbedora	Se observan rasgaduras, cortes o roturas			
				Libres de abrasion, moho, quemaduras o decoloración			
		Marca:		Hay rastro de contacto con productos quimicos			
				Se observan desgarros o costuras sueltas			
		Serial y/o referencia:		La etiqueta indicadora de caida esta desgarrada			
				La funda protege correctamente la cinta absorbedora			
			Puntos de conexión	Los evidencian hilos sueltos o deslachados			
EPI		Fecha de fabricación:	Placa lateral movil	Presenta aplastamiento, deformaciones o fisuras			
				El estado del gatillo esta en buenas condiciones			
		Marca:		La apertura y cierre es adecuada			
				Los remaches estan debidamente apretados			
		Serial y/o referencia:	Cuerpo	La leva y su eje esta desgastado			
				La rotación de la leva es apropiada			
				El patin presenta algun tipo de marca o corrosión			
				El orificio de conexión se encuentra en condición adecuada			
				Los dientes se encuentran desgastados y/o sucios			
				El orificio de conexión se encuentra en condición adecuada			
TRIPODE		Fecha de fabricación:	Cinta, y puntos de enganche	Se observan cortes, desgastes, roturas			
				Hay rastro de contacto con productos quimicos			
		Marca:		Tiene hilos sueltos, flojos o cortados			
				Hay evidencia de marcas, fisuras, deformación y/o corrosión			

Nota: La inspección de los equipos de protección contra caídas debe ser realizada por el trabajador responsable. La periodicidad en el diligenciamiento del presente formato debera ser como minimo 2 veces al mes, sin embargo, es obligación que el trabajador cada vez que use el equipo realice una inspección informal de todos los componentes

Giovany Fonseca
Firma del trabajador responsable

Firma de supervisor y/o jefe inmediato

Scanned with CamScanner