* 01B 00000000 *

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

FECHA DE RADICACIÓN: 14 / 5 / 2025

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
SARMIENTO	RUIZ	JORGE	HERNANDO

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.N. [ ] M.S. [ ] R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [✔] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] A.S. [ ] P.T. [ ]
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 80856802
11. SEXO BIOLÓGICO: F [✔] M [ ]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [✔] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: COLOMBIANO
14. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA / CUNDINAMARCA / BOGOTA
15. FECHA NACIMIENTO: 28 / 8 / 1,984

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 06
17. COMUNIDAD INDÍGENA:
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [✔] CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD:
19. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI [ ] NO [✔]
20. CLASIFICACIÓN SISBÉN:
NIVEL:
GRUPO:
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL:
22. ARL: AXA COLPATRIA
23. AFP: PROTECCIÓN
24. IBC: 1423500
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA:
26. RESIDENCIA
DIRECCIÓN: CALLE 69 #18H SUR
TELÉFONO FIJO:
TELÉFONO CELULAR: 3209965857
CORREO ELECTRÓNICO: JORGESARMIENTO@GMAIL.COM
DEPARTAMENTO: BOGOTA
MUNICIPIO/ DISTRITO: BOGOTA
LOCALIDAD/COMUNA: BOGOTA
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [✔] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
IPS:

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
30. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
32. NACIONALIDAD:
33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS / DEPARTAMENTO / MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO: DÍA / MES / AÑO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO F	39. SEXO M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN F	40. SEXO IDENTIFICACIÓN M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN T	40. SEXO IDENTIFICACIÓN NB	40. SEXO IDENTIFICACIÓN Otro?	41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS	41. LUGAR DE NACIMIENTO DEPART.	41. LUGAR DE NACIMIENTO MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	42. FECHA DE NACIMIENTO MES	42. FECHA DE NACIMIENTO AÑO
B1		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B2		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B3		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B4		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B5		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															

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

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

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

55. Nombre o razón social: OSSA ARQUITECTURA Y CONSTRUCCION SAS
56. Tipo documento de identificación: NIT [✔]
57. Número del documento de identificación: 901631535
58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
59. Ubicación: CRA 88I #54C SUR / 3209580859 / OSSASST@GMAIL.COM / CUNDINAMARCA / BOGOTA

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
SARMIENTO	RUIZ	JORGE	HERNANDO

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [✔] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 80856802
62. SEXO BIOLÓGICO: F [✔] M [ ]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [✔] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: 28 / 8 / 1,984
65. EPS ANTERIOR:
66. FECHA DE NOVEDAD: 15 / 05 / 2025
67. MOTIVO DE TRASLADO Código:
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES: COLSUBSIDIO

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependan económicamente de mí. [ ]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
76. a). Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [ ]
b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [ ]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional: Jorge Sarmiento
81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio: KATHERINE BARRETO

X. ANEXOS

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

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

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

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

94. APELLIDOS Y NOMBRES

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
Número del documento de identidad:
95. FIRMA DEL FUNCIONARIO
96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA / MES / AÑO
97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA / MES / AÑO

OBSERVACIONES:

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

- ORIGINAL: E.P.S. -

VIGILADO Supersalud

Medellín, 16 de May de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de ESTRUCTURAS OBRAS CIVILES & ASESORIAS CAP S.A.S..

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL ANTIOQUIA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1024589563	CRUZ PUERTO CRISTIAN EDUARDO	17/05/2025		B22³18m1	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 16/05/2025 16:10:17 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.60.54.50, 198.143.37.69, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

BORRAR PARA REINICIAR TODO

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

FECHA DE RADICACIÓN: 16 MAYO 2025

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: CRUZ | SEGUNDO APELLIDO: PUERTO | PRIMER NOMBRE: CRISTIAN | SEGUNDO NOMBRE: EDUARDO

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC - Cédula de Ciudadanía | 10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1024589563 | 11. SEXO BIOLÓGICO: F [✔] | 12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [✔] T NB Otro — Cual?

13. NACIONALIDAD: COLOMBIANO | 14. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA | BOGOTÁ D.C. | BOGOTA | 15. FECHA NACIMIENTO: 23 ABRIL 1998

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 06. Sin Etnia | 17. COMUNIDAD INDÍGENA | 18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [✔] | CAT. DE DISCAPACIDAD: N/A | 19. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI [✔] NO [ ] | 20. CLASIFICACIÓN SISBÉN | NIVEL | GRUPO | 21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL | 22. ARL: SARA

23. AFP: PORVENIR | 24. IBC: $ 1.423.500 | 25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA | 26. REFERENCIA | TELÉFONO CELULAR: 3048524789 | TELÉFONO FIJO

DIRECCIÓN: RURAL [ ] URBANA [ ]: calle 56 av 34 -28 | CORREO ELECTRÓNICO: CRISTIANCRUZPUERTO@GMAIL.COM | DEPARTAMENTO: BOGOTÁ D.C.

MUNICIPIO/ DISTRITO: BOGOTA | LOCALIDAD/COMUNA | ZONA: RESIDENCIAL [✔] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ] | IPS: 7237

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

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

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 30. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ] | 31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F M T NB Otro — Cual?

32. NACIONALIDAD | 33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | 34. FECHA NACIMIENTO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO: DÍA	MES	AÑO
01	SARA SOFIA CRUZ CAPERA	TI - Tarjeta de Identidad	1028792111		✔							
02												
03												
04												
05												

	Datos complementarios del Beneficiario: 43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. ESCOLARIDAD	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE CUESTIONARIO SISBÉN? SI	NO	48. CLASIFICACIÓN SISBÉN: NIVEL	GRUPO	49. DISCAPACIDAD: SI	NO	CUÁL/CUÁLES	50. ENCABEZA DE FAMILIA: SI	NO	51. Datos de residencia: DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA
01	Hijos menos de 25 años				✔									BOGOTÁ D.C.	BOGOTA	
02																
03																
04																
05																

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (Si requiere por la IPS)
01	3048524789		calle 56 av 34 -28		CRISTIANCRUZPUERTO@GMAIL.COM	7237	7237
02							
03							
04							
05							

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

55. Nombre o razón social: Estructura asesorias y obras civiles cap | 56. Tipo documento de identificación: NI - Número Identificación Tributaria | 57. Número del documento de identificación: 901896768 | 3042824670 | 58. Tipo de aportante o pagador (a registrar por la EPS): DEPENDIENTE

59. Dirección: RURAL [ ] URBANA [✔] Carrera 75 # 01 A 47 | Obrascap@gmail.com | ANTIOQUIA | MEDELLIN

VI. REPORTE DE NOVEDADES

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

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO: CRUZ | SEGUNDO APELLIDO: PUERTO | PRIMER NOMBRE: CRISTIAN | SEGUNDO NOMBRE: EDUARDO

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC - Cédula de Ciudadanía | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1024589563 | 62. SEXO BIOLÓGICO: F [✔] | 63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [✔] T NB Otro — Cual?

64. FECHA NACIMIENTO: 23 ABRIL 1998 | 65. EPS ANTERIOR | 66. FECHA DE NOVEDAD: 17 MAYO 2025 | 67. MOTIVO DE TRASLADO Código | 68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. [ ]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
73. Autorización para que la EPS solicite y consulte datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la regulen. [ ]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
76. a). Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [ ]
b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [ ]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

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

IX. FIRMAS

Cristian Cruz P.

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional

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

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad:

	CN	MS	RC	TI	CC	CE	SC	PA	CD	AS	PT
Cantidad:					1						

Total: 0

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

Total Anexos: 0

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

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

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

94. APELLIDOS Y NOMBRES

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | Nombre del funcionario que verifica | 95. FIRMA DEL FUNCIONARIO | 96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA MES AÑO | 97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA MES AÑO

OBSERVACIONES:

CODIGO N0799

Asegúrese que todas las casillas sean diligenciadas, en ninguna encontrarse en blanco ya que la información suministrada y en las observaciones contenidas en el capítulo XII sea verificada.

ORIGINAL: E.P.S.

20 MAY 2025

Medellín, 19 de May de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de ESTRUCTURAS OBRAS CIVILES & ASESORIAS CAP S.A.S..

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL ANTIOQUIA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1033764589	DOMINGUEZ QUIÑONEZ VICTOR ALFONSO	20/05/2025		23414520	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 19/05/2025 09:36:16 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.60.54.50, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9011408005
9011408005

No. de Radicación: 28387463
Fecha de Radicación: 19 05 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: DOMINGUEZ	Segundo Apellido: QUIÑONES	Primer Nombre: VICTOR	Segundo Nombre: ALFONSO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC.	1033764589	Femenino [ ] Masculino [X]	D D M M A A A A: 20 05 1994

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

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

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia		
$1.425.500	Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular

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

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
ESTRUCTURAS OBRAS CIVILES & ASESORIAS CAP S.A.S	NIT	901896768	

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

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha novedad (D D M M A A A A)
		Femenino [ ] Masculino [ ]		19 05 2025

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

71. Firma del funcionario

Cambio Empleo

VIGILADO Supersalud

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

INTERNET

05/2016

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

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9026861 correspondiente a la empresa Ossa Arquitectura Y Construccion Sas.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura	Clase de Riesgo	Tasa de Riesgo Centro de trabajo	Centro de trabajo
WILSON STEWARD ARAGON CORDOBA	C.C.	1,026,584,054	21/05/2025	RIESGO V	6.960	PRINCIPAL

Cordialmente,



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

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el martes 20 de mayo de 2025 a las 12:23:22 p. m.

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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

Radicado. - 0012071964

Fecha de Radicación: 20 05 2025

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

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

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: ARAGON	Segundo apellido: Cordoba	Primer nombre: Wilson	Segundo nombre: Steward.
7. Tipo de documento de identidad: CC	8. Número del documento de identidad: 1.026.586.054	9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [✓]	10. Fecha de nacimiento: 17 04 1995

III - DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotización - IBC
AXA Colpatria	Porvenir	1.423.500

18. Residencia Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico
Cll 91 50A #17-71		3133653267	wilsoncordoba@gmail.com

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
Bogota	Urbana [✓] Rural [ ]	San Cristobal	Bogota

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

19. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	23. Fecha de nacimiento

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

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

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

Datos complementarios

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

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

Selección de la I.P.S. Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de Aportante o Pagador (A registrar por la E.P.S.)
Ossa Arquitectura	NIT	901631535	

39. Ubicación Dirección	Teléfono Fijo	Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
Cl 64 # 108 - 32		ossasst@gmail.com	Bogota	Bogota

Powered by CamScanner

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
ARAGON	Cordoba	wilson	steward

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino	Sexo: Masculino	Fecha de Radicación	42. Fecha
CC	1.026.594.054	[ ]	[x]		20052025

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El Empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
wilson steward	Katherine Barreto

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad

Cantidad	CN	RC	TI	CC	CE	PA	CD	SC	Total
	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial (Código del Municipio / Código del Departamento)	67. Datos del SISBÉN (Número de Ficha / Puntaje / Nivel)	68. Fecha de Radicación (D D M M A A A A)	69. Fecha de Validación (D D M M A A A A)
[ ] [ ] / [ ] [ ]	[ ] / [ ] / [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones:

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

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

Powered by CamScanner

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

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9026861 correspondiente a la empresa Ossa Arquitectura Y Construccion Sas.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
GIOVANNI BAQUERO ROJAS	C.C.	80,919,024	22/05/2025

Cordialmente,

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

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el miércoles 21 de mayo de 2025 a las 03:56:45 p. m.

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9012053437
9012053437

No. de Radicación: 29321149

Fecha de Radicación: 22 05 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: BAQUERO	Segundo Apellido: ROJAS	Primer Nombre: GIOVANNI	Segundo Nombre:

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	80919024	Femenino: Masculino: X	D D 03 M M 03 A A A A 1985

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

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

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia		
$1.423.500	Dirección:	Teléfono fijo:	Teléfono celular:
Correo electrónico:	Municipio / Distrito:	Zona: Urbana: Rural:	Localidad / Comuna: / Departamento:

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

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

39. Ubicación				
CL 64 103 32 Dirección:	32022599 Teléfono:	Correo electrónico:	BOGOTA Municipio / Distrito:	DISTRITO CAPITAL Departamento:

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino: Masculino:	D D M M A A A A	D D 21 M M 05 A A 2025

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: OFICIAL DE CONSTRUCCION
71. Firma del funcionario		

Vigilado Supersalud

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

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

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

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9026861 correspondiente a la empresa Ossa Arquitectura Y Construccion Sas.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura	Clase de Riesgo	Tasa de Riesgo Centro de trabajo	Centro de trabajo
JOHN ALEJANDRO MORALES	C.C.	80,134,209	21/05/2025	RIESGO V	6.960	PRINCIPAL

Cordialmente,

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

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el martes 20 de mayo de 2025 a las 01:41:31 p. m.

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

* 01B 00000000 *

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

FECHA DE RADICACIÓN: 20 | 05 | 2025

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: MORALES | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE: JOHN | SEGUNDO NOMBRE: ALEJANDRO

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CN [ ] MS [ ] RC [ ] TI [ ] CC [✔] CE [ ] SC [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ]
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 80134209
11. SEXO BIOLÓGICO: F [✔] M [ ]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [✔] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: COLOMBIANO
14. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA | CUNDINAMARCA | BOGOTA
15. FECHA NACIMIENTO: 25 | 6 | 1,982

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 06
17. COMUNIDAD INDÍGENA:
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [✔]
CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD:
19. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI [ ] NO [✔]
20. CLASIFICACIÓN SISBÉN:
NIVEL:
GRUPO:
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL:
22. ARL: AXA COLPATRIA
23. AFP: PROTECCIÓN
24. IBC: 1423500
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA:
26. RESIDENCIA
DIRECCIÓN: CRA 3 #188A 09
TELÉFONO FIJO:
TELÉFONO CELULAR: 3214516978
CORREO ELECTRÓNICO: JOHNMORALES@GMAIL.COM
DEPARTAMENTO: BOGOTA
MUNICIPIO/ DISTRITO: BOGOTA
LOCALIDAD/COMUNA: BOGOTA
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [✔] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
IPS:

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

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

nueva eps
RECHAZO POR ESTUDIO EN LA EPS

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] CD [ ] PT [ ]
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
30. SEXO
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
32. NACIONALIDAD
33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAIS | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO: DIA | MES | AÑO

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

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

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

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

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

55. Nombre o razón social: OSSA ARQUITECTURA Y CONSTRUCCION SAS
56. Tipo documento de identificación: NI [✔] TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] RA [ ] CD [ ] PT [ ]
57. Número del documento de identificación: 901631535
58. Tipo de aportante a registrar por la EPS:
59. Ubicación: CRA 88I #54C SUR | 3209580859 | OSSASST@GMAIL.COM | CUNDINAMARCA | BOGOTA

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO: MORALES | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE: JOHN | SEGUNDO NOMBRE: ALEJANDRO
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI [ ] CC [✔] CE [ ] SC [ ] CD [ ] PT [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 80856802
62. SEXO BIOLÓGICO: F [✔] M [ ]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [✔] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: 25 | 6 | 1,982
65. EPS ANTERIOR:
66. FECHA DE NOVEDAD: 20 | 05 | 2025
67. MOTIVO DE TRASLADO Código:
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O FONDO DE PENSIONES: COLSUBSIDIO

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. [ ]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
76. a). Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [ ]
b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [ ]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] CD [ ] PT [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

John Morales
80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional

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

X. ANEXOS

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

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

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

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

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

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9026861 correspondiente a la empresa Ossa Arquitectura Y Construccion Sas.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura	Clase de Riesgo	Tasa de Riesgo Centro de trabajo	Centro de trabajo
BRANDON JAIR GONZALEZ DURAN	C.C.	1,023,027,240	22/05/2025	RIESGO V	6.960	PRINCIPAL

Cordialmente,

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

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el miércoles 21 de mayo de 2025 a las 04:10:10 p. m.

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9012053448
9012053448

No. de Radicación: 29321167
Fecha de Radicación: 22 05 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
GONZALEZ	DURAN	BRANDON	JAIR

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1023027240	Femenino: Masculino: X	D D M M A A A A: 29 04 1998

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

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

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia		
$1.423.500	Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular
Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana: Rural:	Localidad / Comuna / Departamento

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

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

39. Ubicación				
CL 64 103 32	32022599		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino: Masculino:	D D M M A A A A	D D: 21 M M: 05 A A A A: 2025

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: OFICIAL DE CONSTRUCCION

71. Firma del funcionario

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

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

VIGILADO Supersalud

Medellín, 22 de Mayo de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de ESTRUCTURAS OBRAS CIVILES ASESORIAS CAP SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL ANTIOQUIA, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1034280628	MORA TOVAR DIEGO JESUS	23/05/2025		0Q461361	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C986523142514310377

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 22/05/2025 15:52:57 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.60.54.50, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SALUD TOTAL EPS S.A.
NIT. 800.130.907-4

CERTIFICA QUE:

El 22/05/2025, el empleador ESTRUCTURAS OBRAS CIVILES ASESORIAS CAP S A S identificado con NIT 901896768 registró la siguiente solicitud de novedad en nuestro portal transaccional:

Fecha de radicación	Tipo de solicitud
22/05/2025	Novedad de inicio relación laboral

DETALLE

No. Formulario	Tipo Documento	Documento	Nombre Cotizante	IBC	Tipo Cotizante	Fecha Inicio Relación Laboral
4014804379	CEDULA DE CIUDADANIA	1034280628	DIEGO JESUS MORA TOVAR	$ 1,423,500.00	Dependiente	23/05/2025

La Presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 22 días del mes mayo del año 2025

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL

Medellín, 22 de May de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de ESTRUCTURAS OBRAS CIVILES & ASESORIAS CAP S.A.S..

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL ANTIOQUIA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1000579508	SALAMANCA TOVAR JOHN FREDY	23/05/2025		17019815	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 22/05/2025 15:42:32 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.60.54.50, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CLICK PARA REINICIAR TODO

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

FECHA DE RADICACIÓN: 22 MAYO 2025

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [✔]

2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [✔] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. RÉGIMEN: A. Contributivo [✔] B. Subsidiado [ ]

4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [ ]

5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [✔] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]

6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [✔] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

7. CÓDIGO

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
SALAMANCA	TOVAR	JOHN	FREDY

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC - Cédula de Ciudadanía

10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1000579508

11. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [✔]

12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [✔] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?

13. NACIONALIDAD: COLOMBIANO

14. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS: COLOMBIA; DEPARTAMENTO: BOGOTÁ D.C.; MUNICIPIO: BOGOTA

15. FECHA NACIMIENTO: 26 AGOSTO 2003

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 06. Sin Etni

17. COMUNIDAD INDÍGENA:

18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [✔]

CAT. DE DISCAPACIDAD: N/A

19. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI [✔] NO [ ]

20. CLASIFICACIÓN SISBÉN:

NIVEL:

GRUPO:

21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL:

22. ARL: SURA

23. AFP: PORVENIR

24. IBC: $ 1.423.500

25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA:

26. RESIDENCIA

TELÉFONO CELULAR: 3048524789

TELÉFONO FIJO:

DIRECCIÓN: RURAL [ ] URBANA [ ]

COMPLEMENTO DIRECCIÓN: carrera 59 # 34 -67

CORREO ELECTRÓNICO: john_fredy_2003@GMAIL.COM

DEPARTAMENTO: BOGOTÁ D.C.

MUNICIPIO/ DISTRITO: BOGOTA

LOCALIDAD/COMUNA:

ZONA: CABECERA MUNICIPAL [✔] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]

IPS: 7237

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

30. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]

31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?

32. NACIONALIDAD:

33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS; DEPARTAMENTO; MUNICIPIO

34. FECHA NACIMIENTO: DÍA; MES; AÑO

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

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

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

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

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

55. Nombre o razón social: Estructura asesorías y obras civiles cap

56. Tipo documento de identificación: NI - Número Identificación Tributaria

57. Número del documento de identificación: 901896768

TELÉFONO: 3042824670

58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS): DEPENDIENTE

59. Dirección: RURAL [ ] URBANA [ ] Carrera 75 # 91 - 47

Obrascap50@gmail.com

DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA

MUNICIPIO/ DISTRITO: MEDELLIN

B. REPORTE DE NOVEDADES

59. TIPO DE NOVEDAD

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
SALAMANCA	TOVAR	JOHN	FREDY

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC - Cédula de Ciudadanía

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1000579508

62. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [✔]

63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [✔] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?

64. FECHA NACIMIENTO: 26 AGOSTO 2003

65. EPS ANTERIOR:

66. FECHA DE NOVEDAD: 22 MAYO 2025

67. MOTIVO DE TRASLADO Código:

68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES:

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mi. [ ]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
76. a). Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [ ]
b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [ ]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional — john fredy

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

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad:

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

Total: 0

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

Total Anexos: 0

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

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL — Código del Municipio: ____ Código del departamento: ____

93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

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

94. APELLIDOS Y NOMBRES

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ____ Número del documento de identidad: ____

95. FIRMA DEL FUNCIONARIO

96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA; MES; AÑO

97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA; MES; AÑO

OBSERVACIONES:

CODIGO N0799

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

- ORIGINAL: E.P.S. -

VIGILADO Supersalud

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 21/05/2025

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	900143174	**Cédula Usuario:**	CC 79273620
Nombre:	CRISSTAL SAS				
Dirección:	KR 54 70C 15				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	CRISSTALSAS@GMAIL.COM				
Teléfono:	2316122		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5433002 TERMINACION Y ACABADO DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERIA CIVIL, INCLUYE INSTALACION DE PUERTAS, VENTANAS Y MARCOS DE PUERTAS Y VENTANAS DE MADERA O DE OTROS MATERIALES.				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 79273620	ABRAHAM MENDOZA

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	162	22/05/2025	CC 1030587111	CUBILLOS PIERNAGORDA JONNY	5	6.960	**Independiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

DC47FD203498BF3A84A77E45837D201B Certificado impreso el día 5/21/2025 11:32:07 AM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Dirijase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

JONNY SNAIDER
CUBILLOS PIERNAGORDA
1030587111

CRISSTAL SAS
900143174

Este carné es personal e intransferible.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 21/05/2025

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	900143174	**Cédula Usuario:**	CC 79273620
Nombre:	CRISSTAL SAS				
Dirección:	KR 54 70C 15				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	CRISSTALSAS@GMAIL.COM				
Teléfono:	2316122		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5433002 TERMINACION Y ACABADO DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERIA CIVIL, INCLUYE INSTALACION DE PUERTAS, VENTANAS Y MARCOS DE PUERTAS Y VENTANAS DE MADERA O DE OTROS MATERIALES.				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 79273620	ABRAHAM MENDOZA

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	161	22/05/2025	CC 1030651432	CUBILLOS PIERNAGORDA BRAYAN	5	6.960	**Independiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

DC47FD203498BF3A84A77E45837D201B

Certificado impreso el día 5/21/2025 11:24:27 AM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Dirijase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

BRAYAN STIVEN
CUBILLOS PIERNAGORDA
1030651432

CRISSTAL SAS
900143174

Este carné es personal e intransferible.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 21/05/2025

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	900143174	**Cédula Usuario:**	CC 79273620
Nombre:	CRISSTAL SAS				
Dirección:	KR 54 70C 15				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	CRISSTALSAS@GMAIL.COM				
Teléfono:	2316122		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5433002 TERMINACION Y ACABADO DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERIA CIVIL, INCLUYE INSTALACION DE PUERTAS, VENTANAS Y MARCOS DE PUERTAS Y VENTANAS DE MADERA O DE OTROS MATERIALES.				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 79273620	ABRAHAM MENDOZA

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	163	22/05/2025	CC 79818672	CRIALES PIERNAGORDA OMAR	5	6.960	**Independiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

DC47FD203498BF3A84A77E45837D201B

Certificado impreso el día 5/21/2025 11:38:19 AM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Dirijase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

OMAR
CRIALES PIERNAGORDA
79818672

CRISSTAL SAS
900143174

Este carné es personal e intransferible.

EBISU

CONSTRUIMOS EQUIDAD, BIENESTAR Y SUEÑOS

NIT 807.008.957-7

PLANILLAS DE SEGURIDAD SOCIAL EBISU S.A.S

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-05	1480393162	9486005357	E	2025/05/15	2025/05/14	BANCOLOMBIA	0	$43,581,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																		PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS			PARAFISCALES	
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip		Codigo	Días	Codigo	Dias	Codigo	Días	Codigo	Días	Tarifa	Días	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: PRINCIPAL (17 Afiliados)																																
Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 1 (2 Afiliados)																																
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados)																																
1	CC	1015399081	CAPADOR JUDITH																			23030 1	30	EPS005	30	CCF24	30	14-4	30	0.522%	30	Si
2	CC	1074129253	VELASQUEZ KAROL	X																		23030 1	10	EPS017	10	CCF24	10	14-4	10	0.522%	10	Si
Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 5 (1 Afiliados)																																
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																																
3	CC	1081930766	CAMARGO STEVEN																			23030 1	30	ESSC07	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
Centro de Trabajo: RIESGO 1 (4 Afiliados)																																
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (4 Afiliados)																																
4	CC	1020835236	BELLO NICOLAS																			25-14	30	EPS008	30	CCF24	30	14-4	30	0.522%	30	Si
5	CC	1032399345	PEÑA LORENA																			23030 1	30	EPS005	30	CCF24	30	14-4	30	0.522%	30	Si
6	CC	52277740	POVEDA MARIA																			23100 1	30	EPS037	30	CCF24	30	14-4	30	0.522%	30	Si
7	CE	685755	RAMIREZ NERIO																			23100 1	28	EPS005	28	CCF24	28	14-4	28	0.522%	28	Si
8	CE	685755	RAMIREZ NERIO													X						23100 1	2	EPS005	2	CCF24	2	14-4	2	0.000%	2	Si
Centro de Trabajo: RIESGO 2 (1 Afiliados)																																
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																																
9	CC	52209240	CHAGUALA SANDRA		X																	23020 1	14	EPS005	14	CCF24	14	14-4	14	1.044%	14	Si
Centro de Trabajo: RIESGO 5 (9 Afiliados)																																
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (9 Afiliados)																																
10	CC	1026297800	ARIAS BRIGITTE																			23030 1	25	EPS002	25	CCF24	25	14-4	25	6.960%	25	Si
11	CC	1026297800	ARIAS BRIGITTE													X						23030 1	3	EPS002	3	CCF24	3	14-4	3	0.000%	3	Si
12	CC	1026297800	ARIAS BRIGITTE													X						23030 1	2	EPS002	2	CCF24	2	14-4	2	0.000%	2	Si
13	CC	1013662097	CELIS DAYANA																			23030 1	30	EPS008	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
14	CC	60356576	COTE MONICA																			25-14	30	EPS010	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	No
15	CC	1014288713	GARCIA GINA		X																	23030 1	30	EPS008	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
16	CC	1010188418	MARCIALES FABIAN																			23030 1	30	EPS010	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
17	CC	1001282199	MORENO KAREN																			23030 1	30	EPS010	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
18	CC	1019122545	RODRIGUEZ JUAN		X																	25-14	30	EPS010	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
19	CC	1014204230	SANCHEZ YAMIL																			25-14	30	EPS017	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
20	CC	1090457336	SOCHA ALEXIS																			23090 1	30	EPS008	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																		PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS			PARAFISCALES	
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip		Codigo	Días	Codigo	Dias	Codigo	Días	Codigo	Días	Tarifa	Días	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: HELIOS (4 Afiliados)																																

No.		Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Pension Codigo	Pension Dias	Salud Codigo	Salud Dias	CCF Codigo	CCF Dias	Riesgos Codigo	Riesgos Dias	Tarifa	Parafiscales Dias	Exonerado SENA e ICBF
Centro de Trabajo: BOGOTA (4 Afiliados)																															
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (4 Afiliados)																															
21	CC	80362362	AMADO JOSE									X									25-14	30	EPS002	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
22	CC	74325097	BARRETO MARIO																		230301	30	EPS005	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
23	CC	1020785106	CONTRERAS SERGIO									X									230301	30	EPS017	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
24	CC	82392781	MONCADA MARIO									X									230301	28	EPS037	28	CCF24	28	14-4	28	6.960%	28	Si
25	CC	82392781	MONCADA MARIO													X					230301	2	EPS037	2	CCF24	2	14-4	2	0.000%	2	Si

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS			PARAFISCALES	
No.		Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Tarifa	Dias	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: PROYECTO BOITA (39 Afiliados)																															
Centro de Trabajo: PROYECTO BOITA (39 Afiliados)																															
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (39 Afiliados)																															
26	CC	92551355	AGUAS GREDIS																		230301	28	EPS002	28	CCF24	28	14-4	28	6.960%	28	Si
27	CC	92551355	AGUAS GREDIS													X					230301	1	EPS002	1	CCF24	1	14-4	1	0.000%	1	Si
28	CC	92551355	AGUAS GREDIS													X					230301	1	EPS002	1	CCF24	1	14-4	1	0.000%	1	Si
29	CC	50989201	ALTAMIRANDA IRINA																		230201	30	EPS037	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
30	CC	1049629973	ALVAREZ DANNY																		230301	23	EPS017	23	CCF24	23	14-4	23	6.960%	23	Si
31	CC	1049629973	ALVAREZ DANNY																X		230301	7	EPS017	7	CCF24	0	14-4	7	0.000%	0	Si
32	CC	1022352554	ALVAREZ PABLO																		230301	30	EPS017	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
33	CC	1033694813	AMADO JUAN																		231001	28	EPS005	28	CCF24	28	14-4	28	6.960%	28	Si
34	CC	1033694813	AMADO JUAN													X					231001	2	EPS005	2	CCF24	2	14-4	2	0.000%	2	Si
35	CC	1129593	ANTOLINEZ BENJAMIN		X																230301	1	EPS037	1	CCF24	1	14-4	1	6.960%	1	Si
36	CC	1023893213	AQUITE JONATHAN		X																230301	1	EPS002	1	CCF24	1	14-4	1	6.960%	1	Si
37	CC	1032513039	ARAQUE LUIS																		230301	29	EPS005	29	CCF24	29	14-4	29	6.960%	29	Si
38	CC	1032513039	ARAQUE LUIS										X								230301	1	EPS005	1	CCF24	1	14-4	1	0.000%	1	Si
39	CC	13840356	ARCE MARINO																			0	EPS017	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
40	CC	1001045259	AREVALO FRANK		X																230301	1	EPS005	1	CCF24	1	14-4	1	6.960%	1	Si
41	CC	1003045086	BERRIO JOSE																		230301	30	EPS037	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
42	CC	11802823	BORJA JOHANS																		25-14	30	EPS005	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
43	CC	1032467146	BRICEÑO JULIAN		X																230301	18	EPS008	18	CCF24	18	14-4	18	6.960%	18	Si
44	CC	1032467146	BRICEÑO JULIAN											X							230301	1	EPS008	1	CCF24	0	14-4	1	0.000%	0	Si
45	CC	1032467146	BRICEÑO JULIAN											X							230301	2	EPS008	2	CCF24	0	14-4	2	0.000%	0	Si
46	CC	1044914028	CAICEDO LEIDIS							X		X									230301	30	EPS008	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
47	CC	1020761157	CARREÑO CESAR																		231001	30	EPS017	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
48	CC	1000850457	CASTRO JOHAN		X																230301	10	EPS010	10	CCF24	10	14-4	10	6.960%	10	Si
49	CC	1000850457	CASTRO JOHAN											X							230301	1	EPS010	1	CCF24	0	14-4	1	0.000%	0	Si
50	CC	1102896714	DE LA HOZ ENDERSON		X																230201	15	EPS037	15	CCF24	15	14-4	15	6.960%	15	Si
51	CC	1010840357	DIAZ KEVIN																X		230301	3	EPS008	3	CCF24	0	14-4	3	0.000%	0	Si
52	CC	1010840357	DIAZ KEVIN																		230301	27	EPS008	27	CCF24	27	14-4	27	6.960%	27	Si
53	CC	1069758963	ESCOBAR VICTOR																		230301	30	EPS002	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si

PLANILLA PAGADA

54	PT	4875794	GARCIA YASIBIT	X																230301	9	EPSC25	9	CCF24	9	14-4	9	6.960%	9	Si
55	CC	80728996	GIRON LUIS																	230301	30	EPS008	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
56	CC	1003063479	GUERRA JULIANY	X																230201	30	EPS041	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
57	CC	79895630	HERRERA CARLOS																	230301	29	EPS005	29	CCF24	29	14-4	29	6.960%	29	Si
58	CC	79895630	HERRERA CARLOS												X					230301	1	EPS005	1	CCF24	1	14-4	1	0.000%	1	Si
59	CC	1001297434	HERRERA JOSE																	230201	30	EPS017	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
60	PT	1097775	MENDOZA DINNO																	230301	28	EPS002	28	CCF24	28	14-4	28	6.960%	28	Si
61	PT	1097775	MENDOZA DINNO										X							230301	2	EPS002	2	CCF24	0	14-4	2	0.000%	0	Si
62	CC	87946129	OLAYA MARVIN																	230301	29	EPS002	29	CCF24	29	14-4	29	6.960%	29	Si
63	CC	87946129	OLAYA MARVIN									X								230301	1	EPS002	1	CCF24	1	14-4	1	0.000%	1	Si
64	CC	1063164092	OSORIO ELIEZER						X											230301	29	EPS005	29	CCF24	29	14-4	29	6.960%	29	Si
65	CC	1063164092	OSORIO ELIEZER									X								230301	1	EPS005	1	CCF24	1	14-4	1	0.000%	1	Si
66	CC	70466659	PAMPLONA HERNAN								X									230301	29	EPS010	29	CCF24	29	14-4	29	6.960%	29	Si
67	CC	70466659	PAMPLONA HERNAN												X					230301	1	EPS010	1	CCF24	1	14-4	1	0.000%	1	Si
68	CC	1030700290	PARRA ANGIE																	230301	30	EPS008	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
69	CC	1003312766	PINZON LEYSY	X																25-14	9	CCFC55	9	CCF24	9	14-4	9	6.960%	9	Si
70	CC	1003656243	REYES RAY																	230301	30	EPS005	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
71	CC	1127394477	RINCONES RAFAEL																	230301	26	EPS010	26	CCF24	26	14-4	26	6.960%	26	Si
72	CC	1127394477	RINCONES RAFAEL									X								230301	1	EPS010	1	CCF24	1	14-4	1	0.000%	1	Si
73	CC	1127394477	RINCONES RAFAEL										X							230301	3	EPS010	3	CCF24	0	14-4	3	0.000%	0	Si
74	CC	1216976666	RODRIGUEZ ANDRES																	230201	30	EPS002	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
75	PT	5122996	SANCHEZ FAUSTO								X									230201	30	EPS002	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
76	CC	79829346	TORRES ARISMENDI																	25-14	30	EPS017	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
77	CC	1000128491	TORRES DAVID																	230301	30	EPS017	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
78	CC	1022937991	YAGUE WILLIAM		X															230301	3	EPS017	3	CCF24	3	14-4	3	6.960%	3	Si
79	CC	87572106	YANGUATIN HERNAN																	230301	30	EPS002	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
80	CC	1233691250	ZAMORA JHON																	230301	30	EPS008	30	CCF24	30	14-4	30	6.960%	30	Si
Total		**Afiliados(60)**																													

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-05	1480393162	9486005357	E	2025/05/15	2025/05/14	BANCOLOMBIA	0	$43,581,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 5)				59	$22,211,500	$0	$0	$22,211,500
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	4	$1,879,200	$0	$0	$1,879,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	8	$4,414,000	$0	$0	$4,414,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	39	$13,151,000	$0	$0	$13,151,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	7	$1,458,300	$0	$0	$1,458,300
SKANDIA	230901	800,253,055	2	1	$1,309,000	$0	$0	$1,309,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				60	$8,519,400	$0	$0	$8,519,400
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	60	$8,519,400	$0	$0	$8,519,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				60	$5,662,000	$0	$0	$5,662,000
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	60	$5,662,000	$0	$0	$5,662,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 10)				60	$6,638,300	$0	$0	$6,638,300
CAJACOPI	CCFC55	901,543,211	6	1	$17,100	$0	$0	$17,100
CAPRESOCA	EPSC25	891,856,000	7	1	$17,100	$0	$0	$17,100
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	10	$1,059,700	$0	$0	$1,059,700
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	7	$2,093,900	$0	$0	$2,093,900
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	11	$954,600	$0	$0	$954,600
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	1	$84,000	$0	$0	$84,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	6	$319,600	$0	$0	$319,600
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$57,000	$0	$0	$57,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	10	$705,400	$0	$0	$705,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	12	$1,329,900	$0	$0	$1,329,900
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$330,000	$0	$0	$330,000
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	1	$330,000	$0	$0	$330,000
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$220,000	$0	$0	$220,000
SENA	PASENA	899,999,034	1	1	$220,000	$0	$0	$220,000
TOTAL				**60**	**$43,581,200**	**$0**	**$0**	**$43,581,200**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1480405320	9486005564	Y	2025/05/15	2025/05/14	BANCOLOMBIA	0	$891,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PROYECTO BOITA (9 Afiliados)																							$0	$0			$0	$0			$0	$0			$12,811,500		$891,900		$0	$0		$891,900
Centro de Trabajo: PROYECTO BOITA (9 Afiliados)																							$0	$0			$0	$0			$0	$0			$12,811,500		$891,900		$0	$0		$891,900
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (9 Afiliados)																							$0	$0			$0	$0			$0	$0			$12,811,500		$891,900		$0	$0		$891,900
1	CC	1052397887	FUENTES ANYELA																		0		$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	14-4	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	0	$0	$0	No	$99,100
2	CC	1010228105	GALLEGO ELTON																		0		$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	14-4	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	0	$0	$0	No	$99,100
3	CC	1030627112	GARCIA JAVIER																		0		$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	14-4	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	0	$0	$0	No	$99,100
4	CC	80149151	JIMENEZ MILTON																		0		$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	14-4	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	0	$0	$0	No	$99,100
5	CC	1012413543	SANCHEZ ANGIE																		0		$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	14-4	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	0	$0	$0	No	$99,100
6	CC	1010175874	SOLANO MANUEL																		0		$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	14-4	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	0	$0	$0	No	$99,100
7	CC	79154597	URIBE ALFONSO																		0		$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	14-4	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	0	$0	$0	No	$99,100
8	CC	79797289	VASQUEZ CARLOS																		0		$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	14-4	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	0	$0	$0	No	$99,100
9	CC	11188061	VELANDIA FRANK																		0		$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	14-4	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	0	$0	$0	No	$99,100
Total	**Afiliados(9)**																						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$12,811,500		$891,900		$0	$0		$891,900

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1480405320	9486005564	Y	2025/05/15	2025/05/14	BANCOLOMBIA	0	$891,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				9	$891,900	$0	$0	$891,900
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	9	$891,900	$0	$0	$891,900
TOTAL				**9**	**$891,900**	**$0**	**$0**	**$891,900**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1030627112	JAVIER DAVID GARCIA GONZALEZ	CRA 57A 200 42 T1 AP302	6019410632	javiergarcia.hsg@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	I	03/06/2025	86753302	$406.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	178.200	0		0		0	0	0	0	178.200	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	228.000	0	0	0	0	0	0		228.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

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

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

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

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1030627112	JAVIER DAVID GARCIA GONZALEZ		CRA 57A 200 42 T1 AP302	6019410632	javiergarcia.hsg@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	I	03/06/2025	86753302	$406.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1030627112	GARCIA GONZALEZ JAVIER DAVID	3	0			N																	230301	1.425.000	228.000	0	0	0	0	EPS037	1.425.000	178.200		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Certificado de Aportes

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

APORTANTE: HMV INGENIEROS LIMITADA NI 860000656

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9485691605	1480321495	E	2025-05-14	EPS	EPS010	EPS SURA (ANTES SUSALUD)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-05	29																	
9485691605	1480321495	E	2025-05-14	EPS	EPS010	EPS SURA (ANTES SUSALUD)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-05	1													X				
9485691605	1480321495	E	2025-05-14	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	29																	
9485691605	1480321495	E	2025-05-14	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	1													X				
9485691605	1480321495	E	2025-05-14	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	29																	
9485691605	1480321495	E	2025-05-14	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	1													X				
9485691605	1480321495	E	2025-05-14	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	29																	
9485691605	1480321495	E	2025-05-14	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	1													X				

Este certificado se expide el día 2025-06-04 a las 14:06.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80149151	MILTON JAVIER JIMENEZ SOSA	cra 73a #7b-95	7000000	miltonjjs@yahoo.es	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	I	29/05/2025	86455254	$413.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	181.300	0		0		0	0	0	0	181.300	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
231001	Colfondos	800227940-6	232.000	0	0	0	0	0	0		232.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

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

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	181.300	181.300
Pensión	1	232.000	232.000
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	413.300	413.300

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	80149151	MILTON JAVIER JIMENEZ SOSA		cra 73a #7b-95	7000000	miltonjjs@yahoo.es	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	I	29/05/2025	86455254	$413.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	80149151	JIMENEZ SOSA MILTON JAVIER	3	0			N																	231001	1.450.000	232.000	0	0	0	0	EPS008	1.450.000	181.300		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-05-06, 1:40:34 PM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 1071177124

Periodo Cotización: abril de 2025 **Periodo Servicio:** mayo de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8822986094

PAGADO 06/05/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JS AMBIENTE CONSTRUCCION CONSULTORES SAS		
Documento	NI901157909	**Dirección**	AV 18 #91 - 0 SAN JOSE
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3232452996
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	DUITAMA	**Departamento**	BOYACA
Representante Legal	SOLANO SILVA MANUEL FERNANDO	**Identificación**	CC 1010175874
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

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

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 57.000	$ 7.500	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 349.300	$ 4.900	$ 354.200

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

Certificado de Aportes

Se certifica que FRANK LEANDRO VELANDIA BARRIOS identificado(a) con CC 11188061 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: RYM FERRO ILUMINACIONES SAS NI 900142510

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9485753248	1462085551	E	2025-05-06	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-05	30																	
9485753248	1462085551	E	2025-05-06	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	30																	
9485753248	1462085551	E	2025-05-06	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	30																	
9485753248	1462085551	E	2025-05-06	CCF	CCF21	CAFAM	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	30																	
9485753248	1462085551	E	2025-05-06	FSP	25-14	COLPENSIONES	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-04	30																	
9485753248	1462085551	E	2025-05-06	SUB	25-14	COLPENSIONES	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-04	30																	

Este certificado se expide el día 2025-06-03 a las 16:06.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-06-06, 9:07:50 AM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 1071177124

Periodo Cotización: abril de 2025 **Periodo Servicio:** mayo de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8822986094

PAGADO 06/06/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JS AMBIENTE CONSTRUCCION CONSULTORES SAS		
Documento	NI901157909	**Dirección**	AV 18 #91 - 0 SAN JOSE
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3232452996
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	DUITAMA	**Departamento**	BOYACA
Representante Legal	SOLANO SILVA MANUEL FERNANDO	**Identificación**	CC 1010175874
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																			Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IGE	RET	RET F	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	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 Mineducación	Total
CC 1010175874	MANUEL FERNANDO SOLANO SILVA	01	00																	0	30	30	30	30	(031001) COLPENSIONES	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.423.500	$ 57.000	0.522	$ 1.423.500	$ 7.500	(CCF02) COLSUBSIDIO	$ 1.423.200	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 348.300

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 57.000	$ 7.500	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 348.300	$ 4.900	$ 354.200

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

Powered by CamScanner

PAGOSIMPLE | Informe Histórico Resumido

Fecha de Creación del Informe: Lunes, 09 de Abril de 2025 08:20:12 AM

Período del informe: Desde el 06 de mayo de 2025 hasta el 06 de junio de 2025

Pagada en horario 06/06/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	VENTAS YAR SAS	**Sucursal**	01 PAGOS SIMPLE
Documento	NI901285390	**Dirección**	DG 45 B SUR 53 A 33
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	6609160
Tipo Persona	JURIDICA	**Forma Presentación**	
Ciudad	BOGOTA	**Departamento**	BOGOTA
Representante Legal	GONZALEZ MARIANA	**Identificación**	CC1121832727

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado		Información del Pago				Novedades															Administradoras							IBC				Liquidación de Aportes								
Identificación del Cotizante	Apellidos y Nombres	Referencia pago (PIN) / Número planilla	Fecha de Pago	Período de Cot.	Período Serv.	ING	RET	RET P.	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	AFP	EPS	ARP	CCF	IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Caja	Aporte Pensión	Aporte Salud	Aporte Riesgos	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte Ministerio	TOTAL
CC 1010228105	GALLEGO GALLEGO ELTON JOHN	1069462112	06/05/2025	202505	202506																		30	30	30	0	230301	EPS017	14-11	NIN-CC	$1.423.500	$1.423.500	$1.423.500	$0	$227.800	$57.000	$7.500	$0	$0	$0	$0	$0	$292.300

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

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79797289	CARLOS ANDRES VASQUEZ QUINTERO	CALLE 128 B 77 31 APT 702 SOTILEZA	3061783	cavqarquitectura@outlook.es	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-04	I	21/05/2025	84854039	$934.900	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	400.000	0		0		0	10	2.600	0	402.600	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	512.000	0	0	0	0	10	3.300	0	515.300	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	16.800				16.800	10	200	17.000			168	17.000	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	10	0	0	0
ICBF				
0	10	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	400.000	402.600
Pensión	1	512.000	515.300
Riesgos Laborales	1	16.800	17.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	928.800	934.900

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79797289	CARLOS ANDRES VASQUEZ QUINTERO	CALLE 128 B 77 31 APT 702 SOTILEZA	3061783	cavqarquitectura@outlook.es	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-04	I	21/05/2025	84854039	$934.900	

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	Excepción	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	79797289	VASQUEZ QUINTERO CARLOS ANDRES	59	0			N																	230201	3.200.000	512.000	0	0	0	0	EPS008	3.200.000	400.000	14-23	3.200.000	1	16.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Certificación de Aportes por Cotizante

Se certifica que ALFONSO URIBE S. Y CIA S.A. identificado con NI 830066664 realizó el pago de los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social y Parafiscales para ALFONSO URIBE SARDIÑA identificado con CC 79154597:

Relación de Aportes

Liquidación			Pago		Administradora			Novedades															Liquidación			AFP	
Clave	Tipo Planilla	Periodo	Fecha de pago	No. Transacción	Subsistema	Código	Nombre	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	Días	Tarifa	Aporte	FSP	FS
9483180818	E	2025/04	2025/05/10	1326018951	ARP	14-7	SEGUROS BOLIVAR								X								30	6.96%	$845,100	$0	$0
9483180818	E	2025/04	2025/05/10	1326018951	CCF	CCF22	COLSUBSIDIO								X								30	4%	$485,700	$0	$0
9483180818	E	2025/04	2025/05/10	1326018951	ICBF	PAICBF	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR								X								30	3%	$364,300	$0	$0
9483180818	E	2025/04	2025/05/10	1326018951	SENA	PASENA	SENA								X								30	2%	$242,900	$0	$0
9483180818	E	2025/05	2025/05/10	1326018951	EPS	EPS005	SANITAS								X								30	12.5%	$1,517,800	$0	$0

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION identificado(a) con NI 899999119 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para ANGIE HASBLEIDY SANCHEZ PABON identificado(a) con CC 1012413543

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9486221545	1534845925	E	2025-06-06	EPS	EPS037	NUEVA E.P.S.	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-06	30																		$6,770,742	12.5%	$846,400
9486221545	1534845925	E	2025-06-06	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-05	30																		$6,770,742	16%	$1,083,400
9486221545	1534845925	E	2025-06-06	AFP	25-14	COLPENSIONES	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-05	30																		$6,770,742		$33,900
9486221545	1534845925	E	2025-06-06	AFP	25-14	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-05	30																		$6,770,742		$33,900
9486221545	1534845925	E	2025-06-06	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2025-05	30																		$0	0%	$0
9486221545	1534845925	E	2025-06-06	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2025-05	30																		$0	0%	$0
9486221545	1534845925	E	2025-06-06	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-05	30																		$6,770,742	0.522%	$35,400
9486221545	1534845925	E	2025-06-06	CCF	CCF21	CAFAM	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-05	30																		$6,770,742	4%	$270,900
9486221545	1534845925	E	2025-06-06	SENA	PASENA	SENA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-05	30																		$6,770,742	0.5%	$33,900
9486221545	1534845925	E	2025-06-06	ICBF	PAICBF	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-05	30																		$6,770,742	3%	$203,200
9486221545	1534845925	E	2025-06-06	ESAP	PAESAP	ESCUELA DE ADMINISTRACION PUBLICA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-05	30																		$6,770,742	0.5%	$33,900
9486221545	1534845925	E	2025-06-06	MEN	PAMIED	MINISTERIO DE EDUCACION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-05	30																		$6,770,742	1%	$67,800
9484913989	1464174179	E	2025-05-07	EPS	EPS037	NUEVA E.P.S.	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-05	30									X									$9,140,502	12.5%	$1,142,600
9484913989	1464174179	E	2025-05-07	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	30									X									$9,140,502	16%	$1,462,500
9484913989	1464174179	E	2025-05-07	AFP	25-14	COLPENSIONES	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-04	30									X									$9,140,502		$45,800
9484913989	1464174179	E	2025-05-07	AFP	25-14	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-04	30									X									$9,140,502		$45,800
9484913989	1464174179	E	2025-05-07	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2025-04	30									X									$0	0%	$0
9484913989	1464174179	E	2025-05-07	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2025-04	30									X									$0	0%	$0
9484913989	1464174179	E	2025-05-07	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	30									X									$9,140,502	0.522%	$47,800

aportes en línea

Certificado de Aportes

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																	IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9484913989	1464174179	E	2025-05-07	CCF	CCF21	CAFAM	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	30									X									$9,140,502	4%	$365,700
9484913989	1464174179	E	2025-05-07	SENA	PASENA	SENA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	30									X									$9,140,502	0.5%	$45,800
9484913989	1464174179	E	2025-05-07	ICBF	PAICBF	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	30									X									$9,140,502	3%	$274,300
9484913989	1464174179	E	2025-05-07	ESAP	PAESAP	ESCUELA DE ADMINISTRACION PUBLICA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	30									X									$9,140,502	0.5%	$45,800
9484913989	1464174179	E	2025-05-07	MEN	PAMIED	MINISTERIO DE EDUCACION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	30									X									$9,140,502	1%	$91,500
9483300024	1386846553	E	2025-04-04	EPS	EPS037	NUEVA E.P.S.	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	30																		$6,770,742	12.5%	$846,400
9483300024	1386846553	E	2025-04-04	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-03	30																		$6,770,742	16%	$1,083,400
9483300024	1386846553	E	2025-04-04	AFP	25-14	COLPENSIONES	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-03	30																		$6,770,742		$33,900
9483300024	1386846553	E	2025-04-04	AFP	25-14	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-03	30																		$6,770,742		$33,900
9483300024	1386846553	E	2025-04-04	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2025-03	30																		$0	0%	$0
9483300024	1386846553	E	2025-04-04	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2025-03	30																		$0	0%	$0
9483300024	1386846553	E	2025-04-04	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-03	30																		$6,770,742	0.522%	$35,400
9483300024	1386846553	E	2025-04-04	CCF	CCF21	CAFAM	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-03	30																		$6,770,742	4%	$270,900
9483300024	1386846553	E	2025-04-04	SENA	PASENA	SENA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-03	30																		$6,770,742	0.5%	$33,900
9483300024	1386846553	E	2025-04-04	ICBF	PAICBF	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-03	30																		$6,770,742	3%	$203,200
9483300024	1386846553	E	2025-04-04	ESAP	PAESAP	ESCUELA DE ADMINISTRACION PUBLICA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-03	30																		$6,770,742	0.5%	$33,900
9483300024	1386846553	E	2025-04-04	MEN	PAMIED	MINISTERIO DE EDUCACION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-03	30																		$6,770,742	1%	$67,800

Este certificado se expide el día 2025-06-10 a las 09:07.

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

EBISU
CONSTRUIMOS EQUIDAD, BIENESTAR Y SUEÑOS
NIT 807.008.957-7

SOPORTE DE PAGO DE PLANILLAS DE SEGURIDAD SOCIAL SUBCONTRATISTAS

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901896768	0	ESTRUCTURAS OBRAS CIVIL & ASESORIAS CAP S.A.S	A - 200 O MAS COTIZANTES	PRINCIPAL	CR 75 91A 47	MEDELLIN-ANTIOQUIA	3042824670	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-05	1483950979	9486050150	E	2025/05/16	2025/05/15	BANCOLOMBIA	0	$5,409,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1007389394	BELLO RODRIGUEZ NICOLAS ANDREY		X																230201	10	$474,500	$76,000	EPS005	10	$474,500	$19,000	CCF04	10	$474,500	$19,000	14-11	10	$474,500	$33,100	10	$0	$0	Si	$147,100
2	CC	1037598981	BOVEA PADILLA ERIK LEONARDO	X																	231001	24	$1,138,800	$182,300	EPS037	24	$1,138,800	$45,600	CCF04	24	$1,138,800	$45,600	14-11	24	$1,138,800	$79,300	24	$0	$0	Si	$352,800
3	CC	1007772125	CHACON JALK LUIS ALBERTO																		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS037	30	$1,423,500	$57,000	CCF04	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
4	CC	1055315344	CUIDA MELO CRISTIAN ORLANDO		X																230301	6	$284,700	$45,600	EPS005	6	$284,700	$11,400	CCF04	6	$284,700	$11,400	14-11	6	$284,700	$19,900	6	$0	$0	Si	$88,300
5	CC	1007892432	DE LA HOZ OROZCO BRANDON RAFAEL		X																230201	20	$949,000	$151,900	EPS002	20	$949,000	$38,000	CCF04	20	$949,000	$38,000	14-11	20	$949,000	$66,100	20	$0	$0	Si	$294,000
6	CC	1094893824	GUZMAN ROSERO HARRISON ANDRES		X																230301	6	$284,700	$45,600	EPS041	6	$284,700	$11,400	CCF04	6	$284,700	$11,400	14-11	6	$284,700	$19,900	6	$0	$0	Si	$88,300
7	CC	1129520101	MANJARRES MARQUEZ ALBEIRO MANUEL																		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS010	30	$1,423,500	$57,000	CCF04	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
8	CC	1072750359	MARTIN CAMACHO JUAN CARLOS		X																231001	28	$1,328,600	$212,600	EPS002	28	$1,328,600	$53,200	CCF04	28	$1,328,600	$53,200	14-11	28	$1,328,600	$92,500	28	$0	$0	Si	$411,500
9	CC	1094926770	MONTES ALARCON JESSY ESTEBAN																		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS037	30	$1,423,500	$57,000	CCF04	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
10	CC	18494863	MONTOYA RESTREPO FERNEY																		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF04	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
11	CC	1054253600	OJEDA CRUZ OSCAR ANDRES																		231001	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$57,000	CCF04	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
12	CC	1082497086	ORTIZ CHICA JESUS DAVID		X																230301	10	$474,500	$76,000	EPS017	10	$474,500	$19,000	CCF04	10	$474,500	$19,000	14-11	10	$474,500	$33,100	10	$0	$0	Si	$147,100
13	CC	4376794	OSPINA RENDON JOHN JAIRO																		230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS037	30	$1,423,500	$57,000	CCF04	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
14	CC	1005275076	ROJAS QUIROGA SERGIO DAVID	X	X																230301	1	$47,450	$7,600	EPS017	1	$47,450	$1,900	CCF04	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	$3,400	1	$0	$0	Si	$14,800
15	CC	1140425129	SIERRA CERVANTES STEVEN DE JESUS	X																	230201	24	$1,138,800	$182,300	EPS002	24	$1,138,800	$45,600	CCF04	24	$1,138,800	$45,600	14-11	24	$1,138,800	$79,300	24	$0	$0	Si	$352,800
16	CC	78701543	SOTO LOPEZ JAIME ANTONIO																		25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF04	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
17	CC	1094965063	TORRES CUERVO DANIEL ALEJANDRO	X																	230301	9	$427,050	$68,400	EPS041	9	$427,050	$17,100	CCF04	9	$427,050	$17,100	14-11	9	$427,050	$29,800	9	$0	$0	Si	$132,400
18	CC	1043667669	ZAMBRANO MEJIA EDGARDO JOSE		X																230301	20	$949,000	$151,900	EPS002	20	$949,000	$38,000	CCF04	20	$949,000	$38,000	14-11	20	$949,000	$66,100	20	$0	$0	Si	$294,000
Total	**Afiliados(18)**																					$17,461,600	$2,794,800			$17,461,600	$699,200			$17,461,600	$699,200			$17,461,600	$1,216,200		$0	$0		$5,409,400

2025/05/15 06:56 PM

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901896768	0	ESTRUCTURAS OBRAS CIVIL & ASESORIAS CAP S.A.S	A - 200 O MAS COTIZANTES	PRINCIPAL	CR 75 91A 47	MEDELLIN-ANTIOQUIA	3042824670	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-05	1483950979	9486050150	E	2025/05/16	2025/05/15	BANCOLOMBIA	0	$5,409,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				18	$2,794,800	$0	$0	$2,794,800
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	3	$622,700	$0	$0	$622,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$0	$0	$227,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	10	$1,306,300	$0	$0	$1,306,300
PROTECCION	230201	800,229,739	0	4	$638,000	$0	$0	$638,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				18	$1,216,200	$0	$0	$1,216,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	18	$1,216,200	$0	$0	$1,216,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				18	$699,200	$0	$0	$699,200
COMFAMA	CCF04	890,900,841	9	18	$699,200	$0	$0	$699,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 6)				18	$699,200	$0	$0	$699,200
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$57,000	$0	$0	$57,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	3	$77,900	$0	$0	$77,900
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	4	$216,600	$0	$0	$216,600
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	2	$28,500	$0	$0	$28,500
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	6	$288,800	$0	$0	$288,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	2	$30,400	$0	$0	$30,400
TOTAL				**18**	**$5,409,400**	**$0**	**$0**	**$5,409,400**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 98652314		PEREZ SALCEDO CARLOS ANDRES	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	CARLOS PERESZ	carrera 75 # 91a-97	MEDELLIN-ANTIOQUIA	3113524257	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-05	1462002478	9485752046	E	2025/05/06	2025/05/06	BANCOLOMBIA	0	$1,322,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1143452375	FERNANDEZ PELAEZ GIAN CARLOS																		231001	30	$1,423,500	$227,800	EPS010	30	$1,423,500	$57,000	CCF04	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
2	CC	1003288860	PEREZ SALCEDO YEFRI JOHAN																		230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF04	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
3	CC	1064805135	VALERO PUERTA HENDRICK JAVIER																		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$57,000	CCF04	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
Total	**Afiliados(3)**																						$4,270,500	$683,400			$4,270,500	$171,000			$4,270,500	$171,000			$4,270,500	$297,300		$0	$0		$1,322,700

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 98652314		PEREZ SALCEDO CARLOS ANDRES	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	CARLOS PERESZ	carrera 75 # 91a-97	MEDELLIN-ANTIOQUIA	3113524257	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-05	1462002478	9485752046	E	2025/05/06	2025/05/06	BANCOLOMBIA	0	$1,322,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				3	$683,400	$0	$0	$683,400
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$227,800	$0	$0	$227,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$0	$0	$227,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$297,300	$0	$0	$297,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	3	$297,300	$0	$0	$297,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$171,000	$0	$0	$171,000
COMFAMA	CCF04	890,900,841	9	3	$171,000	$0	$0	$171,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 3)				3	$171,000	$0	$0	$171,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$57,000	$0	$0	$57,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$57,000	$0	$0	$57,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$57,000	$0	$0	$57,000
TOTAL				**3**	**$1,322,700**	**$0**	**$0**	**$1,322,700**

Certificado de Aportes

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

APORTANTE: SOCODA SAS NI 890914515

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9485707303	1464868276	E	2025-05-07	EPS	EPS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-05	30									X								
9485707303	1464868276	E	2025-05-07	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	30									X								
9485707303	1464868276	E	2025-05-07	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	30									X								
9485707303	1464868276	E	2025-05-07	CCF	CCF22	COLSUBSIDIO	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	30									X								

Este certificado se expide el día 2025-05-08 a las 12:05.

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	900671023-2	jaq cubiertas sas		cll 129 124 23	5412570	lilyleon96@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					3	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-04	E	08/05/2025	86422277	$1.501.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	137.000	0		0		0	0	0	0	137.000	2
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
230301	Porvenir	800224808-8	547.800	0	0	0	0	0	0		547.800	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	337.400				337.400	0	0	337.400			3.374	337.400	3

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	194.000	0	0	194.000	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	2	194.000	194.000
Pensión	2	775.600	775.600
Riesgos Laborales	1	337.400	337.400
CCF	1	194.000	194.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	6	1.501.000	1.501.000

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900671023-2	jaq cubiertas sas		cll 129 124 23	5412570	lilyleon96@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					3	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-04	E	08/05/2025	86422277	$1.501.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Economiado	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	1019033248	QUINTANA LUNA MANUEL EDUARDO	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	CCF21	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
2	CC	1067035864	RIZO HERNANDEZ OMAR	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	57.000	14-23	1.423.500	5	99.100	CCF21	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
3	CC	1070808683	QUINTANA LUNA ERNIS MANUEL	1	0			S																	230301	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS002	2.000.000	80.000	14-23	2.000.000	5	139.200	CCF21	2.000.000	80.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901631535	4	OSSA ARQUITECTURA Y CONSTRUCCION SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	HEYNNER	CL 64 103 32	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8279831	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-05	1475129895	9485918926	E	2025/05/09	2025/05/12	BANCOLOMBIA		$11,692,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1026584054	ARAGON CORDOBA WILSON STEWARD																		230301	23	$1,091,350	$174,700	EPSC34	23	$1,091,350	$43,700	CCF24	23	$1,091,350	$43,700	14-4	23	$1,091,350	$76,000	23	$0	$0	Si	$338,100
2	CC	1026584054	ARAGON CORDOBA WILSON STEWARD										X								230301	7	$332,150	$39,900	EPSC34	7	$332,150	$0	CCF24	7	$332,150	$0	14-4	7	$332,150	$0	7	$0	$0	Si	$39,900
3	CC	1032374133	AYALA ALVARADO JORGE ANDRES																		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-4	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
4	CC	1000806477	BARRETO JIMENEZ LEIDY KATHERINE																		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-4	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
5	CC	1073599891	BUSTOS RUSINQUE SAMUEL		X																230301	5	$237,250	$38,000	EPS041	5	$237,250	$9,500	CCF24	5	$237,250	$9,500	14-4	5	$237,250	$16,600	5	$0	$0	Si	$73,600
6	CC	1030678298	CADENA HERNANDEZ JOHAN STEVEN																		230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-4	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
7	CC	1033729293	CAMACHO VELANDIA YIMER ALFONSO																		230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-4	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
8	CC	19860190	CARABALLO MOLINA RODOLFO	X	X																230301	1	$47,450	$7,600	ESSC07	1	$47,450	$1,900	CCF24	1	$47,450	$1,900	14-4	1	$47,450	$3,400	1	$0	$0	Si	$14,800
9	CC	19353557	CARDOZO PEREZ CIRO ANTONIO		X																	0	$0	$0	EPS037	23	$1,091,350	$43,700	CCF24	23	$996,667	$39,900	14-4	23	$1,091,350	$76,000	23	$0	$0	Si	$159,600
10	CC	80749952	CARDOZO CUCAITA MAURO YESID		X																230301	23	$1,091,350	$174,700	EPS010	23	$1,091,350	$43,700	CCF24	23	$1,091,350	$43,700	14-4	23	$1,091,350	$76,000	23	$0	$0	Si	$338,100
11	CC	1033709942	CARDOZO GARCIA URIEL FABIAN		X																230201	2	$94,900	$15,200	EPS037	2	$94,900	$3,800	CCF24	2	$94,900	$3,800	14-4	2	$94,900	$6,700	2	$0	$0	Si	$29,500
12	CC	1033709942	CARDOZO GARCIA URIEL FABIAN										X								230201	11	$521,950	$62,700	EPS037	11	$521,950	$0	CCF24	11	$521,950	$0	14-4	11	$521,950	$0	11	$0	$0	Si	$62,700
13	CC	1118199753	CASTAÑEDA AMAYA CRISTIAN ALBERTO																		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-4	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
14	CC	1004605164	CASTRO OROBIO NELSON ORLANDO	X																	230201	10	$474,500	$76,000	EPS017	10	$474,500	$19,000	CCF24	10	$474,500	$19,000	14-4	10	$474,500	$33,100	10	$0	$0	Si	$147,100
15	CC	1101879720	CHIQUILLO MONTERROSA URIEL		X																231001	13	$616,850	$98,700	EPS017	13	$616,850	$24,700	CCF24	13	$616,850	$24,700	14-4	13	$616,850	$43,000	13	$0	$0	Si	$191,100
16	CC	1101879720	CHIQUILLO MONTERROSA URIEL										X								231001	8	$379,600	$45,600	EPS017	8	$379,600	$0	CCF24	8	$379,600	$0	14-4	8	$379,600	$0	8	$0	$0	Si	$45,600
17	CC	1000722787	CIFUENTES GUTIERREZ IVAN SEBASTIAN										X								230301	6	$284,700	$34,200	EPS017	6	$284,700	$0	CCF24	6	$284,700	$0	14-4	6	$284,700	$0	6	$0	$0	Si	$34,200
18	CC	1000722787	CIFUENTES GUTIERREZ IVAN SEBASTIAN																		230301	24	$1,138,800	$182,300	EPS017	24	$1,138,800	$45,600	CCF24	24	$1,138,800	$45,600	14-4	24	$1,138,800	$79,300	24	$0	$0	Si	$352,800
19	CC	1010029137	CIFUENTES GUTIERREZ JHON MAURICIO										X								230201	6	$284,700	$34,200	EPS017	6	$284,700	$0	CCF24	6	$284,700	$0	14-4	6	$284,700	$0	6	$0	$0	Si	$34,200
20	CC	1010029137	CIFUENTES GUTIERREZ JHON MAURICIO																		230201	24	$1,138,800	$182,300	EPS017	24	$1,138,800	$45,600	CCF24	24	$1,138,800	$45,600	14-4	24	$1,138,800	$79,300	24	$0	$0	Si	$352,800
21	CC	79815719	CONTRERAS LIZARAZO MAURICIO																		25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-4	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
22	CC	80203367	CRUZ FERNEY ALEXANDER	X	X																230201	4	$189,800	$30,400	EPS005	4	$189,800	$7,600	CCF24	4	$189,800	$7,600	14-4	4	$189,800	$13,300	4	$0	$0	Si	$58,900
23	CC	1047511435	DELANOY NUÑEZ HEYNER GILBERTO																		25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-4	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
24	CC	1030587680	DIAZ GUZMAN MANUEL ARMANDO	X																	25-14	8	$379,600	$60,800	EPS002	8	$379,600	$15,200	CCF24	8	$379,600	$15,200	14-4	8	$379,600	$26,500	8	$0	$0	Si	$117,700
25	CC	80150047	GARCIA SAAVEDRA ALEXANDER																		25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS037	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-4	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
26	CC	1143373583	GARCIA BUELVAS JHONATAN DAVID	X																	231001	9	$427,050	$68,400	EPS017	9	$427,050	$17,100	CCF24	9	$427,050	$17,100	14-4	9	$427,050	$29,800	9	$0	$0	Si	$132,400
27	CC	80745273	GOMEZ JIMENEZ MILLER GUIOVANNI	X																	230301	4	$189,800	$30,400	EPS002	4	$189,800	$7,600	CCF24	4	$176,467	$7,100	14-4	4	$189,800	$13,300	4	$0	$0	Si	$58,400
28	CC	80745273	GOMEZ JIMENEZ MILLER GUIOVANNI										X								230301	19	$901,550	$108,200	EPS002	19	$901,550	$0	CCF24	19	$838,218	$0	14-4	19	$901,550	$0	19	$0	$0	Si	$108,200

Planilla Resumen

29	CC	1006914649	GONZALEZ RAMIRO SEGUNDO	X																	230301	8	$379,600	$60,800	EPS002	8	$379,600	$15,200	CCF24	8	$379,600	$15,200	14-4	8	$379,600	$26,500	8	$0	$0	Si	$117,700
30	CC	18410548	HERRERA VALDERRAMA JOSE ISIDRO																			0	$0	$0	EPS005	27	$1,281,150	$51,300	CCF24	27	$1,281,150	$51,300	14-4	27	$1,281,150	$89,200	27	$0	$0	Si	$191,800
31	CC	18410548	HERRERA VALDERRAMA JOSE ISIDRO										X									0	$0	$0	EPS005	3	$142,350	$0	CCF24	3	$142,350	$0	14-4	3	$142,350	$0	3	$0	$0	Si	$0
32	CC	1031130128	JIMENEZ MYCHEL ALEXANDER	X																	230301	20	$949,000	$151,900	EPS037	20	$949,000	$38,000	CCF24	20	$949,000	$38,000	14-4	20	$949,000	$66,100	20	$0	$0	Si	$294,000
33	CC	1031130128	JIMENEZ MYCHEL ALEXANDER										X								230301	8	$379,600	$45,600	EPS037	8	$379,600	$0	CCF24	8	$379,600	$0	14-4	8	$379,600	$0	8	$0	$0	Si	$45,600
34	CC	79518373	MACIAS RUBIO JOSE HELMER																		230301	22	$1,043,900	$167,100	EPS002	22	$1,043,900	$41,800	CCF24	22	$1,043,900	$41,800	14-4	22	$1,043,900	$72,700	22	$0	$0	Si	$323,400
35	CC	79518373	MACIAS RUBIO JOSE HELMER										X								230301	8	$379,600	$45,600	EPS002	8	$379,600	$0	CCF24	8	$379,600	$0	14-4	8	$379,600	$0	8	$0	$0	Si	$45,600
36	CC	1024469602	MEDINA CIFUENTES FERNEY DARIO										X								230301	7	$332,150	$39,900	EPS017	7	$332,150	$0	CCF24	7	$332,150	$0	14-4	7	$332,150	$0	7	$0	$0	Si	$39,900
37	CC	1024469602	MEDINA CIFUENTES FERNEY DARIO																		230301	19	$901,550	$144,300	EPS017	19	$901,550	$36,100	CCF24	19	$901,550	$36,100	14-4	19	$901,550	$62,800	19	$0	$0	Si	$279,300
38	CC	1024469602	MEDINA CIFUENTES FERNEY DARIO										X								230301	4	$189,800	$22,800	EPS017	4	$189,800	$0	CCF24	4	$189,800	$0	14-4	4	$189,800	$0	4	$0	$0	Si	$22,800
39	CC	1047449724	MEDRANO MONTERROSA MARIA DE LOS ANGELES	X	X																230301	1	$47,450	$7,600	EPS048	1	$47,450	$1,900	CCF24	1	$47,450	$1,900	14-4	1	$47,450	$3,400	1	$0	$0	Si	$14,800
40	CC	1032424871	MERIN BOLAÑOS YEISON YECID																		231001	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-4	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
41	PT	6056668	MOLINA CARDIER CARLOS JAVIER	X	X																230301	4	$189,800	$30,400	EPS017	4	$189,800	$7,600	CCF24	4	$189,800	$7,600	14-4	4	$189,800	$13,300	4	$0	$0	Si	$58,900
42	CC	1032375460	MUÑOZ ALVAREZ ANDRES CAMILO	X																	230301	8	$379,600	$60,800	EPS008	8	$379,600	$15,200	CCF24	8	$379,600	$15,200	14-4	8	$379,600	$26,500	8	$0	$0	Si	$117,700
43	CC	1068418454	MURILLO CORTEZ ESNAIDER ANDRES	X																	230301	10	$474,500	$76,000	EPS002	10	$474,500	$19,000	CCF24	10	$474,500	$19,000	14-4	10	$474,500	$33,100	10	$0	$0	Si	$147,100
44	CC	1067862923	MURILLO VILORIA JHON JADER	X																	25-14	10	$474,500	$76,000	EPS002	10	$474,500	$19,000	CCF24	10	$474,500	$19,000	14-4	10	$474,500	$33,100	10	$0	$0	Si	$147,100
45	CC	1068417309	MURILLO GONZALEZ LEONARDO DAVID	X																	230301	7	$332,150	$53,200	EPS002	7	$332,150	$13,300	CCF24	7	$332,150	$13,300	14-4	7	$332,150	$23,200	7	$0	$0	Si	$103,000
46	CC	1068417309	MURILLO GONZALEZ LEONARDO DAVID																X		230301	1	$47,450	$7,600	EPS002	1	$47,450	$1,900	CCF24	0	$0	$0	14-4	1	$47,450	$0	0	$0	$0	Si	$9,500
47	CC	1032481868	OSSA SUAREZ HEYNNER SEBASTIAN																		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-4	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
48	CC	80177635	OSSA HERRERA WALKER FRAINZ		X																25-14	15	$711,750	$113,900	EPS002	15	$711,750	$28,500	CCF24	15	$711,750	$28,500	14-4	15	$711,750	$49,600	15	$0	$0	Si	$220,500
49	CC	80177635	OSSA HERRERA WALKER FRAINZ										X								25-14	5	$237,250	$28,500	EPS002	5	$237,250	$0	CCF24	5	$237,250	$0	14-4	5	$237,250	$0	5	$0	$0	Si	$28,500
50	CC	1024524913	OSTOS ABELLO GUSTAVO ADOLFO																		230301	23	$1,091,350	$174,700	EPSC34	23	$1,091,350	$43,700	CCF24	23	$1,091,350	$43,700	14-4	23	$1,091,350	$76,000	23	$0	$0	Si	$338,100
51	CC	1024524913	OSTOS ABELLO GUSTAVO ADOLFO										X								230301	7	$332,150	$39,900	EPSC34	7	$332,150	$0	CCF24	7	$332,150	$0	14-4	7	$332,150	$0	7	$0	$0	Si	$39,900
52	CC	1033738909	PALACIOS ROMERO JEISSON EDUARDO	X																	231001	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-4	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
53	CC	79887483	PEDRAZA RODRIGUEZ JHON FREDY																		231001	30	$1,423,500	$227,800	EPS010	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-4	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
54	CC	79780385	PEDRAZA RODRIGUEZ LUIS ALEJANDRO																		25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-4	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
55	CC	1050035087	PERTUZ FERNANDEZ JOJANY JANETH		X																230301	5	$237,250	$38,000	ESSC07	5	$237,250	$9,500	CCF24	5	$237,250	$9,500	14-4	5	$237,250	$16,600	5	$0	$0	Si	$73,600
56	CC	19896143	POLO ALMEIDA LEWIS	X																	230301	8	$379,600	$60,800	EPS002	8	$379,600	$15,200	CCF24	8	$379,600	$15,200	14-4	8	$379,600	$26,500	8	$0	$0	Si	$117,700
57	CC	1003777085	SARMIENTO SOTO ANDERSON JULIAN																		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-4	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
58	CC	1237439414	TERAN TERAN JEAN CARLOS	X	X																25-14	1	$47,450	$7,600	EPS002	1	$47,450	$1,900	CCF24	1	$47,450	$1,900	14-4	1	$47,450	$3,400	1	$0	$0	Si	$14,800
59	CC	1193081451	VILLARREAL LOPEZ ZORAIDA	X	X																230201	1	$47,450	$7,600	EPS002	1	$47,450	$1,900	CCF24	1	$47,450	$1,900	14-4	1	$47,450	$3,400	1	$0	$0	Si	$14,800
Total	**Afiliados(45)**																						$39,336,050	$6,114,100			$41,850,900	$1,487,700			$41,632,102	$1,481,500			$41,850,900	$2,585,100		$0	$0		$11,668,400

PLANILLA PAGADA

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901631535	4	OSSA ARQUITECTURA Y CONSTRUCCION SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	HEYNNER	CL 64 103 32	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8279831	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-05	1475129895	9485918926	E	2025/05/09	2025/05/12	BANCOLOMBIA		$11,692,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				43	$6,114,100	$0	$6,126,300
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	5	$896,100	$0	$897,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	8	$1,198,000	$0	$1,200,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	23	$3,156,000	$0	$3,162,300
PROTECCION	230201	800,229,739	0	7	$864,000	$0	$865,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				45	$2,585,100	$0	$2,590,200
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	45	$2,585,100	$0	$2,590,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				45	$1,481,500	$0	$1,484,500
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	45	$1,481,500	$0	$1,484,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 10)				45	$1,487,700	$0	$1,491,200
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	2	$87,400	$0	$87,600
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$15,200	$0	$15,300
EPS MUTUAL SER	EPS048	806,008,394	7	1	$1,900	$0	$2,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	2	$100,700	$0	$100,900
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	13	$537,700	$0	$538,800
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	2	$11,400	$0	$11,500
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	4	$142,500	$0	$142,800
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$9,500	$0	$9,600
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	16	$465,500	$0	$466,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	3	$115,900	$0	$116,200
TOTAL				**45**	**$11,668,400**	**$0**	**$11,692,200**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79838959	ALEXANDER OSSA HERRERA		CALLE 64 103 32	6093284	alexossah@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-04	I	15/05/2025	85998699	$504.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN

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

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	99.100				99.100	0	0	99.100			991	99.100	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	99.100	99.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	504.900	504.900

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79838959	ALEXANDER OSSA HERRERA		CALLE 64 103 32	6093284	alexossah@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-04	I	15/05/2025	85998699	$504.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	79838959	OSSA HERRERA ALEXANDER	57	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	5	99.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

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

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-04	E	12/05/2025	86549483	$2.551.500	

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	57.000	0		0		0	0	0	0	57.000	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	177.000	0		0		0	0	0	0	177.000	2
EPS010	EPS Sura	800088702-2	60.000	0		0		0	0	0	0	60.000	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	57.000	0		0		0	0	0	0	57.000	1

TOTALES PENSIÓN

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

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	506.100				506.100	0	0	506.100			5.061	506.100	5

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	291.000	0	0	291.000	5

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	4	351.000	351.000
Pensión	1	1.403.400	1.403.400
Riesgos Laborales	1	506.100	506.100
CCF	1	291.000	291.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	7	2.551.500	2.551.500

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	820003639-4	INVERSIONES & CONSTRUCCIONES ESPECIALES SAS		CARRERA 73 A No. 3-22	3183514704	inconstruespeciales@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
CONVENIO	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	**FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)**	**TIPO PLANILLA**	**FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)**	**NÚMERO PLANILLA**	**CANTIDAD**	
					EMPLEADOS	**UPC**
					5	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2025-05	2025-04	E	12/05/2025	86549483	$2.551.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	**Tipo**	**No. de Identificación**	**Apellidos y Nombres**	**Cotizante**	**Subtipo**	**Extranjero**	**Colom. exterior**	**Estornado**	**ING**	**RET**	**TDE**	**TAE**	**TDP**	**TAP**	**VSP**	**VST**	**SLN**	**IGE**	**LMA**	**VAC**	**AVP**	**VCT**	**IRL**	**CORRECCIÓN**	**Cód. AFP**	**IBC AFP**	**Cotización**	**Voluntario Afiliado**	**Voluntario Aportante**	**Fondo pensional de solidaridad**	**Fondo pensional de subsistencia**	**Cód. EPS**	**IBC EPS**	**Cotización / Valor UPC**	**Cód. ARL**	**IBC ARL**	**Clase de Riesgo**	**Cotización**	**Código CCF**	**IBC CCF**	**Aporte CCF**	**IBC otros parafiscales**	**Aporte SENA**	**Aporte ICBF**	**Aporte ESAP**	**Aporte MEN**
1	CC	1010177705	CUBILLOS PINZON CARLOS JULIO	1	0			S																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
2	CC	1022322715	MASMELA MOYA JOHN ALEXANDER	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
3	CC	79723703	JIMENEZ MUÑOZ NELSON ENRIQUE	1	0			S																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
4	CC	79827629	MASMELA MOYA MIGUEL ANGEL	1	0			S																	25-14	3.000.000	480.000	0	0	0	0	EPS005	3.000.000	120.000	14-11	3.000.000	5	208.800	CCF24	3.000.000	120.000	0	0	0	0	0
5	CC	80801383	RIVERA BAUTISTA JHON MARIO	1	0			S										X							25-14	1.500.000	240.000	0	0	0	0	EPS010	1.500.000	60.000	14-11	1.500.000	5	0	CCF24	1.500.000	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900857544	8	IMPERMEABILIZACIONES FABIO KLINGER SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	KLIN	calle 48 sur # 87-06	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8743890	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-05	1479021962	9485986938	E	2025/05/13	2025/05/14	BANCO DAVIVIENDA	1	$5,501,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: KLIN (5 Afiliados)						$13,007,000	$2,081,200			$13,007,000	$520,400			$13,007,000	$520,400			$13,007,000	$905,400		$0	$0
Centro de Trabajo: KLIN (5 Afiliados)						$13,007,000	$2,081,200			$13,007,000	$520,400			$13,007,000	$520,400			$13,007,000	$905,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (5 Afiliados)						$13,007,000	$2,081,200			$13,007,000	$520,400			$13,007,000	$520,400			$13,007,000	$905,400		$0	$0
1	CC	1048274954	CHAUDRUC LUIS	230301	30	$2,500,000	$400,000	EPS002	30	$2,500,000	$100,000	CCF22	30	$2,500,000	$100,000	14-23	30	$2,500,000	$174,000	30	$0	$0
2	CC	79883972	GERENA MAURICIO	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS037	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
3	CC	1087124621	KLINGER FABIO	230301	30	$5,160,000	$825,600	EPS002	30	$5,160,000	$206,400	CCF22	30	$5,160,000	$206,400	14-23	30	$5,160,000	$359,200	30	$0	$0
4	CC	52420647	PULIDO MARIA	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
5	CC	1000868612	TORO YONATHAN	230201	30	$2,500,000	$400,000	EPS005	30	$2,500,000	$100,000	CCF22	30	$2,500,000	$100,000	14-23	30	$2,500,000	$174,000	30	$0	$0

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: COMFENALCO QUINDIO (4 Afiliados)						$4,745,000	$759,400			$4,745,000	$190,000			$4,745,000	$190,000			$4,745,000	$330,400		$0	$0
Centro de Trabajo: RIESGO 5 (4 Afiliados)						$4,745,000	$759,400			$4,745,000	$190,000			$4,745,000	$190,000			$4,745,000	$330,400		$0	$0
Ciudad: ARMENIA Depto: QUINDIO (4 Afiliados)						$4,745,000	$759,400			$4,745,000	$190,000			$4,745,000	$190,000			$4,745,000	$330,400		$0	$0
6	CC	1094906383	CASTRILLON ANA	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS010	30	$1,423,500	$57,000	CCF43	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
7	CC	1020447340	RESTREPO RADI	231001	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$57,000	CCF43	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
8	CC	1007960630	SARMIENTO LUIS	230301	10	$474,500	$76,000	EPS002	10	$474,500	$19,000	CCF43	10	$474,500	$19,000	14-23	10	$474,500	$33,100	10	$0	$0
9	CC	1032496088	ZAPATA VICTOR	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS037	30	$1,423,500	$57,000	CCF43	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
Total			**Afiliados(9)**			$17,752,000	$2,840,600			$17,752,000	$710,400			$17,752,000	$710,400			$17,752,000	$1,235,800		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900857544	8	IMPERMEABILIZACIONES FABIO KLINGER SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	KLIN	calle 48 sur # 87-06	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8743890	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-05	1479021962	9485986938	E	2025/05/13	2025/05/14	BANCO DAVIVIENDA	1	$5,501,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				9	$2,840,600	$2,000	$0	$2,842,600
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$227,800	$200	$0	$228,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	5	$1,757,200	$1,200	$0	$1,758,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	3	$855,600	$600	$0	$856,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				9	$1,235,800	$900	$0	$1,236,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	9	$1,235,800	$900	$0	$1,236,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 2)				9	$710,400	$600	$0	$711,000
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	5	$520,400	$400	$0	$520,800
COMFENALCO QUINDIO	CCF43	890,000,381	0	4	$190,000	$200	$0	$190,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				9	$710,400	$700	$0	$711,100
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$57,000	$100	$0	$57,100
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	2	$114,000	$100	$0	$114,100
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	2	$114,000	$100	$0	$114,100
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	3	$325,400	$300	$0	$325,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$100,000	$100	$0	$100,100
TOTAL				**9**	**$5,497,200**	**$4,200**	**$0**	**$5,501,400**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-05	1480615636	9486004671	E	2025/05/14	2025/05/14	BANCOLOMBIA	0	$2,199,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: OBRA (2 Afiliados)																						$7,250,000	$1,160,000			$7,250,000	$278,000			$7,250,000	$278,000			$7,250,000		$483,800		$0	$0		$2,199,800
Centro de Trabajo: OBRA (2 Afiliados)																						$7,250,000	$1,160,000			$7,250,000	$278,000			$7,250,000	$278,000			$7,250,000		$483,800		$0	$0		$2,199,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados)																						$7,250,000	$1,160,000			$7,250,000	$278,000			$7,250,000	$278,000			$7,250,000		$483,800		$0	$0		$2,199,800
1	CC	79746881	LEON JUAN																	230301	30	$5,000,000	$800,000	EPS005	30	$5,000,000	$200,000	CCF21	30	$5,000,000	$200,000	14-7	30	$5,000,000	6.960%	$348,000	30	$0	$0	Si	$1,548,000
2	CC	13563241	LOPEZ ALEXANDER																	230201	26	$1,950,000	$312,000	EPS017	26	$1,950,000	$78,000	CCF21	26	$1,950,000	$78,000	14-7	26	$1,950,000	6.960%	$135,800	26	$0	$0	Si	$603,800
3	CC	13563241	LOPEZ ALEXANDER										X							230201	4	$300,000	$48,000	EPS017	4	$300,000	$0	CCF21	4	$300,000	$0	14-7	4	$300,000	0.000%	$0	4	$0	$0	Si	$48,000
Total	**Afiliados(2)**																					$7,250,000	$1,160,000			$7,250,000	$278,000			$7,250,000	$278,000			$7,250,000		$483,800		$0	$0		$2,199,800

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-05	1480615636	9486004671	E	2025/05/14	2025/05/14	BANCOLOMBIA	0	$2,199,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				2	$1,160,000	$0	$0	$1,160,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$800,000	$0	$0	$800,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$360,000	$0	$0	$360,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$483,800	$0	$0	$483,800
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	2	$483,800	$0	$0	$483,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$278,000	$0	$0	$278,000
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	2	$278,000	$0	$0	$278,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				2	$278,000	$0	$0	$278,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$78,000	$0	$0	$78,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$200,000	$0	$0	$200,000
TOTAL				2	$2,199,800	$0	$0	$2,199,800

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-05	1480615636	9486004671	E	2025/05/14	2025/05/14	BANCOLOMBIA	0	$2,199,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: OBRA (2 Afiliados)																						$7,250,000	$1,160,000			$7,250,000	$278,000			$7,250,000	$278,000			$7,250,000		$483,800		$0	$0		$2,199,800
Centro de Trabajo: OBRA (2 Afiliados)																						$7,250,000	$1,160,000			$7,250,000	$278,000			$7,250,000	$278,000			$7,250,000		$483,800		$0	$0		$2,199,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados)																						$7,250,000	$1,160,000			$7,250,000	$278,000			$7,250,000	$278,000			$7,250,000		$483,800		$0	$0		$2,199,800
1	CC	79746881	LEON JUAN																	230301	30	$5,000,000	$800,000	EPS005	30	$5,000,000	$200,000	CCF21	30	$5,000,000	$200,000	14-7	30	$5,000,000	6.960%	$348,000	30	$0	$0	Si	$1,548,000
2	CC	13563241	LOPEZ ALEXANDER																	230201	26	$1,950,000	$312,000	EPS017	26	$1,950,000	$78,000	CCF21	26	$1,950,000	$78,000	14-7	26	$1,950,000	6.960%	$135,800	26	$0	$0	Si	$603,800
3	CC	13563241	LOPEZ ALEXANDER										X							230201	4	$300,000	$48,000	EPS017	4	$300,000	$0	CCF21	4	$300,000	$0	14-7	4	$300,000	0.000%	$0	4	$0	$0	Si	$48,000
Total	**Afiliados(2)**																					$7,250,000	$1,160,000			$7,250,000	$278,000			$7,250,000	$278,000			$7,250,000		$483,800		$0	$0		$2,199,800

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-05	1480615636	9486004671	E	2025/05/14	2025/05/14	BANCOLOMBIA	0	$2,199,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				2	$1,160,000	$0	$0	$1,160,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$800,000	$0	$0	$800,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$360,000	$0	$0	$360,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$483,800	$0	$0	$483,800
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	2	$483,800	$0	$0	$483,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$278,000	$0	$0	$278,000
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	2	$278,000	$0	$0	$278,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				2	$278,000	$0	$0	$278,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$78,000	$0	$0	$78,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$200,000	$0	$0	$200,000
TOTAL				2	$2,199,800	$0	$0	$2,199,800

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1465317709	9484496973	I	2025/05/23	2025/05/07	BANCO DAVIVIENDA	0	$570,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

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

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1465317709	9484496973	I	2025/05/23	2025/05/07	BANCO DAVIVIENDA	0	$570,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$320,000	$0	$0	$320,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$320,000	$0	$0	$320,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$250,000	$0	$0	$250,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$250,000	$0	$0	$250,000
TOTAL				**1**	**$570,000**	**$0**	**$0**	**$570,000**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1465283174	9485056165	I	2025/05/12	2025/05/07	BANCO DAVIVIENDA	0	$570,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

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

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1465283174	9485056165	I	2025/05/12	2025/05/07	BANCO DAVIVIENDA	0	$570,000

RESUMEN DE PAGO

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

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-05	1464435511	9485789770	E	2025/05/19	2025/05/07	BANCO DAVIVIENDA	0	$5,608,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: CRISSTAL SAS (6 Afiliados)																							**$18,113,500**	**$2,898,200**			**$18,113,500**	**$724,600**			**$18,113,500**	**$724,600**			**$18,113,500**		**$1,260,900**		**$0**	**$0**		**$5,608,300**
Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 0 (6 Afiliados)																							**$18,113,500**	**$2,898,200**			**$18,113,500**	**$724,600**			**$18,113,500**	**$724,600**			**$18,113,500**		**$1,260,900**		**$0**	**$0**		**$5,608,300**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (6 Afiliados)																							**$18,113,500**	**$2,898,200**			**$18,113,500**	**$724,600**			**$18,113,500**	**$724,600**			**$18,113,500**		**$1,260,900**		**$0**	**$0**		**$5,608,300**
1	CC	1090465753	HERNANDEZ JUAN																		230301	30	$2,800,000	$448,000	EPS005	30	$2,800,000	$112,000	CCF24	30	$2,800,000	$112,000	14-23	30	$2,800,000	6.960%	$194,900	30	$0	$0	Si	$866,900
2	CC	10179306	MARROQUIN YESID																		230201	30	$1,800,000	$288,000	EPS017	30	$1,800,000	$72,000	CCF24	30	$1,800,000	$72,000	14-23	30	$1,800,000	6.960%	$125,300	30	$0	$0	Si	$557,300
3	CC	79273620	MENDOZA ABRAHAM																		25-14	30	$5,500,000	$880,000	EPS008	30	$5,500,000	$220,000	CCF24	30	$5,500,000	$220,000	14-23	30	$5,500,000	6.960%	$382,800	30	$0	$0	Si	$1,702,800
4	CC	51718260	MENDOZA ANA																		230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
5	CC	52780580	PATIÑO EYLEEN																		25-14	30	$3,740,000	$598,400	EPS005	30	$3,740,000	$149,600	CCF24	30	$3,740,000	$149,600	14-23	30	$3,740,000	6.960%	$260,400	30	$0	$0	Si	$1,158,000
6	CC	52011826	RAMIREZ DORA																		230901	30	$2,850,000	$456,000	EPS008	30	$2,850,000	$114,000	CCF24	30	$2,850,000	$114,000	14-23	30	$2,850,000	6.960%	$198,400	30	$0	$0	Si	$882,400
Total	**Afiliados(6)**																						$18,113,500	$2,898,200			$18,113,500	$724,600			$18,113,500	$724,600			$18,113,500		$1,260,900		$0	$0		$5,608,300

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-05	1464435511	9485789770	E	2025/05/19	2025/05/07	BANCO DAVIVIENDA	0	$5,608,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				6	$2,898,200	$0	$0	$2,898,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	2	$1,478,400	$0	$0	$1,478,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$448,000	$0	$0	$448,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	2	$515,800	$0	$0	$515,800
SKANDIA	230901	800,253,055	2	1	$456,000	$0	$0	$456,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				6	$1,260,900	$0	$0	$1,260,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	6	$1,260,900	$0	$0	$1,260,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				6	$724,600	$0	$0	$724,600
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	6	$724,600	$0	$0	$724,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 3)				6	$724,600	$0	$0	$724,600
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	2	$334,000	$0	$0	$334,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	2	$129,000	$0	$0	$129,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	2	$261,600	$0	$0	$261,600
TOTAL				**6**	**$5,608,300**	**$0**	**$0**	**$5,608,300**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80212272		JULIO JIMENEZ JOSE ALEJANDRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 92SUR N. 2-34	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2316122	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1465298316	9485321732	I	2025/05/19	2025/05/07	BANCO DAVIVIENDA	0	$570,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	80212272	JULIO JOSE																		25-14	30	$2,000,000	$320,000	EPS017	30	$2,000,000	$250,000		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0	No	$570,000
Total	**Afiliados(1)**																						$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0		$570,000

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80212272		JULIO JIMENEZ JOSE ALEJANDRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 92SUR N. 2-34	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2316122	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1465298316	9485321732	I	2025/05/19	2025/05/07	BANCO DAVIVIENDA	0	$570,000

RESUMEN DE PAGO

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

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1464521328	9485792084	Y	2025/06/18	2025/05/07	BANCO DAVIVIENDA	0	$884,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: TARIFA RIESGO V (13 Afiliados)																							$0	$0			$0	$0			$0	$0			$12,706,834		$884,800		$0	$0		$884,800
Centro de Trabajo: RIESGO 5 (13 Afiliados)																							$0	$0			$0	$0			$0	$0			$12,706,834		$884,800		$0	$0		$884,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (13 Afiliados)																							$0	$0			$0	$0			$0	$0			$12,706,834		$884,800		$0	$0		$884,800
1	CC	1000806477	BARRETO LEIDY																			0	$0	$0	0	$0	$0		0	$0	$0	14-23	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	0	$0	$0	No	$99,100
2	CC	72019828	CASADIEGO ROMAN		X																	0	$0	$0	0	$0	$0		0	$0	$0	14-23	1	$66,667	6.960%	$4,700	0	$0	$0	No	$4,700
3	CC	79818672	CRIALES OMAR		X																	0	$0	$0	0	$0	$0		0	$0	$0	14-23	1	$50,000	6.960%	$3,500	0	$0	$0	No	$3,500
4	CC	1030651432	CUBILLOS BRAYAN		X																	0	$0	$0	0	$0	$0		0	$0	$0	14-23	1	$50,000	6.960%	$3,500	0	$0	$0	No	$3,500
5	CC	1030587111	CUBILLOS JONNY		X																	0	$0	$0	0	$0	$0		0	$0	$0	14-23	1	$50,000	6.960%	$3,500	0	$0	$0	No	$3,500
6	CC	19453221	GUERRERO ALEJANDRO																			0	$0	$0	0	$0	$0		0	$0	$0	14-23	30	$1,650,000	6.960%	$114,900	0	$0	$0	No	$114,900
7	CC	1018496265	GUZMAN DANIEL		X																	0	$0	$0	0	$0	$0		0	$0	$0	14-23	1	$50,000	6.960%	$3,500	0	$0	$0	No	$3,500
8	CC	80212272	JULIO JOSE																			0	$0	$0	0	$0	$0		0	$0	$0	14-23	30	$2,000,000	6.960%	$139,200	0	$0	$0	No	$139,200
9	CC	1072744987	MORENO MANUEL		X																	0	$0	$0	0	$0	$0		0	$0	$0	14-23	1	$66,667	6.960%	$4,700	0	$0	$0	No	$4,700
10	CC	79521836	PORTILLA CARLOS																			0	$0	$0	0	$0	$0		0	$0	$0	14-23	30	$2,000,000	6.960%	$139,200	0	$0	$0	No	$139,200
11	CC	79473319	QUINTERO JOSE																			0	$0	$0	0	$0	$0		0	$0	$0	14-23	30	$1,650,000	6.960%	$114,900	0	$0	$0	No	$114,900
12	CC	79370477	RUIZ OSCAR																			0	$0	$0	0	$0	$0		0	$0	$0	14-23	30	$1,650,000	6.960%	$114,900	0	$0	$0	No	$114,900
13	CC	79789594	VARGAS OSCAR																			0	$0	$0	0	$0	$0		0	$0	$0	14-23	30	$2,000,000	6.960%	$139,200	0	$0	$0	No	$139,200
Total	**Afiliados(13)**																						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$12,706,834		$884,800		$0	$0		$884,800

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1464521328	9485792084	Y	2025/06/18	2025/05/07	BANCO DAVIVIENDA	0	$884,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				13	$884,800	$0	$0	$884,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	13	$884,800	$0	$0	$884,800
TOTAL				**13**	**$884,800**	**$0**	**$0**	**$884,800**

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-05-05, 08:06:47 PM **Tipo Planilla** Y **Número Planilla** 1072423481

Periodo Cotización 202504 **Periodo Servicio** 202504

Cliente:

PAGADA 2025-05-05 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ADICOINSAS				
Documento	NI 900468919	**Dirección**	CL 120A #3 A - 27		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	2134224		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	AMAYA AYALA ALFONSO	**Identificación**	CC 79467803		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1024482156		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					RODRIGUEZ GUEVARA GIOVANNY	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																				Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	0	0	30	0			$ 1.423.500	NIN-AF		0 %	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	NIN-EP		0 %	$ 0	$ 0	$ 0	14-23	5	6,960 %	$ 1.423.500	$ 99.100	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
NINGUNA AFP	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	NINGUNA EPS	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 99.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 99.100

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900468919	7	ADICOIN S.A.S	D - BENEFICIARIO LEY 1429 DE 2010	COMPENSAR	CLL 120 A No 3 A - 27	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2134224	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-05	1452705082	9484856187	E	2025/05/07	2025/05/05	BANCO DAVIVIENDA	0	$633,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: COMPENSAR (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$57,000			$1,423,500	$99,100		$1,423,500	$71,300
Centro de Trabajo: 6.96 (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$57,000			$1,423,500	$99,100		$1,423,500	$71,300
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$57,000			$1,423,500	$99,100		$1,423,500	$71,300
1	CC 79467803	AMAYA ALFONSO	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$178,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$99,100	30	$1,423,500	$71,300
Total Afiliados(1)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$57,000			$1,423,500	$99,100		$1,423,500	$71,300

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900468919	7	ADICOIN S.A.S	D - BENEFICIARIO LEY 1429 DE 2010	COMPENSAR	CLL 120 A No 3 A - 27	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2134224	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-05	1452705082	9484856187	E	2025/05/07	2025/05/05	BANCO DAVIVIENDA	0	$633,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$99,100	$0	$0	$99,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$99,100	$0	$0	$99,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$57,000	$0	$0	$57,000
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$57,000	$0	$0	$57,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$178,000	$0	$0	$178,000
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,800	$0	$0	$42,800
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	1	$42,800	$0	$0	$42,800
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,500	$0	$0	$28,500
SENA	PASENA	899,999,034	1	1	$28,500	$0	$0	$28,500
TOTAL				**1**	**$633,200**	**$0**	**$0**	**$633,200**

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-05-05, 08:06:47 PM **Tipo Planilla** Y **Número Planilla** 1072423481

Periodo Cotización 202504 **Periodo Servicio** 202504

Cliente:

PAGADA 2025-05-05

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ADICOINSAS				
Documento	NI 900468919	**Dirección**	CL 120A #3 A - 27		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	2134224		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	2
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	AMAYA AYALA ALFONSO	**Identificación**	CC 79467803		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1024482156		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					RODRIGUEZ GUEVARA GIOVANNY	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	0	0	30	0			$ 1.423.500	NIN-AF		0 %	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	NIN-EP		0 %	$ 0	$ 0	$ 0	14-23	5	6,960 %	$ 1.423.500	$ 99.100	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
NINGUNA AFP	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	NINGUNA EPS	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 99.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 99.100

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-05-05, 08:06:47 PM **Tipo Planilla** Y **Número Planilla** 1072423481

Periodo Cotización 202504 **Periodo Servicio** 202504

Cliente:

PAGADA 2025-05-05

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ADICOINSAS				
Documento	NI 900468919	**Dirección**	CL 120A #3 A - 27		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	2134224		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	2
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	AMAYA AYALA ALFONSO	**Identificación**	CC 79467803		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 79941410		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					DIAZ GARCIA ALBERTO	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					**Extranjero**	**Tipo salario**	**Salario**	**Pensión**							**Salud**						**Riesgos**					**Caja**				**Parafiscales**			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				**Código AFP**	**Código Tras. AFP**	**Tarifa AFP**	**IBC**	**Total Aporte AFP**	**Total Aporte FSP**	**Total Aporte FSPS**	**Código EPS**	**Código Tras. EPS**	**Tarifa EPS**	**IBC EPS**	**Aporte Salud**	**Aporte UPC**	**Código ARL**	**Clase Riesgo**	**Tarifa ARL**	**IBC ARL**	**Aporte Riesgos**	**Código CCF**	**Tarifa CCF**	**IBC CCF**	**Aporte Caja**	**Tarifa SENA**	**Aporte SENA**	**Tarifa ICBF**	**Aporte ICBF**
															0	0	0	30	0			$ 1.423.500	NIN-AF		0 %	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	NIN-EP		0 %	$ 0	$ 0	$ 0	14-23	5	6,960 %	$ 1.423.500	$ 99.100	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
NINGUNA AFP	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	NINGUNA EPS	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 99.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 99.100

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

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	901124770-4	LS REFRIGERACION INDUSTRIAL S A S	CRA 22 #72 - 12 2 Piso 2	3125541329	facturacion@lsrefrigeracionindustrial.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
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-02	E	25/03/2025	84730118	$1.462.900	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	104.000	0		0		0	7	500	0	104.500	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	104.000	0		0		0	7	500	0	104.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	832.000	0	0	0	0	7	3.700	0	835.700	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	208.200				208.200	7	1.000	209.200			2.082	209.200	2

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	208.000	7	1.000	209.000	2

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	7	0	0	0
ICBF				
0	7	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	208.000	209.000
Pensión	1	832.000	835.700
Riesgos Laborales	1	208.200	209.200
CCF	1	208.000	209.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	5	1.456.200	1.462.900

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	**NÚMERO**	**NOMBRE APORTANTE**		**DIRECCIÓN**	**TELÉFONO**	**CORREO**
NI	901124770-4	LS REFRIGERACION INDUSTRIAL S A S		CRA 22 #72 - 12 2 Piso 2	3125541329	facturacion@lsrefrigeracionindustrial.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	**FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)**	**TIPO PLANILLA**	**FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)**	**NÚMERO PLANILLA**	**CANTIDAD**	
					EMPLEADOS	**UPC**
					2	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2025-03	2025-02	E	25/03/2025	84730118	$1.462.900	

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**	**Estornudo**	**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	1019056419	ARANDA AGUILAR JHONATAN	1	0			S																	230201	2.600.000	416.000	0	0	0	0	EPS005	2.600.000	104.000	14-11	2.600.000	2	27.200	CCF21	2.600.000	104.000	0	0	0	0	0
2	CC	79818477	AVILA USMA ISMAEL	1	0			S																	230201	2.600.000	416.000	0	0	0	0	EPS017	2.600.000	104.000	14-11	2.600.000	5	181.000	CCF21	2.600.000	104.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-05-21, 07:43:14 a. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1071638245

Periodo Cotización 202504 **Periodo Servicio** 202504

PAGADA 2025-05-05 19:52:09.0 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ALBERTO DIAZ GARCIA				
Documento	CC 79941410	**Dirección**	CL 120A #3 A - 27		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	2134224		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 79941410		**Residente**		**Exonerado**	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	03	00					DIAZ GARCIA ALBERTO	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																							**Extranjero**	**Tipo salario**	**Salario**	**Pensión**							**Salud**						**Riesgos**					**Caja**				**Parafiscales**			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF						Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	0	30				$ 1.423.500	230201		16 %	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	EPS005		12,5 %	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	NIN-AR		0,000 %	$ 0	$ 0	CCF22	2 %	$ 1.423.500	$ 28.500	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PROTECCION	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	NINGUNA ARP	COLSUBSIDIO	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 28.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 434.300

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

Certificado de Aportes

Se certifica que EUROLIFT SAS identificado(a) con NI 900013681 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para JOSE MIGUEL RINCON NOPE identificado(a) con CC 1024501550

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	
9486236389	1494514511	E	2025-05-20	EPS	EPS017	FAMISANAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-05	30																	4%	$83,200
9486236389	1494514511	E	2025-05-20	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	30																	16%	$332,700
9486236389	1494514511	E	2025-05-20	AFP	231001	COLFONDOS	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-04	30																		$0
9486236389	1494514511	E	2025-05-20	AFP	231001	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-04	30																		$0
9486236389	1494514511	E	2025-05-20	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2025-04	30																	0%	$0
9486236389	1494514511	E	2025-05-20	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2025-04	30																	0%	$0
9486236389	1494514511	E	2025-05-20	ARL	14-4	COLPATRIA ARP	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	30																	6.96%	$144,700
9486236389	1494514511	E	2025-05-20	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	30																	4%	$83,200

Este certificado se expide el día 2025-05-20 a las 10:27.

Certificado de Aportes

Se certifica que EUROLIFT SAS identificado(a) con NI 900013681 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para CHRISTIAN CAMILO SANTOS MONTENEGRO identificado(a) con CC 1016029640

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	
9486236389	1494514511	E	2025-05-20	EPS	EPS008	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-05	30																	4%	$68,000
9486236389	1494514511	E	2025-05-20	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	30																	16%	$272,000
9486236389	1494514511	E	2025-05-20	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-04	30																		$0
9486236389	1494514511	E	2025-05-20	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-04	30																		$0
9486236389	1494514511	E	2025-05-20	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2025-04	30																	0%	$0
9486236389	1494514511	E	2025-05-20	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2025-04	30																	0%	$0
9486236389	1494514511	E	2025-05-20	ARL	14-4	COLPATRIA ARP	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	30																	6.96%	$118,400
9486236389	1494514511	E	2025-05-20	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	30																	4%	$68,000

Este certificado se expide el día 2025-05-20 a las 10:28.

Certificado de Aportes

Se certifica que EUROLIFT SAS identificado(a) con NI 900013681 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para ELIAN ARTURO SALCEDO HERNANDEZ identificado(a) con CC 1069987693

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	
9486236389	1494514511	E	2025-05-20	EPS	ESSC07	MUTUAL SER	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-05	30																		4%	$59,200
9486236389	1494514511	E	2025-05-20	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	30																		16%	$236,500
9486236389	1494514511	E	2025-05-20	AFP	25-14	COLPENSIONES	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-04	30																			$0
9486236389	1494514511	E	2025-05-20	AFP	25-14	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-04	30																			$0
9486236389	1494514511	E	2025-05-20	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2025-04	30																		0%	$0
9486236389	1494514511	E	2025-05-20	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2025-04	30																		0%	$0
9486236389	1494514511	E	2025-05-20	ARL	14-4	COLPATRIA ARP	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	30																		6.96%	$102,900
9486236389	1494514511	E	2025-05-20	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	30																		4%	$59,200

Este certificado se expide el día 2025-05-20 a las 10:28.

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que EUROLIFT SAS identificado(a) con NI 900013681 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para LUIS FRANCISCO CORREA AMAYA identificado(a) con CC 80765293

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	
9486236389	1494514511	E	2025-05-20	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-05	30																	4%	$151,900
9486236389	1494514511	E	2025-05-20	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	30																	16%	$607,400
9486236389	1494514511	E	2025-05-20	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-04	30																		$0
9486236389	1494514511	E	2025-05-20	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-04	30																		$0
9486236389	1494514511	E	2025-05-20	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2025-04	30																	0%	$0
9486236389	1494514511	E	2025-05-20	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2025-04	30																	0%	$0
9486236389	1494514511	E	2025-05-20	ARL	14-4	COLPATRIA ARP	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	30																	6.96%	$264,300
9486236389	1494514511	E	2025-05-20	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	30																	4%	$151,900

Este certificado se expide el día 2025-05-20 a las 10:24.

Certificado de Aportes

Se certifica que EUROLIFT SAS identificado(a) con NI 900013681 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para YEISON ANDRES BEJARANO identificado(a) con CC 1013599565

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	
9486236389	1494514511	E	2025-05-20	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-05	30																	4%	$87,100
9486236389	1494514511	E	2025-05-20	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	30																	16%	$348,400
9486236389	1494514511	E	2025-05-20	AFP	25-14	COLPENSIONES	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-04	30																		$0
9486236389	1494514511	E	2025-05-20	AFP	25-14	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-04	30																		$0
9486236389	1494514511	E	2025-05-20	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2025-04	30																	0%	$0
9486236389	1494514511	E	2025-05-20	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2025-04	30																	0%	$0
9486236389	1494514511	E	2025-05-20	ARL	14-4	COLPATRIA ARP	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	30																	6.96%	$151,600
9486236389	1494514511	E	2025-05-20	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	30																	4%	$87,100

Este certificado se expide el día 2025-05-20 a las 10:24.

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-05-23, 03:36:56 PM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 77481291

Periodo Cotización: abril de 2025 **Periodo Servicio:** mayo de 2025

PAGADO 23/05/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JUAN CARLOS SOLER		
Documento	CC80814498	**Dirección**	CR 122D #129 B - 11
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	6013481197
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	14	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1000579738	JAROL DAVID SALAMANCA TOVAR	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPSC34) RECAUDO SGP CAPITAL SALUD	$ 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 1010203040	KREIZON ANDRES ORDOÑEZ BELTRAN	01	00	X	X															0	1	1	1	1	(230301) PORVENIR	$ 47.450	$ 7.600	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 47.450	$ 1.900	6,960	$ 47.450	$ 3.400	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 47.450	$ 1.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 14.800
CC 1015440981	JUAN CAMILO MARENTES SUAREZ	01	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.423.500	$ 57.000	6,960	$ 1.423.500	$ 99.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.900
CC 1016119141	ALBERT JONATHAN MORENO ALDANA	01	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.423.500	$ 57.000	6,960	$ 1.423.500	$ 99.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.900
CC 1022988545	CARLOS EDUARDO PINEDA ZUICA	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS010) EPS SURA	$ 1.423.500	$ 57.000	6,960	$ 1.423.500	$ 99.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.900
CC 1032471590	BRAYAN ALEXANDER ANACONA ANACONA	01	00	X	X															0	1	1	1	1	(230301) PORVENIR	$ 47.450	$ 7.600	(EPSC34) RECAUDO SGP CAPITAL SALUD	$ 47.450	$ 1.900	6,960	$ 47.450	$ 3.400	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 47.450	$ 1.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 14.800
CC 1033725699	JOSE CAMILO TELLEZ RODRIGUEZ	01	00		X															0	1	1	1	1	(230201) PROTECCION	$ 47.450	$ 7.600	(EPS037) NUEVA EPS	$ 47.450	$ 1.900	6,960	$ 47.450	$ 3.400	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 47.450	$ 1.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 14.800
CC 1085226449	LEINER JOSE BARRIOS BATISTA	01	00	X	X															0	1	1	1	1	(230201) PROTECCION	$ 47.450	$ 7.600	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 47.450	$ 1.900	6,960	$ 47.450	$ 3.400	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 47.450	$ 1.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 14.800
CC 1127577123	JUAN ENRIQUE AGAMEZ GIL	01	00	X																0	2	2	2	2	(230201) PROTECCION	$ 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 79820954	FERNEY PINEDA SAAVEDRA	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 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 80097211	ADRIAN ESTEBAN ARISTIZABAL CASTRO	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS010) EPS SURA	$ 1.423.500	$ 57.000	6,960	$ 1.423.500	$ 99.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.900
PT 5290122	EDWIN ANTHONYS YDROGO CARTA	01	00	X																0	2	2	2	2	(230301) PORVENIR	$ 94.900	$ 15.200	(EPS005) EPS SANITAS	$ 94.900	$ 3.800	6,960	$ 94.900	$ 6.700	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 94.900	$ 3.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 29.500
PT 7662035	JONATHAN ALEXANDER PEREZ GALVIS	01	00	X																0	6	6	6	6	(230301) PORVENIR	$ 284.700	$ 45.600	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 284.700	$ 11.400	6,960	$ 284.700	$ 19.900	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 284.700	$ 11.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 88.300
PT 787684	JHON ENRIQUE FREITES FUENMAYOR	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

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
$ 10.628.800	$ 10.628.800	$ 10.628.800	$ 10.628.800	$ 1.701.000	$ 425.600	$ 740.600	$ 425.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.292.800	$ 0	$ 3.292.800

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-05	85936896	9485936896	E	2025/05/23	2025/05/20	BANCO AV VILLAS	0	$2,000,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: TRANSPORTE Y AGREGADOS GOMEZ SAS (5 Afiliados)						$6,405,750	$1,025,100			$6,405,750	$256,500			$6,805,121	$272,500			$6,405,750	$446,000		$0	$0
Centro de Trabajo: 6.96 (5 Afiliados)						$6,405,750	$1,025,100			$6,405,750	$256,500			$6,805,121	$272,500			$6,405,750	$446,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (5 Afiliados)						$6,405,750	$1,025,100			$6,405,750	$256,500			$6,805,121	$272,500			$6,405,750	$446,000		$0	$0
1	CC	1072640791	CUBILLOS JOSE	231001	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
2	CC	79180067	GOMEZ ALDEMAR	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
3	CC	1020815138	GOMEZ SERGIO	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
4	CC	1020728624	LOPEZ JUAN	230301	15	$711,750	$113,900	EPS002	15	$711,750	$28,500	CCF24	15	$1,111,121	$44,500	14-23	15	$711,750	$49,600	15	$0	$0
5	CC	3059266	PRIETO JAVIER	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
Total			**Afiliados(5)**			$6,405,750	$1,025,100			$6,405,750	$256,500			$6,805,121	$272,500			$6,405,750	$446,000		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-05	85936896	9485936896	E	2025/05/23	2025/05/20	BANCO AV VILLAS	0	$2,000,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				5	$1,025,100	$0	$0	$1,025,100
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$227,800	$0	$0	$227,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	2	$341,700	$0	$0	$341,700
PROTECCION	230201	800,229,739	0	2	$455,600	$0	$0	$455,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				5	$446,000	$0	$0	$446,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	5	$446,000	$0	$0	$446,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				5	$272,500	$0	$0	$272,500
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	5	$272,500	$0	$0	$272,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 3)				5	$256,500	$0	$0	$256,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$57,000	$0	$0	$57,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$28,500	$0	$0	$28,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	3	$171,000	$0	$0	$171,000
TOTAL				**5**	**$2,000,100**	**$0**	**$0**	**$2,000,100**

EBISU

CONSTRUIMOS EQUIDAD, BIENESTAR Y SUEÑOS

NIT 807.008.957-7

DOCUMENTOS DE EGRESO DEL PERSONAL

CERTIFICACIÓN DE PAZ Y SALVO

Yo **ANDRES FELIPE RODRIGUEZ ROMERO** identificado con CC. No. **1.216.976.666**, certifico que **EBISU S.A.S. EMPRESA DE SERVICIOS Y SUMINISTROS** identificada con Nit. **807.008.957-7**, se encuentra a PAZ Y SALVO por todo concepto laboral, en referencia al contrato a término fijo que se suscribió para el proyecto de objeto: "**CONSTRUCCIÓN DE INFRAESTRUCTURA EDUCATIVA – COLEGIO BOITÁ EN LA LOCALIDAD DE KENNEDY DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ EN EL MARCO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. 221013**" contrato que se finalizó el 27 de mayo 2025.

El presente certificado se expide por solicitud del interesado al veinte siete (27) días del mes de mayo del año 2025.

Cordialmente.

ANDRES FELIPE RODRIGUEZ ROMERO
CC. No. 1.216.976.666

Powered by CamScanner

CERTIFICACIÓN DE PAZ Y SALVO

Yo **ENDERSON ENRIQUE DE LA HOZ MORALES** identificado con CC. No. **1102896714**, certifico que **EBISU S.A.S. EMPRESA DE SERVICIOS Y SUMINISTROS** identificada con Nit. **807.008.957-7**, se encuentra a PAZ Y SALVO por todo concepto laboral, en referencia al contrato a término fijo que se suscribió para el proyecto de objeto: "**CONSTRUCCIÓN DE INFRAESTRUCTURA EDUCATIVA – COLEGIO BOITÁ EN LA LOCALIDAD DE KENNEDY DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ EN EL MARCO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. 221013**" contrato que se finalizó el 15 de abril del 2025.

El presente certificado se expide por solicitud del interesado a los quince (15) días del mes de abril del año 2025.

Cordialmente.

ENDERSON ENRIQUE DE LA HOZ MORALES
CC. No. 1102896714

CERTIFICACIÓN DE PAZ Y SALVO

Yo **MARVIN YUNIOR OLAYA** identificado con CC. No. **87.946.129**, certifico que **EBISU S.A.S. EMPRESA DE SERVICIOS Y SUMINISTROS** identificada con Nit**. 807.008.957-7**, se encuentra a PAZ Y SALVO por todo concepto laboral, en referencia al contrato a término fijo que se suscribió para el proyecto de objeto: "**CONSTRUCCIÓN DE INFRAESTRUCTURA EDUCATIVA – COLEGIO BOITÁ EN LA LOCALIDAD DE KENNEDY DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ EN EL MARCO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. 221013**" contrato que se finalizó el 1 de junio 2025.

El presente certificado se expide por solicitud del interesado al primero (1) días del mes de junio del año 2025.

Cordialmente.



MARVIN YUNIOR OLAYA
CC. No. 87.946.129

CERTIFICACIÓN DE PAZ Y SALVO

Yo **RAFAEL GUILLERMO RINCONES** identificado con CC. No. **1.127.394.477**, certifico que **EBISU S.A.S. EMPRESA DE SERVICIOS Y SUMINISTROS** identificada con Nit**. 807.008.957-7**, se encuentra a PAZ Y SALVO por todo concepto laboral, en referencia al contrato a término fijo que se suscribió para el proyecto de objeto: "**CONSTRUCCIÓN DE INFRAESTRUCTURA EDUCATIVA – COLEGIO BOITÁ EN LA LOCALIDAD DE KENNEDY DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ EN EL MARCO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. 221013**" contrato que se finalizó el 28 de mayo 2025.

El presente certificado se expide por solicitud del interesado a los veinte ocho (28) días del mes de mayo del año 2025.

Cordialmente.



_____

RAFAEL GUILLERMO RINCONES
CC. No. 1.127.394.477

CERTIFICACIÓN DE PAZ Y SALVO

Yo **JUAN CARLOS AMADO SALCEDO** identificado con CC. No. **1.033.694.813**, certifico que **EBISU S.A.S. EMPRESA DE SERVICIOS Y SUMINISTROS** identificada con Nit. **807.008.957-7**, se encuentra a PAZ Y SALVO por todo concepto laboral, en referencia al contrato a término fijo que se suscribió para el proyecto de objeto: **"CONSTRUCCIÓN DE INFRAESTRUCTURA EDUCATIVA – COLEGIO BOITÁ EN LA LOCALIDAD DE KENNEDY DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ EN EL MARCO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No. 221013"** contrato que se finalizó el 18 de mayo 2025.

El presente certificado se expide por solicitud del interesado a los veintiún (21) días del mes de mayo del año 2025.

Cordialmente,

JUAN CARLOS AMADO SALCEDO
CC. No. 1.033.694.813

Bogotá, DC 5 de 05 del 2025

Señores:
Estructuras obras civiles & asesorías CAP S.A.S

Asunto: **paz y salvo**

Respetados señores.

Por medio de la presente yo Nicolas Bello, identificado con cedula de ciudadanía numero 1007384394 de Bogota, certifico que la empresa **Estructuras obras civiles & asesorías CAP S.A.S**, representada por el señor carlos Andrés Pérez salcedo, con cedula 98.652.314, esta a PAZ Y SALVO por concepto de obligaciones contractuales, pago de honorarios y riesgos laborales, de conformidad con los dispuesto en el artículo 50 de la ley 789 de 2002 y articulo 23 de la 1150 de 2007.

Asi mismo, certifico que realice oportunamente los aportes al sistema general de seguridad social (EPS, ARL, AFP) a las entidades que reporte estar vinculada y presente los respectivos soportes a la empresa.

El presente PAZ Y SALVO se firma en Bogotá a los 5 del mes 05 del año 2025.

Firma:
Nombre: Nicolas Bello
Cargo: SOLDADOR
Cedula: 1007384394

Powered by CamScanner

Bogotá, DC 16 de 05 del 2025

Señores:
Estructuras obras civiles & asesorías CAP S.A.S

Asunto: **paz y salvo**

Respetados señores.

Por medio de la presente yo Diego Armando Arias Prada identificado con cedula de ciudadanía numero 1095792765 de El Banco, certifico que la empresa **Estructuras obras civiles & asesorías CAP S.A.S**, representada por el señor carlos Andrés Pérez salcedo, con cedula 98.652.314, esta a PAZ Y SALVO por concepto de obligaciones contractuales, pago de honorarios y riesgos laborales, de conformidad con los dispuesto en el artículo 50 de la ley 789 de 2002 y articulo 23 de la 1150 de 2007.

Asi mismo, certifico que realice oportunamente los aportes al sistema general de seguridad social (EPS, ARL, AFP) a las entidades que reporte estar vinculada y presente los respectivos soportes a la empresa.

El presente PAZ Y SALVO se firma en Bogotá a los 16 del mes mayo del año 2025.

Firma:
Nombre: Diego Armando Arias M
Cargo: Pintor
Cedula: 1095792765.

Powered by CamScanner

	PAZ Y SALVO	CODIGO:FMT-OSSA-011 FECHA:27/01/2025 VERSIÓN:1

Bogotá, D.C 28 de 05 del 2025

Asunto: **PAZ Y SALVO.**

Por medio de la presente yo Ramiro Segundo Gonzalez, identificado con cédula de ciudadanía número 1006914649 de Uribia ,certifico que estuve vinculado a la empresa **OSSA ARQUITECTURA Y CONSTRUCCIÓN SAS** , en calidad de Oficial desde el día 24/04/2025 hasta el 20/05/2025, y me permito certificar que la empresa, está a **PAZ Y SALVO** por concepto de obligaciones laborales, contractuales, pago de salarios, prestaciones sociales al Sistema de Seguridad Social Integral (EPS, AFP, ARL).

Así mismo declaro que he sido notificado acerca del derecho a practicarme el examen médico de egreso en los términos establecidos en las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 o la que la modifique o sustituya.

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

Firma: _____

C. C. 1006914649

Powered by CamScanner

	PAZ Y SALVO	CODIGO:FMT-OSSA-011 FECHA:27/01/2025 VERSIÓN:1

Bogotá, D.C 17 de 04 del 2025

Asunto: **PAZ Y SALVO.**

Por medio de la presente yo Uriel Chiquillo Montesinos, identificado con cédula de ciudadanía número 1.101.879.720 de Sucre., certifico que estuve vinculado a la empresa **OSSA ARQUITECTURA Y CONSTRUCCIÓN SAS** , en calidad de Oficial desde el día 01/03/2025 hasta el 13/04/2025, y me permito certificar que la empresa, está a **PAZ Y SALVO** por concepto de obligaciones laborales, contractuales, pago de salarios, prestaciones sociales al Sistema de Seguridad Social Integral (EPS, AFP, ARL).

Así mismo declaro que he sido notificado acerca del derecho a practicarme el examen médico de egreso en los términos establecidos en las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 o la que la modifique o sustituya.

El presente **PAZ y SALVO** se firma en Bogotá a los 17 días del mes Abril del año 2025.

Firma: _____

c. c. 1.101.879.720

Powered by CamScanner

	PAZ Y SALVO	CODIGO:FMT-OSSA-011 FECHA:27/01/2025 VERSIÓN:1

Bogotá, D.C 30 de 4 del 2025

Asunto: **PAZ Y SALVO.**

Por medio de la presente yo Ciro Antonio Cardozo, identificado con cédula de ciudadanía número 19353557 de Boyaca, certifico que estuve vinculado a la empresa **OSSA ARQUITECTURA Y CONSTRUCCIÓN SAS** , en calidad de oficial desde el día 18/03/2025 hasta el 23/04/2025, y me permito certificar que la empresa, está a **PAZ Y SALVO** por concepto de obligaciones laborales, contractuales, pago de salarios, prestaciones sociales al Sistema de Seguridad Social Integral (EPS, AFP, ARL).

Así mismo declaro que he sido notificado acerca del derecho a practicarme el examen médico de egreso en los términos establecidos en las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 o la que la modifique o sustituya.

El presente **PAZ y SALVO** se firma en Bogotá a los 30 días del mes Abril del año 2025.

Firma: Ciro Cardozo

c. c. 19353557

Powered by CamScanner

	PAZ Y SALVO	CODIGO:FMT-OSSA-011
		FECHA:27/01/2025
		VERSIÓN:1

Bogotá, D.C 3 de 05 del 2025

Asunto: **PAZ Y SALVO.**

Por medio de la presente yo Gustavo Adolfo Ostos, identificado con cédula de ciudadanía número 1.024.524.913 de Bogotá, certifico que estuve vinculado a la empresa **OSSA ARQUITECTURA Y CONSTRUCCIÓN SAS**, en calidad de Instalador Drywall desde el día 12/08/2024 hasta el 3/05/2025, y me permito certificar que la empresa, está a **PAZ Y SALVO** por concepto de obligaciones laborales, contractuales, pago de salarios, prestaciones sociales al Sistema de Seguridad Social Integral (EPS, AFP, ARL).

Así mismo declaro que he sido notificado acerca del derecho a practicarme el examen médico de egreso en los términos establecidos en las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 o la que la modifique o sustituya.

El presente **PAZ y SALVO** se firma en Bogotá a los 3 días del mes Mayo del año 2025.

Firma: Gustavo Ostos.

C. C. 1.024.524.913.

Powered by CamScanner

	PAZ Y SALVO	CODIGO:FMT-OSSA-011 FECHA:27/01/2025 VERSIÓN:1

Bogotá, D.C 01 de 05 del 2025

Asunto: **PAZ Y SALVO.**

Por medio de la presente yo Jose Isidro Herrera., identificado con cédula de ciudadanía número 18410548 de Quindio ,certifico que estuve vinculado a la empresa **OSSA ARQUITECTURA Y CONSTRUCCIÓN SAS** , en calidad de oficial desde el día 03/09/2024 hasta el 01/05/2025, y me permito certificar que la empresa, está a **PAZ Y SALVO** por concepto de obligaciones laborales, contractuales, pago de salarios, prestaciones sociales al Sistema de Seguridad Social Integral (EPS, AFP, ARL).

Así mismo declaro que he sido notificado acerca del derecho a practicarme el examen médico de egreso en los términos establecidos en las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 o la que la modifique o sustituya.

El presente **PAZ y SALVO** se firma en Bogota a los 1 días del mes Mayo del año 2025.

Firma:

C. C. 18410548

Powered by CamScanner

	PAZ Y SALVO	CODIGO:FMT-OSSA-011 FECHA:27/01/2025 VERSIÓN:1

Bogotá, D.C 20 de 05 del 2025

Asunto: **PAZ Y SALVO.**

Por medio de la presente yo Lewis Palo Almeida, identificado con cédula de ciudadanía número 19896143. de Bolivar., certifico que estuve vinculado a la empresa **OSSA ARQUITECTURA Y CONSTRUCCIÓN SAS** , en calidad de Oficial desde el día 25/04/2025 hasta el 20/05/2025, y me permito certificar que la empresa, está a **PAZ Y SALVO** por concepto de obligaciones laborales, contractuales, pago de salarios, prestaciones sociales al Sistema de Seguridad Social Integral (EPS, AFP, ARL).

Así mismo declaro que he sido notificado acerca del derecho a practicarme el examen médico de egreso en los términos establecidos en las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 o la que la modifique o sustituya.

El presente **PAZ y SALVO** se firma en Bogota a los 20 días del mes Mayo del año 2025.

Firma: Lewis P.A.

C. C. 19896143

Powered by CamScanner

	PAZ Y SALVO	CODIGO:FMT-OSSA-011
		FECHA:27/01/2025
		VERSIÓN:1

Bogotá, D.C 30 de 4 del 2025

Asunto: **PAZ Y SALVO.**

Por medio de la presente yo Mauro Yesid Cardozo, identificado con cédula de ciudadanía número 80749952 de Bogota, certifico que estuve vinculado a la empresa **OSSA ARQUITECTURA Y CONSTRUCCIÓN SAS** , en calidad de oficial desde el día 20/03/2025 hasta el 23/04/2025 y me permito certificar que la empresa, está a **PAZ Y SALVO** por concepto de obligaciones laborales, contractuales, pago de salarios, prestaciones sociales al Sistema de Seguridad Social Integral (EPS, AFP, ARL).

Así mismo declaro que he sido notificado acerca del derecho a practicarme el examen médico de egreso en los términos establecidos en las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 o la que la modifique o sustituya.

El presente **PAZ y SALVO** se firma en Bogota a los 30 días del mes Abril del año 2025.

Firma: _____

C. C. 80749952.

Powered by CamScanner

EBISU

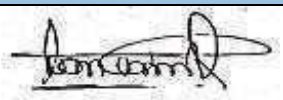
CONSTRUIMOS EQUIDAD, BIENESTAR Y SUEÑOS

NIT 807.008.957-7

ACTA DE REUNIÓN COPASST

No. DEACTA: 40

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

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

Nota: el campo "Empresa" aplica para los participantes externos.

DESARROLLO DE LAREUNIÓN

ORDEN DELDÍA

1. Verificación Quorum.
2. Lectura de compromisos y aprobación de acta anterior.
3. Análisis de Accidentes de trabajo, incidentes y Enfermedad Laboral (Administrativos – Proyectos) Casos- sede causas- plan de acción – seguimiento.
4. Recomendaciones adicionales y/o comentarios.
5. Serealiza investigación de accidentes presentados en el proyecto boíta en el mes de marzo

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

1. Se hizo verificación del quorum cumplimiento con el número personas requeridas para dar inicio a la reunión ordinaria del COPASST correspondiente al mes de febrero de 2024. En la presenta acta se anexa el control de asistencia COPASST.

2. El principal del empleador del COPASST procede a mencionar el orden del día de la reunión ordinaria, el Ing. Carlos Cote verifica el cumplimiento del quorum de la reunión.

3. Se hizolectura de compromisos y se aprueba por parte de los integrantes del COPASSTel actaanterior donde está el compromiso presentación de las obras.

4. Se realiza cierre de investigación deaccidente sin presentar novedades del mismo.

5. Se informo el mecanismo para el desarrollo de esta actividad para lapromoción yprevención e integración de subcontratistas con colaboradores de Ebisu

COMPROMISOS

Item	Compromiso	Responsable	Fecha	Cumplido
1	Plan de mejores estándares mínimos 2024	Inspectores SST	Todo el mes	Cumplido
2	Investigación de iaccidente caps	Inspectores SST	Todo el mes	cumplido

OBSERVACIONES

Se sugiere al personal SST de las obras siempre realizar inspecciones realizando recorrido general a cada uno de los proyectos para generar los hallazgos, estos deben ser muy descriptivos.

. Dando cumplimiento a la jornada de armonización se hará el correspondiente acompañamiento de área de seguridad y salud en el trabajo con representante de Copasst

Durante este periodo no se reportaron incidentes y accidentes laborales por parte de los trabajadores de EBISU y subcontratistas. se presento ausentismo por causa médica. La ocurrencia es por cambio climatico, se sugiere sensibilizar a personal del autocuidado

Se realizaron inspecciones ambientales y SST a los EPPs maquinaria equipos y elementos de seguridad

dotaciones,

EBISU

CONSTRUIMOS EQUIDAD, BIENESTAR Y SUEÑOS

NIT 807.008.957-7

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

[redacted]	**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

OBJETIVO

DESARROLLAR ACTIVIDADES TENDIENTES A CONCIENCIAR AL PERSONAL DE LA EMPRESA SOBRE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN QUE SE DEBEN ADOPTAR PARA REDUCIR LOS RIESGOS , QUE SE PRESENTAN EN LOS PUESTOS DE TRABAJO Y QUE PUEDAN GENERAR ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES.

RECURSOS	**RECURSOS**
HUMANOS	AREA ADMINISTRATIVA,ARL,DIRECCIÓN SST PROFESIONAL
TECNOLOGICOS	COMPUTADORES, VIDEO BEAN, PARLANTES, SOFTWARE
FINANCIEROS	RECURSOS PARA PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA EMPRESA

CONVENCIONES	
	Programado
	Ejecutado
	Reprogramado

CRONOGRAMA DE CAPACITACIONES PROYECTO BOITA

MEDICINA PREVENTIVA Y DE TRABAJO				**Mes 23**			**Mes 24**			**Mes 25**			**Mes 26**			**Mes 27**			**Mes 28**			**Mes 29**			**Mes 30**			**Mes 31**			**Mes 32**			**Mes 33**			**Mes 34**			**Mes 35**			**Mes 36**			**OBSERVACIONES**
Nº	**CAPACITACION**	**RESPONSABLE**	**DIRIGIDO A:**	P	E	R	P	E	R	P	E	R	P	E	R	P	E	R	P	E	R	P	E	R	P	E	R	P	E	R	P	E	R	P	E	R	P	E	R	P	E	R	P	E	R	
1	Examenes de ingreso	Area administrativa	Todos los trabajadores	P	E		P	E		P	E		P	E		P	E		P	E		P	E		P	E		P	E		P	E		P	E		P	E		P	E		P			
2	Examenes periodicos	Area administrativa	Todos los trabajadores	P	E		P	E		P	E		P	E		P	E		P	E		P	E		P	E		P	E		P	E		P	E		P	E		P	E		P			
3	Examenes de egreso	Area administrativa	Todos los trabajadores	P	E		P	E		P	E		P	E		P	E		P	E		P	E		P	E		P	E		P	E		P	E		P	E		P	E		P			Cada vez que el trabajador se retire de la organización
4	Inducciones y reinducciones	Inspector SST	Todos los trabajadores																												P	E													
5	Campaña de salud visual	ARL	Todos los trabajadores																																										Segun la disponibilidad de la ARL
6	Campaña de acticidad fisica(rumbaterapia)	ARL	Todos los trabajadores																																									Segun la disponibilidad de la ARL
7	Campaña medicina preventiva toma de talla, peso	ARL	Todos los trabajadores																																									Segun la disponibilidad de la ARL
8	Campaña de nutrición	ARL	Todos los trabajadores																																										Segun la disponibilidad de la ARL
9	Verificacion de documentos del personal	Area administrativa,Director HSEQ,Inspector SST	Todos los trabajadores	P	E		P	E		P	E		P	E		P	E		P	E		P	E		P	E		P	E		P	E		P	E		P	E		P			
10	Sencibilización Cuidado de manos riesgo Mecanico	Inspector SST	Todos los trabajadores				P	E																																				
11	Capacitación enfermedad laboral	Inspector SST	Todos los trabajadores	P	E																																							
12	Capacitación funciones de los trabajadores frente al SGSST	Inspector SST	Todos los trabajadores							P	E																																	
13	Riesgo Psicosocial	Inspector SST	Todos los trabajadores																P	E																								
14	Capacitación legislación SST	Inspector SST	Todos los trabajadores													P	E																											
15	Capacitación responsabilidad civil y penal frente al SGSST	Inspector SST	Todos los trabajadores													P	E																											
16	Cpacitación Salud mental y manejo de ira	Inspector SST	Todos los trabajadores																			P	E	R	P																			
17	Divulgacion de peligros presentes en obra	Inspector SST	Todos los trabajadores				P	E																																			
18	Pons como actuar en una situación de emergencia	Inspector SST	Todos los trabajadores							P	E																																	
19	Capacitación Riesgos locativos	Inspector SST	Todos los trabajadores	P	E																																						
20	Riesgo Biomecanico	Inspector SST	Todos los trabajadores																P	E																								
21	Capacitación Riesgos por condiciones de seguridad	Inspector SST	Todos los trabajadores				P	E																																			
22	Capacitación que es Examen medico de ingreso, periodico, egreso y pos-incapacidad	Inspector SST	Todos los trabajadores																			P	E																					
23	Charla de seguridad eliminar distractores	Inspector SST	Todos los trabajadores										P	E																														
24	Capacitacion Roles y Funciones SST	Inspector SST	Todos los trabajadores										P	E																														
25	Prevencion de enfermedades de la piel	Inspector SST	Todos los trabajadores																											P	E													
26	Capacitacion Material Particulado	Inspector SST	Todos los trabajadores													P	E																											
27	Prevencion de enfermedades cardiovasculares	Inspector SST	Todos los trabajadores																												P	E												
28	Enfermedades por contacto	Inspector SST	Todos los trabajadores																												P	E												
29	que es una enfermedad de transmision sexual	Inspector SST	Todos los trabajadores																												P	E												
30	Prevencion en lesiones musculoesqueleticas	Inspector SST	Todos los trabajadores																															P	E									
31	equilibrio entre vida personal y el trabajo	Inspector SST	Todos los trabajadores																															P	E									
32	comunicación asertiva	Inspector SST	Todos los trabajadores																															P	E									
33	Que es acoso laboral y los tipos que existen	Inspector SST	Todos los trabajadores																																		P	E						
34	Campaña de autocuidado del oido	Inspector SST	Todos los trabajadores																																							P			
HIGIENE INDUSTRIAL																																												
Nº	**ACTIVIDAD**	**RESPONSABLE**	**DIRIGIDO A:**																																									
1	Capacitación diseños de puesto de trabajo	Inspector SST	Todos los trabajadores							P	E																																	
2	Perdida Cpacidad Laboral	Inspector SST	Todos los trabajadores																P	E																								
3	Capacitación Riesgo publico y numeros de emergencia	Inspector SST	Todos los trabajadores																						P	E																		
4	Capacitación Prevención al tabaquismo	Inspector SST	Todos los trabajadores				P	E																																			

5	Capacitación Toxicologia ocupacional	Inspector SST	Todos los trabajadores										P	E																																
6	Cpacitación importancia del sueño	Inspector SST	Todos los trabajadores																						P	E																				
7	Mabual de funciones	Inspector SST	Todos los trabajadores																						P	E																				
8	rendicion de cuentas a SST	Inspector SST	Todos los trabajadores																						P	E																				
9	Capcitcion riesgo Biologico	Inspector SST	Todos los trabajadores													P	E																													
10	Como se catalogan los accidentes Laborales	Inspector SST	Todos los trabajadores																P	E																										
11	Orden y aseo en obra	Inspector sST y Especialista Ambiental	Todos los trabajadores	P	E																																									
12	Capacitación Residuos peligrosos	Inspector SST	Todos los trabajadores													P	E																													
13	Cpacitacion que es higiene ocupacional	Inspector SST	Todos los trabajadores							P	E																																			
14	Manejo de heridas y quemaduras	Inspector SST	Todos los trabajadores																																		P	E								
	SEGURIDAD INDUSTRIAL																																													
N°	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DIRIGIDO A:																																											
1	Capacitación Actividades de alto riesgo	Inspector SST	Todos los trabajadores	P	E																																									
2	Uso correcto de elementos de proteccion personal	Inspector SST	Todos los trabajadores																									P	E																	
3	Capacitacion que es un equipo de proteccion contra caidas y como funciona	Inspector SST	Todos los trabajadores																									P	E																	
4	Seguridad en trabajos con andamios	Inspector SST	Todos los trabajadores																									P	E																	
5	Cpacitación colores de seguridad (señalización)	Inspector SST	Todos los trabajadores				P	E																																						
6	Capacitación trabajo en alturas	Inspector SST	Todos los trabajadores	P	E																																									
7	Capacitación trabjao en Caliente (riesgo mecanico)	Inspector SST	Todos los trabajadores							P	E																																			
8	Capacitación etiquetado y almcenamiento de productos quimicos	InspectorSST,Ingeniero ambiental	Todos los trabajadores				P	E																																						
9	Capacitación medidas pasivas de protección y medidas activas de protección	Inspector SST	Todos los trabajadores				P	E																																						
10	Capacitación Riesgo Electrico	Inspector SST	Todos los trabajadores																			P	E																							
11	Que es Caja de Compensación Familiar	proveedor caja de compensacion	Todos los trabajadores																																				P	E					
12	Capacitación identificacion de peligros en sitios de trabajo	Inspector SST	Todos los trabajadores										P	E																																
13	Cpacitacuión como reportar un accidente y documentarlo	Inspector SST	Todos los trabajadores										P	E																																
14	Capacitación que es el COPASST	Inspector SST	Todos los trabajadores										P	E																																
15	Capacitación que es un peligro	Inspector SST	Todos los trabajadores							P	E																																			
16	Resposabuilidad social en obras	Inspector SST	Todos los trabajadores																			P	E																							
17	Capacitación que es un Riesgo	Director HSEQ, Inspector SST	Todos los trabajadores							P	E																																			
18	Capacitación Riesgo Electrico	Director HSEQ, Inspector SST	Todos los trabajadores	P	E																																									
19	Divulgación de politica HSEQ	Inspector SST	Todos los trabajadores												P	E																														
20	Capacitación diferencia entre accidente e incidente laboral	Inspector SST	Todos los trabajadores							P	E																																			
21	Capacitaión que es ARL	Inspector SST	Todos los trabajadores				P	E																																						
22	Capacitaión que es EPS	Director HSEQ, Inspector SST	Todos los trabajadores				P	E																																						
23	normatividad relevante codigo sustantivo del trabajo	Director HSEQ, Inspector SST	Todos los trabajadores																												P	E														
24	señalitica dentro de obra	Inspector SST	Todos los trabajadores																												P	E														
25	Como realizar inspeccion y mantenimiento de un equipo de proteccion contra caidas	Inspector SST	Todos los trabajadores																																		P	E								
26	Que son medidas de intervencion y control (medio, fuente e individuo)	Inspector SST	Todos los trabajadores																																						P	E					
27	como se pagan las incapacidades por EPS y ARL	Inspector SST	Todos los trabajadores																																						P	E					
28	Capacitacion primer respondiente	Inspector SST	Todos los trabajadores																																						P	E					
29	Que es riesgo quimico	Inspector SST	Todos los trabajadores																																									P			
30	manejo integral de residuos	Inspector SST	Todos los trabajadores																																									P			

Nota: Lo **PROYECTADO** debe marcar con la letra **P.**

Lo **EJECUTADO** se debe marcar con la letra **E.**

Lo **REPROGRAMADO** se debe marcar con la letra **R** e insertar un comentario justificando.

Nota: Esta programación puede estar sujeta a cambios estos se marcaran con la letra R (reprogramado)

ACTIVIDADES	Mes 19	Mes 20	Mes 21	Mes 22	TOTAL
ACTIVIDADES EJECUTADAS	0	0	0	0	0
ACTIVIDADES PROGRAMADAS	0	0	0	0	0
ACTIVIDADES REPROGRAMADAS	0	0	0	0	0

EBISU

CONSTRUIMOS EQUIDAD, BIENESTAR Y SUEÑOS

NIT 807.008.957-7

REGISTRO DE CAPACITACIONES SST EBISU S.A.S

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

ACTIVIDAD		TEMA		FECHA
INDUCCIÓN		OTRA		DIA 30 MES 03 AÑO 2025
FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO		Cuál?		REALIZADO EN:
CHARLA DE SEGURIDAD PREOPERACIONAL/ CAPACITACION	X			Colegio Bosta
CONFERENCIA - VIDEO-TALLER				INTENSIDAD HORARIA
BOLETINES- FOLLETOS-CARTILLAS				1 hora
GIMNASIA LABORAL(PAUSAS ACTIVAS)				MATERIAL ENTREGADO
REUNIÓN				

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

Capacitacion primer respondiente.

REALIZADA POR: ARL AXA Colpatria CARGO O EMPRESA: EBISU SAS

RELACION DE ASISTENCIA

Nº	PARTICIPANTE	EMPRESA	DOCUMENTO	FIRMA
1	David Salvador Torres	EBISU	1000126491	
2	Pablo Alberto Guerrero	EBISU.	1022352554.	
3	Dino Maldonado	Ebisu	1097775	
4	Brunny Santacruz R	EBISU	80744713	
5	ANDERSSON MENDEZ	EBISU	1007156773	ANDERSSON M
6	LUIS ARAQUE	EBISU	1032 513 084	LUIS ARAQUE
7	Yasibit Garcia	Ebisu	4875794	
8	Michael Medinel	EBISU	1030673387	
9	Javier Rocha. Arias	Ebisu	70702337 45.	Javier Rocha.
10	Oscar Daniel Franco	Ebisu	1.011.391.497	Oscar Daniel Franco
11	Eliezer Ospino	EBISU	1063764092	
12	Yanin Olaya	Ebisu	57946129	
13	Leysy Pinto	EBISU	1003372766	
14	Yuliana Bueno Angulo	EBISU	1003063429	
15	Camilo Lopes	EBISU	1000 705 208	
16	Kevin Daza R	EBISU	1010840357	
17	SEBASTIAN ESCOBAR	EBISU	1069958963	SEBASTIAN E
18	JAY D ORTEGA	EBISU	1003656243	
19	Erinn Hamirande.	EBISU	50984201	
20	CRISTIAN CAMILO	EBISU	1020808347	
21	Luz Albeiro Parra Lopez	EBISU	52 477 946	Luz Albeiro R
22	ARISMENDI TORRE	EBISU	74824340	

FIRMA DE QUIEN DIRIGIÓ LA ACTIVIDAD

Carlos Alcaraz EBISU

Este documento impreso se considera copia no controlada

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

ACTIVIDAD		TEMA		FECHA
INDUCCIÓN		OTRA		DIA 29 MES 05 AÑO 2025
FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO		Cuál?		REALIZADO EN:
CHARLA DE SEGURIDAD PREOPERACIONAL/ CAPACITACION	X			Colegio Boita
CONFERENCIA - VIDEO-TALLER				INTENSIDAD HORARIA
BOLETINES- FOLLETOS-CARTILLAS				30 Minutos
GIMNASIA LABORAL(PAUSAS ACTIVAS)				MATERIAL ENTREGADO
REUNIÓN				

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

Tema: Como se pagan las incapacidades de ARL y EPS.

REALIZADA POR: Angie Parra y Daniela Agudelo CARGO O EMPRESA: EBISU SAS

RELACIÓN DE ASISTENCIA

Nº	PARTICIPANTE	EMPRESA	DOCUMENTO	FIRMA
1	FAUSTO SANCHEZ	EBISU	5122996	
2	EDILBERTO MAYO	EBISU	80362362	
3	Gredy Mesa	EBISU	92551355	
4	Yasibit Garcia	EBISU	4875794	
5	Leysy Pinzon P.	EBISU	1003331766	
6	Luz Mila P.	EBISU	52477848	
7	DAYANA REYES LOPEZ	EBISU	1003656243	
8	Dino Mendoza	EBISU	1097778	
9	DENY ALVAREZ	EBISU	1049629473	
10	Yeremay Santana	EBISU	80744713	
11	JOSE D. BERMEO	EBISU	1003045086	
12	Hernan Yanquatin	EBISU	87572106	
13	Hernan Pamplona	EBISU	70466659	Hernan PC.
14	Javier Rocha Arias	EBISU	7070233745.	Javier Rocha.
15	Pablo Alvarez Guerrero.	EBISU	1022352554.	
16	SEBASTIAN ESCOBAR Z	EBISU	1069758963	SEBASTIAN E Z
17	Julian Camilo Mora Pulido	EBISU	1000-785-208	Julian Lopez
18	David Santiago Torres	EBISU	1000128491	Santiago Torres
19	Michael Medina	EBISU	1030693087	
20	Yuliana Guerra Araya	EBISU	1003063479	
21	Tirma Hamiranda	EBISU	50989201	
22	ANDERSSON MENDEZ	EBISU	1007156973	ANDERSSON M

FIRMA DE QUIEN DIRIGIÓ LA ACTIVIDAD

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

ACTIVIDAD		TEMA		FECHA
INDUCCIÓN		OTRA		DIA 19 MES 05 AÑO 2025
FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO		Cual?		REALIZADO EN:
CHARLA DE SEGURIDAD PREOPERACIONAL/ CAPACITACION	X			Colegio Aquila
CONFERENCIA - VIDEO-TALLER				INTENSIDAD HORARIA
BOLETINES- FOLLETOS-CARTILLAS				1 hora
GIMNASIA LABORAL(PAUSAS ACTIVAS)				MATERIAL ENTREGADO
REUNIÓN				

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

TEMA: Que es la caja de compensación familiar

REALIZADA POR: Jhon, Angie y Daniela CARGO O EMPRESA: Coordinadora, Inspector SST

RELACIÓN DE ASISTENCIA

Nº	PARTICIPANTE	EMPRESA	DOCUMENTO	FIRMA
1	FAUSTO SANCHEZ	EBISU	5122796	
2	JOSE D BERRIO	EBISU	1003045086	
3	Santiago Torres	EBISU	1001284591	
4	Hernan Penguatia	Ebisu	87572106	
5	ARISMENDY TORRES	EBISU	79829340	
6	RAY D REYES 2.0	EBISU	1003656245	
7	EDILBERTO AMADO	EBISU	80823617	
8	Pablo Alvarez guerrero	EBISU	1022352554	
9	SEBASTIAN ESCOBAR 2	EBISU	1069958963	
10	Alexander Reyes	EBISU	13563291	
11	Dina Hernandez	EBISU	50984201	
12	Leysy Johanna Murgas	EBUSU	1003312766	
13	Yaribel Garcia	EBISU	4875794	
14	Luz Ilba Rincon	EBISU	52477948	
15	Jose HERRERA	EBISU	1001297434	
16	Dino Mendoza	EBISU	1097775	
17	Elizer Osuna	EBISU	1063764092	
18	Yonny Ortiz	EBISU	87946179	
19	LUIS ARAQUE	EBISU	1032513039	LUIS ARAQUE
20	Danny Alvarez	EBISU	1049629973	
21	Andres Felipe R	EBISU	7216976666	
22	Hernan Pamplona	EBISO	79466659	Hernan P
23	Gretn ACOSTA	EBISU	92551355	

FIRMA DE QUIEN DIRIGIÓ LA ACTIVIDAD

Este documento impreso se considera copia no controlada

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

ACTIVIDAD		TEMA		FECHA
INDUCCIÓN		OTRA		DIA 12 MES 05 AÑO 2025
FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO		Cuál?		REALIZADO EN:
CHARLA DE SEGURIDAD PREOPERACIONAL/ CAPACITACION	X			Colegio Bosa
CONFERENCIA - VIDEO-TALLER				INTENSIDAD HORARIA
BOLETINES- FOLLETOS-CARTILLAS				1 hora.
GIMNASIA LABORAL(PAUSAS ACTIVAS)				MATERIAL ENTREGADO
REUNIÓN	X			N/A

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

TEMA: Medidas de intervencion - Individuo, fuente, Medio
Sanciones por incumplimiento al manual de proveedores y contratistas

REALIZADA POR: EBISU SAS CARGO O EMPRESA: Coordinador SST, Inspector SST

RELACIÓN DE ASISTENCIA

N°	PARTICIPANTE	EMPRESA	DOCUMENTO	FIRMA
1	FAUSTO SANCHEZ	Ebiso	5122996	
2	Rafael G. Rincones R	EBISU	11273447 1	
3	Andres felipe R	EBISU	1216976666	
4	Diego Osorio	EBISU	1063764092	
5	Kevin Diaz	EBISU	1010840355	
6	LUIS ARAQUE	ebisu	1032513039	LUIS ARAQUE
7	Carlos Alcaro	Ebisu	92551355	
8	Duvis Mendoza	EBISU	10977775	
9	Jose J. Berrio	EBISU	1003045086	
10	Alexander Lopez	EBISU	13563241	
11	Santiago Torres	EBISU	1000128491	Santiago Torres
12	Yeisy Pinzon	EBISU	1003127660	
13	Yasbit CALCIA	EBISU	48757941	
14	Jaime Sofa.	CAP	78701543	
15	Erick Bonilla P.	CAP	1039.598.981	
16	HENDRICK VACCARO	CAP	1064805135	
17	Luis Chacon	CAP	1007772125	
18	Cesar Fernandez	CAP	1143452375	
19	Helmer Matias	OSSA	79518373 Bta	Helmer
20	Alexander GARCIA	OSSA	80150947	ALEXANDER G
21	ARISMENDI TORRES	EBISU	79824548	
22	EDILBERTO AMADO	EBISU	80367367	

FIRMA DE QUIEN DIRIGIÓ LA ACTIVIDAD

Este documento impreso se considera copia no controlada

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

ACTIVIDAD		TEMA		FECHA
DUCCIÓN		OTRA		DIA 27 MES 05 AÑO 2025
ORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO		Cual?		REALIZADO EN:
HARLA DE EGURIDAD PREOPERACIONAL/ APACITACION	X			proyecto Boita
ONFERENCIA - VIDEO-TALLER				INTENSIDAD HORARIA
OLETINES- FOLLETOS-CARTILLAS				1 hora
GIMNASIA LABORAL(PAUSAS ACTIVAS)				MATERIAL ENTREGADO
REUNIÓN	X			N/A

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

TEMA: Medidas Intervención Fuente - Medio - Individuo

REALIZADA POR: Ebisu S.A.S CARGO O EMPRESA: Coordinador SST - Inspectores SST

RELACIÓN DE ASISTENCIA

Nº	PARTICIPANTE	EMPRESA	DOCUMENTO	FIRMA
1	Cristian Castañeda Amaya	EBISU	1.118.199.753	
2	Manuel Diaz Guzman	EBISU	1030587680	
3	Heyner Delaway Nuñez	OSSA	1047511435	
4	Diego Armando Arias M	CAP	1095792765	
5	Steven Sierra	CAP	1140825124	
6	Jhonatan David Garcia	OSSA	1143373583	
7	Lewis Polo Almeida	OSSA	19896143	
8	Ramiro Gonzalez	OSSA	1006914649	
9	Luz Alba Rincón Lozano	EBISU	52477848	
10	Yuliana Cueva Amaya	EBISU	1003063479	
11	Trina Altamiranda	EBISU	50989201	
12	Hernan Pamplona	EBISU	70466659	
13	Yeisson Bolaños	OSSA	1.032424877	
14	Jose Miguel Pinzon Lopez	Euroliff	1024501030	
15	Elian Salcedo Hernandez	Eurolift	1069987179	
16	Mauricio Contreras L	OSA	79.875.719	
17	Jhon David Tarazona Suarez	OSSA	1022971368	
18	Hernan Yanquen	Ebisu	87572106	
19	Jose Herrera	EBISU	1001674134	
20	Oray Alexis Lopez	EBISU	1003656244	
21	Yovin Olaya	EBISU	8794612	
22	Sebastian Escobar 2	EBISU	1069958963	

FIRMA DE QUIEN DIRIGIÓ LA ACTIVIDAD

EBISU

CONSTRUIMOS EQUIDAD, BIENESTAR Y SUEÑOS

NIT 807.008.957-7

REGISTRO DE CAPACITACIONES SST SUBCONTRATISTAS

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

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

ACTIVIDAD		TEMA	FECHA
INDUCCIÓN		Cuál? Que es caja de compensación familiar y que % se paga en incapacidad de ARL y EPS.	DIA 12 MES 5 AÑO 2025
REINDUCCIÓN			INTENSIDAD HORARIA: 40 min
CAPACITACIÓN	X		PROYECTO: Colegio Boto
CHARLA DE SEGURIDAD/PREOPERACIONAL			RESPONSABLE: Katherine Barreto
PAUSAS ACTIVAS			CARGO: Inspector SST
REUNIÓN			
OTRA ¿Cuál?			

RELACIÓN DE ASISTENCIA

Nº	NOMBRES COMPLETOS	CARGO	DOCUMENTO	FIRMA
1	Lewis Polo	oficial	1489611 73	Lewis
2	NELSON CASERO	ayudante	1004605161	
3	Jhon David Enrique	oficial	1022473768	
4	Mauricio contreras L	Oficial	79.875.719	
5	Ramiro Gonzalez	OFICIAL	1006914649	Ramiro G
6	Yeyson Eduardo Nuñez	ayudante	1047511435	
7	yerisson Bolaños	osa	7.0 324287	yerisson.
8	Manuel Diaz Guzman	OSA	1050587680	
9	Cristian Alberto Castañeda	OSSA	1.118.199.753	
10	Jhon Alexander Cisneros			
11	Michael Jimenez	OSSA	1031120128	
12	ALEXANDER GARCIA	PULIDOR	80150047	ALEXANDER
13	Holmer Matos	Pulidor	79518373	
14	ANDRES MUÑOZ	OFICIAL	1032 375 460	
15	YEINER CAMACHO V.	CORTADOR	1033729275	YEINER CAMACHO
16				
17				

FIRMA DE QUIEN DIRIGIÓ LA ACTIVIDAD

Katherine Barreto

Powered by CamScanner

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

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

ACTIVIDAD		TEMA	FECHA
INDUCCIÓN		Cuál? Capacitación y divulgación Procedimiento de trabajo seguro lavado con sustancias químicas.	DIA 20 MES 5 AÑO 2025
REINDUCCIÓN			INTENSIDAD HORARIA:
CAPACITACIÓN	X		PROYECTO: Colegio Porta
CHARLA DE SEGURIDAD PREOPERACIONAL			RESPONSABLE: Katherine Barrera
PAUSAS ACTIVAS			CARGO: Inspector SST
REUNIÓN			
OTRA ¿Cuál?			

RELACIÓN DE ASISTENCIA

Nº	NOMBRES COMPLETOS	CARGO	DOCUMENTO	FIRMA
1	Leonardo Murillo	Ayudante	1068417309	Leonardo M.
2	Hayner G Delgado Nuñez	ayudante.	1047511435	
3	Jorge Hernando Sarmiento	oficial	80856.802.	Jorge S.
4	Ivan Restrepo	OFICIAL	1000722787	Ivan Restrepo
5	MICHEL CAMACHO	CORTADOR	1033729293	MICHEL C.
6	andres muñoz	oficial	1032375460	
7	Michel Jimenez	Oficial	1031.130.128	Michel Jimenez
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				

FIRMA DE QUIEN DIRIGIÓ LA ACTIVIDAD

Katherine Barrera

Powered by CamScanner

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

ACTIVIDAD		TEMA		FECHA
INDUCCIÓN		OTRA		DIA 29 MES 5 AÑO 2025
FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO		Cual?		REALIZADO EN:
CHARLA DE SEGURIDAD/PREOPERACIONAL				Torre A
CONFERENCIA - VIDEO-TALLER				INTENSIDAD HORARIA
BOLETINES- FOLLETOS-CARTILLAS				
GIMNASIA LABORAL(PAUSAS ACTIVAS)				MATERIAL ENTREGADO
REUNIÓN				

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

TEMA: Que es la caja de compensación

REALIZADA POR: _____ CARGO O EMPRESA: _____

RELACIÓN DE ASISTENCIA

Nº	NOMBRES COMPLETOS	CARGO	DOCUMENTO	FIRMA
1	Diego Jesus Mejia Tovar	Ayudante	1063280628	Diego M
2	Heneth Caballero Puerta	Ayudante	1064855135	Heneth
3	Erik L. Bovea Padilla	Ayudante	1039598981	Erik Bovea
4	Jhon Freddy Olaya Ayudante		1006891988	
5	Victor Dominguez G.	Portero	1033764569	Victor Dominguez
6	Jaime Duque C.	Soldador	78701543	
7	Reli Perez	Soldador	1003288216	
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

FIRMA DE QUIEN DIRIGIÓ LA ACTIVIDAD

Powered by CamScanner

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

ACTIVIDAD		TEMA		FECHA
INDUCCIÓN		OTRA		DIA 17 MES 5 AÑO 2025
FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO		Cuál?		REALIZADO EN:
CHARLA DE SEGURIDAD/PREOPERACIONAL				Torre A
CONFERENCIA - VIDEO-TALLER				INTENSIDAD HORARIA
BOLETINES- FOLLETOS-CARTILLAS				
GIMNASIA LABORAL(PAUSAS ACTIVAS)				MATERIAL ENTREGADO
REUNIÓN				

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

TEMA: Que son medidas de prevencion y Controles (Medio, fuente y Individuo)

REALIZADA POR: Cian Hernandez CARGO O EMPRESA: Estructura

RELACION DE ASISTENCIA

N°	NOMBRES COMPLETOS	CARGO	DOCUMENTO	FIRMA
1	Luis Chacon	Soldador	1003333715	
2	HENDRICK VALERO	AYUDANTE	1065865735	
3	Jaime Soto J.	Soldador	7537543	
4	Erik Leonardo	Ayudant	1039598981	
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

FIRMA DE QUIEN DIRIGIÓ LA ACTIVIDAD

Powered by CamScanner

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

ACTIVIDAD		TEMA		FECHA
INDUCCIÓN		OTRA		DIA 24 MES 5 AÑO 2025
FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO		Cual?		REALIZADO EN:
CHARLA DE SEGURIDAD/PREOPERACIONAL				Torre A
CONFERENCIA - VIDEO-TALLER				INTENSIDAD HORARIA
BOLETINES- FOLLETOS-CARTILLAS				
GIMNASIA LABORAL(PALISAS ACTIVAS)				MATERIAL ENTREGADO
REUNIÓN				

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

TEMA: Que porcentaje se pago en la ARL y EPS

REALIZADA POR: Cesar Fernandez CARGO O EMPRESA: estructura

RELACIÓN DE ASISTENCIA

Nº	NOMBRES COMPLETOS	CARGO	DOCUMENTO	FIRMA
1	Diego Jesus Mora Tovar	Ayudante	1039280628	
2	Luis Chacon	Soldor	1009337125	
3	Hendrick Ulcero	Ayudante	1065805135	
4	Juan Fredy Salamanca	Ayudante	1065	
5	Jaime Soto J.	Soldador	78701543	
6	Erik Leonardo	Ayudant	1039598981	
7	Victor Domínguez	Pintor	1033764589	
8	Jesus Toro	Soldador	1003	
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

FIRMA DE QUIEN DIRIGIÓ LA ACTIVIDAD

Powered by CamScanner

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

ACTIVIDAD		TEMA	FECHA
INDUCCIÓN		TITULO	DIA 22 MES 5 AÑO 2025
FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO		CUANTO	REALIZADO EN:
CHARLA DE SEGURIDAD/PREOPERACIONAL			Sena A
CONFERENCIA - VIDEO-TALLER			INTENSIDAD HORARIA
BOLETINES- FOLLETOS-CARTILLAS			
GIMNASIA LABORAL/PAUSAS ACTIVAS			MATERIAL ENTREGADO
REUNION			

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

TEMA: Primeros Respondientes

REALIZADA POR: Cesar Serrano CARGO O EMPRESA: Estructuras

RELACIÓN DE ASISTENCIA

Nº	NOMBRES COMPLETOS	CARGO	DOCUMENTO	FIRMA
1	Diego Jesus Mejia Tor	Ayudante	1047[illegible]618	
2	[illegible]	Soldador	[illegible]	
3	Hendrick ulloa	Ayudante	1069507135	
4	[illegible]	Ayudante	[illegible]	
5	Erik Leonardo	Ayudante	1039598.991	
6	[illegible]	Motor	[illegible]	
7	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

FIRMA DE QUIEN DIRIGIÓ LA ACTIVIDAD

Powered by CamScanner

EBISU

CONSTRUIMOS EQUIDAD, BIENESTAR Y SUEÑOS

NIT 807.008.957-7

REGISTRO DE INDUCCIONES

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

EBISU -

FECHA DE INDUCCIÓN:	27-03-2025		
NOMBRE DEL TRABAJADOR:	Michael Daniel Medina		
CARGO	Tecnico electricista	**CEDULA**	1030673387

1. Bienvenida.

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

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

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

Michael M.

FIRMA DEL EMPLEADO

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

EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN

1. Nombre dos valores corporativos:

•
•

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

Procesos estratégicos	○ Gestión social ○ Licitaciones ○ Publicidad y mercadeo
Procesos misionales	○ Gestión de Recursos Humanos ○ Técnica
Procesos de apoyo	○ Compras ○ Gestión de calidad

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

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

a. Administrativos:
b. Operativos: L A V 7 AM a 5 PM - S = 7 AM A 12 PM

4. ¿Qué significa las siglas HSEQ?

a. Seguridad Física y Calidad
b. Hacer, Secuenciar, experimentar y quitar
X Salud, Seguridad, ambiente y Calidad
d. a y b son correctas

5. ¿Qué es un peligro?

Toda fuente o situación con potencial daño

6. ¿Qué es un riesgo?

Probabilidad de que suceda un peligro.

7. ¿Qué es una condición insegura?

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

8. ¿Qué es un acto inseguro?

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

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

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

10. ¿Qué es una enfermedad laboral?

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

11. ¿Cuáles son los programas de gestión?

   a. Programa de Trabajo Seguro en Alturas.
   b. Programa de riesgo Biomecánico.
   c. Programa de Prevención y Control de Problemas Visuales
   d. Programa de Gestión Ambiental
   X Todos los anteriores

12. Nombra 2 objetivos del COPASST

   a. N/A
   b.

13. ¿Un accidente de trabajo es?

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

14. ¿Cuáles son las políticas de la empresa?

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

15. ¿Cuáles son sus funciones frente al sistema de seguridad, Salud en el Trabajo y Ambiente?

a. Reportar actos y condiciones inseguras
b. Participar en las elecciones del COPASST
c. Reportar al jefe inmediato los incidentes con y sin lesión presentados.
d. Usar y cuidar los EPP.
X Todas las anteriores.

16. Cuando hablamos de las 3 R, en gestión ambiental nos referimos a:

a. Responder, repetir y respetar
b. Recuperar, recomponer y reactivar
c. Reducir, reutilizar y reciclar
d. Ninguna de las anteriores.

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

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

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

a. La responsabilidad la tiene el trabajador accidentado.
X La responsabilidad es compartida y solidaria, es asumida directamente por el causante del accidente mortal, llámese gerente, jefe inmediato, compañero de trabajo o supervisor, quienes pueden ser privados de su libertad como consecuencia de un proceso penal por homicidio.
c. La responsabilidad es del Inspector SST.
d. La culpa no es de nadie

19. Conteste falso o verdadero según corresponda.

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

10
10

Firma del evaluado:	Firma del evaluador:
Nombre: Michael Medina	Nombre: Angie Sanchez
Cargo: Tecnico electrico	Cargo: LSP SST

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

OSCA

FECHA DE INDUCCIÓN:	27/05/2025		
NOMBRE DEL TRABAJADOR:	Giovanny Baquero Rojas		
CARGO	instalador Drywall	**CEDULA**	80719024

1. Bienvenida.

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

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

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

FIRMA DEL EMPLEADO

EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN

1. Nombre dos valores corporativos:

•
•

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

Procesos estratégicos	○ Gestión social ○ Licitaciones ○ Publicidad y mercadeo
Procesos misionales	○ Gestión de Recursos Humanos ○ Técnica
Procesos de apoyo	○ Compras ○ Gestión de calidad

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

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

a. Administrativos:
b. Operativos: de lunes a viernes 7 a 5 y sabado 7 a 11:45 AM

4. ¿Qué significa las siglas HSEQ?

a. Seguridad Física y Calidad
b. Hacer, Secuenciar, experimentar y quitar
X **c.** Salud, Seguridad, ambiente y Calidad X
d. a y b son correctas

5. ¿Qué es un peligro?

el peligro puede estar en cualquier situacion donde este

6. ¿Qué es un riesgo?

el riesgo es cuando nosotros estamos pendiente

7. ¿Qué es una condición insegura?

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

8. ¿Qué es un acto inseguro?

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

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

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

10. ¿Qué es una enfermedad laboral?

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

11. ¿Cuáles son los programas de gestión?

   a. Programa de Trabajo Seguro en Alturas.
   b. Programa de riesgo Biomecánico.
   c. Programa de Prevención y Control de Problemas Visuales
   d. Programa de Gestión Ambiental
   X e. Todos los anteriores

12. Nombra 2 objetivos del COPASST

   a.
   b. N/A

13. ¿Un accidente de trabajo es?

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

14. ¿Cuáles son las políticas de la empresa?

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

15. ¿Cuáles son sus funciones frente al sistema de seguridad, Salud en el Trabajo y Ambiente?

a. Reportar actos y condiciones inseguras
b. Participar en las elecciones del COPASST
c. Reportar al jefe inmediato los incidentes con y sin lesión presentados.
d. Usar y cuidar los EPP.
X **e.** Todas las anteriores.

16. Cuando hablamos de las 3 R, en gestión ambiental nos referimos a:

a. Responder, repetir y respetar
b. Recuperar, recomponer y reactivar
X **c.** Reducir, reutilizar y reciclar
d. Ninguna de las anteriores.

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

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

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

a. La responsabilidad la tiene el trabajador accidentado.
X **b.** La responsabilidad es compartida y solidaria, es asumida directamente por el causante del accidente mortal, llámese gerente, jefe inmediato, compañero de trabajo o supervisor, quienes pueden ser privados de su libertad como consecuencia de un proceso penal por homicidio.
c. La responsabilidad es del Inspector SST.
d. La culpa no es de nadie

19. Conteste falso o verdadero según corresponda.

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

10
10

Firma del evaluado:	**Firma del evaluador:**
Nombre: Giovanny Bermudez Rojas	Nombre: Angie Lorena
Cargo: Instalador Drywall	Cargo: Insp SST

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

EBISU

FECHA DE INDUCCIÓN:	25 05 2025		
NOMBRE DEL TRABAJADOR:	ANDERSON MENDEZ		
CARGO	AUX ELECTRICO	**CEDULA**	1007156773

1. Bienvenida.

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

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

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

ANDERSON MENDEZ

FIRMA DEL EMPLEADO

EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN

1. Nombre dos valores corporativos:

•
•

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

Procesos estratégicos	o Gestión social o Licitaciones o Publicidad y mercadeo
Procesos misionales	o Gestión de Recursos Humanos o Técnica
Procesos de apoyo	o Compras o Gestión de calidad

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

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

a. Administrativos:
X Operativos: LUN A VIER 7:00 AM HA 5:00 PM SABADO 7:00 AM HA 12:00

4. ¿Qué significa las siglas HSEQ?

a. Seguridad Física y Calidad
b. Hacer, Secuenciar, experimentar y quitar
X Salud, Seguridad, ambiente y Calidad
d. a y b son correctas

5. ¿Qué es un peligro?

FUENTE O SITUACION EN EL QUE ESTAMOS EN TODO MOMENTO

6. ¿Qué es un riesgo?

LA PROBABILIDAD QUE HAY DE UN ACCIDENTE

7. ¿Qué es una condición insegura?

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

8. ¿Qué es un acto inseguro?

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

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

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

10. ¿Qué es una enfermedad laboral?

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

11. ¿Cuáles son los programas de gestión?

    a. Programa de Trabajo Seguro en Alturas.
    b. Programa de riesgo Biomecánico.
    c. Programa de Prevención y Control de Problemas Visuales
    d. Programa de Gestión Ambiental
    X Todos los anteriores

12. Nombra 2 objetivos del COPASST

    a.
    b.

    N/A

13. ¿Un accidente de trabajo es?

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

14. ¿Cuáles son las políticas de la empresa?

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

15. ¿Cuáles son sus funciones frente al sistema de seguridad, Salud en el Trabajo y Ambiente?

a. Reportar actos y condiciones inseguras
b. Participar en las elecciones del COPASST
c. Reportar al jefe inmediato los incidentes con y sin lesión presentados.
d. Usar y cuidar los EPP.
X Todas las anteriores.

16. Cuando hablamos de las 3 R, en gestión ambiental nos referimos a:

a. Responder, repetir y respetar
b. Recuperar, recomponer y reactivar
c. Reducir, reutilizar y reciclar
d. Ninguna de las anteriores.

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

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

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

a. La responsabilidad la tiene el trabajador accidentado.
X La responsabilidad es compartida y solidaria, es asumida directamente por el causante del accidente mortal, llámese gerente, jefe inmediato, compañero de trabajo o supervisor, quienes pueden ser privados de su libertad como consecuencia de un proceso penal por homicidio.
c. La responsabilidad es del Inspector SST.
d. La culpa no es de nadie

19. Conteste falso o verdadero según corresponda.

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

Firma del evaluado: ANDERSSON MENDEZ	**Firma del evaluador:**
Nombre: ANDERSSON M	Nombre: Angie Lina M
Cargo: AUX ELECTRICO	Cargo: Ingª SST

OSSA

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

EBISU

FECHA DE INDUCCIÓN:	27/05/25		
NOMBRE DEL TRABAJADOR:	Johan Staven Cadena Hernandez		
CARGO	Auxiliar de Obra	**CEDULA**	1030678198

1. Bienvenida.

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

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

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

Johan Cadena.

FIRMA DEL EMPLEADO

EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN

1. Nombre dos valores corporativos:

•
•

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

Procesos estratégicos	o Gestión social o Licitaciones o Publicidad y mercadeo
Procesos misionales	o Gestión de Recursos Humanos o Técnica
Procesos de apoyo	o Compras o Gestión de calidad

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

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

a. Administrativos:
X Operativos: L - V 7 am - 5 pm S - 7 am - 12 pm

4. ¿Qué significa las siglas HSEQ?

a. Seguridad Física y Calidad
b. Hacer, Secuenciar, experimentar y quitar
X Salud, Seguridad, ambiente y Calidad
d. a y b son correctas

5. ¿Qué es un peligro?

peligro es una amenaza Contante en cada labor

6. ¿Qué es un riesgo?

el riesgo es la probabilidad de caer en el peligro

7. ¿Qué es una condición insegura?

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

8. ¿Qué es un acto inseguro?

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

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

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

10. ¿Qué es una enfermedad laboral?

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

11. ¿Cuáles son los programas de gestión?

    a. Programa de Trabajo Seguro en Alturas.
    b. Programa de riesgo Biomecánico.
    c. Programa de Prevención y Control de Problemas Visuales
    d. Programa de Gestión Ambiental
    e. Todos los anteriores

12. Nombra 2 objetivos del COPASST

    a.
    b.

    N/A

13. ¿Un accidente de trabajo es?

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

14. ¿Cuáles son las políticas de la empresa?

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

15. ¿Cuáles son sus funciones frente al sistema de seguridad, Salud en el Trabajo y Ambiente?

    a. Reportar actos y condiciones inseguras
    b. Participar en las elecciones del COPASST
    c. Reportar al jefe inmediato los incidentes con y sin lesión presentados.
    d. Usar y cuidar los EPP.
    X Todas las anteriores.

16. Cuando hablamos de las 3 R, en gestión ambiental nos referimos a:

    a. Responder, repetir y respetar
    b. Recuperar, recomponer y reactivar
    c. Reducir, reutilizar y reciclar
    d. Ninguna de las anteriores.

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

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

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

    a. La responsabilidad la tiene el trabajador accidentado.
    X La responsabilidad es compartida y solidaria, es asumida directamente por el causante del accidente mortal, llámese gerente, jefe inmediato, compañero de trabajo o supervisor, quienes pueden ser privados de su libertad como consecuencia de un proceso penal por homicidio.
    c. La responsabilidad es del Inspector SST.
    d. La culpa no es de nadie

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

19. Conteste falso o verdadero según corresponda.

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

10
10

Firma del evaluado:	Firma del evaluador:
Nombre: Jaiber Steven Cadena Hernandez	Nombre: Angie Daniela
Cargo: Auxiliar de obra	Cargo: Resp SST

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

EBISU

FECHA DE INDUCCIÓN:	27 Mayo 2025		
NOMBRE DEL TRABAJADOR:	Cristian Santiago Pachiguez		
CARGO	Tecnico Electricista	**CEDULA**	80749715

1. Bienvenida.

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

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

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

FIRMA DEL EMPLEADO

EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN

1. Nombre dos valores corporativos:

•
•

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

Procesos estratégicos	o Gestión social o Licitaciones o Publicidad y mercadeo
Procesos misionales	o Gestión de Recursos Humanos o Técnica
Procesos de apoyo	o Compras o Gestión de calidad

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

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

a. Administrativos:
X b. Operativos: 7a5 LaV- Sab 7a12.

4. ¿Qué significa las siglas HSEQ?

a. Seguridad Física y Calidad
b. Hacer, Secuenciar, experimentar y quitar
X **c.** Salud, Seguridad, ambiente y Calidad
d. a y b son correctas

5. ¿Qué es un peligro?

Toda fuente Potencial de accidente.

6. ¿Qué es un riesgo?

Probabilidad que realmente Suceda. un Accidente.

7. ¿Qué es una condición insegura?

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

8. ¿Qué es un acto inseguro?

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

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

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

10. ¿Qué es una enfermedad laboral?

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

11. ¿Cuáles son los programas de gestión?

   a. Programa de Trabajo Seguro en Alturas.
   b. Programa de riesgo Biomecánico.
   c. Programa de Prevención y Control de Problemas Visuales
   d. Programa de Gestión Ambiental
   e. Todos los anteriores

12. Nombra 2 objetivos del COPASST

   a. N/A
   b.

13. ¿Un accidente de trabajo es?

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

14. ¿Cuáles son las políticas de la empresa?

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

15. ¿Cuáles son sus funciones frente al sistema de seguridad, Salud en el Trabajo y Ambiente?

a. Reportar actos y condiciones inseguras
b. Participar en las elecciones del COPASST
c. Reportar al jefe inmediato los incidentes con y sin lesión presentados.
d. Usar y cuidar los EPP.
e. Todas las anteriores.

16. Cuando hablamos de las 3 R, en gestión ambiental nos referimos a:

a. Responder, repetir y respetar
b. Recuperar, recomponer y reactivar
c. Reducir, reutilizar y reciclar
d. Ninguna de las anteriores.

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

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

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

a. La responsabilidad la tiene el trabajador accidentado.
b. La responsabilidad es compartida y solidaria, es asumida directamente por el causante del accidente mortal, llámese gerente, jefe inmediato, compañero de trabajo o supervisor, quienes pueden ser privados de su libertad como consecuencia de un proceso penal por homicidio.
c. La responsabilidad es del Inspector SST.
d. La culpa no es de nadie

19. Conteste falso o verdadero según corresponda.

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

10/10

Firma del evaluado:	**Firma del evaluador:**
Nombre: [illegible]	Nombre: [illegible]
Cargo: Técnico Electricista.	Cargo: [illegible]

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

EBISU

FECHA DE INDUCCIÓN: 27 - MAYO - 2025			
NOMBRE DEL TRABAJADOR: Johan Camilo Lopez			
CARGO	Auxiliar	**CEDULA**	1000 785 208

1. Bienvenida.

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

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

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

Camilo Lopez

FIRMA DEL EMPLEADO

EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN

1. Nombre dos valores corporativos:

•
•

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

Procesos estratégicos	o Gestión social o Licitaciones o Publicidad y mercadeo
Procesos misionales	o Gestión de Recursos Humanos o Técnica
Procesos de apoyo	o Compras o Gestión de calidad

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

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

   a. Administrativos:
   b. Operativos: lunes - viernes 7:00-5:00 Sab 07:00 - 12:00

4. ¿Qué significa las siglas HSEQ?

   a. Seguridad Física y Calidad
   b. Hacer, Secuenciar, experimentar y quitar
   c. Salud, Seguridad, ambiente y Calidad
   d. a y b son correctas

5. ¿Qué es un peligro?
   todo fuente o situación con Afección de Riesgo

6. ¿Qué es un riesgo?
   el Riesgo es la Probabilidad que el Peligro se haga Presente

7. ¿Qué es una condición insegura?

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

8. ¿Qué es un acto inseguro?

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

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

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

10. ¿Qué es una enfermedad laboral?

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

11. ¿Cuáles son los programas de gestión?

    a. Programa de Trabajo Seguro en Alturas.
    b. Programa de riesgo Biomecánico.
    c. Programa de Prevención y Control de Problemas Visuales
    d. Programa de Gestión Ambiental
    e. Todos los anteriores

12. Nombra 2 objetivos del COPASST

    a. N/A
    b.

13. ¿Un accidente de trabajo es?

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

14. ¿Cuáles son las políticas de la empresa?

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

15. ¿Cuáles son sus funciones frente al sistema de seguridad, Salud en el Trabajo y Ambiente?

    a. Reportar actos y condiciones inseguras
    b. Participar en las elecciones del COPASST
    c. Reportar al jefe inmediato los incidentes con y sin lesión presentados.
    d. Usar y cuidar los EPP.
    e. Todas las anteriores.

16. Cuando hablamos de las 3 R, en gestión ambiental nos referimos a:

    a. Responder, repetir y respetar
    b. Recuperar, recomponer y reactivar
    c. Reducir, reutilizar y reciclar
    d. Ninguna de las anteriores.

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

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

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

    a. La responsabilidad la tiene el trabajador accidentado.
    b. La responsabilidad es compartida y solidaria, es asumida directamente por el causante del accidente mortal, llámese gerente, jefe inmediato, compañero de trabajo o supervisor, quienes pueden ser privados de su libertad como consecuencia de un proceso penal por homicidio.
    c. La responsabilidad es del Inspector SST.
    d. La culpa no es de nadie

19. Conteste falso o verdadero según corresponda.

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

10/10

Firma del evaluado:	Firma del evaluador:
Nombre: Carlos Isaac Parada	Nombre: Angie Lima
Cargo: auxiliar	Cargo: Insp SST

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

FECHA DE INDUCCIÓN:	29 de MAYO		
NOMBRE DEL TRABAJADOR:	Edwin Anthonys Ydrogo Carta		
CARGO	Soldador	**CEDULA**	5290122

1. Bienvenida.

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

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

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

FIRMA DEL EMPLEADO

EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN

1. Nombre dos valores corporativos:

•
•

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

Procesos estratégicos	o Gestión social o Licitaciones
Procesos misionales	o Publicidad y mercadeo o Gestión de Recursos Humanos
Procesos de apoyo	o Técnica o Compras o Gestión de calidad

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

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

   a. Administrativos:
   X Operativos:

4. ¿Qué significa las siglas HSEQ?

   a. Seguridad Física y Calidad
   b. Hacer, Secuenciar, experimentar y quitar
   c. Salud, Seguridad, ambiente y Calidad
   d. a y b son correctas

5. ¿Qué es un peligro?

6. ¿Qué es un riesgo?

7. ¿Qué es una condición insegura?

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

8. ¿Qué es un acto inseguro?

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

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

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

10. ¿Qué es una enfermedad laboral?

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

11. ¿Cuáles son los programas de gestión?

    a. Programa de Trabajo Seguro en Alturas.
    b. Programa de riesgo Biomecánico.
    c. Programa de Prevención y Control de Problemas Visuales
    d. Programa de Gestión Ambiental
    e. Todos los anteriores

12. Nombra 2 objetivos del COPASST

    a.
    b.

13. ¿Un accidente de trabajo es?

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

14. ¿Cuáles son las políticas de la empresa?

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

15. ¿Cuáles son sus funciones frente al sistema de seguridad, Salud en el Trabajo y Ambiente?

a. Reportar actos y condiciones inseguras
b. Participar en las elecciones del COPASST
c. Reportar al jefe inmediato los incidentes con y sin lesión presentados.
d. Usar y cuidar los EPP.
e. Todas las anteriores.

16. Cuando hablamos de las 3 R, en gestión ambiental nos referimos a:

a. Responder, repetir y respetar
b. Recuperar, recomponer y reactivar
c. Reducir, reutilizar y reciclar
d. Ninguna de las anteriores.

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

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

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

a. La responsabilidad la tiene el trabajador accidentado.
b. La responsabilidad es compartida y solidaria, es asumida directamente por el causante del accidente mortal, llámese gerente, jefe inmediato, compañero de trabajo o supervisor, quienes pueden ser privados de su libertad como consecuencia de un proceso penal por homicidio.
c. La responsabilidad es del Inspector SST.
d. La culpa no es de nadie

19. Conteste falso o verdadero según corresponda.

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

77
99

Firma del evaluado:	Firma del evaluador:
Nombre: Edwin Eduardo	Nombre: Daniela Ayala
Cargo: SOLDADOR	Cargo: Inspector SST

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

FECHA DE INDUCCIÓN:	19 - May		
NOMBRE DEL TRABAJADOR:	Juan Agamez G.		
CARGO	Ayudante	**CEDULA**	1.193.577.135

1. Bienvenida.

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

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

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

FIRMA DEL EMPLEADO

EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN

1. Nombre dos valores corporativos:

•
•

N/A

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

Procesos estratégicos	o Gestión social o Licitaciones o Publicidad y mercadeo
Procesos misionales	o Gestión de Recursos Humanos o Técnica
Procesos de apoyo	o Compras o Gestión de calidad

N/A

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

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

   a. Administrativos:
   b. Operativos: X

4. ¿Qué significa las siglas HSEQ?

   a. Seguridad Física y Calidad
   b. Hacer, Secuenciar, experimentar y quitar
   c. Salud, Seguridad, ambiente y Calidad X
   d. a y b son correctas

5. ¿Qué es un peligro?

6. ¿Qué es un riesgo?

7. ¿Qué es una condición insegura?

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

8. ¿Qué es un acto inseguro?

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

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

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

10. ¿Qué es una enfermedad laboral?

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

11. ¿Cuáles son los programas de gestión?

    a. Programa de Trabajo Seguro en Alturas.
    b. Programa de riesgo Biomecánico.
    c. Programa de Prevención y Control de Problemas Visuales
    d. Programa de Gestión Ambiental
    e. X Todos los anteriores

12. Nombra 2 objetivos del COPASST

    a.
    b.

13. ¿Un accidente de trabajo es?

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

14. ¿Cuáles son las políticas de la empresa?

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

15. ¿Cuáles son sus funciones frente al sistema de seguridad, Salud en el Trabajo y Ambiente?

    a. Reportar actos y condiciones inseguras
    b. Participar en las elecciones del COPASST
    c. Reportar al jefe inmediato los incidentes con y sin lesión presentados.
    d. Usar y cuidar los EPP.
    e. X Todas las anteriores.

16. Cuando hablamos de las 3 R, en gestión ambiental nos referimos a:

    a. Responder, repetir y respetar
    b. Recuperar, recomponer y reactivar
    c. X Reducir, reutilizar y reciclar
    d. Ninguna de las anteriores.

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

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

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

    a. La responsabilidad la tiene el trabajador accidentado.
    b. X La responsabilidad es compartida y solidaria, es asumida directamente por el causante del accidente mortal, llámese gerente, jefe inmediato, compañero de trabajo o supervisor, quienes pueden ser privados de su libertad como consecuencia de un proceso penal por homicidio.
    c. La responsabilidad es del Inspector SST.
    d. La culpa no es de nadie

19. Conteste falso o verdadero según corresponda.

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

17/19

Firma del evaluado:	**Firma del evaluador:**
Nombre: Juan Gomez	Nombre: Daniela Arteaga.
Cargo: Ayudante	Cargo: Inspectora SST

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

FECHA DE INDUCCIÓN: 05/23/2025			
NOMBRE DEL TRABAJADOR: Braylan Gonzalez			
CARGO	Oficial	**CEDULA**	1023027240

1. Bienvenida.

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

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

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

Braylan G.

FIRMA DEL EMPLEADO

EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN

1. Nombre dos valores corporativos:

•
•

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

Procesos estratégicos	o Gestión social o Licitaciones o Publicidad y mercadeo
Procesos misionales	o Gestión de Recursos Humanos o Técnica
Procesos de apoyo	o Compras o Gestión de calidad

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

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

a. Administrativos:
Xb. Operativos: L-V = 7 AM = 5 PM S 7:AM-12 PM ✓

4. ¿Qué significa las siglas HSEQ?

a. Seguridad Física y Calidad
b. Hacer, Secuenciar, experimentar y quitar ✓
Xc. Salud, Seguridad, ambiente y Calidad
d. a y b son correctas

5. ¿Qué es un peligro?

es una fuente a la cual se entra expuesto x puede causar un apsidente de trabaja le be ofuer ctrabajo ✓

6. ¿Qué es un riesgo?

Situacion que junto con el peligra aumente la pra balidad de un accidente ✓

7. ¿Qué es una condición insegura?

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

8. ¿Qué es un acto inseguro?

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

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

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

10. ¿Qué es una enfermedad laboral?

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

11. ¿Cuáles son los programas de gestión?

   a. Programa de Trabajo Seguro en Alturas.
   b. Programa de riesgo Biomecánico.
   c. Programa de Prevención y Control de Problemas Visuales
   d. Programa de Gestión Ambiental
   X e. Todos los anteriores

12. Nombra 2 objetivos del COPASST

   a. solicitar actividades para la prederxion de posibles accidentes
   b. participar en todas las atibidas SST

13. ¿Un accidente de trabajo es?

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

14. ¿Cuáles son las políticas de la empresa?

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

15. ¿Cuáles son sus funciones frente al sistema de seguridad, Salud en el Trabajo y Ambiente?

a. Reportar actos y condiciones inseguras
b. Participar en las elecciones del COPASST
c. Reportar al jefe inmediato los incidentes con y sin lesión presentados.
d. Usar y cuidar los EPP.
X e. Todas las anteriores.

16. Cuando hablamos de las 3 R, en gestión ambiental nos referimos a:

a. Responder, repetir y respetar
b. Recuperar, recomponer y reactivar
X c. Reducir, reutilizar y reciclar
d. Ninguna de las anteriores.

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

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

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

a. La responsabilidad la tiene el trabajador accidentado.
X b. La responsabilidad es compartida y solidaria, es asumida directamente por el causante del accidente mortal, llámese gerente, jefe inmediato, compañero de trabajo o supervisor, quienes pueden ser privados de su libertad como consecuencia de un proceso penal por homicidio.
c. La responsabilidad es del Inspector SST.
d. La culpa no es de nadie

19. Conteste falso o verdadero según corresponda.

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

17/19

Firma del evaluado:	Firma del evaluador:
Brandon G.	Daniela A.J.
Nombre: Brandon Gonzalez	Nombre: Daniela Arada J.
Cargo: Oficial	Cargo: Inspector SST.

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

FECHA DE INDUCCIÓN:	23 Mayo 2025.		
NOMBRE DEL TRABAJADOR:	Jhon Freddy Sabaraín Tovar		
CARGO	Ayudantes de Obra.	**CEDULA**	1000573508.

1. Bienvenida.

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

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

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

FIRMA DEL EMPLEADO

EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN

1. Nombre dos valores corporativos:

•
•

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

Procesos estratégicos	o Gestión social o Licitaciones o Publicidad y mercadeo
Procesos misionales	o Gestión de Recursos Humanos o Técnica
Procesos de apoyo	o Compras o Gestión de calidad

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

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

   a. Administrativos:
   X. Operativos: Lunes a Viernes 8:00 am a 5:00 PM y Sabado 8:00 am 1:00 PM

4. ¿Qué significa las siglas HSEQ?

   a. Seguridad Física y Calidad
   b. Hacer, Secuenciar, experimentar y quitar
   X. Salud, Seguridad, ambiente y Calidad
   d. a y b son correctas

5. ¿Qué es un peligro?
   Es una fuente a la Cual se encuentran expuestos. y Puede Causar un accidente de trabajo. leve, Grave o mortal.

6. ¿Qué es un riesgo? Situacion que Conto Con el Peligro que aumente la probabilidad de Que ocurra un insidente o accidente.

7. ¿Qué es una condición insegura?

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

8. ¿Qué es un acto inseguro?

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

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

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

10. ¿Qué es una enfermedad laboral?

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

11. ¿Cuáles son los programas de gestión?

    a. Programa de Trabajo Seguro en Alturas.
    b. Programa de riesgo Biomecánico.
    c. Programa de Prevención y Control de Problemas Visuales
    d. Programa de Gestión Ambiental
    e. Todos los anteriores

12. Nombra 2 objetivos del COPASST

    a. Solicitar actividades para la Prevención de Posibles Accidentes.
    b. Participar en todas las Actividades de Seguridad y Salud en el trabajo.

13. ¿Un accidente de trabajo es?

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

14. ¿Cuáles son las políticas de la empresa?

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

15. ¿Cuáles son sus funciones frente al sistema de seguridad, Salud en el Trabajo y Ambiente?

    a. Reportar actos y condiciones inseguras
    b. Participar en las elecciones del COPASST
    c. Reportar al jefe inmediato los incidentes con y sin lesión presentados.
    d. Usar y cuidar los EPP.
    X e. Todas las anteriores.

16. Cuando hablamos de las 3 R, en gestión ambiental nos referimos a:

    a. Responder, repetir y respetar
    b. Recuperar, recomponer y reactivar
    X c. Reducir, reutilizar y reciclar
    d. Ninguna de las anteriores.

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

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

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

    a. La responsabilidad la tiene el trabajador accidentado.
    X b. La responsabilidad es compartida y solidaria, es asumida directamente por el causante del accidente mortal, llámese gerente, jefe inmediato, compañero de trabajo o supervisor, quienes pueden ser privados de su libertad como consecuencia de un proceso penal por homicidio.
    c. La responsabilidad es del Inspector SST.
    d. La culpa no es de nadie

19. Conteste falso o verdadero según corresponda.

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

17
19

Firma del evaluado:	**Firma del evaluador:**
	Daniela A.J.
Nombre: Jhon Freely Sidarema	Nombre: Daniela Arrieta J.
Cargo: Ayudante de obra	Cargo: Inspector SST

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

FECHA DE INDUCCIÓN: 23 de Mayo			
NOMBRE DEL TRABAJADOR: Wilson Stuvard Aragon Cordoba			
CARGO	Maestro	**CEDULA**	

1. Bienvenida.

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

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

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

Wilson Stuvar Aragon

FIRMA DEL EMPLEADO

EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN

1. Nombre dos valores corporativos:

•
•

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

Procesos estratégicos	o Gestión social o Licitaciones o Publicidad y mercadeo
Procesos misionales	o Gestión de Recursos Humanos o Técnica
Procesos de apoyo	o Compras o Gestión de calidad

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

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

a. Administrativos:
x. Operativos: lunes a viernes 7:00 a 5:00 sabado 7:00 a 12:00

4. ¿Qué significa las siglas HSEQ?

a. Seguridad Física y Calidad
b. Hacer, Secuenciar, experimentar y quitar
x. Salud, Seguridad, ambiente y Calidad
d. a y b son correctas

5. ¿Qué es un peligro? es una fuente a la cual se encuentran expuestos y puede causar un accidente de trabajo leve grave o mortal.

6. ¿Qué es un riesgo? situacion que junto con el peligro aumente la probabilidad de que ocurra un accidente.

7. ¿Qué es una condición insegura?

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

8. ¿Qué es un acto inseguro?

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

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

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

10. ¿Qué es una enfermedad laboral?

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

11. ¿Cuáles son los programas de gestión?

    a. Programa de Trabajo Seguro en Alturas.
    b. Programa de riesgo Biomecánico.
    c. Programa de Prevención y Control de Problemas Visuales
    d. Programa de Gestión Ambiental
    X. Todos los anteriores

12. Nombra 2 objetivos del COPASST

    a. Solicitar actividades para la prevención de posibles accidentes
    b. participar en todas las actividades SST

13. ¿Un accidente de trabajo es?

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

14. ¿Cuáles son las políticas de la empresa?

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

15. ¿Cuáles son sus funciones frente al sistema de seguridad, Salud en el Trabajo y Ambiente?

    a. Reportar actos y condiciones inseguras
    b. Participar en las elecciones del COPASST
    c. Reportar al jefe inmediato los incidentes con y sin lesión presentados.
    d. Usar y cuidar los EPP.
    e. Todas las anteriores.

16. Cuando hablamos de las 3 R, en gestión ambiental nos referimos a:

    a. Responder, repetir y respetar
    b. Recuperar, recomponer y reactivar
    c. Reducir, reutilizar y reciclar
    d. Ninguna de las anteriores.

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

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

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

    a. La responsabilidad la tiene el trabajador accidentado.
    b. La responsabilidad es compartida y solidaria, es asumida directamente por el causante del accidente mortal, llámese gerente, jefe inmediato, compañero de trabajo o supervisor, quienes pueden ser privados de su libertad como consecuencia de un proceso penal por homicidio.
    c. La responsabilidad es del Inspector SST.
    d. La culpa no es de nadie

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

19. Conteste falso o verdadero según corresponda.

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

17/19

Firma del evaluado:	**Firma del evaluador:**
Wilson Siguar	Daniela A.J.
Nombre:	Nombre: Daniela Acosta J.
Cargo: Cocinero	Cargo: Inspectora SST

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

FECHA DE INDUCCIÓN: 23/05/2025			
NOMBRE DEL TRABAJADOR: Diego Jesus Maya Tovar			
CARGO	Ayudantes de obra	**CEDULA**	1034280628

1. **Bienvenida.**

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

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

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

Diego M.

FIRMA DEL EMPLEADO

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

EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN

1. Nombre dos valores corporativos:

•
•

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

Procesos estratégicos	o Gestión social o Licitaciones o Publicidad y mercadeo
Procesos misionales	o Gestión de Recursos Humanos o Técnica
Procesos de apoyo	o Compras o Gestión de calidad

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

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

a. Administrativos:
X Operativos: Lunes a viernes 8Am a 5Pm. y Sabados 8Am a 1Pm. ✓

4. ¿Qué significa las siglas HSEQ?

a. Seguridad Física y Calidad
b. Hacer, Secuenciar, experimentar y quitar
X Salud, Seguridad, ambiente y Calidad ✓
d. a y b son correctas

5. ¿Qué es un peligro?

Es una fuente a la cual se encuentran expuestos y puede causar un accidente de trabajo leve, grave o Mortal. ✓

6. ¿Qué es un riesgo?

Situación que junto con el peligro aumente la Probabilidad de que ocurra un incidente o accidente. ✓

7. ¿Qué es una condición insegura?

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

8. ¿Qué es un acto inseguro?

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

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

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

10. ¿Qué es una enfermedad laboral?

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

11. ¿Cuáles son los programas de gestión?

   a. Programa de Trabajo Seguro en Alturas.
   b. Programa de riesgo Biomecánico.
   c. Programa de Prevención y Control de Problemas Visuales
   d. Programa de Gestión Ambiental
   X Todos los anteriores

12. Nombra 2 objetivos del COPASST

   a. Solicitar actividades para la prevención de posibles accidentes
   b. Participar en todas las actividades de SST

13. ¿Un accidente de trabajo es?

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

14. ¿Cuáles son las políticas de la empresa?

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

15. ¿Cuáles son sus funciones frente al sistema de seguridad, Salud en el Trabajo y Ambiente?

    a. Reportar actos y condiciones inseguras
    b. Participar en las elecciones del COPASST
    c. Reportar al jefe inmediato los incidentes con y sin lesión presentados.
    d. Usar y cuidar los EPP.
    X Todas las anteriores.

16. Cuando hablamos de las 3 R, en gestión ambiental nos referimos a:

    a. Responder, repetir y respetar
    b. Recuperar, recomponer y reactivar
    X Reducir, reutilizar y reciclar
    d. Ninguna de las anteriores.

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

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

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

    a. La responsabilidad la tiene el trabajador accidentado.
    X La responsabilidad es compartida y solidaria, es asumida directamente por el causante del accidente mortal, llámese gerente, jefe inmediato, compañero de trabajo o supervisor, quienes pueden ser privados de su libertad como consecuencia de un proceso penal por homicidio.
    c. La responsabilidad es del Inspector SST.
    d. La culpa no es de nadie

19. Conteste falso o verdadero según corresponda.

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

17/19

Firma del evaluado: Diego M.	**Firma del evaluador:** Daniela A.S.
Nombre: Diego Jesus Mejia Tovar	Nombre: Daniela Acosta S.
Cargo: Ayudante de obra	Cargo: Inspectora SST

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

FECHA DE INDUCCIÓN:	20/05/2025		
NOMBRE DEL TRABAJADOR:	Victor Alfonso Dominguez Quiñones		
CARGO	Pintor	**CEDULA**	1063769589

1. **Bienvenida.**

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

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

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

Victor Dominguez

FIRMA DEL EMPLEADO

EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN

1. Nombre dos valores corporativos:

•
•

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

Procesos estratégicos	o Gestión social o Licitaciones
Procesos misionales	o Publicidad y mercadeo o Gestión de Recursos Humanos
Procesos de apoyo	o Técnica o Compras o Gestión de calidad

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

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

a. Administrativos: lunes a Viernes de 8:00 AM A 5:00 PM Sabado de 8:00 AM A 1:PM
b. Operativos: de 8:00 AM A 5:00 PM

4. ¿Qué significa las siglas HSEQ?

a. Seguridad Física y Calidad
b. Hacer, Secuenciar, experimentar y quitar
c. Salud, Seguridad, ambiente y Calidad
d. a y b son correctas

5. ¿Qué es un peligro?
Es una Fuente o Situacion la cual puede causar un accidente

6. ¿Qué es un riesgo?
la accion donde se comete o se potencializa el Peligro

7. ¿Qué es una condición insegura?

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

8. ¿Qué es un acto inseguro?

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

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

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

10. ¿Qué es una enfermedad laboral?

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

11. ¿Cuáles son los programas de gestión?

    a. Programa de Trabajo Seguro en Alturas.
    b. Programa de riesgo Biomecánico.
    c. Programa de Prevención y Control de Problemas Visuales
    d. Programa de Gestión Ambiental
    e. Todos los anteriores

12. Nombra 2 objetivos del COPASST

    a.
    b.

13. ¿Un accidente de trabajo es?

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

14. ¿Cuáles son las políticas de la empresa?

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

15. ¿Cuáles son sus funciones frente al sistema de seguridad, Salud en el Trabajo y Ambiente?

a. Reportar actos y condiciones inseguras
b. Participar en las elecciones del COPASST
c. Reportar al jefe inmediato los incidentes con y sin lesión presentados.
d. Usar y cuidar los EPP.
e. Todas las anteriores.

16. Cuando hablamos de las 3 R, en gestión ambiental nos referimos a:

a. Responder, repetir y respetar
b. Recuperar, recomponer y reactivar
c. Reducir, reutilizar y reciclar
d. Ninguna de las anteriores.

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

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

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

a. La responsabilidad la tiene el trabajador accidentado.
b. La responsabilidad es compartida y solidaria, es asumida directamente por el causante del accidente mortal, llámese gerente, jefe inmediato, compañero de trabajo o supervisor, quienes pueden ser privados de su libertad como consecuencia de un proceso penal por homicidio.
c. La responsabilidad es del Inspector SST.
d. La culpa no es de nadie

19. Conteste falso o verdadero según corresponda.

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

17
19

Firma del evaluado:	Firma del evaluador:
Nombre: Victor Alfonso Domínguez V	Nombre: Daniela Arteaga J.
Cargo: pintor	Cargo: Inspectora SST

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

FECHA DE INDUCCIÓN:	19 / Mayo / 2025		
NOMBRE DEL TRABAJADOR:	Oscar Daniel Franco		
CARGO	Oficial Electricista	**CEDULA**	1.012.391.497

1. Bienvenida.

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

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

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

Oscar Daniel Franco A.

FIRMA DEL EMPLEADO

EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN

1. Nombre dos valores corporativos:

•
•

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

Procesos estratégicos	o Gestión social o Licitaciones
Procesos misionales	o Publicidad y mercadeo o Gestión de Recursos Humanos
Procesos de apoyo	o Técnica o Compras o Gestión de calidad

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

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

a. Administrativos:
X Operativos: Lunes a Viernes 7:00 Am a 5:00 Pm y Sabados de 7:00Am a 11:45 ✓

4. ¿Qué significa las siglas HSEQ?

a. Seguridad Física y Calidad
b. Hacer, Secuenciar, experimentar y quitar
X Salud, Seguridad, ambiente y Calidad
d. a y b son correctas

5. ¿Qué es un peligro?

- Es una fuente o situación que se encuentra presente al realizar la actividad ✓

6. ¿Qué es un riesgo?

Es una probabilidad de que el peligro cause daño ✓

7. ¿Qué es una condición insegura?

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

8. ¿Qué es un acto inseguro?

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

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

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

10. ¿Qué es una enfermedad laboral?

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

11. ¿Cuáles son los programas de gestión?

   a. Programa de Trabajo Seguro en Alturas.
   b. Programa de riesgo Biomecánico.
   c. Programa de Prevención y Control de Problemas Visuales
   d. Programa de Gestión Ambiental
   X e. Todos los anteriores

12. Nombra 2 objetivos del COPASST

   a. Promueven actividades en seguridad y Salud en el trabajo
   b. Participan en la investigación de accidentes, inspecciones y actividades SST

13. ¿Un accidente de trabajo es?

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

14. ¿Cuáles son las políticas de la empresa?

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

15. ¿Cuáles son sus funciones frente al sistema de seguridad, Salud en el Trabajo y Ambiente?

    a. Reportar actos y condiciones inseguras
    b. Participar en las elecciones del COPASST
    c. Reportar al jefe inmediato los incidentes con y sin lesión presentados.
    d. Usar y cuidar los EPP.
    X. Todas las anteriores.

16. Cuando hablamos de las 3 R, en gestión ambiental nos referimos a:

    a. Responder, repetir y respetar
    b. Recuperar, recomponer y reactivar
    X. Reducir, reutilizar y reciclar
    d. Ninguna de las anteriores.

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

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

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

    a. La responsabilidad la tiene el trabajador accidentado.
    X. La responsabilidad es compartida y solidaria, es asumida directamente por el causante del accidente mortal, llámese gerente, jefe inmediato, compañero de trabajo o supervisor, quienes pueden ser privados de su libertad como consecuencia de un proceso penal por homicidio.
    c. La responsabilidad es del Inspector SST.
    d. La culpa no es de nadie

19. Conteste falso o verdadero según corresponda.

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

17/19

Firma del evaluado:	**Firma del evaluador:**
Oscar Daniel Arano A.	Daniela M.S
Nombre: Oscar Daniel Arano A.	Nombre: Daniela Arredo.
Cargo: Oficial Electricista.	Cargo: Inspector SST

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

FECHA DE INDUCCIÓN:	16-05-2025		
NOMBRE DEL TRABAJADOR:	Jose Armando Sarmiento Ruiz		
CARGO	oficial	**CEDULA**	80856802.

1. Bienvenida.

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

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

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

Jorge H. Sarmiento.

FIRMA DEL EMPLEADO

EBISU

CONSTRUIMOS EQUIDAD, BIENESTAR Y SUEÑOS

NIT 807.008.957-7

REGISTRO DE ATS PREOPERACIONALES PERMISOS SST - EBISU SAS

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

FECHA	DIA	19	MES	05	AÑO	2023	PERMISO DE TRABAJO Nº: #1
LUGAR DE OPERACIÓN:	Colegio Bota						
EQUIPOS UTILIZADOS EN LA OPERACIÓN:	pulidora, Taladro, Tronzadora, sierra, valdes, pala, barra, herramienta de mano						
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR:	Instalaciones electricas e hidrosanitarias, Remates de obra, fundida de zonas						
EQUIPO QUE ELABORA EL ATS:	Coordinador SST, Inspector SST						

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

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

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

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

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

FIRMA REPRESENTANTES EQUIPO DE TRABAJO:

EQUIPAMIENTO Y RECOMENDQCIONES DE SEGURIDAD PARA REALIZAR ESTE TRABAJO

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

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

No	NOMBRES COMPLETOS	CEDULA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL TRABAJADOR
1	FAUSTO SANCHEZ.	5122996	
2	Irina Altamiranda.	50989201	Irina A.
3	Yeysy pinzón	1005527766	
4	Yuri Alba Rincón Jorada	52477948	Yuri Alba Rinco.
5	Yasibit Garcia	4875794	
6	LUIS ARAGUA	1032583039	LUIS ARAGUA
7	Juan Carlos Aragon	1033694813	Juan Carlos Aragon
8	Alexander Lopez	1056325[illegible]	
9	Heman Pamplona	70466659	Heman PC.
10	SEBASTIAN ESCOBAR ZAPATA	1077756763	SEBASTIAN ESCOBAR

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

11.	Jose D Bervio	1003045086	
12.	Hernan Yanquatin	87572106	
13.	Gredy Abad	92551355	
14.	DANNY ALVAREZ	1049624973	
15.	Jhonatan Garcia Bucluns	1143773583	
16.	Mauricio Contreras L	79.875.779	
17.	Elezer Osorio	1063764092	
18.	Andres felipe R	1216976666	
19.	EDILBERTO DAZA DO.T.	80362362	
20.	David Santiago Torres	1001204491	
21.	ARISMENDI TORRES	79829546	
22.	RAY A ROJAS LOPEZ	1003656243	

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

23	Esnaider Andres M.	1068418454	
24	Leonardo David Murillo	1068417309	Leonardo M.
25	Luis Mendoza	1097775	
26	Pablo Alvarez Guerrero	1022352554.	
27	IVERSON CASERO	1001605161	
28	Jose HERRERA	1001297434	Jose H
29	Marvin Olaya	87940129	
30	Honvel Diaz Guerron	1030587680	Honvel Diaz
31	Oscar Daniel Franco	1.012.371.497	Oscar Daniel Franco
32	Kevin Diaz R	1010840357	

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

33	Javier Rocha Arias	1070233715	
34	Cristian Alberto Castañeda A	1.118.199.753	
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

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

CENTRO DE TRABAJO: Colegio Bosta

MARCA EQUIPO: Bosch

SEMANA: 19 al 24/05/2025

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

ACTIVIDAD: Anclajes hidrosanitarios

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

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
David Santiago Torres	1030128461	Santiago Torres
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angie Parra M		

SEMANA DEL: 19 AL 29 DE 05 DE 2025

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☒ ☐

Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST:

NOMBRE/APELLIDOS

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

CENTRO DE TRABAJO: Colegio Bosque
MARCA EQUIPO: BOSCH
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre 4 y B
SEMANA: 19 al 24 / 05 / 2025
ACTIVIDAD: Pernos en obra

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

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Esnaider Andres M.	1068418454	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST
Jorge Lima		

SEMANA DEL: 19 AL 24 DE 05 DE 2025

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐

Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST:

NOMBRE/APELLIDOS

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

CENTRO DE TRABAJO: Colegio Bata

MARCA EQUIPO: BOSCH

SEMANA: 19 a 24 / 05 / 2025

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

ACTIVIDAD: Arcajes electros

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

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Marvin Olaya	87946129	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST
Andre Rond		

SEMANA DEL: 19 AL 24 DE 05 DE 2025

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☒ ☐

Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST:

NOMBRE/APELLIDOS

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

CENTRO DE TRABAJO: Colegio Rodeo

MARCA EQUIPO: BOSCH

SEMANA: 19 al 24/05/2025

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

ACTIVIDAD: Anclajes Electricos

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

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Javier Rocha Arias	7070233745	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Arcie Jord M		

SEMANA DEL: 19 AL 24 DE 05 DE 2025

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☒ ☐

Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST:

NOMBRE/APELLIDOS

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

CENTRO DE TRABAJO: Colegio Boito

MARCA EQUIPO: BOSCH

SEMANA: 19 a 24 /05/2025

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD:

ACTIVIDAD: Anclajes electricos

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

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Kevin S. Diaz Reyes	1010840357	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angie Parra		

SEMANA DEL: 19 A 24 DE 05 DE 2025

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☒ ☐

Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST:

NOMBRE/APELLIDOS

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

CENTRO DE TRABAJO: Colegio Bolivia

MARCA EQUIPO: BOSCH

SEMANA: 19 al 24 / 05 / 2025

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Taller AyB

ACTIVIDAD: Anclajes Electricos

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

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Gilberto Ismado T.	80362362	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angie Parra M		

SEMANA DEL: 19 AL 24 DE 05 DE 2025

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☒ ☐

Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST:

NOMBRE/APELLIDOS

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

CENTRO DE TRABAJO: Colegio Bolta

MARCA EQUIPO: BOSCH

SEMANA: 19 al 24/05/2025

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

ACTIVIDAD: Anclajes electricos

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

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Victor LeBASTiAN ESCOBAR ZAPATA	1017938963	LeBASTiAN ESCOBAR Z
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angel Dario M		

SEMANA DEL: 19 AL 25 DE 05 DE 2025

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐ ☐

Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST:

NOMBRE/APELLIDOS

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

CENTRO DE TRABAJO: Colegio Bosch

MARCA EQUIPO: BOSCH

SEMANA: 19 al 24/05/2025

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

ACTIVIDAD: Remates de obra.

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

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Daniel Acosta	1049629993	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Arejo Luna M		

SEMANA DEL: 19 AL 24 DE 05 DE 2025

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐

Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST:

NOMBRE/APELLIDOS

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

CENTRO DE TRABAJO: Colegio Borja

MARCA EQUIPO: Bosch

SEMANA: 19-05-2025

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

ACTIVIDAD: Remates en obra

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

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Greis Alean	9255735	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angie Jaimes		

SEMANA DEL: 11 AL 24 DE 05 DE 2025

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☒ ☐

Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST:

NOMBRE/APELLIDOS

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

CENTRO DE TRABAJO: Colegio Bolivia

MARCA EQUIPO: Makita

SEMANA: 19 y 24 /05/2025

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

ACTIVIDAD: Anclajes electricos

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

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Juan Pablo Angel S	1033694813	Juan Pablo Angel S
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST
Angie Torro		

SEMANA DEL: 19 AL 24 DE 05 DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☒ ☐

Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST:

NOMBRE/APELLIDOS

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

CENTRO DE TRABAJO: Colegio Boita

MARCA EQUIPO: Makita

SEMANA: 19 al 24 /05/2025

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre A-4 B

ACTIVIDAD: Reparaciones en obra

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

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Jhonatan Garcia Be	1143773583	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angel Parra		

SEMANA DEL: 19 AL 24 DE 05 DE 2025

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☒ ☐

Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST:

NOMBRE/APELLIDOS

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

CENTRO DE TRABAJO: Colegio Bosa

MARCA EQUIPO: BOSCH - Makita

SEMANA: 19 al 24 / 05 / 2025

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

ACTIVIDAD: Anclajes electricos

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

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Andres Felipe	1216976666	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angie Lamo		

SEMANA DEL: 19 AL 24 DE 05 DE 2025

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: SI ☐ NO ☐

Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST:

NOMBRE/APELLIDOS

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

CENTRO DE TRABAJO: Colegio Boita

MARCA EQUIPO: Bosch

SEMANA: 19 al 24 /05/2025

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

ACTIVIDAD: Anclajes electricos

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

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Eliezer Osorio	1063764092	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Andrés Jaimes M		

SEMANA DEL: 19 AL 24 DE 05 DE 2025

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☒

Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST:

NOMBRE/APELLIDOS

EBISU	PREOPERACIONAL PULIDORA	CODIGO: FST.IN-07 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

Proyecto: Colegio Boita	Ubicación: Torre A y B	Equipo No.

SEMANA DEL: 19 AL 24 DE 05 DE 2025

ITEM	LUN. B	LUN. M	MAR. B	MAR. M	MIER. B	MIER. M	JUEV. B	JUEV. M	VIER. B	VIER. M	SAB. B	SAB. M	DOM. B	DOM. M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Fabian Felipe R	1216776665	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Daniela Arteda J		Daniela A J.

SEMANA DEL: 19 AL 24 DE 05 DE 2025

*** PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR**

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

Nombre del INSPECTOR SST: Daniela A J.

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU	PREOPERACIONAL PULIDORA	CODIGO: FST.IN-07 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

Proyecto: Edificio Boita	Ubicación: Torre A y B	Equipo No.

SEMANA DEL: 19 AL 24 DE 05 DE 2025

ITEM	LUN. B	LUN. M	MAR. B	MAR. M	MIER. B	MIER. M	JUEV. B	JUEV. M	VIER. B	VIER. M	SAB. B	SAB. M	DOM. B	DOM. M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Jhonatan Garcia B.	1143373583	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Daniela Acosta J		Daniela A. J.

SEMANA DEL: 19 AL 24 DE 05 DE 2025

*** PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR**

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

Nombre del INSPECTOR SST: Daniela A J.

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU	PREOPERACIONAL PULIDORA	CODIGO: FST.IN-07 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

Proyecto: Colegio Bella | Ubicación: Torre A y B | Equipo No.

SEMANA DEL: 19 AL 24 DE 05 DE 2025

ITEM	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conesiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA	Juan Pablo		Juan Pa		Juan Pa		Juan P		Juan P		Juan P			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Juan Pablo Amado S	1033694817	Juan Pablo Amado S
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Daniela Arteda J		Daniela Arteda J.

SEMANA DEL: 19 AL 24 DE 05 DE 2025

*** PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR**

Fuera de servicio: si ☐ no ☒

Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: Daniela A S.

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU

PREOPERACIONAL PULIDORA

CODIGO: FST.IN-07
VERSION: 01
FECHA: 15/12/2021

Proyecto: Colegio Roita | Ubicación: Torre A y B | Equipo No.

SEMANA DEL: 19 AL 24 DE 05 DE 2025

ITEM*	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
Pulidora No	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
MODELO:									MARCA:					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Jose D. Berrio	1003045086	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Daniela Acosta J		Daniela A-J.

SEMANA DEL: 19 AL 24 DE 05 DE 2025

*** PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR**

Fuera de servicio: si ☐ **no** ☒

Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST: Daniela A J.

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU	PREOPERACIONAL PULIDORA	CODIGO: FST.IN-07 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

Proyecto: Colegio Berta	Ubicación: Torre A y B	Equipo No.

SEMANA DEL: 19 AL 24 DE 05 DE 2025

	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Dinis Mendoza	1097775	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Daniela Arredas		Daniela A J.

SEMANA DEL: 19 AL 24 DE 05 DE 2025

*** PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR**

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

Nombre del INSPECTOR SST: Daniela A J.

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU	PREOPERACIONAL PULIDORA	CODIGO: FST.IN-07 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

Proyecto: Colegio Bolita	Ubicación: Torre A y B	Equipo No.

SEMANA DEL: 19 AL 24 DE 05 DE 2025

IT	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
Pulidora No	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
MODELO:							MARCA:							
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA	Santiago Torres		Santiago Torres		Santiago Torres		Santiago Torres		Santiago Torres		Santiago Torres			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
David Santiago Torres	1000128491	Santiago Torres
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Daniela Arredas		Daniela A S.

SEMANA DEL: 19 AL 24 DE 05 DE 2025

*** PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR**

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

Nombre del INSPECTOR SST: Daniela A S.

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU	PREOPERACIONAL PULIDORA	CODIGO: FST.IN-07 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

Proyecto: Colegio Costa	Ubicación: Torre A y B	Equipo No.

SEMANA DEL: 19 AL 24 DE 05 DE 2025

ITEM	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
EDILBERTO AYALA	80362362	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Daniela Acosta J		Daniela A J.

SEMANA DEL: 19 AL 24 DE 05 DE 2025

*** PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR**

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

Nombre del INSPECTOR SST: Daniela A S.

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU	PREOPERACIONAL PULIDORA	CODIGO: PST.IN-07 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

Proyecto: Colegio Boita	Ubicación: Torre A y B	Equipo No.

SEMANA DEL: 19 AL 24 DE 05 DE 2025

IT / P	LUN. B	LUN. M	MAR. B	MAR. M	MIER. B	MIER. M	JUEV. B	JUEV. M	VIER. B	VIER. M	SAB. B	SAB. M	DOM. B	DOM. M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Elieza Osorio	1063764092	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Daniela Moreda J.		Daniela M.

SEMANA DEL: 19 AL 24 DE 05 DE 2025

*** PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR**

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

Nombre del INSPECTOR SST: Daniela M. J.

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU	PREOPERACIONAL PULIDORA	CODIGO: PST.IN-07 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

Proyecto: Colegio Bonito	Ubicación: Tame Ayb	Equipo No. #2

SEMANA DEL: 19 AL 24 DE 05 DE 2025

ITEM	LUN. B	LUN. M	MAR. B	MAR. M	MIER. B	MIER. M	JUEV. B	JUEV. M	VIER. B	VIER. M	SAB. B	SAB. M	DOM. B	DOM. M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
Estado de clavija			✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido			✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata			✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte			✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado			✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion			✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad			✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco			✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo			✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor			✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA			✓		✓		✓		✓		✓			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Kevin S. Diaz Reyes	1010210357	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST
Angie Yanet M		

SEMANA DEL: 19 AL 24 DE 05 DE 2025

*** PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR**

Fuera de servicio: si ☐ no ☒

Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST:

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU	PREOPERACIONAL PULIDORA	CODIGO: FST.IN-07 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

Proyecto: Colegio Boito	Ubicación: Torre A y B	Equipo No. #1

SEMANA DEL: 19 AL 24 DE 05 DE 2025

ITEM	LUN. B	LUN. M	MAR. B	MAR. M	MIER. B	MIER. M	JUEV. B	JUEV. M	VIER. B	VIER. M	SAB. B	SAB. M	DOM. B	DOM. M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
Estado de clavija					✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido					✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata					✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte					✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado					✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion					✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad					✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco					✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo					✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor					✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Javier Rocha Arias	1070233745.	Javier Rocha.
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST Angie Parra M	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST

SEMANA DEL: 19 AL 24 DE 05 DE 2024

*** PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR**

Fuera de servicio: si ☐ **no** ☒

Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST:

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU	PREOPERACIONAL PULIDORA	CODIGO: FST.ITI-07 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

Proyecto: Colegio Bosta	Ubicación: TOME A4B	Equipo No. #3

SEMANA DEL: 19 AL 24 DE 05 DE 2024

ITEM	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
[illegible]	87946129	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angie Lora		

SEMANA DEL: 19 AL 24 DE 05 DE 2025

*** PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR**

Fuera de servicio: si ☐ **no** ☒

Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST:

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU	PREOPERACIONAL PULIDORA	CODIGO: FST.IN-07 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

Proyecto: Colegio Boita	Ubicación: Torre A Y B	Equipo No.

SEMANA DEL: 14 AL 19 DE 05 DE 2025

ITEM	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA	Esn		Esn		Esn		Esn		Esn		Esn			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Esnaider Andres M.	1068418454	Esn
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST
Daniela AJ.		Daniela AJ

SEMANA DEL: 19 AL 24 DE 05 DE 2025

*** PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR**

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

Nombre del INSPECTOR SST: Daniela A J.

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU	PREOPERACIONAL PULIDORA	CODIGO: FST.IN-07 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

Proyecto: Boita	Ubicación: Torre A7 B	Equipo No.

SEMANA DEL: 19 AL 24 DE 05 DE 2025

ITEM	LUN. B	LUN. M	MAR. B	MAR. M	MIER. B	MIER. M	JUEV. B	JUEV. M	VIER. B	VIER. M	SAB. B	SAB. M	DOM. B	DOM. M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA	Leonardo		Leonardo		Leonardo		Leonardo		Leon		Leonardo			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Leonardo Murillo	1068741307	Leonardo
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Daniela Acosta		Daniela AS.

SEMANA DEL: 19 AL 24 DE 05 DE 2025

*** PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR**

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

Nombre del INSPECTOR SST: Daniela AS

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU	PREOPERACIONAL PULIDORA	CODIGO: IST.IN-07 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

Proyecto: Colegio Boita	Ubicación: Torre A y B	Equipo No.

SEMANA DEL: 19 AL 24 DE 05 DE 2025

ITEM	LUN. B	LUN. M	MAR. B	MAR. M	MIER. B	MIER. M	JUEV. B	JUEV. M	VIER. B	VIER. M	SAB. B	SAB. M	DOM. B	DOM. M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		-		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		/			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA	Sebastián		Sebastián		Sebastián		Sebastián		Sebastián		Sebastián			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Victor Sebastian Escobar	1069258963	Sebastián Escobar Z
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Daniela Arroda J.		Daniela A. J.

SEMANA DEL: 19 AL 24 DE 05 DE 2025

*** PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR**

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

Nombre del INSPECTOR SST: Daniela A. J.

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU	PREOPERACIONAL PULIDORA	CODIGO: FST.IN-07 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

Proyecto: Colegio Boita	Ubicación: Torre A 4 5	Equipo No.

SEMANA DEL: 19 AL 24 DE 05 DE 2025

ITEM	LUN. B	LUN. M	MAR. B	MAR. M	MIER. B	MIER. M	JUEV. B	JUEV. M	VIER. B	VIER. M	SAB. B	SAB. M	DOM. B	DOM. M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
DANNY NUÑEZ	1049629973	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Daniela Moreda		Daniela M S

SEMANA DEL: 19 AL 24 DE 05 DE 2025

*** PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR**

Fuera de servicio: si ☐ **no** ☒

Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST:

Daniela M. S.

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU	PREOPERACIONAL PULIDORA	CODIGO: FST.IN-07 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

Proyecto: Colegio Bosta	Ubicación: Torre A 9F5	Equipo No.

SEMANA DEL: 19 AL 24 DE 05 DE 2025

ITEM	LUN. B	LUN. M	MAR. B	MAR. M	MIER. B	MIER. M	JUEV. B	JUEV. M	VIER. B	VIER. M	SAB. B	SAB. M	DOM. B	DOM. M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA	GO		GO		GO		GO		GO		GO			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Cristian Alcocer	92501355	GO
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Daniela Arredaj		Daniela AJ

SEMANA DEL: 19 AL 24 DE 05 DE 2025

*** PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR**

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

Nombre del INSPECTOR SST: Daniela AJ.

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU	PREOPERACIONAL PULIDORA	CODIGO: FST.IN-07 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

Proyecto: Colegio Caita	Ubicación: Torre A y B	Equipo No.

SEMANA DEL: 19 AL 24 DE 05 DE 2025

ITEM	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
Estado de clavija	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Interruptor del encendido	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Estado copa grata	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Estado disco de corte	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Conexiones electricas en buen estado	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Mango y manija de sujeccion	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Guarda de seguridad	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Estado general del equipo	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Uso del extintor	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Alexander Leyva	1356328[illegible]	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Daniela Arteda		Daniela A.S.

SEMANA DEL: 19 AL 24 DE 05 DE 2025

*** PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR**

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

Nombre del INSPECTOR SST: Daniela A.S.

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU	PREOPERACIONAL PULIDORA	CODIGO: PST.IN-07 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

Proyecto: Colegio Boita	Ubicación: Torre A-3	Equipo No.

SEMANA DEL: 19 AL 24 DE 05 DE 2025

ITEM	LUN. B	LUN. M	MAR. B	MAR. M	MIER. B	MIER. M	JUEV. B	JUEV. M	VIER. B	VIER. M	SAB. B	SAB. M	DOM. B	DOM. M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA	luis.A		luis.A		luis.A		luis.A		luis.A		luis.A			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
luis Araque	1052513039	luis Araque
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST
Daniela Acosta J.		Daniela A.J.

SEMANA DEL: 19 AL 24 DE 05 DE 2025

*** PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR**

Fuera de servicio: si ☐ **no** ☒

Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST: Daniela A J.

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

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

INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Instalaciones de lumpuros en torre B y A

Lugar: Colegio Boita Torre A y B

Duración estimada: 19 al 24/05/2025 Número de personas en el trabajo: 1 persona

Altura aproximada: 6 mts Aprox

INFORMACION DEL EJECTUTOR (ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	ARL	EPS	CONSTACIA CAPACITACION			FIRMA TRABAJADOR
		SI	SI	SI	NO	VIGENCIA	
1	Eliezer Osorio	✓	✓	✓			
2							
3							
4							
5							

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

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

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

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

El area de trabajo necesita o se ha verifi

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

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

El personal requiere:

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

ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS

	NECESIDAD		Revisión 1		Revisión 2	
	SI	NO	B	M	B	M
L[illegible]a de vida (Verificar puntos de an[illegible]	/		/	/	/	/
A[illegible]s de seguridad	/		/	/	/	/

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

ANDAMIOS

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

Carga Máxima: 5000lb

Altura máxima: 6mts

Otras precauciones. Cuales? N/A

Construcción del Andamio

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

Elaborado Por: Eliecer Osorio

Modificaciones autorizadas por : //

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DÍA)	HORA	DESDE (DÍA)	HORA
19-05-21	7:00 AM	24-05-21	12:00 PM

DESDE (DÍA)	HORA	DESDE (DÍA)	HORA

EQUIPOS A UTILIZAR

SUSTANCIAS QUIMICAS A UTILIZAR

RECURSOS A UTILIZAR

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

REVISION CONDICIONES DEL AREA AL TERMINAR EL TRABAJO.

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

Observaciones

FIRMAS

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

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

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

INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Remates de obra

Lugar: Colegio Bolta - Tome Ayn

Duración estimada: 19 al 24/05/2025 Número de personas en el trabajo: 2 personas

Altura aproximada: 20 mts aprox

INFORMACION DEL EJECUTOR (ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	ARL	EPS	CONSTACIA CAPACITACION			FIRMA TRABAJADOR
		SI	SI	SI	NO	VIGENCIA	
1	Jose D Bario	✓	✓	✓			
2	Alvaro Reyes Lopez	✓	✓	✓			
3	Hernan Yanquatin						
5							

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

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

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

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

El area de trabajo necesita o se ha verifi

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

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

El personal requiere:

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

ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS

	NECESIDAD		Revisión 1		Revisión 2	
	SI	NO	B	M	B	M
Li[illegible] de vida (Verificar puntos de an						
Ar[illegible]s de seguridad						

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

Este documento impreso se considera copia no controlada

ANDAMIOS

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

Carga Máxima:

Altura máxima:

Otras precauciones. Cuales?

Construcción del Andamio

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

Elaborado Por:

Modificaciones autorizadas por :

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DÍA)	HORA	DESDE (DÍA)	HORA
19-05-25	7:00am	24-05-25	12:00pm

DESDE (DÍA)	HORA	DESDE (DÍA)	HORA

EQUIPOS A UTILIZAR

» Herramienta de moro » pala
» Valdes » paluetre » barra

SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

RECURSOS A UTILIZAR

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

REVISION CONDICIONES DEL AREA AL TERMINAR EL TRABAJO.

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

Observaciones

FIRMAS

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

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

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

OBRA:	Colegio Bogotá	FECHA DE INSPECCIÓN:	19/05/2025
ACTIVIDAD:	izaje y descenso de materiales y equipos		
UBICACIÓN:	Torre A.		

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

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

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

ACCIONES CORRECTIVAS A TOMAR (SI APLICA)

FIRMAS TRABAJADORES

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

NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	FIRMA
Jose Herrera	1001297134	Plumero	Jose Herrera
Jose Berrio	1003015086	Oficial	Jose Berrio

FIRMA DEL SUPERVISOR SST

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

NOMBRE COMPLETO: Angel Lenin Martinez

CÉDULA: 1030700290

FIRMA:

RECOMENDACIONES:

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

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

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

INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Izaje y descenso de materiales y equipos

Lugar: Colegio Bosta - Torre A.

Duración estimada: 19 al 24/05/25. Número de personas en el trabajo: 2 personas

Altura aproximada: 25 mts Aprox

INFORMACION DEL EJECTUTOR (ES) DEL TRABAJO

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

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

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

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

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

El area de trabajo necesita o se ha verifi

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

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

El personal requiere:

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

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS

	NECESIDAD SI	NECESIDAD NO	Revisión 1 B	Revisión 1 M	Revisión 2 B	Revisión 2 M
Línea de vida (Verificar puntos de an[illegible]	✓		✓	✓	✓	✓
A[illegible] de seguridad			✓	✓	✓	✓

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

Este documento impreso se considera copia no controlada

ANDAMIOS

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

Carga Máxima: 5000 lb

Altura máxima: 25 mts Aprox

Otras precauciones. Cuales? _____

Construcción del Andamio

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

Elaborado Por: Jose Hemerel

Modificaciones autorizadas por : _____

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DÍA)	HORA	DESDE (DÍA)	HORA
19-05-25	2:00 pm	24-05-25	12:00 pm

DESDE (DÍA)	HORA	DESDE (DÍA)	HORA

EQUIPOS A UTILIZAR

- pluma grua.

SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

RECURSOS A UTILIZAR

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

REVISION CONDICIONES DEL AREA AL TERMINAR EL TRABAJO.

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

Observaciones

FIRMAS

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

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

AC-TDA-10-SG03-01

Estado de Revisión: 0

EBISU	PERMISO DE TRABAJO PARA IZAJE DE CARGA	Codigo: FST.PM-02
		Versión:01
		Fecha: 15/03/2022

VALIDO PARA EL PERIODO, LUGAR, EQUIPO Y TRABAJO INDICADO

Fecha: 19-05-2025 | Valido desde 19-05-25 | Hasta 24-05-25

Sector/ Área de trabajo: Colegio Boita

Responsable del área: Pablo Alvarez

Equipo especifico objeto del trabajo: pluma grua.

Descripción del trabajo a ejecutar (Defina estrategias para realizar las labores): Izaje y descenso de materiales y equipos.

ITEM	LISTA DE VERIFICACIÓN SUPERVISOR RESPONSABLE DEL ÁREA	SI	NO	N/A
1	El personal se encuentra afiliado a seguridad social	✓		
2	Se ha delimitado y aislado el área de trabajo	✓		
3	Se verificó que solo intervenga en la maniobra personal entrenado y autorizado para su ejecución	✓		
4	Se encuentran identificados los riesgos propios de la labor a realizar	✓		
5	Permiten los equipos y/o maquinaria disponible realizar la labor con facilidad	✓		
6	Se conocen las especificaciones técnicas del equipo / material a movilizar	✓		
7	Se tienen en cuenta las dimensiones (alto, ancho, largo, peso, volumen) del material a movilizar	✓		
8	Se verificó que las condiciones del suelo permitan una maniobra segura de los equipos y vehículos	✓		
9	Se verificó el estado de la maquinaria o equipo disponible para realizar la labor (preoperacional)	✓		
10	El personal ha sido capacitado en relación con las actividades a desarrollar	✓		
11	El personal ha sido instruido en relación a los riesgos que pueden presentarse durante el trabajo	✓		
12	El personal cuenta con todos sus elementos de protección personal adecuados a la labor	✓		
13	Permite los factores externos (dirección del viento, condiciones atmosféricas, etc.) realizar los trabajos con seguridad	✓		
14	Los equipos y maquinarias se encuentran ubicados en un lugar seguro	✓		
15	Se verificó que no hay cables, cuerdas, basura, etc., en las áreas adyacentes que puedan causar una conflagración	✓		
16	Se tiene claro un plan en caso de emergencia (vías de evacuación, ubicación de extintores, etc.)	✓		
17	En caso de maniobras con productos químicos se tienen las hojas de seguridad disponibles	✓		
18	Requiere permiso adicional: TRABAJO EN ALTURA	✓		

Se requiere de los siguiente equipos de protección personal para la ejecución de los trabajos

Casco	✓	Gafas	✓	Tapones auditivos		escaleras	
Careta	✓	Protección respiratoria		arnés de seguridad	✓	Andamios	
Guantes	✓	pechera		equipo aire asistido		línea de vida	✓
Mangas	✓	Botas seguridad	✓	Otro:			

PERSONAL AUTORIZADO PARA EJECUTAR LAS ACTIVIDADES

Nombre	Firma	Nombre	Firma
Jose Herrera	Jose Herrera		
Jose Beric	Jose Beric		

Conocemos los riesgos inherentes a las actividades a desarrollar y nos comprometemos a ejecutar el trabajo, siguiendo las normas y recomendaciones establecidas

RESPONSABLES DE AUTORIZAR LOS TRABAJOS

Responsables	Nombre	Cargo	Firma
SPV responsable del área			
SPV respons. Del trabajo			
SPV Residente SST	Angie Lima	Insp SST	

Observaciones

CIERRE DEL PERMISO

Fecha: 24-05-2025 | Hora: 12:00 pm | Responsable del área

Resp trabajo | Firma | Firma

EBISU	PLUMA ELECTRICA	CODIGO: FST.IN-11
	INSPECCION Y PREOPERACIONAL	VERSION: 01
	SG-SST	FECHA: 15/12/2021

Semana del:	19-05-2025 al 24-05-2025
Modelo:	N/A
Marca:	SIEMENS
Centro de trabajo:	Colegio Boita

DESCRIPCION	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
FECHA	19-05-25		20-05-25		21-05-25		22-05-25		23-05-25		24-05-25			
Estructura metalica pluma.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Anclajes de bases de pluma.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Instalaciones y conexiones electricas.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptores electricos.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Bo[illegible]e encendido y apagado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Brazo metalico.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Palanca de freno	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Tambor o Winche.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guaya.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Gancho con seguro	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Grilletes de valde en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Valde y fondo del Valde.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Orden y aseo.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Aislamiento zona interior de trabajo.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Señalizacion de zona y descargue de material	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso de EPP, Casco, Barbuquejo, Monogafas, Tapaoidos, , Botas.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Elementos de proteccion contra caidas.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Firm[illegible]ermiso de alturas?	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
SE PUEDE USAR	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
FIRMA VERIFICACION OPERARIO	Jose		Jose		Jose		Jose		Jose		Jose			
FIRMA VERIFICACION INSPECTOR	[signature]		[signature]		[signature]		[signature]		[signature]		[signature]			

OBSERVACIONES

Lunes:

Martes:

Miercoles:

Jueves:

Viernes:

Sabado:

Domingo:

Responsable Accion Corretiva **Fecha de Ejecucion** **Firma**

Cargo

Fecha Ultimo Mantenimiento Correctivo

Fecha Ultimo Mantenimiento Preventivo

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

FECHA	DIA	26	MES	05	AÑO	2025	PERMISO DE TRABAJO Nº:
LUGAR DE OPERACIÓN:	Colegio Boita						
EQUIPOS UTILIZADOS EN LA OPERACIÓN:	Pilidora, taladro, tronzadora, sierra, Valdes, pala, barra, herramienta menor						
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR:	Instalaciones electricas e hidrosanitarias, Remates de obra, Fundida de zocalos						
EQUIPO QUE ELABORA EL ATS:	Coordinador SST, Inspector SST						

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

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

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

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

FIRMA REPRESENTANTES EQUIPO DE TRABAJO:

Daniela A-J.

EQUIPAMIENTO Y RECOMENDQCIONES DE SEGURIDAD PARA REALIZAR ESTE TRABAJO

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

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

No	NOMBRES COMPLETOS	CEDULA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL TRABAJADOR
1	FAUSTO SANCHEZ.	5122996	
2	Irina Altamiranda	50989201	Irina A.
3	Leysy Johanna Ruzon P.	1005327766.	
4	LUIS NAVAQUE	1032513039	LUIS NAVAQUE
5	Luz Alba Rincon Lorat	52427948	
6	DANNY ALVAREZ	1049629973	
7	Hernan Zangretin	87872606	
8	Alexander Lopez	1557632411	
9	ARMANDO TORRES	79829546	
10	Gralin Alcuo	92551358	

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

11	David Santiago Torres	1000128491	Santiago Torres
12	Jose D. Berrio	1003045086	
13	Eliezer Osorio	1063164097	
14	Yaselort Garcia	4875794	
15	Yulvanis Guerra	1003063479	Yulvanis -
16	SEBASTIAN ESCOBAR ZAYATE	1069758963	SEBASTIAN ESCOBAR Z
17	Wilson stiward Arroyo Cordoba	7026584054	Wilson Stiward
18	JAIR DE JESUS LOPEZ	1003656243	
19		8036236	
20	Andres Felipe R	1216936166	
21	Oriol Daniel Franco.	1.012.371.497	Oriol Daniel Franco
22	Kevin Dat Reyes	1010840357	

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

23	Manuel Diaz Guzman	1030597680	Manuel Diaz
24	Yeisson Marin	1.032424877	Yeisson
25	Rodrigo Contreras D	79.875.719	
26	Rafael G. Ramos R.	1127394477	
27	Dino Mendoza	1097775	
28	Marvin Olaya	87 946 129	
29	Jose Herrera	1001297434	Jose Herrera
30	Nelson Chacon	1004635174	Nelson Chacon
31	Juan Murillo	1067862927	
32	Esnaider Murillo	1068418454	

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

33	Pablo Alvarez Guerrero.	1022352554	
34	Johnatan Garcia Bueno	1143735583	
35	Hernan Pamplona	70466659	Hernan PC.
36	CRISTIAN CAMILO SIERRA	1030688347	
37	Javier Rocha.	1070233745	JavieR.
38			
39			
40			
41			
42			

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

OBRA:	Colegio Boita	FECHA DE INSPECCIÓN:	26-05-2025
ACTIVIDAD:	Izaje y descargue de materiales y equipos		
UBICACIÓN:	Torre A		

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

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

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

ACCIONES CORRECTIVAS A TOMAR (SI APLICA)

FIRMAS TRABAJADORES

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

NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	FIRMA
JOSE HERRERA	CC1129434	PLUMERO	Jose Herrera

FIRMA DEL SUPERVISOR SST

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

NOMBRE COMPLETO: Daniela Arteda J

CÉDULA: 1019133000

FIRMA: Daniela A J.

RECOMENDACIONES:

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

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

EBISU

PERMISO DE TRABAJOS EN CALIENTE

Codigo: FST.PM-01
Versión:01
Fecha: 15/03/2022

EBISU

PLUMA ELECTRICA	CODIGO: FST.IN-11
INSPECCION Y PREOPERACIONAL	VERSION: 01
SG-SST	FECHA: 15/12/2021

Semana del: 19-05-2025 al 31-05-2025

Modelo: N/A

Marca: SIEMENS

Centro de trabajo: Colegio Roita

DESCRIPCION	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
FECHA	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
	26-05-25		27-05-25		28-05-2025		29-05-25		30-05-25		31-05-2025			
Estructura metalica pluma.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Anclajes de bases de pluma.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Instalaciones y conexiones electricas.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptores electricos.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Bc[illegible]e encendido y apagado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Brazo metalico.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Palanca de freno	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Tambor o Winche.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guaya.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Gancho con seguro	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Grilletes de valde en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Valde y fondo del Valde.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Orden y aseo.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Aislamiento zona interior de trabajo.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Señalizacion de zona y descargue de material	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso de EPP, Casco, Barbuquejo, Monogafas, Tapaoidos, Botas.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Elementos de proteccion contra caidas.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Firma permiso de alturas?	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
SE PUEDE USAR	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
FIRMA VERIFICACION OPERARIO	Jose		Jose		Jose		Jose		Jose		Jose			
FIRMA VERIFICACION INSPECTOR	[signature]		[signature]		[signature]		[signature]		[signature]		[signature]			

OBSERVACIONES

Lunes:

Martes:

Miercoles:

Jueves:

Viernes:

Sabado:

Domingo:

Responsable Accion Corretiva	Fecha de Ejecucion	Firma
Cargo		

Fecha Ultimo Mantenimiento Correctivo

Fecha Ultimo Mantenimiento Preventivo

EBISU	PERMISO DE TRABAJOS EN CALIENTE	Codigo: FST.PM-01 Versión:01 Fecha: 15/03/2022

C-TDA-10-SG03-01

Estado de Revisión: 0

EBISU	PERMISO DE TRABAJO PARA IZAJE DE CARGA	Codigo: FST.PM-02 Versión:01 Fecha: 15/03/2022

VALIDO PARA EL PERIODO, LUGAR, EQUIPO Y TRABAJO INDICADO

Fecha: 26-05-2025 | Valido desde 26-05-25 | Hasta 26-05-2025

Sector/ Área de trabajo: Colegio Boita

Responsable del área: Pablo Alvarez

Equipo especifico objeto del trabajo: Pluma grua

Descripción del trabajo a ejecutar (Defina estrategias para realizar las labores): izaje y descenso de materiales y equipos

ITEM	LISTA DE VERIFICACIÓN SUPERVISOR RESPONSABLE DEL ÁREA	SI	NO	N/A
1	El personal se encuentra afiliado a seguridad social			
2	Se ha delimitado y aislado el área de trabajo	✓		
3	Se verificó que solo intervenga en la maniobra personal entrenado y autorizado para su ejecución	✓		
4	Se encuentran identificados los riesgos propios de la labor a realizar	✓		
5	Permiten los equipos y/o maquinaria disponible realizar la labor con facilidad	✓		
6	Se conocen las especificaciones técnicas del equipo / material a movilizar	✓		
7	Se tienen en cuenta las dimensiones (alto, ancho, largo, peso, volumen) del material a movilizar	✓		
8	Se verificó que las condiciones del suelo permitan una maniobra segura de los equipos y vehículos	✓		
9	Se verificó el estado de la maquinaria o equipo disponible para realizar la labor (preoperacional)	✓		
10	El personal ha sido capacitado en relación con las actividades a desarrollar	✓		
11	El personal ha sido instruido en relación a los riesgos que pueden presentarse durante el trabajo	✓		
12	El personal cuenta con todos sus elementos de protección personal adecuados a la labor	✓		
13	Permite los factores externos (dirección del viento, condiciones atmosféricas, etc.) realizar los trabajos con seguridad	✓		
14	Los equipos y maquinarias se encuentran ubicados en un lugar seguro	✓		
15	Se verificó que no hay cables, cuerdas, basura, etc., en las áreas adyacentes que puedan causar una conflagración	✓		
16	Se tiene claro un plan en caso de emergencia (vías de evacuación, ubicación de extintores, etc.)	✓		
17	En caso de maniobras con productos químicos se tienen las hojas de seguridad disponibles	✓		
18	Requiere permiso adicional: TRABAJO EN ALTURA	✓		

Se requiere de los siguiente equipos de protección personal para la ejecución de los trabajos

Casco	✓	Gafas	✓	Tapones auditivos		escaleras	
Careta		Protección respiratoria		arnés de seguridad	✓	Andamios	
Guantes	✓	pechera		equipo aire asistido		línea de vida	✓
Mangas	✓	Botas seguridad	✓	Otro:			

PERSONAL AUTORIZADO PARA EJECUTAR LAS ACTIVIDADES

Nombre	Firma	Nombre	Firma
Jose Herrera	Jose Herrera		

*Conocemos los **riesgos** inherentes a las actividades a desarrollar y nos comprometemos a ejecutar el trabajo, siguiendo las normas y recomendaciones establecidas*

RESPONSABLES DE AUTORIZAR LOS TRABAJOS

Responsables	Nombre	Cargo	Firma
SPV responsable del área			
SPV respons. Del trabajo			
SPV Residente SST	Daniela Acosta J.	Jose. SST	

Observaciones

CIERRE DEL PERMISO

Fecha: 26-5-2025 | Hora: 12:00pm | Responsable del área

Resp trabajo | Firma | Firma

EBISU	PERMISO DE TRABAJOS EN CALIENTE	Codigo: FST.PM-01 Versión:01 Fecha: 15/03/2022

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

INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Izaje y descenso de materiales y equipos

Lugar: Colegio santa - Torre A

Duración estimada: 26 al 31-03-2025 Número de personas en el trabajo: _____

Altura aproximada: 25 mts APROX

INFORMACION DEL EJECTUTOR (ES) DEL TRABAJO

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

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

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

EBISU	PERMISO DE TRABAJOS EN CALIENTE	Codigo: FST.PM-01 Versión:01 Fecha: 15/03/2022

INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

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

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

El area de trabajo necesita o se ha verifi

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

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

El personal requiere:

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

ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS

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

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

Este documento impreso se considera copia no controlada

ANDAMIOS

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

Carga Máxima: 500lb

Altura máxima: 15 METROS

Otras precauciones. Cuales? _____

Construcción del Andamio

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

Elaborado Por: Jose Herrera

Modificaciones autorizadas por: _____

Versión:01

Fecha: 15/03/2022

INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

1 - hora

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DÍA)	HORA	DESDE (DÍA)	HORA
26-05-25	7:00 pm	31-05-2025	12:00 pm

DESDE (DÍA)	HORA	DESDE (DÍA)	HORA

EQUIPOS A UTILIZAR

- Planta 220A

SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

RECURSOS A UTILIZAR

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

REVISION CONDICIONES DEL AREA AL TERMINAR EL TRABAJO.

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

Observaciones

FIRMAS

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

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

EBISU	PERMISO DE TRABAJOS EN CALIENTE	Codigo: FST.PM-01 Versión:01 Fecha: 15/03/2022

INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Encofrados de obra

Lugar: Colegio Bosita

Duración estimada: 26-al 31-05-2025 Número de personas en el trabajo: 4 personas

Altura aproximada: N/A

INFORMACION DEL EJECTUTOR (ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº CÉDULA	EPS		ARL		CONSTACIA CAPACITACION			FIRMA TRABAJADOR
			SI	No	SI	No	SI	NO	VIGENCIA	
1	LUIS ASAQUE	1032512039	✓		✓		✓			LUIS ASAQUE
2	Grecly Mejia	92551359	✓		✓		✓			
3	Santiago Tejada	1000128491	✓		✓		✓			Santiago Tejada
4	NELSON CASEIO	1004606164	✓		✓		✓			
5										
6										
7										
8										
9										
10										

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Obeservaciones
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año?	✓		✓		✓		✓														
¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas?		✗		✗		✗		✗													
¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas?		✗		✗		✗		✗													
¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad?		✗		✗		✗		✗													
¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su		✗		✗		✗		✗													
En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es bueno?	✓		✓		✓		✓														

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

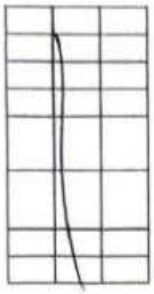
V: verificación El área de trabajo necesita y/o se ha verificado:	Necesidad SI	Necesidad No	V.
Demarcación provisional	✓		✓
Señales de peligro adicionales		✗	
Cerrar la vías		✗	
Iluminación adicional		✗	
Superficies secas, seguras, no resbalosas		✗	
Extintores adicionales	✓		
El equipo ha sido:		✗	
Despresurizado	✓	✓	✓
Limpiado con vapor			
Ventilado			
Drenado			
Lavado con agua a presión			
Limpiado con aire a presión			

El equipo ha sido aislado con:			
Bridas ciegas			
Cierre de válvulas			

El personal requiere:	Necesidad SI	Necesidad No	V.
Casco de seguridad	✓		
Caretas		✗	
Gafas / casco para soldar	✓		
Filtro contra gases		✗	
Filtro contra polvos/humos de soldadura	✓		
Peto		✗	
Protección auditiva	✓		
Cinturón de seguridad		✗	
Traje especial de protección		✗	
Botas de seguridad	✓		
Otros EPP. Cuales?			

Pruebas Requeridas:	SI	NO
Prueba de Gases		✗

rado y etiquetado
tros. Cual? _____
Revisar
Área en busca de material combustibles
Alcantarillas/fosos cercanos libres de hidrocarburos
Alcantarillas/fosos cercanos protegidos contra chispa
Disponible mamparas/pantallas protectoras
Hay explosimetro, calibrado y buen estado



Otras precauciones. Cuales? _____

Realice personalmente la prueba a GAS en el área con los siguientes resultados:

Fecha:
Hora:
Método de Prueba

Tipo de Gas
Nivel de Concentración

Responsable: _____

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACION DEL PERMISO

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA
2025-05-25	7:00 am	31-05-25	12:00 pm

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA

FIRMAS

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

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

EQUIPOS A UTILIZAR

* Pulidora * taladro

SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

RECURSOS A UTILIZAR

Agua	☑	Madera	☑	Gas natural	☐
Aire	☑	Gasolina	☐	Gas propano	☐
Energia	☑	ACPM	☐	Otros	☐

REVISIÓN CONDICIONES DEL ÁREA AL TERMINAR EL TRABAJO.

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

Observaciones

EBISU	PERMISO DE TRABAJOS EN CALIENTE	Codigo: FST.PM-01 Versión:01 Fecha: 15/03/2022

INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Instalaciones electricas

Lugar: Colegio Bada

Duración estimada: 26-al 31-05-2025 Número de personas en el trabajo: 1 persona

Altura aproximada: N/A

INFORMACION DEL EJECTUTOR (ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº CÉDULA	EPS		ARL		CONSTACIA CAPACITACION			FIRMA TRABAJADOR
			SI	No	SI	No	SI	NO	VIGENCIA	
1	Javier Pacha.	1010233745	X		X		✓			JavierPacha.
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Observaciones
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año?	✓																				
¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas?		X																			
¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas?		X																			
¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad?		X																			
¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su		X																			
En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es bueno?	✓																				

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

V: verificación

El área de trabajo necesita y/o se ha verificado:

	Necesidad SI	Necesidad No	V.
Demarcación provisional		X	
Señales de peligro adicionales		X	
Cerrar la vías		X	
Iluminación adicional		X	
Superficies secas, seguras, no resbalosas	✓		
Extintores adicionales		X	
El equipo ha sido:			
Despresurizado			
Limpiado con vapor			
Ventilado			
Drenado			
Lavado con agua a presión			
Limpiado con aire a presión			

El equipo ha sido aislado con:

Bridas ciegas			
Cierre de válvulas			

El personal requiere:

	Necesidad SI	Necesidad No	V.
Casco de seguridad	✓		
Caretas		X	
Gafas / casco para soldar	✓		
Filtro contra gases		X	
Filtro contra polvos/humos de soldadura	✓		
Peto		X	
Protección auditiva	✓		
Cinturón de seguridad		X	
Traje especial de protección		X	
Botas de seguridad	✓		
Otros EPP. Cuales?			

Pruebas Requeridas:

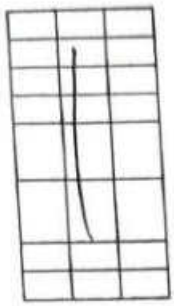
	SI	NO
Prueba de Gases		X

Duración estimada

Área señalizada y aislada
Cual?

Retirar
Área se busca de material combustibles
Alcantarillas/fosos cercanos libres de
hidrocarburos
Alcantarillas/fosos cercanos protegidos
contra chispa
Disponible mamparas/pantallas protectoras
Hay explosimetro, calibrado y buen estado

Otras precauciones. Cuales?

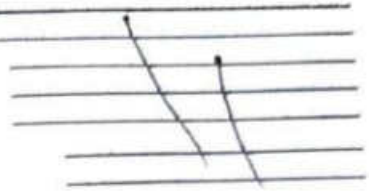


Realice personalmente la prueba a GAS en el área con los siguientes resultados:

Fecha:
Hora:
Método de Prueba

Tipo de Gas
Nivel de Concentración

Responsable:



INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA
26-05-25	7:00am	31-05-25	12:00PM

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA

FIRMAS

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

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

EQUIPOS A UTILIZAR

*Pulidora *taladro
*Ironzadora

SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

RECURSOS A UTILIZAR

Agua	☑	Madera	☑	Gas natural	☐
Aire	☑	Gasolina	☐	Gas propano	☐
Energia	☑	ACPM	☐	Otros	☐

REVISIÓN CONDICIONES DEL ÁREA AL TERMINAR EL TRABAJO.

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

Observaciones

EBISU	PERMISO DE TRABAJOS EN CALIENTE	Codigo: FST.PM-01 Versión:01 Fecha: 15/03/2022

INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Corte concreto en cubierta

Lugar: Colegio Bolivia

Duración estimada: 26 al 31-05-25 Número de personas en el trabajo: 1 persona

Altura aproximada: N/A

INFORMACION DEL EJECTUTOR (ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº CÉDULA	EPS		ARL		CONSTACIA CAPACITACION			FIRMA TRABAJADOR
			SI	No	SI	No	SI	NO	VIGENCIA	
1	Alexander	1556824[illegible]	✓		✓		✓			
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Observaciones
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año?	✓																				
¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas?		X																			
¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas?		X																			
¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad?		X																			
¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su		X																			
En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es bueno?	✓																				

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

N

V: verificación

El área de trabajo necesita y/o se ha verificado:

	Necesidad SI	Necesidad No	V.
Demarcación provisional		X	
Señales de peligro adicionales		X	
Cerrar la vías		X	
Iluminación adicional		X	
Superficies secas, seguras, no resbalosas	✓		
Extintores adicionales		X	
El equipo ha sido:			
Despresurizado			
Limpiado con vapor			
Ventilado			
Drenado			
Lavado con agua a presión			
Limpiado con aire a presión			

El equipo ha sido aislado con:			
Bridas ciegas			
Cierre de válvulas			

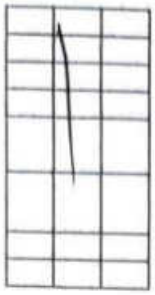
El personal requiere:

	Necesidad SI	Necesidad No	V.
Casco de seguridad	✓		
Caretas		X	
Gafas / casco para soldar	✓		
Filtro contra gases		X	
Filtro contra polvos/humos de soldadura	✓		
Peto		X	
Protección auditiva			
Cinturón de seguridad		X	
Traje especial de protección		X	
Botas de seguridad	✓		
Otros EPP. Cuales?			

Pruebas Requeridas:	SI	NO
Prueba de Gases		X

...lo y etiquetado
...Cual? _____
...isar
...ea en busca de material combustibles
...lcantarillas/fosos cercanos libres de hidrocarburos
Alcantarillas/fosos cercanos protegidos contra chispa
Disponible mamparas/pantallas protectoras
Hay explosimetro, calibrado y buen estado

Otras precauciones. Cuales? _____



Realice personalmente la prueba a GAS en el área con los siguientes resultados:

Fecha:
Hora:
Método de Prueba

Tipo de Gas
Nivel de Concentración

Responsable:

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACION DEL PERMISO

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA
26-05-25	7:00 am	31-05-25	12:00PM

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA

FIRMAS

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

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

EQUIPOS A UTILIZAR

* Pulidora
* Taladro

SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

RECURSOS A UTILIZAR

Agua	☑	Madera	☑	Gas natural	☐
Aire	☑	Gasolina	☐	Gas propano	☐
Energia	☑	ACPM	☐	Otros	☐

REVISIÓN CONDICIONES DEL ÁREA AL TERMINAR EL TRABAJO.

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

Observaciones

EBISU	PERMISO DE TRABAJOS EN CALIENTE	Codigo: FST.PM-01 Versión:01 Fecha: 15/03/2022

INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Remates de obra en Cubierta

Lugar: Colegio Caita

Duración estimada: 26 al 31-05-2025 Número de personas en el trabajo: 2 personas

Altura aproximada: 26 mts APROX

INFORMACION DEL EJECTUTOR (ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº CÉDULA	EPS		ARL		CONSTACIA CAPACITACION			FIRMA TRABAJADOR
			SI	No	SI	No	SI	NO	VIGENCIA	
1	Jose J Bonilla	1003045086	✓		✓		✓			
2	Dino Mendoza	1097775	✓		✓		✓			
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Observaciones
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año?	✓																				
¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas?		X																			
¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas?		X																			
¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad?		X																			
¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su		X																			
En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es bueno?	✓																				

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

V: verificación

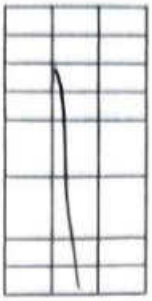
El área de trabajo necesita y/o se ha verificado:	Necesidad SI	Necesidad No	V.
Demarcación provisional		X	
Señales de peligro adicionales		X	
Cerrar la vías		X	
Iluminación adicional	✓		
Superficies secas, seguras, no resbalosas		X	
Extintores adicionales			
El equipo ha sido:			
Despresurizado			
Limpiado con vapor			
Ventilado			
Drenado			
Lavado con agua a presión			
Limpiado con aire a presión			
El equipo ha sido aislado con:			
Bridas ciegas			
Cierre de válvulas			

El personal requiere:	Necesidad SI	Necesidad No	V.
Casco de seguridad	✓		
Caretas		X	
Gafas / casco para soldar	✓		
Filtro contra gases		X	
Filtro contra polvos/humos de soldadura	✓		
Peto		X	
Protección auditiva	✓		
Cinturón de seguridad		X	
Traje especial de protección		X	
Botas de seguridad	✓		
Otros EPP. Cuales?			

Pruebas Requeridas:	SI	NO
Prueba de Gases		X

...o y etiquetado
...? Cual? _____
...isar
...ea en busca de material combustibles
Alcantarillas/fosos cercanos libres de hidrocarburos
Alcantarillas/fosos cercanos protegidos contra chispa
Disponible mamparas/pantallas protectoras
Hay explosimetro, calibrado y buen estado

Otras precauciones. Cuales? _____

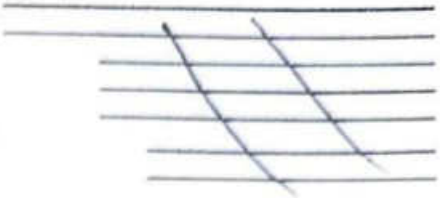


Realice personalmente la prueba a GAS en el área con los siguientes resultados:

Fecha:
Hora:
Método de Prueba

Tipo de Gas
Nivel de Concentración

Responsable: _____



INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA
26-05-25	7:00 am	31-05-25	12:00 pm

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA

FIRMAS

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

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

EQUIPOS A UTILIZAR

Pulidora * adaptarilla con disco
* taladro * Tenazas

SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

RECURSOS A UTILIZAR

Agua	☑	Madera	☑	Gas natural	☐
Aire	☑	Gasolina	☐	Gas propano	☐
Energia	☑	ACPM	☐	Otros	☐

REVISIÓN CONDICIONES DEL ÁREA AL TERMINAR EL TRABAJO.

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

Observaciones

EBISU	PREOPERACIONAL PULIDORA	CODIGO: FST.ITH-07 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2023

Proyecto: Colegio Roita | **Ubicación:** Torre A y B | **Equipo No.**

SEMANA DEL: 26 **AL** 31 **DE** 05 **DE** 2025

ITEM	LUN. B	LUN. M	MAR. B	MAR. M	MIER. B	MIER. M	JUEV. B	JUEV. M	VIER. B	VIER. M	SAB. B	SAB. M	DOM. B	DOM. M
Pulidora	MODELO:								MARCA:					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Ignacio Garcia B.	1143373583	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Daniela Acevedo J		Daniela A J.

SEMANA DEL: 26 **AL** 31 **DE** 05 **DE** 2025

*** PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR**

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

Nombre del INSPECTOR SST: Daniela A J.

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU	PREOPERACIONAL PULIDORA	CODIGO: FST.IN-07 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

Proyecto: Colegio Reith **Ubicación:** Torre A y B **Equipo No.**

SEMANA DEL: 26 AL 31 DE 05 DE 2025

ITEM	LUN. B	LUN. M	MAR. B	MAR. M	MIER. B	MIER. M	JUEV. B	JUEV. M	VIER. B	VIER. M	SAB. B	SAB. M	DOM. B	DOM. M
Pulidor No	MODELO:								MARCA:					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Yasibit Garcia	4875794	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Daniela Abreu J.		Daniela AJ

SEMANA DEL: 26 AL 31 DE 05 DE 2025

*** PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR**

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

Nombre del INSPECTOR SST: Daniela A J.

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU	PREOPERACIONAL PULIDORA	CODIGO: FST.IN-07 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

Proyecto: Colegio Baita	Ubicación: Torre A y B	Equipo No.

SEMANA DEL: 26 AL 31 DE 05 DE 2025

ITEM / Pulidora No	LUN. B	LUN. M	MAR. B	MAR. M	MIER. B	MIER. M	JUEV. B	JUEV. M	VIER. B	VIER. M	SAB. B	SAB. M	DOM. B	DOM. M
	MODELO:								MARCA:					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Kevin S. Diaz Reyes	1010890352	

NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST
Daniela Arroda J		Daniela AJ.

SEMANA DEL: 26 AL 31 DE 05 DE 2025

*** PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR**

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

Nombre del INSPECTOR SST: Daniela AJ.

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU	PREOPERACIONAL PULIDORA	CODIGO: FST.IN-07 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

Proyecto: Colegio Boita	Ubicación: Torre A y B	Equipo No.

SEMANA DEL: 26 AL 31 DE 05 DE 2025

ITEM	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Dinna Mendoza	1097775	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Daniela Acosta J		Daniela A.S.

SEMANA DEL: 26 AL 31 DE 05 DE 2025

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☒

Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: Daniela A.S.

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU	PREOPERACIONAL PULIDORA	CODIGO: FST.IIS-07 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

Proyecto: Colegio Bolita	Ubicación: Torre A y B	Equipo No.

SEMANA DEL: 26 AL 31 DE 05 DE 2025

ITEM / Pulidora No	LUN. B	LUN. M	MAR. B	MAR. M	MIER. B	MIER. M	JUEV. B	JUEV. M	VIER. B	VIER. M	SAB. B	SAB. M	DOM. B	DOM. M
	MODELO:								MARCA:					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Eliezer Osorio	1063764092	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Daniela Arcila J		Daniela A J.

SEMANA DEL: 26 AL 31 DE 05 DE 2025

*** PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR**

Fuera de servicio: si ☐ **no** ☒

Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST: Daniela A J.

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU	PREOPERACIONAL PULIDORA	CODIGO: FST.IN-07 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

Proyecto: Colegio Boita	Ubicación: Torre A y B	Equipo No.

SEMANA DEL: 26 AL 31 DE 05 DE 2025

ITT Pulidora No	LUN. B	LUN. M	MAR. B	MAR. M	MIER. B	MIER. M	JUEV. B	JUEV. M	VIER. B	VIER. M	SAB. B	SAB. M	DOM. B	DOM. M
	MODELO:								MARCA:					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA	Orlin Franco		Orlin Franco		Orlin Franco		Orlin Franco		Orlin Franco		Orlin Franco			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Orlin Daniel Franco Jaramillo	1.112.871.497	Orlin Daniel Franco J
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Daniela Arzuda J		Daniela A J.

SEMANA DEL: 26 AL 31 DE 05 DE 2025

*** PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR**

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

Nombre del INSPECTOR SST: Daniela A J

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU	PREOPERACIONAL PULIDORA	CODIGO: FST.IN-07 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

Proyecto: Colegio Boita	Ubicación: Torre A y B	Equipo No.

SEMANA DEL: 26 AL 31 DE 05 DE 2025

ITEM / Solido Planta No	LUN. B	LUN. M	MAR. B	MAR. M	MIER. B	MIER. M	JUEV. B	JUEV. M	VIER. B	VIER. M	SAB. B	SAB. M	DOM. B	DOM. M
	MODELO:								MARCA:					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
EDILBERTO MADOT	80362362	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Daniela Acosta J		Daniela A. J.

SEMANA DEL: 26 AL 31 DE 05 DE 2025

*** PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR**

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

Nombre del INSPECTOR SST: Daniela AJ

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU	PREOPERACIONAL PULIDORA	CODIGO: PST.IN-07 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

Proyecto: Colegio Boita **Ubicación:** Torre A y B **Equipo No.**

SEMANA DEL: 26 AL 31 DE 05 DE 2025

ITEM a validado Pulidora No	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
MODELO:							MARCA:							
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA	Manuel Diaz		Manuel Diaz		Manuel Diaz		Manuel Diaz		Manuel Diaz		Manuel Diaz			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Manuel Armando Diaz Guzman	1030587680	Manuel Diaz
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Daniela Arcda J.		Daniela A. J.

SEMANA DEL: 26 AL 31 DE 05 DE 2025

*** PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR**

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

Nombre del INSPECTOR SST: Daniela A J.

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU	PREOPERACIONAL PULIDORA	CODIGO: PST.IIS-07 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

Proyecto: Colegio Boita	Ubicación: Torre A y B	Equipo No.

SEMANA DEL: 26 AL 31 DE 05 DE 2025

IT Pulidora No	LUN. B	LUN. M	MAR. B	MAR. M	MIER. B	MIER. M	JUEV. B	JUEV. M	VIER. B	VIER. M	SAB. B	SAB. M	DOM. B	DOM. M
MODELO:									MARCA:					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
	1001005164	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST Daniela Arteda J	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST Daniela AJ

SEMANA DEL: 26 AL 31 DE 05 DE 2025

*** PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR**

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

Nombre del INSPECTOR SST: Daniela A J.

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU	PREOPERACIONAL PULIDORA	CODIGO: PST.EN-07 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

Proyecto: Colegio Baita	Ubicación: Torre A y B	Equipo No.

SEMANA DEL: 26 AL 31 DE 05 DE 2025

ITEM	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Andres Felipe R	1216976666	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Daniela Agreda J		Daniela A J.

SEMANA DEL: 26 AL 31 DE 05 DE 2025

*** PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR**

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

Nombre del INSPECTOR SST: Daniela A J

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU	PREOPERACIONAL PULIDORA	CODIGO: FST.IN-07 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

Proyecto: Colegio Bosta	Ubicación: Torre A y B	Equipo No.

SEMANA DEL: 26 AL 31 DE 05 DE 2025

IT No	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		/		/		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Marvin Obeyer	6794612	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Daniela Agreda J.		Daniela A J.

SEMANA DEL: 26 AL 31 DE 05 DE 2025

*** PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR**

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

Nombre del INSPECTOR SST: Daniela A. J.

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU	PREOPERACIONAL PULIDORA	CODIGO: PST.IN-07 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

Proyecto: Colegio Caita	Ubicación: Torre A y B	Equipo No.

SEMANA DEL: 26 AL 31 DE 05 DE 2025

ITEM	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Jose D. Bermúdez	1003045086	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Daniela Acosta J		Daniela A J.

SEMANA DEL: 26 AL 31 DE 05 DE 2025

*** PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR**

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

Nombre del INSPECTOR SST: Daniela A J.

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU	PREOPERACIONAL PULIDORA	CODIGO: PST.IN-07 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

Proyecto: Colegio Boita	Ubicación: Torre A y B	Equipo No.

SEMANA DEL: 26 AL 31 DE 05 DE 2025

IT-IN	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Hesnan Rodrigo Vanegas	87572106	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Daniela Agreda J.		Daniela AJ

SEMANA DEL: 26 AL 31 DE 05 DE 2025

*** PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR**

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

Nombre del INSPECTOR SST: Daniela A J.

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU	PREOPERACIONAL PULIDORA	CODIGO: PST.IN-07 VERSION: 01 FECHA: 19/12/2021

Proyecto: Colegio Porta	Ubicación: Torre A y B	Equipo No.

SEMANA DEL: 26 AL 31 DE 05 DE 2025

IT EM	LUN. B	LUN. M	MAR. B	MAR. M	MIER. B	MIER. M	JUEV. B	JUEV. M	VIER. B	VIER. M	SAB. B	SAB. M	DOM. B	DOM. M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA	SEBASTIAN		SEBASTIAN		SEBASTIAN		SEBASTIAN		SEBASTIAN		SEBASTIAN			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
VICTOR SEBASTIAN ESCOBAR	1069758963	SEBASTIAN ESCOBAR
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Daniela Arteaga J.		Daniela A. J.

SEMANA DEL: 26 AL 31 DE 05 DE 2025

*** PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR**

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

Nombre del INSPECTOR SST: Daniela A. J.

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU	PREOPERACIONAL PULIDORA	CODIGO: PST.IN-07 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

Proyecto: Colegio Boita **Ubicación:** Torre A y B **Equipo No.**

SEMANA DEL: 26 **AL** 31 **DE** 05 **DE** 2025

ITEM	LUN. B	LUN. M	MAR. B	MAR. M	MIER. B	MIER. M	JUEV. B	JUEV. M	VIER. B	VIER. M	SAB. B	SAB. M	DOM. B	DOM. M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Rafael G Rincon P	1127394474	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Daniela Ayala J		Daniela A J.

SEMANA DEL: 26 **AL** 31 **DE** 05 **DE** 2025

*** PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR**

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

Nombre del INSPECTOR SST: Daniela A J

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU	PREOPERACIONAL PULIDORA	CODIGO: PST.IN-07 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

Proyecto: Colegio Boita	Ubicación: Torre A y B	Equipo No.

SEMANA DEL: 26 AL 31 DE 05 DE 2025

ITEM	LUN. B	LUN. M	MAR. B	MAR. M	MIER. B	MIER. M	JUEV. B	JUEV. M	VIER. B	VIER. M	SAB. B	SAB. M	DOM. B	DOM. M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA	Yeison		Yeison		Yeison		Yeison		Yeison		Yeison			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR

NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST
Yeison	1.032424879	Yeison

SEMANA DEL: 26 AL 31 DE 05 DE 2025

*** PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR**

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

Nombre del INSPECTOR SST: Garcia A. J.

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU	PREOPERACIONAL PULIDORA	CODIGO: FST.IN-07 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

Proyecto: Colegio Bosita	Ubicación: Torre A y B	Equipo No.

SEMANA DEL: 26 AL 31 DE 05 DE 2025

ITEM	LUN. B	LUN. M	MAR. B	MAR. M	MIER. B	MIER. M	JUEV. B	JUEV. M	VIER. B	VIER. M	SAB. B	SAB. M	DOM. B	DOM. M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Mauricio Urrego	79815.719	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Daniela Acreda J.		Daniela A.J.

SEMANA DEL: 26 AL 31 DE 05 DE 2025

*** PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR**

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

Nombre del INSPECTOR SST: Daniela A J.

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU	PREOPERACIONAL PULIDORA	CODIGO: PST.IN-07 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

Proyecto: Colegio Bolita	Ubicación: Torre A y B	Equipo No.

SEMANA DEL: 26 AL 31 DE 05 DE 2025

ITEM	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA	luis.D		luis.D		luis.D		luis.D		luis.D		luis.D			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
luis DROQUE	1032513039	luis DROQUE
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Daniela Acosta J.		Daniela A.J.

SEMANA DEL: 26 AL 31 DE 05 DE 2025

*** PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR**

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

Nombre del INSPECTOR SST: Daniela A.J.

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU	PREOPERACIONAL PULIDORA	CODIGO: FST.IN-07 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

Proyecto: Colegio Bosta	Ubicación: Torre A y B	Equipo No.

SEMANA DEL: 26 AL 31 DE 05 DE 2025

ITEM	LUN. B	LUN. M	MAR. B	MAR. M	MIER. B	MIER. M	JUEV. B	JUEV. M	VIER. B	VIER. M	SAB. B	SAB. M	DOM. B	DOM. M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓					
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Danny Alvarez	1049629973	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Daniela Azueda J		Daniela A.S

SEMANA DEL: 26 AL 31 DE 05 DE 2025

*** PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR**

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

Nombre del INSPECTOR SST: Daniela A.S.

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU	PREOPERACIONAL PULIDORA	CODIGO: FST.IN-07 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

Proyecto: Colegio Bosa	Ubicación: Torre A 4B	Equipo No.

SEMANA DEL: 26 AL 31 DE 05 DE 2025

ITEM	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA	Santiago Torres		Santiago Torres		Santiago Torres		Santiago Torres		Santiago Torres		Santiago Torres			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
David Santiago Torres	1000128491	Santiago Torres
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST
Daniela Acosta J.		Daniela A J.

SEMANA DEL: 26 AL 31 DE 05 DE 2025

*** PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR**

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

Nombre del INSPECTOR SST: Daniela A-J.

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU	PREOPERACIONAL PULIDORA	CODIGO: FST.IN-07 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

Proyecto: Colegio Boita | **Ubicación:** Torre A y B | **Equipo No.**

SEMANA DEL: 26 AL 31 DE 05 DE 2025

ITEM	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conesiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA	GD		GD		GD		GD		GD		GD			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Gredn Abeo	92551 315	G D
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Daniela Azeda J.		Daniela A.J.

SEMANA DEL: 26 AL 31 DE 05 DE 2025

*** PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR**

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

Nombre del INSPECTOR SST: Daniela A.J

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU	PREOPERACIONAL PULIDORA	CODIGO: FST.IN-07 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

Proyecto: Colegio Bosita	Ubicación: Torre A-4-B	Equipo No.

SEMANA DEL: 26 AL 31 DE 05 DE 2025

ITEM	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Alexander Lozada	1356324	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Daniela Acreda J.		Daniela A-3.

SEMANA DEL: 26 AL 31 DE 05 DE 2025

*** PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR**

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

Nombre del INSPECTOR SST: Daniela A-3

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

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

CENTRO DE TRABAJO: Colegio Delta

MARCA EQUIPO: BOSCH

SEMANA: 26 al 31-05-2025

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

ACTIVIDAD: Anclajes electricos

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

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Oswi Daniel Franco Becerra	1.012.372477	Oswi Daniel Franco.
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Daniela Arcila J.		Daniela A.J.

SEMANA DEL: 26 AL 31 DE 05 DE 2025

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

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

Nombre del INSPECTOR SST: Daniela A.J.

NOMBRE/APELLIDOS

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

CENTRO DE TRABAJO: Colegio Boita

MARCA EQUIPO: Bosch

SEMANA: 26 al 31-05-2025

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre A 7B

ACTIVIDAD: Anclajes electricos

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

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Eliezer Osorio	1063164092	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Daniela Acosta J		Daniela A-3

SEMANA DEL: 26 AL 31 DE 05 DE 2025

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☒ ☐

Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: Daniela A-3.

NOMBRE/APELLIDOS

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

CENTRO DE TRABAJO: Colegio Boita

MARCA EQUIPO: Bosch

SEMANA: 26-al 31-05-2025

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

ACTIVIDAD: Arreglos electricos

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

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Victor SEBASTIAN ESCOBAR	1069758963	SEBASTIAN ESCOBAR
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Daniela Arieda J.		Daniela A.J.

SEMANA DEL: 26 AL 31 DE 05 DE 2025

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

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

Nombre del INSPECTOR SST: Daniela A.J.

NOMBRE/APELLIDOS

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

CENTRO DE TRABAJO: Colegio Boita

MARCA EQUIPO: Makita

SEMANA: 26 al 31-05-2025

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

ACTIVIDAD: Remates obra

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

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Jhonatan Garcia B.	1143373583	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Daniela Arteta J		Daniela A3.

SEMANA DEL: 26 AL 31 DE 05 DE 2025

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☒ ☐

Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: Daniela A-3.

NOMBRE/APELLIDOS

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

CENTRO DE TRABAJO: Colegio Baida

MARCA EQUIPO: BOSCH

SEMANA: Semana 26 al 31-05-2025

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

ACTIVIDAD: Anclajes electricos

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

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Kevin S Diaz Reyes	1010840397	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Daniela Arteda J		Daniela AJ

SEMANA DEL: 26 AL 31 DE 05 DE 2025

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

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

Nombre del INSPECTOR SST: Daniela AJ

NOMBRE/APELLIDOS

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

CENTRO DE TRABAJO: Colegio Boita

MARCA EQUIPO: BOSCH

SEMANA: 26-a/31-05-2025

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

ACTIVIDAD: Pruebas en obra

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

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Manuel Armando Diaz Guzman	1030587680	Manuel Diaz
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Daniela A.J.		Daniela A.J.

SEMANA DEL: 26 AL 31 DE 05 DE 2025

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

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

Nombre del INSPECTOR SST: Daniela A.J.

NOMBRE/APELLIDOS

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

CENTRO DE TRABAJO: Colegio Boita

MARCA EQUIPO: BOSCH

SEMANA: 26 al 31 - 05 - 2025

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

ACTIVIDAD:

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

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Luis Diaqua	1022513039	Luis Diaqua
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Daniela Ameda J.		Daniela A. J.

SEMANA DEL: 26 AL 31 DE 05 DE 2025

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

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

Nombre del INSPECTOR SST: Daniela A. J.

NOMBRE/APELLIDOS

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

CENTRO DE TRABAJO: Colegio Boita

MARCA EQUIPO: Black y Decker — SEMANA: 26 al 31-05-2025

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

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

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
JHON FAUSTINO	1067862922	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Daniela Acosta		Daniela A-T

SEMANA DEL: 26 AL 31 DE 05 DE 2025

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

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

Nombre del INSPECTOR SST: Daniela A-T.

NOMBRE/APELLIDOS

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

CENTRO DE TRABAJO: Colegio Reita

MARCA EQUIPO: Bosch

SEMANA: 26 al 31-05-2025

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

ACTIVIDAD: Anclajes electricos

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

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Rafael Enrique R.	1127399977	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Daniela Acosta J		Daniela A-J

SEMANA DEL: 26 AL 31 DE 05 DE 2025

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

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

Nombre del INSPECTOR SST: Daniela A J.

NOMBRE/APELLIDOS