CONTRATO DE INTERVENTORÍA No. 4310 DE 2024
SOLIUN SAS
DIRECCIÓN: CARRERA 70C No. 48 -55
TELÉFONO: 7653016 – 3013942384
Email: proyectos2@soliunsas.com

" REALIZAR LA INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, CONTABLE, FINANCIERA, SOCIAL, AMBIENTAL, SST Y JURÍDICA A LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TÉCNICOS DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA DE LA ADECUACIÓN DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMÓN BOLÍVAR"

INFORME MENSUAL No 3 – COMPONENTE DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 01 AL 31 DE MARZO DE 2025



TABLA DE CONTROL

COPIA CONTROLADA	X		COPIA NO CONTROLADA	

	Nombre	Cargo	Firma
ELABORÓ	Laura Sofia Fernández Flechas	Especialista en seguridad y salud en el trabajo	
REVISO Y APROBÓ	Edna Constanza Cepeda Sánchez	Directora de Interventoría	

JUNIO 2025 / BOGOTÁ D.C.

Control de Cambios			
Fecha	**Versión**	**Descripción**	**Estado**
04/04//2025	1	Creación del documento	Obsoleto
05/05/2025	2	Atención observaciones IDRD	Obsoleto
22/05/2025	3	Atención observaciones IDRD	Obsoleto
03/06/2025	4	Atención observaciones IDRD	Obsoleto
17/06/2025	5	Atención observaciones IDRD	Obsoleto
01/07/2025	6	Atención observaciones IDRD	Vigente

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN 4
1. CONDICIONES CONTRACTUALES 5
1.1. OBJETO DEL CONTRATO DE CONSULTORÍA 5
1.2. OBJETO DEL CONTRATO DE INTERVENTORÍA 5
1.3. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE CONSULTORÍA IDRD-SG-4266-2024 5
1.4. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE INTERVENTORÍA IDRD-SG-4310-2024 5
2. OBJETIVOS 6
3. LOCALIZACIÓN 6
4. GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE INTERVENTORIA Y CONSULTOR 9
4.1. ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO DE REPORTE 9
4.2. APROBACIÓN INFORME SST CONSULTOR 9
4.3. PERSONAL DEL CONTRATO Y VERIFICACIÓN DE APORTES PARAFISCALES INTERVENTORÍA 11
4.4. LISTADO DE PERSONAL DEL CONTRATO Y VERIFICACIÓN DE APORTES PARAFISCALES CONSULTOR 13
4.5. CUMPLIMIENTO DE EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES DE LA INTERVENTORÍA 15
4.6. CUMPLIMIENTO DE EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES DEL CONSULTOR 15
4.7. PERSONAL RETIRADO DE INTERVENTORÍA 15
4.8. PERSONAL RETIRADO DE CONSULTOR 15
4.9. MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN Y VALORACIÓN DE RIESGOS 15
4.10. INDICADORES RESOLUCIÓN 0312 DE 2019 Y DEL SG-SST 15
4.11. ACCIDENTES DE TRABAJO 17
4.12. PROGRAMA DE CAPACITACIONES. 17
4.13. COMITÉS 19
4.13.1. COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO – COPASST 19
4.13.2. COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL – CONVILAB 19
4.14. REGISTRO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN 19

4.15. CAMPAMENTOS 20
4.16. INSPECCIONES PLANEADAS INTERVENTORÍA 21
4.17. INSPECCIONES PLANEADAS CONSULTOR 21
4.18. PERMISOS DE TRABAJO 21
4.19. CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE TRABAJO DEL CONTRATISTA 21

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Trazabilidad revisión informe mensual 10
Tabla 2: Relación del personal de interventoría en el periodo 12
Tabla 3. Relación personal consultor 13
Tabla 4. Trazabilidad revisiones SG-SST consultor 22

LISTADO DE ANEXOS

Anexo 1. Seguridad social interventoría
Anexo 1.1. Seguridad social consultoría
Anexo 2. Matriz de riesgos interventoría
Anexo 2.1. Matriz de riesgos consultor
Anexo 3. Indicadores accidentalidad interventoría
Anexo 4. Capacitaciones interventoría
Anexo 4.1. Capacitaciones consultoría
Anexo 5. Actas Copasst y CCL interventoría
Anexo 5.1. Actas Copasst y CCL consultoría
Anexo 6. Inspecciones interventoría
Anexo 7. Revisión informe consultor
Anexo 8. Soportes de pago interventoría
Anexo 8.1. Soportes de pago consultoría
Anexo 9. Inducciones consultoría
Anexo 10. Exámenes ocupacionales consultoría
Anexo 10.1. Seguimiento EMO interventoría
Anexo 11. Aclaración profesional contractual

INTRODUCCIÓN

El presente informe contiene el seguimiento al periodo en mención del contrato de consultoría No. 4266 de 2024, el cual es efectuado por esta interventoría a través del contrato No. 4310 de 2024, relacionando el estado a la fecha en lo referente al seguimiento, supervisión, control y coordinación que se viene adelantando al contrato de consultoría de acuerdo con las etapas establecidas a nivel contractual.

El presente informe se adelantó de igual forma, de acuerdo con los lineamientos establecidos en el Anexo Técnico del respectivo contrato, donde se incluye lo señalado en la cartilla de lineamientos para el diseño de parques IDRD y el Manual de Interventoría del IDRD.

De la misma manera se presenta en este informe la revisión, verificación, seguimiento y validación que realizo esta interventoría, SOLIUN SAS, respecto a la documentación e información entregada por parte de MC ARQUITECTOS S.A. en su calidad de consultor, el IDRD como entidad contratante, y así mismo se incluyen los conceptos efectuados por esta interventoría por cada especialidad.

1. CONDICIONES CONTRACTUALES

1.1. OBJETO DEL CONTRATO DE CONSULTORÍA

"REALIZAR LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TECNICOS DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA PARA LA ADECUACION DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMON BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO."

1.2. OBJETO DEL CONTRATO DE INTERVENTORÍA

"REALIZAR LA INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, CONTABLE, FINANCIERA, SOCIAL, AMBIENTAL, SST Y JURÍDICA A LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TÉCNICOS DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA DE LA ADECUACIÓN DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMÓN BOLÍVAR"

1.3. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE CONSULTORÍA IDRD-SG-4266-2024

No. de contrato	IDRD-SG-4266-2024
Contratista Consultoría y/obra	MC ARQUITECTOS S.A.
Objeto	"EALIZAR LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TECNICOS DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA PARA LA ADECUACION DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMON BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO"
Tiempo contractual total	SEIS 6 (MESES)
Valor inicial del contrato	MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y DOS MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA MIL OCHOCIENTOS CUARENTA PESOS MONEDA CORRIENTE ($1.342.490.840)
Fecha Inicio	15 DE ENERO DE 2025
Fecha de Terminación actualizada del contrato:	15 DE JULIO DE 2025

1.4. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE INTERVENTORÍA IDRD-SG-4310-2024

No. de contrato	IDRD-SG-4310-2024
Contratista de Interventoría	SOLIUN S.A.S

Objeto	"REALIZAR LA INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, CONTABLE, FINANCIERA, SOCIAL, AMBIENTAL, SST Y JURÍDICA A LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TÉCNICOS DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA DE LA ADECUACIÓN DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMÓN BOLÍVAR."
Tiempo contractual total	SIETE 7 (MESES)
Valor inicial del contrato	QUINIENTOS NUEVE MILLONES CIENTO CINCUENTA MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS M/CTE ($509.150.832)
Fecha Inicio	15 DE ENERO DE 2025
Fecha de Terminación actualizada del contrato:	15 DE AGOSTO DE 2025

2. OBJETIVOS

A continuación, se relacionan los principales objetivos del presente informe, que esta interventoría ha considerado que son de relevancia para el desarrollo de la Consultoría mediante el contrato No.4266 de 2024:

- ✔ Presentar el seguimiento y control dentro del desarrollo del contrato, al cumplimiento de las obligaciones establecidas para el consultor en las diferentes etapas del concreto de consultoría.
- ✔ Presentar cómo se ejecutó el seguimiento y control del desarrollo del contrato, estableciendo como parámetro principal lo establecido en la programación contractual la cual corresponde a lo exigido por la entidad contratante (IDRD).
- ✔ Verificar que se efectúen las labores de la consultoría en los diferentes componentes en los términos legales vigente mediante el asesoramiento continuo de los especialistas de la interventoría en cada área.
- ✔ Velar por el cumplimiento de cada entregable de acuerdo con lo requerido por la entidad contratante (IDRD) y los términos de referencia

3. LOCALIZACIÓN

La PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMÓN BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO se encuentra ubicada en el sector Central del parque, el cual está registrado con el Código IDRD 13-089 en el sistema Distrital de Parques, y se encuentra ubicado entre la carrera 60 y 68 con calles 53 y 64 (CHIP AAA0055TREA) de la localidad de Teusaquillo.

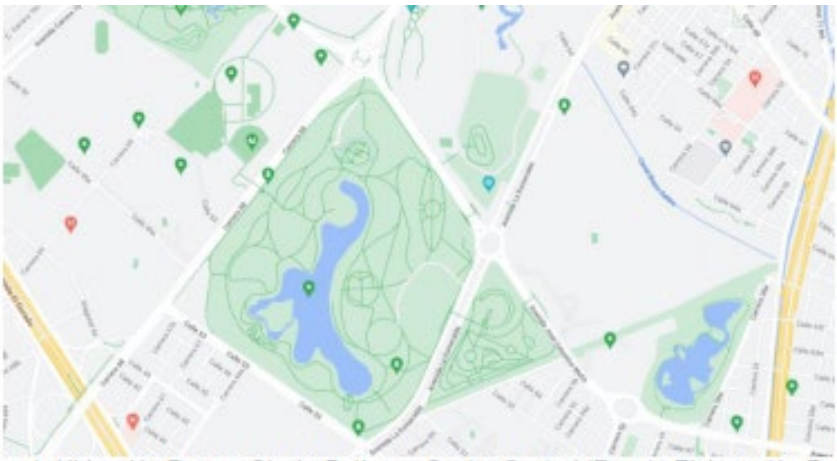


Figura 1, Ubicación Parque Simón Bolívar – Sector Central (Fuente Elaboración Propia)

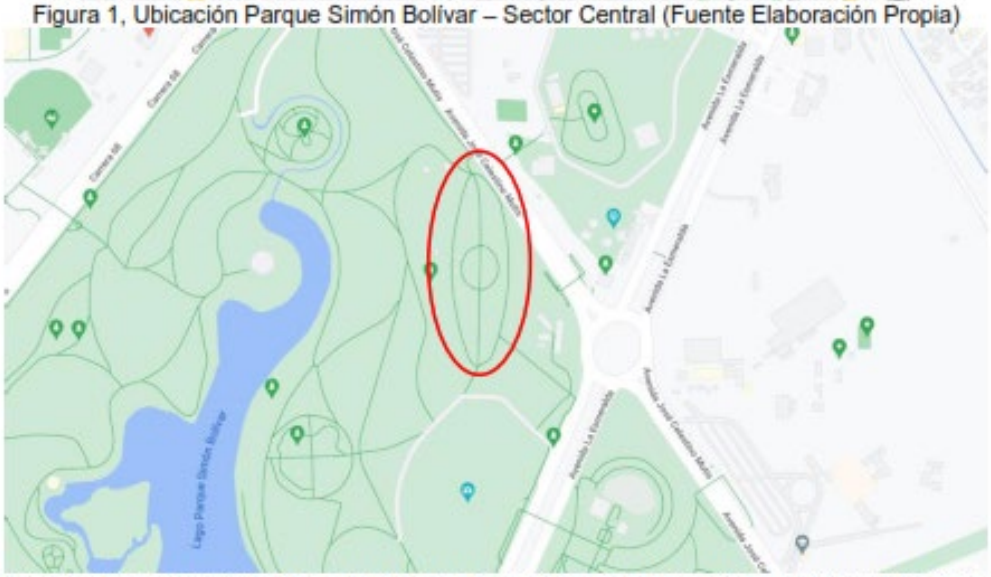


Figura 2, Ubicación predio Plaza de Eventos Parque Simón Bolívar (Fuente Elaboración Propia)

Ilustración 1 Ubicación plaza de eventos Parque Simón Bolívar Fuente: Estudios previos



Ilustración 2 Parque Simón Bolívar Fuente: bogota.gov.co

El parque metropolitano cuenta con un espacio crucial para la realización de eventos masivos en la ciudad, este espacio designado como Plaza Ceremonial (también conocida como plaza de eventos).

Así mismo, es pertinente señalar las condiciones patrimoniales con las que cuenta el Parque Metropolitano Simón Bolívar:

Cuenta con una relación de colindancia con el inmueble denominado Templete del Campo Eucarístico El Salitre, el cual tiene asignado el nivel de intervención 1 (N-1), según lo establecido en el Decreto Distrital 555 de 2021.

La Plazoleta de eventos, cuenta con una relación directa con un Bien Mueble (escultura), denominado EL GENIO, SIMÓN BOLÍVAR, el cual cuenta con una declaratoria distrital mediante Resolución SCRD No. 360 de 2020.

Cuenta con una relación directa con un Bien de Interés Cultural del ámbito Nacional, al localizarse dentro de los cien (100) metros establecidos como zona de influencia, según lo indica la Resolución Nacional 1359 de 2013 y reafirmado en el Decreto Nacional 1080 de 2015.

Así mismo, la plaza de eventos cuenta con un Bien Mueble de Interés Cultural, denominado Busto de Bolívar de los cuales existen cinco ejemplares, la cual fue donada por el gobierno venezolano.



Ilustración 3 Plaza de eventos Parque Simón Bolívar Fuente: Propia

4. GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE INTERVENTORIA Y CONSULTOR

4.1. ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO DE REPORTE

Durante el periodo de reporte el contrato avanzo en el desarrollo de reuniones de componentes como paisajismo, urbanismo, ambiental, forestal; se presentaron propuestas de esquema básico; se realizaron revisiones y subsanaciones a metodologías y diagnósticos de diferentes componentes.

Para el caso del componente SST, el consultor realizo el alcance a observaciones al informe SST N°2, con relación a la interventoría se dio alcance a las observaciones a los informes N°1 y N°2. Así mismo, se realizó la revisión de seguridad social del personal vinculado, desarrollo de capacitaciones, reunión COPASST, inspecciones y reporte e indicadores.

4.2. APROBACIÓN INFORME SST CONSULTOR

Durante el periodo de presentación del presente informe, se solicitó en los comités de seguimiento al consultor la entrega de informe del periodo N°3. En el **ANEXO 7**, se adjunta dichas actas mencionadas y comunicado

remitido al consultor solicitando dicho informe, en el siguiente cuadro se relaciona la información mencionada, aclarando **que el informe no llego para revisión de acuerdo con los tiempos contractuales.**

Tabla 1. Trazabilidad revisión informe mensual

FECHA	OBSERVACIÓN	SOPORTE DE NOTIFICACIÓN
Acta de comité N°10 26-03-2025	Compromiso 9, página 5 acta N°10.	En comité de seguimiento a obra quedo plasmado el compromiso del consultor de entregar los informes mensuales el día 03-04-2025. **Compromiso incumplido.**
01-04-2025	Solicitud envió informe SST N°3	Se remite el comunicado mediante el consecutivo IDRD-4310-2024-224 el día 01-04-2025, solicitando el envío del informe SST N°3 dentro de los tiempos contractuales.
08-04-2025	Consultoría remite informe SST N°3	La consultoría remite el día 08-04-2025, su informe mensual SST N°3
08-04-2025	Remisión observaciones informe SST N°3 V1	Se remite el comunicado mediante el consecutivo IDRD-4310-2024-244 el día 08-04-2025, enviando observaciones al informe SST N°3.
16-04-2025	Consultoría remite alcance a observaciones al informe SST N°3.	El día 16-04-2025, el consultor remite alcance a las observaciones realizadas al informe SST N°3.
21-04-2025	Remisión observaciones informe SST N°3 V2	Se remite el comunicado mediante el consecutivo IDRD-4310-2024-280 el día 21-04-2025, enviando observaciones al informe SST N°3 V2
23-04-2025	Consultoría remite alcance a observaciones al informe SST N°3.	El día 23-04-2025, el consultor remite alcance a las observaciones realizadas al informe SST N°3.
25-04-2025	Remisión observaciones informe SST N°3 V3	Se remite el comunicado mediante el consecutivo IDRD-4310-2024-295 el día 25-04-2025, enviando observaciones al informe SST N°3 V3
05-05-2025	Solicitud alcance observaciones informe SST N°3	Se remite el comunicado mediante el consecutivo IDRD-4310-2024-315 el día 05-05-2025, solicitando el alcance observaciones al informe SST N°3 V3

05-05-2025	Alcance observaciones informe SST N°3	El día 05-05-2025, el consultor remite alcance a las observaciones realizadas al informe SST N°3.
05-05-2025	Se remite aprobación al informe SST N°3	Se remite el comunicado mediante el consecutivo IDRD-4310-2024-319 el día 05-05-2025, aprobando el informe del consultor.

Así mismo, en el **ANEXO 7**, se adjunta soportes de las entregas realzadas por el consultor y las observaciones realizadas por esta interventoría. Cabe aclarar que el informe N°3 del consultor fue entregado y aprobado fuera de los términos contractuales establecidos.

4.3. Personal del contrato y verificación de aportes parafiscales interventoría

Para la ejecución del contrato la interventoría, la entidad dio aprobación a las hojas de vida del personal de interventoría, mediante los radicados relacionados en la tabla 2, del presente informe, así mismo, dicho personal se puede ver en ilustración 4; Organigrama Interventoría.

Ilustración 4. Organigrama Interventoría contrato 4310 de 2024



Fuente: Interventoría SOLIUN SAS

En la siguiente tabla se relaciona dicho personal y en el **ANEXO 1**, se adjuntan los pagos de seguridad social:

Para el periodo de reporte no se presentaron ingresos por parte de interventoría.

Tabla 2: Relación del personal de interventoría en el periodo

Cargo	Nombre	Radicado y fecha de aprobación por la entidad
Director de interventoría	EDNA CONSTANZA CEPEDA	20254100036941 14/02/2025
Diseñador urbano	CARLOS ANDRES VASQUEZ	20254100025971 14/02/2025
Apoyo Coordinación	LAURA CATALINA GOMEZ	No aplica la profesional es apoyo del componente de coordinación
Profesional calidad	VIANNEY LEAÑO URREGO	20254100036941 14/02/2025
Componente geotecnia (apoyo)	CARLOS ANDRES FIGUEROA AYALA	No aplica el profesional es apoyo del componente de geotecnia
Especialista en redes eléctricas y energía solar	YENNY PAOLA REYES COSTILLA	20254100025971 06/02/2025
Especialista en paisajismo	GUSTAVO ADOLFO BARRETO ALVARADO	20254100025971 06/02/2025
Especialista en redes hidrosanitarias	MARIO MAURICIO RODRIGUEZ CALDERON	20254100036941 14/02/2025
Especialista en geotecnia	RAUL ORLANDO DELGADO	20254100036941 14/02/2025
Especialista SST	LAURA SOFIA FERNÁNDEZ	20254100036941 14/02/2025
Profesional en gestión social	MARIA DEL ROSARIO CARDENAS JUNCA	20254100036941 14/02/2025
Topógrafo	JUAN CARLOS RAMIREZ SOLANO	20254100036941 14/02/2025
Especialista forestal	JOHN FORIGUA HINCAPIE	2025410005274 26/02/2025
Especialista gestión del riesgo	LINDA XIMENA ROBAYO	20254100036941 14/02/2025
Cadenero	RUBEN DARIO MARQUEZ	20254100036941 14/02/2025
Conductor	JHON ECHEVERRY	20254100036941 14/02/2025
Diseñador señalética	LUIS RODRIGUEZ	20254100036941 14/02/2025
Especialista en gestión ambiental	YANETH DUARTE ALMONACID	2025410005274 26/02/2025

Cargo	Nombre	Radicado y fecha de aprobación por la entidad
Apoyo componente ambiental	SINDY NATALI ESPINOSA SIERRA	No aplica la profesional es apoyo del componente ambiental
Coordinador BIM Profesional costos	JEISON ORLANDO DELGADO DUARTE	20254100060731 06/03/2025
Apoyo componente costos y presupuestos	JESUS ALBERTO OLMOS	No aplica el profesional es apoyo del componente de costos y presupuestos
Total, de Personal en el periodo	**21**	

Fuente: Interventoría SOLIUN SAS

Los respectivos soportes de pago de seguridad social del personal de interventoría pueden visualizarse en el **ANEXO 1.**

El soporte de pago del personal vinculado en el mes de **marzo de 2025**, se adjunta en el **ANEXO 8.**

4.4. Listado de personal del contrato y verificación de aportes parafiscales Consultor

A continuación, se presenta la relación de personal entregada por el consultor para el periodo de reporte:

Tabla 3. Relación personal consultor

CARGO	NOMBRES	OFICIO Y FECHA DE APROBACIÓN
Director estudios y diseños	MARIO ANDRES CABRERA PINZON	IDRD-4310-2024-018 28/01/2025
Costos y presupuestos	NICOLAS PINZON POLANIA	IDRD-4310-2024-086 18/02/2025
Especialista estructural	JUAN GUILLERMO ARDILA	IDRD-4310-2024-086 18/02/2025
Diseño urbano	GERMAN MAURICIO FONSECA BARRERA	IDRD-4310-2024-086 18/02/2025
Especialista hidráulico	PAOLA ANDREA PACHON BRIÑEZ	IDRD-4310-2024-069 11/02/2025
Especialista eléctrico	MIGUEL EDUARDO MORA QUEVEDO	IDRD-4310-2024-069 11/02/2025
Especialista geotecnia	ALFONSO URIBE SALDAÑA	IDRD-4310-2024-086 18/02/2025
Paisajismo	MARIO RAUL CABRERA MANRIQUE	IDRD-4310-2024-069

		11/02/2025
Forestal	IVAN FERNANDO CAÑON CELIS	IDRD-4310-2024-086 18/02/2025
Especialista SST	LAURA ANGELICA LIZARAZO ESCOBAR	IDRD-4310-2024-086 18/02/2025
Bióloga	DEISY NATALIA VANEGAS BAUTISTA	IDRD-4310-2024-069 11/02/2025
Profesional social	FRANCY ALEJANDRA BECERRA FIALLO	IDRD-4310-2024-086 18/02/2025
Profesional gestión del riesgo	WILSON JAVIER CASTAÑEDA	IDRD-4310-2024-086 18/02/2025
Restaurador	HELLEN QUIROGA MORA	IDRD-4310-2024-086 18/02/2025
Ingeniero topográfico	WILLIAMS BELTRAN	IDRD-4310-2024-086 18/02/2025
Cadenero	HECTOR EMILIO ZAPATA CASTRO	IDRD-4310-2024-069 11/02/2025
Diseñador señalética	MARIO ANDRES BARRAGAN	IDRD-4310-2024-018 28/01/2025
Arquitecto diseñador	DIANA CAROLINA ROJAS	IDRD-4310-2024-086 18/02/2025
Profesional calidad	ELIECER AREVALO	IDRD-4310-2024-086 18/02/2025
Apoyo componente SST	VIVIANA RODRIGUEZ	No aplica
Total, personal en el periodo	**20**	

En el **ANEXO 1.1**, se adjuntan lo soportes de pago de seguridad social del personal de consultoría que realizo actividades para el periodo de marzo de 2025, relacionado en la tabla 3. Se aclara que las hojas de vida de este personal fueron aprobadas por interventoría mediante el comunicado IDRD-4310-2024-086 del día 18 de febrero de 2025.

Adicionalmente, en el **ANEXO 1.1,** se adjuntan los soportes de afiliación a fondo de pensiones de ELIECER AREVALO y DIANA ROJAS. Así mismo, se aclara que los especialistas ALFONSO URIBE y MARIO RAUL CABRERA se encuentran pensionados y se adjunta soporte de RUAF donde se evidencia el estado de pensión por vejez actual.

Atendiendo la observación de la entidad en el **ANEXO 1.1,** se adjunta el pago de seguridad social como persona independiente de MARTHA VIVIANA RODRIGUEZ para el mes de marzo, cabe aclarar, que la profesional participa en el proyecto como asesora externa al componente SST de consultoría. Como anotación adicional, el pago de

ARL de la profesional en su rol como asesora externa, lo realizan empresas ajenas a la empresa de consultoría, sin embargo, para fines de seguimiento y validación, se adjunta soporte de RUAF, donde se evidencia el estado activo de vinculación de la profesional en mención.

El consultor indica que para el periodo no realizo pago de honorarios al personal, en el **ANEXO 8.1**, se adjunta la certificación firmada por director de estudios y diseños / gerente general de la empresa MC ARQUITECTOS.

Los soportes de inducción de los profesionales de consultoría se adjunta en el **ANEXO 9**, de acuerdo a la observación dada por la entidad sobre la notificación de riesgos, el consultor presentara una reinducción sobre riesgos laborales en el informe 5 (mes de mayo) ya que para este mes de acuerdo al plan de capacitaciones está programada la capacitación sobre riesgos y el tema en mención complementa el programado.

4.5. Cumplimiento de exámenes médicos ocupacionales de la Interventoría

En el periodo del presente informe correspondiente al mes de **marzo de 2025**, no se presentaron ingresos por parte de la interventoría.

4.6. Cumplimiento de exámenes médicos ocupacionales del Consultor

Los exámenes ocupacionales de consultoría se adjuntan en el **ANEXO 10** del presente informe.

4.7. Personal Retirado de Interventoría

En el periodo del informe la interventoría, NO presento personal retirado, por lo anterior no se allegan soportes.

4.8. Personal Retirado de Consultor

En el periodo del informe el consultor, NO presento personal retirado, por lo anterior no se allegan soportes.

4.9. Matriz de identificación y valoración de riesgos

- **Interventoría:** La Matriz de riesgos que se implementara a la fecha y que se utiliza para el proceso de Notificación de riesgos al personal, es la adjuntada en el Plan de gestión de SST y se encuentra actualizada con fecha del 26 de marzo de 2025, en el **ANEXO 2** del presente informe.

- **Consultor:** La matriz de riesgos revisada y aprobada por interventoría en el Plan de gestión SST del consultor, se adjunta en el **ANEXO 2.1** del presente informe.

4.10. Indicadores Resolución 0312 de 2019 y del SG-SST

- **Interventoría:** El registro de indicadores de accidentalidad de acuerdo con la normatividad vigente se adjunta en el **ANEXO 3.**

Ilustración 5. Indicadores accidentalidad interventoría

INDICADORES RESOLUCIÓN 0312 DE 2019
SOLIUN SAS

Nombre del indicador	Definición	Fórmula	Periodicidad	2025						
				Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio
Frecuencia de accidentalidad	Número de veces que ocurre un accidente de trabajo en el mes	(Número de accidentes de trabajo que se presentaron en el mes / Número de trabajadores en el mes) * 100	Mensual	0	0	0				
Severidad de accidentalidad	Número de días perdidos por accidentes de trabajo en el mes	(Número de días de incapacidad por accidente de trabajo en el mes + Número de días cargados en el mes / Número de trabajadores en el mes) * 100	Mensual	0	0	0				
Proporción de accidentes de trabajo mortales	Número de accidentes de trabajo mortales en el año	(Número de accidentes de trabajo mortales que se presentaron en el año / Total de accidentes de trabajo que se presentaron en el año) * 100	Anual							
Prevalencia de la enfermedad laboral	Número de casos de enfermedad laboral presentes en una población en un periodo de tiempo	(Número de casos nuevos y antiguos de enfermedad laboral en el periodo «Z» / Promedio de trabajadores en el periodo «Z») * 100.000	Anual							
Incidencia de la enfermedad laboral	Número de casos nuevos de enfermedad laboral en una población determinada en un periodo de tiempo	(Número de casos nuevos de enfermedad laboral en el periodo «Z» / Promedio de trabajadores en el periodo «Z») * 100.000	Anual							
Ausentismo por causa médica	Ausentismo es la no asistencia al trabajo, con incapacidad médica	(Número de días de ausencia por incapacidad laboral o común en el mes / Número de días de trabajo programados en el mes) * 100	Mensual	0	0					

Datos							
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio
Numero de trabajadores	2	21	21	-	-	-	-
Numero de accidentes de trabajo	0	0	0	-	-	-	-
Numeros de días de incapacidad por accidente de trabajo	0	0	0	-	-	-	-
Numero de días de ausencia por incapacidad comun y/o laboral	0	0	0	-	-	-	-

Consultor: A continuación, se adjunta indicadores del SG-SST presentador por el consultor.

Ilustración 6. Indicadores SG-SST consultoría

No. de trabajadores: 20

HHT = 2000

INDICADOR	INDICE	INTERPRETACIÓN	FRECUENCIA	Mar
FRECUENCIA DE ACCIDENTALIDAD	Numero accidentes de trabajo que se presentaron en el mes / Número de trabajadores en el mes *100	Por cada cien (100) trabajadores que laboran en el mes, se presentaron X accidentes de trabajo	MENSUAL	0
SEVERIDAD DE ACCIDENTALIDAD	Numero de dias de incapacidad por accidente de trabajo en el mes + número de dias cargados en el mes/ número de trabajadores en el mes * 100	Por cada cien (100) trabajadores que laboran en el mes, se perdieron X accidentes de trabajo	MENSUAL	0
PROPORCION DE ACCIDENTES DE TRABAJO MORTALES	Número de accidentes de trabajo mortales que se presentaron en el año/ Total de accidentes que se presentaron en el año * 100	En el año, el X% de accidentes de trabajo fueron mortales	ANUAL	0
PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD LABORAL	Número de casos nuevos y antiguos de enfermedad laboral en el periodo Z / Promedio de trabajadores en el periodo Z) *100000	Por cada 100000 trabajadores existen X casos de enfermedad laboral en el periodo Z	ANUAL	0
INCIDENCIA DE LA ENFERMEDAD LABORAL	Número de casos nuevos de enfermedad laboral en el periodo Z/ Promedio de trabajadores en el periodo Z) * 100000	Por cada 100000 trabajadores existen X casos nuevos de enfermedad laboral en el periodo Z	ANUAL	0
AUSENTISMO POR CAUSA MEDICA	Numero de dias de ausencia por incapacidad laboral o común en el mes/ Numero de dias de trabajo programados en el mes * 100	En el mes se perdió X% de dias programados de trabajo por incapacidad médica	MENSUAL	0%

4.11. Accidentes de trabajo

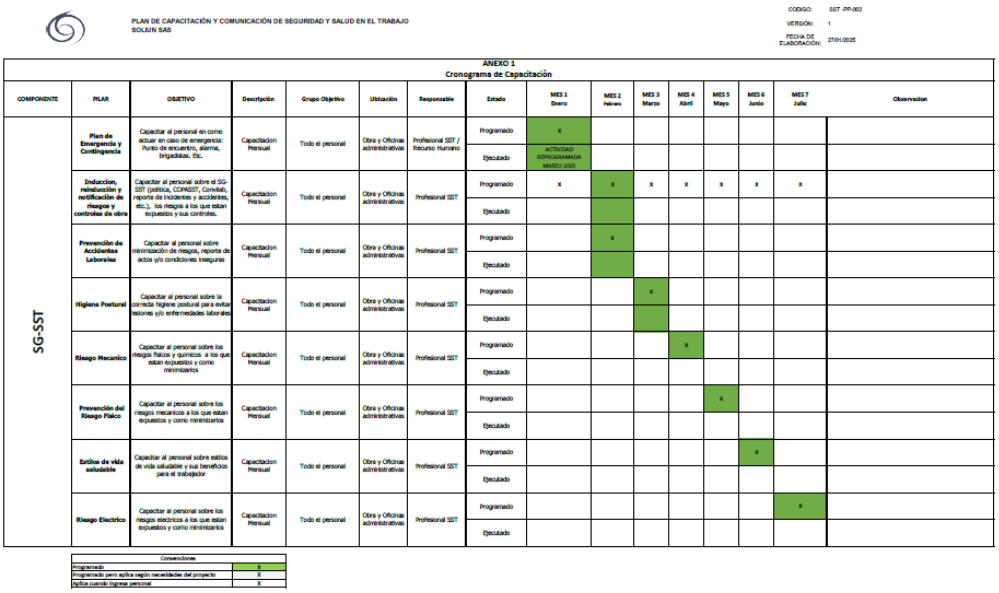
- **Interventoría:** No se presentaron accidentes de trabajo en la interventoría en el periodo del informe.

- **Consultor:** No se presentaron accidentes de trabajo por parte del consultor en el periodo del informe

4.12. Programa de capacitaciones.

- **Interventoría:** De acuerdo al plan de trabajo establecido y presentado en el SG-SST del proyecto, para el mes de reporte se llevó a cabo la capacitación sobre **higiene postural** En el **ANEXO 4**, se adjuntan los respectivos soportes.
  Para el mes de marzo se reprogramo la capacitación sobre **plan de emergencias** la cual correspondía al mes de enero de 2025. Dicho soporte también se adjunta en el **ANEXO 4.**

Ilustración 7. Plan de capacitación interventoría



PLAN DE CAPACITACIÓN Y COMUNICACIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
SOLIUN SAS

CODIGO: SST-PP-002
VERSIÓN: 1
FECHA DE ELABORACIÓN: 27/01/2025

ANEXO 1
Cronograma de Capacitación

COMPONENTE	PILAR	OBJETIVO	Descripción	Grupo Objetivo	Ubicación	Responsable	Estado	MES 1 Enero	MES 2 febrero	MES 3 Marzo	MES 4 Abril	MES 5 Mayo	MES 6 Junio	MES 7 Julio	Observacion
SG-SST	Plan de Emergencia y Contingencia	Capacitar al personal en como actuar en caso de emergencia: Punto de encuentro, alarma, brigadistas. Etc.	Capacitacion Mensual	Todo el personal	Obra y Oficinas administrativas	Profesional SST / Recurso Humano	Programado	X							
							Ejecutado	ACTIVIDAD REPROGRAMADA MARZO 2025							
	Induccion, reinduccion y notificación de riesgos y controles de obra	Capacitar al personal sobre el SG-SST (politica, COPASST, Convivir, reporte de incidentes y accidentes, etc.), los riesgos a los que estan expuestos y sus controles.	Capacitacion Mensual	Todo el personal	Obra y Oficinas administrativas	Profesional SST	Programado	X	X	X	X	X	X	X	
							Ejecutado								
	Prevención de Accidentes Laborales	Capacitar al personal sobre minimización de riesgos, reporte de actos y/o condiciones inseguras	Capacitacion Mensual	Todo el personal	Obra y Oficinas administrativas	Profesional SST	Programado		X						
							Ejecutado								
	Higiene Postural	Capacitar al personal sobre la correcta higiene postural para evitar lesiones y/o enfermedades laborales	Capacitacion Mensual	Todo el personal	Obra y Oficinas administrativas	Profesional SST	Programado			X					
							Ejecutado			X					
	Riesgo Mecanico	Capacitar al personal sobre los riesgos físicos y químicos a los que estan expuestos y como minimizarlos	Capacitacion Mensual	Todo el personal	Obra y Oficinas administrativas	Profesional SST	Programado				X				
							Ejecutado								
	Prevención del Riesgo Físico	Capacitar al personal sobre los riesgos mecanicos a los que estan expuestos y como minimizarlos	Capacitacion Mensual	Todo el personal	Obra y Oficinas administrativas	Profesional SST	Programado					X			
							Ejecutado								
	Estilos de vida saludable	Capacitar al personal sobre estilos de vida saludable y sus beneficios para el trabajador	Capacitacion Mensual	Todo el personal	Obra y Oficinas administrativas	Profesional SST	Programado						X		
							Ejecutado								
	Riesgo Electrico	Capacitar al personal sobre los riesgos electricos a los que estan expuestos y como minimizarlos	Capacitacion Mensual	Todo el personal	Obra y Oficinas administrativas	Profesional SST	Programado							X	
							Ejecutado								

Convenciones	
Programado	X
Programado pero aplica según necesidades del proyecto	X
Aplica cuando ingresa personal	X

Consultor: De acuerdo al plan de capacitación del consultor, para el periodo de marzo estaba programado el desarrollo de inducciones y capacitación del mes, tal y como se evidencia a continuación:

Ilustración 8. Plan de capacitación consultor

		PROGRAMA DE CAPACITACIÓN E INDUCCIÓN 2025 CONTRATO-IDRD-SG-4266-2024 REALIZAR LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TECNICOS DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA PARA LA ADECUACION DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMON BOLIVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO													Enero de 2025		
FECHA DE ACTUALIZACIÓN	ene-25	RESPONSABLE SST	LAURA LIZARAZO		COPASST	ANDRÉS CABRERA		REPRESENTANTE LEGAL	ANDRÉS CABRERA								
									CUMPLIMIENTO		COBERTURA			EFICACIA			
INDUCCIÓN, REINDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y/O ENTRENAMIENTO	TEMÁTICAS	OBJETIVO	PARTICIPANTES	Tipo	ENTIDAD / FACILITADOR	COMPETENCIA DEL FACILITADOR	FECHA DE PROGRAMACIÓN	FECHA DE REALIZACIÓN	Cumplimiento	No. Horas de Duración	No. asistentes	No. trabajadores programados	% Cobertura	No. Trabajadores evaluados	No. Evaluaciones eficaces	% evaluaciones eficaces
CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO																
INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN			Todos	Presencial / virtual	Responsable del SG-SST	Asesor SST	Enero y Ferero 2025 Actividad reprogramada para Marzo 2025	3/03/2025	100%	40 min	19	19	100%	19	19	19
CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO																
PRESENCIAL O VIRTUAL																
PLAN DE EMERGENCIA	Divulgación, concepto de primeros auxilios, control de incendio y evacuación	Divulgar el plan y dar los lineamientos mínimos de manejo de emergencias en cuanto a primeros auxilios, control de incendios, tipos de agente extintor, formas de combatir el fuego, uso de extintor, evacuación y rutas de evacuación	Todos	Presencial / virtual	SST	Brigadista Integral	mar.-25 Actividad ejecutada en abril 2025	2/04/2025	100%	45min	19	19	100%	19	19	19
RIESGOS	Tipos de riesgo y medias de control. Actos y condiciones inseguras	Capacitar al personal sobre los riesgos propios de la actividad. Dar a conocer el instrumento de reporte de incidentalidad y accidentalidad laboral y el proceso de control de riesgos.	Todos	Presencial / virtual	SST	Responsable del SG-SST	may.-25		0	45min						
SALUD PÚBLICA	Saneamiento Ambiental (Agua potable, fumigación, Vacunación) ETS, EDA. ETA, IRA. Cancer (Seno, Prostata)	Identificar hábitos alimenticios saludables, alimentación sana y balanceada, para que sean puestos en práctica en la vida familiar y laboral del trabajador.	todos	Presencial / virtual	SST	Responsable del SG-SST	jul.-25		0	30min						
CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA									50%							

En el **ANEXO 4.1**. se adjunta el programa de capacitación e inducción 2025 del consultor, con los ajustes solicitados de acuerdo a las reprogramaciones de actividades como inducciones y capacitación del mes de marzo de 2025. Así mismo, los soportes de esta capacitación desarrollada.

- <u>Respuesta observaciones entidad contratante</u>

Como parte de la trazabilidad de la atención y seguimiento de las observaciones realizadas por la entidad contratante., se adjuntan en el **ANEXO 11**, del presente informe las solicitudes y respuestas dadas tanto por el consultor e interventoría para fines informativos.

No obstante, atendiendo la observación de la entidad en el **ANEXO 1.1,** se adjunta el pago de seguridad social como persona independiente de MARTHA VIVIANA RODRIGUEZ para el mes de marzo, cabe aclarar, que la profesional participa en el proyecto como asesora externa al componente SST de consultoría. Como anotación adicional, el pago de ARL de la profesional en su rol como asesora externa, lo realizan empresas ajenas a la empresa de consultoría, sin embargo, para fines de seguimiento y validación, se adjunta soporte de RUAF, donde se evidencia el estado activo de vinculación de la profesional en mención.

4.13. Comités

4.13.1. Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo – COPASST

- **Interventoría:** El día **27 de marzo de 2025,** se realizó la reunión mensual de COPASST por parte de la interventoría. En esta reunión se realizó: revisión de los compromisos pendientes, se informó tasas de accidentalidad, cumplimiento del cronograma SST. En el **ANEXO 5**, se adjunta soporte del acta.

- **Consultor:** El día **31 de marzo de 2025**, el consultor realizo reunión mensual de COPASST**.** El soporte de reunión de COPASST se adjunta en el **ANEXO 5.1.**

4.13.2. Comité de Convivencia Laboral – CONVILAB

- **Interventoría:** La reunión de CCL se desarrolló en el mes de febrero, por lo tanto, la siguiente reunión se llevará a cabo en el mes de mayo.
- **Consultor:** El día **31 de marzo de 2025**, el consultor realizo reunión trimestral del CCL**.** El soporte de reunión de CCL se adjunta en el **ANEXO 5.1.** Así mismo, se adjunta acta de conformación de dicho comité.

4.14. Registro entrega de elementos de protección

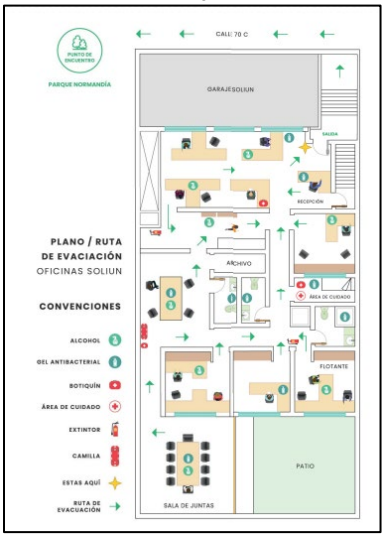
- **Interventoría:** Para el periodo del informe NO se realizó entrega de Elementos de Protección Personal al personal de la interventoría. Está pendiente la entrega de chaquetas institucionales las cuales de acuerdo a directriz de la entidad deben de usarse en la reunión de inicio, sin embargo, dicha actividad no ha sido realizada. Una vez se defina la fecha de esta reunión se realizará de manera anticipada la entrega de la indumentaria institucional al personal de interventoría que deba de asistir.
- **Consultor:** El consultor dará cumplimiento a la entrega de chaquetas institucionales para su personal mínimo contractual que efectué actividades donde esto sea necesario, tal y como se mencionó para el caso de interventoría, está pendiente el desarrollo de la reunión de inicio del contrato donde por directriz de la entidad se deben de usar estas chaquetas como distintivo del contrato. Los soportes de estas entregas el consultor las entregará una vez se realice la reunión en mención.

4.15. Campamentos

- **Interventoría:**

Durante el periodo del informe, correspondiente al mes de **marzo de 2025**, la interventoría cuento con su campamento, en la carrera 70C Nº48-55, el cual cuenta con Baños y lavamanos, cocina, puestos de trabajo y elementos para la atención de emergencias.

Ilustración 9: Plano Campamento Interventoría



Fuente: Equipo Interventor

Ilustración 10: Plano Campamento Interventoría



Fuente: Equipo Interventor

4.16. Inspecciones planeadas interventoría

Para el periodo del informe la interventoría realizo las inspecciones, programadas dentro de su plan de trabajo SST:

- inspecciones de extintor (27 de marzo de 2025)
- Inspecciones de botiquín. (27 de marzo de 2025)
- Inspección locativa (27 de marzo de 2025)

Las inspecciones mencionadas, se allegan en el presente informe en el **ANEXO 6.**

4.17. Inspecciones planeadas consultor

El consultor no realizo inspecciones durante el periodo de reporte.

4.18. Permisos de trabajo

- **Interventoría:** De acuerdo a lo consignado en el plan SST de la interventoría, se recuerda a la entidad que acorde a las actividades realizadas como parte del objeto del contrato, las cuales fueron evaluadas en la matriz de riesgos, el personal de interventoría no realiza ninguna actividad de alto riesgo, razón por la cual no se remiten soportes de realización de permisos de trabajo.

- **Consultor:** Se informa a la entidad que de acuerdo a lo consignado en el plan SST del consultor que acorde a las actividades realizadas como parte del objeto del contrato, las cuales fueron evaluadas en la matriz de riesgos, el personal vinculado al proyecto de consultoría no realiza ninguna actividad de alto riesgo, razón por la cual no se remiten soportes de realización de permisos de trabajo.

4.19. Cumplimiento del plan de trabajo del contratista

A la fecha de presentación del presente informe, el consultor no había remitido su informe mensual SST N°3, por lo tanto, no es posible registrar la información de este numeral.

Es importante tener en cuenta que el SG-SST del consultor este fue revisado y se dio aprobación el día 19 de febrero de 2025. En el **ANEXO 9 del informe SST N°2** se adjuntaron los soportes de revisión y a continuación, se presenta la trazabilidad de revisiones realizadas:

Tabla 4. Trazabilidad revisiones SG-SST consultor

FECHA	OBSERVACIÓN	SOPORTE DE NOTIFICACIÓN
24-01-2025	Envió versión 1 SG-SST por parte del consultor	Mediante el comunicado MCA034-2025-2502PSB-013, el día 24-01-2025, el consultor remite la versión 1 del SG-SST para revisión.
28-01-2025	Se remitieron observaciones a la versión 1 del SG-SST.	Mediante el comunicado IDRD-4310-2024-023, el día 28-01-2025 se remiten observaciones a la información remitida.
03-02-2025	Consultor remite alcance observaciones al SG-SST	Mediante el comunicado MCA034-2025-2502PSB-023, el día 03-02-2025, el consultor remite la versión 2 del SG-SST para revisión.
10-02-2025	Interventoría remite respuesta al consultor.	Se remite el comunicado IDRD-4310-2024-055, el dia 10-02-2025 notificando que el SG-SST será aprobado hasta que la hv de la profesional propuesta sea probada por interventoría.
19-02-2025	Se remite aprobación al SG-SST del consultor.	Mediante el comunicado IDRD-4310-2024-089, el día 19-02-2025, se remite aprobación a la versión 2 del SG-SST.

5. CONCLUSIONES

- Durante el periodo de reporte la interventoría dio cumplimiento a la entrega del plan SST de acuerdo a lo estipulado en el anexo SST emitido por la entidad.
- Se llevo a cabo la capacitación programada de acuerdo al plan de trabajo de interventoría, así mismo, se realizó la capacitación que se encontraba pendiente por parte de interventoría.
- No se presentaron accidentes laborales por parte de interventoría.
- No se presentaron accidentes por parte de la consultoría.
- Se dio aprobación al informe SST N°3 del consultor mediante el comunicado IDRD-4310-2024-319 el día 05-05-2025, aclarando que esta se dio fuera de los términos contractuales para presentación de informes, ya que el consultor entrego la respectiva subsanación con demoras.

- En el ANEXO 11, se adjunta soporte e la respuesta remitida por el consultor con respecto a las observaciones realizadas por entidad de acuerdo al rol de la profesional contractual y de apoyo al contrato.

Anexo 1. Seguridad social interventoría

SOLIUN	REALIZAR LA INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, CONTABLE, FINANCIERA, SOCIAL, AMBIENTAL, SST Y JURÍDICA A LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TÉCNICOS DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA DE LA ADECUACIÓN DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMÓN BOLÍVAR						IDRD BOGOTÁ
	Contrato de interventoría No. 4310-2025						
	PERIODO DEL 01 AL 31 DE MARZO DE 2025						

NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	ARL	FECHA DE AFILIACIÓN O PAGO	E.P.S	FECHA DE ULTIMO PAGO	A.F.P.	FECHA DE ULTIMO PAGO
Edna Constanza Cepeda	51.870.499	Directora de Interventoria	SURA	10/03/2025	COMPENSAR	4/03/2025	COLPENSIONES	4/03/2025
Carlos Andres Vasquez	79.694.307	Especialista en diseño arquitectonico y paisajismo	SEGUROS BOLIVAR	11/03/2025	SANITAS	17/02/2025	COLPENSIONES	11/03/2025
Laura Catalina Gomez	1.022.437.241	Apoyo Coordinación	SURA	21/03/2025	SANITAS	21/03/2025	PORVENIR	21/03/2025
Vianney Leaño Urrego	52.175.315	Profesional calidad	SURA	14/03/2025	SALUD TOTAL	10/03/2025	PROTECCION	10/03/2025
Carlos Andres Figueroa Ayala	1.049.629.534	Especialista en vias, transito y transporte	SURA	10/03/2025	COMPENSAR	10/03/2025	PORVENIR	10/03/2025
Yenny Paola Reyes Costilla	23.782.608	Especialista en redes electricas y energia solar	SURA	14/03/2025	SANITAS	3/03/2025	COLFONDOS	3/03/2025
Gustavo Adolfo Barreto Alvarado	16.755.981	Especialista en paisajismo	SURA	25/03/2025	FAMISANAR	25/03/2025	PROTECCION	25/03/2025
Mario Mauricio Rodriguez Calderon	1.020.796.582	Especialista en redes hidrosanitarias	POSITIVA	13/03/2025	SALUD TOTAL	13/03/2025	PORVENIR	13/03/2025
Raul Orlando Delgado	79.573.492	Especialista en geotecnia	SURA	14/03/2025	COMPENSAR	21/03/2025	COLPENSIONES	21/03/2025
Laura Sofia Fernández	1.030.673.336	Especialista SST	SURA	27/03/2025	SURA	27/03/2025	PORVENIR	27/03/2025
Maria del Rosario Cardenas Junca	35.478.754	Profesional en gestion social	SURA	10/03/2025	COMPENSAR	10/03/2025	COLPENSIONES	10/03/2025
Juan Carlos Ramirez Solano	1.015.427.454	Topografo	SURA	10/03/2025	FAMISANAR	10/03/2025	PROTECCION	10/03/2025
John Forigua Hincapie	79.485.516	Especialista forestal	SURA	10/03/2025	COMPENSAR	25/03/2025	COLFONDOS	25/03/2025
Linda Ximena Robayo	1.026.574.716	Especialista gestion del riesgo	SURA	3/03/2025	ALIANSALUD	3/03/2025	PROTECCION	3/03/2025
Ruben Dario Marquez	1.015.393.327	Cadenero	SURA	21/03/2025	SANITAS	21/03/2025	PORVENIR	21/03/2025
Jhon Echeverry	10.289.643	Conductor	SURA	21/03/2025	SANITAS	21/03/2025	COLPENSIONES	21/03/2025
Luis Rodriguez	1.010.210.066	Diseñador señaletica	SURA	27/03/2025	SANITAS	27/03/2025	PROTECCION	27/03/2025
Yaneth Duarte Almonacid	52.098.232	Especialista en gestion ambiental	SURA	10/03/2025	COMPENSAR	10/03/2025	COLPENSIONES	10/03/2025
Sindy Natali Espinosa Sierra	1.024.481.967	Apoyo componente ambiental	SURA	14/03/2025	FAMISANAR	13/03/2025	COLPENSIONES	13/03/2025
Jeison Orlando Delgado Duarte	1.018.459.148	Coordinador BIM Profesional costos	SURA	21/03/2025	COMPENSAR	21/03/2025	PORVENIR	21/03/2025
Jesus Alberto Olmos	1.043.029.752	Apoyo componente costos y presupuestos	SURA	21/03/2025	NUEVA EPS	21/03/2025	COLPENSIONES	21/03/2025

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **SOLIUN INGENIERIA SAS**, identificada con **NI** número **901114547**, aportó por **EDNA CONSTANZA CEPEDA SANCHEZ** identificado(a) con **CC** número **51870499** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 02 - 2025 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
14-11	ARL SURA	59															0		30	$3,587,000	0.06960	$249,700	$0	$0	Febrero - 2025	84738969	10/03/2025	No

PAGADA

El presente certificado se expide a los **4** días del mes **Abril** de **2025**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-03-04, 10:51:08 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1070848809

Periodo Cotización 202502 **Periodo Servicio** 202502

Cliente:

PAGADA 2025-03-04

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	EDNA CONSTANZA CEPEDA SANCHEZ				
Documento	CC 51870499	**Dirección**	CL 23 #6 - 184 APTO 302 TORRE 3		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3017443572		
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 51870499		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	03	00					CEPEDA SANCHEZ EDNA CONSTANZA	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			$ 3.587.000	25-14		16 %	$ 3.587.000	$ 574.000	$ 0	$ 0	EPS008		12,5 %	$ 3.587.000	$ 448.400	$ 0	NIN-AR		0,000 %	$ 0	$ 0	CCF24	0,6 %	$ 3.587.000	$ 21.600	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
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	COMPENSAR EPS	NINGUNA ARP	COMPENSAR CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 574.000	$ 0	$ 0	$ 448.400	$ 0	$ 21.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.044.000

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 901094297	1	CAV URBANISMO SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CARRERA 17 NO. 61A 39	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6019343	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-03	1328310496	9483024604	E	2025/03/25	2025/03/11	BANCO DAVIVIENDA	0	$4,679,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (8 Afiliados)						$17,555,824	$2,809,300			$17,555,824	$702,500			$17,555,824	$702,500			$17,555,824	$464,800		$0	$0
Centro de Trabajo: ADMON (5 Afiliados)						$10,344,524	$1,655,400			$10,344,524	$414,000			$10,344,524	$414,000			$10,344,524	$54,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (5 Afiliados)						$10,344,524	$1,655,400			$10,344,524	$414,000			$10,344,524	$414,000			$10,344,524	$54,300		$0	$0
1	CC	80250554	BURGOS ALEX	230201	30	$2,169,002	$347,100	EPS008	30	$2,169,002	$86,800	CCF22	30	$2,169,002	$86,800	14-7	30	$2,169,002	$11,400	30	$0	$0
2	CC	1030565625	CENTENO ANDREA	230201	30	$2,313,601	$370,200	EPS008	30	$2,313,601	$92,600	CCF22	30	$2,313,601	$92,600	14-7	30	$2,313,601	$12,100	30	$0	$0
3	CC	1014278556	RIOS INGRID	230301	30	$2,108,752	$337,500	EPS005	30	$2,108,752	$84,400	CCF22	30	$2,108,752	$84,400	14-7	30	$2,108,752	$11,100	30	$0	$0
4	CC	1018429803	ROCHA NATHALY	230201	30	$2,329,669	$372,800	EPS008	30	$2,329,669	$93,200	CCF22	30	$2,329,669	$93,200	14-7	30	$2,329,669	$12,200	30	$0	$0
5	CC	1013113561	VASQUEZ CAMILO	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-7	30	$1,423,500	$7,500	30	$0	$0
Centro de Trabajo: GENERALES (1 Afiliados)						$1,547,000	$247,600			$1,547,000	$61,900			$1,547,000	$61,900			$1,547,000	$16,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,547,000	$247,600			$1,547,000	$61,900			$1,547,000	$61,900			$1,547,000	$16,200		$0	$0
6	CC	64522564	ACEVEDO ANGELA	25-14	30	$1,547,000	$247,600	EPS002	30	$1,547,000	$61,900	CCF22	30	$1,547,000	$61,900	14-7	30	$1,547,000	$16,200	30	$0	$0
Centro de Trabajo: Principal (2 Afiliados)						$5,664,300	$906,300			$5,664,300	$226,600			$5,664,300	$226,600			$5,664,300	$394,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados)						$5,664,300	$906,300			$5,664,300	$226,600			$5,664,300	$226,600			$5,664,300	$394,300		$0	$0
7	CC	1051286103	VARGAS LUIS	230301	14	$664,300	$106,300	EPS017	14	$664,300	$26,600	CCF22	14	$664,300	$26,600	14-7	14	$664,300	$46,300	14	$0	$0
8	CC	79694307	VASQUEZ CARLOS	25-14	30	$5,000,000	$800,000	EPS005	30	$5,000,000	$200,000	CCF22	30	$5,000,000	$200,000	14-7	30	$5,000,000	$348,000	30	$0	$0
Total			**Afiliados(8)**			$17,555,824	$2,809,300			$17,555,824	$702,500			$17,555,824	$702,500			$17,555,824	$464,800		$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 901094297	1	CAV URBANISMO SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CARRERA 17 NO. 61A 39	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6019343	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-03	1328310496	9483024604	E	2025/03/25	2025/03/11	BANCO DAVIVIENDA	0	$4,679,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				8	$2,809,300	$0	$0	$2,809,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	3	$1,275,400	$0	$0	$1,275,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	2	$443,800	$0	$0	$443,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	3	$1,090,100	$0	$0	$1,090,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				8	$464,800	$0	$0	$464,800
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	8	$464,800	$0	$0	$464,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				8	$702,500	$0	$0	$702,500
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	8	$702,500	$0	$0	$702,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 4)				8	$702,500	$0	$0	$702,500
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	3	$272,600	$0	$0	$272,600
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$26,600	$0	$0	$26,600
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$61,900	$0	$0	$61,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	3	$341,400	$0	$0	$341,400
TOTAL				**8**	**$4,679,100**	**$0**	**$0**	**$4,679,100**

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **4D CONSTRUCTORES SAS**, identificada con **NI** número **901141365**, aportó por **LAURA CATALINA GOMEZ LINARES** identificado(a) con **CC** número **1022437241** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 02 - 2025 y 03 - 2025 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
14-11	ARL SURA	1												X			0		1	$102,334	0.00000	$0	$0	$0	Febrero - 2025	84703037	21/03/2025	Si
14-11	ARL SURA	1															0		29	$2,967,667	0.06960	$206,600	$0	$0	Febrero - 2025	84703037	21/03/2025	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1												X			0		1	$102,334	0.04000	$4,100	$0	$0	Febrero - 2025	84703037	21/03/2025	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		29	$2,967,667	0.04000	$118,800	$0	$0	Febrero - 2025	84703037	21/03/2025	Si
230301	Porvenir	1												X			0		1	$102,334	0.16000	$16,400	$0	$0	Febrero - 2025	84703037	21/03/2025	Si
230301	Porvenir	1															0		29	$2,967,667	0.16000	$474,900	$0	$0	Febrero - 2025	84703037	21/03/2025	Si
EPS005	Sanitas EPS	1												X			0		1	$102,334	0.04000	$4,100	$0	$0	Marzo - 2025	84703037	21/03/2025	Si
EPS005	Sanitas EPS	1															0		29	$2,967,667	0.04000	$118,800	$0	$0	Marzo - 2025	84703037	21/03/2025	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **4** días del mes **Abril** de **2025**

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	52175315	NANSLHY VIANNEY LEAÑO URREGO	CRA 57 B 130 A 48 APT 307	3103249803	VIANNEY.LEANO@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-02	I	10/03/2025	84055928	$657.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	287.500	0		0		0	4	800	0	288.300	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	368.000	0	0	0	0	4	1.000	0	369.000	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	4	0	0	0
ICBF				
0	4	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	287.500	288.300
Pensión	1	368.000	369.000
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	655.500	657.300

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52175315	NANSLHY VIANNEY LEAÑO URREGO		CRA 57 B 130 A 48 APT 307	3103249803	VIANNEY.LEANO@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	
2025-02	2025-02	I	10/03/2025	84055928	$657.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52175315	LEAÑO URREGO NANSLHY VIANNEY	3	0			N																	230201	2.300.000	368.000	0	0	0	0	EPS002	2.300.000	287.500		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **Soliun S.A.S**, identificada con **NI** número **900768458**, aportó por **NANSLHY VIANNEY LEAÑO URREGO** identificado(a) con **CC** número **52175315** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 02 - 2025 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
14-11	ARL SURA	59															0		30	$2,310,000	0.06960	$160,800	$0	$0	Febrero - 2025	84739304	14/03/2025	No

PAGADA

El presente certificado se expide a los **4** días del mes **Abril** de **2025**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **SOLIUN INGENIERIA SAS**, identificada con **NI** número **901114547**, aportó por **CARLOS ANDRES FIGUEROA AYALA** identificado(a) con **CC** número **1049629534** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 02 - 2025 y 03 - 2025 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
14-11	ARL SURA	1															0		30	$4,320,000	0.06960	$300,700	$0	$0	Febrero - 2025	84700219	10/03/2025	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$4,320,000	0.04000	$172,800	$0	$0	Febrero - 2025	84700219	10/03/2025	Si
EPS008	Compensar EPS	1															0		30	$4,320,000	0.04000	$172,800	$0	$0	Marzo - 2025	84700219	10/03/2025	Si
230301	Porvenir	1															0		30	$4,320,000	0.16000	$691,200	$0	$0	Febrero - 2025	84700219	10/03/2025	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **4** días del mes **Abril** de **2025**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **Soliun S.A.S**, identificada con **NI** número **900768458**, aportó por **YENNY PAOLA REYES COSTILLA** identificado(a) con **CC** número **23782608** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 02 - 2025 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
14-11	ARL SURA	59															0		30	$2,400,000	0.06960	$167,100	$0	$0	Febrero - 2025	84739304	14/03/2025	No

PAGADA

El presente certificado se expide a los **4** días del mes **Abril** de **2025**

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
CC 23782608		REYES COSTILLA YENNY PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 8 SUR # 70-80 CS 120	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6966510	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1300635158	9481939941	I	2025/03/05	2025/03/03	BANCO DE BOGOTA	0	$698,400

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: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,400,000	$384,000			$2,400,000	$300,000			$2,400,000	$14,400			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,400,000	$384,000			$2,400,000	$300,000			$2,400,000	$14,400			$0	$0		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,400,000	$384,000			$2,400,000	$300,000			$2,400,000	$14,400			$0	$0		$0	$0
1	CC	23782608	REYES YENNY	231001	30	$2,400,000	$384,000	EPS005	30	$2,400,000	$300,000	CCF24	30	$2,400,000	$14,400		0	$0	$0	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$2,400,000	$384,000			$2,400,000	$300,000			$2,400,000	$14,400			$0	$0		$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
CC 23782608		REYES COSTILLA YENNY PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 8 SUR # 70-80 CS 120	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6966510	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1300635158	9481939941	I	2025/03/05	2025/03/03	BANCO DE BOGOTA	0	$698,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$384,000	$0	$0	$384,000
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$384,000	$0	$0	$384,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$14,400	$0	$0	$14,400
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$14,400	$0	$0	$14,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$300,000	$0	$0	$300,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$300,000	$0	$0	$300,000
TOTAL				1	$698,400	$0	$0	$698,400

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-03-25, 04:05:47 p. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 76315419

Periodo Cotización 202503 **Periodo Servicio** 202503

PAGADA 2025-03-25 16:04:06.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	GUSTAVO ADOLFO BARRETO ALVARADO				
Documento	CC 16755981	**Dirección**	CL 188 #55 - 69 INTERIOR 8 APTO 103		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	6017160131		
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 16755981		**Residente**		**Exonerado**		**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	57	00				N	BARRETO ALVARADO GUSTAVO ADOLFO	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	30	0			$ 1.800.000	230201		16 %	$ 1.800.000	$ 288.000	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 1.800.000	$ 225.000	$ 0	14-11	2	1,044 %	$ 1.800.000	$ 18.800	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
PROTECCION	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 288.000	$ 0	$ 0	$ 225.000	$ 18.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 531.800

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.

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 1020796582		RODRIGUEZ CALDERON MARIO MAURICIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra5ta #6a -19	COTA-CUNDINAMARCA	5555555	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1334238492	9482687164	I	2025/03/20	2025/03/13	BANCOLOMBIA	0	$524,900

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	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,000,000	$20,000			$1,423,500		$99,100		$0	$0		$524,900
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,000,000	$20,000			$1,423,500		$99,100		$0	$0		$524,900
Ciudad: COTA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)																					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,000,000	$20,000			$1,423,500		$99,100		$0	$0		$524,900
1	CC	1020796582	RODRIGUEZ MARIO																	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$178,000	CCF22	30	$1,000,000	$20,000	14-23	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	No	$524,900
Total		**Afiliados(1)**																			$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,000,000	$20,000			$1,423,500		$99,100		$0	$0		$524,900

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1020796582		RODRIGUEZ CALDERON MARIO MAURICIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra5ta #6a -19	COTA-CUNDINAMARCA	5555555	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1334238492	9482687164	I	2025/03/20	2025/03/13	BANCOLOMBIA	0	$524,900

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
PORVENIR	230301	800,224,808	8	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	$20,000	$0	$0	$20,000
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$20,000	$0	$0	$20,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				**1**	**$524,900**	**$0**	**$0**	**$524,900**

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **Soliun S.A.S**, identificada con **NI** número **900768458**, aportó por **RAUL ORLANDO DELGADO CABIATIVA** identificado(a) con **CC** número **79573492** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 02 - 2025 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
14-11	ARL SURA	59															0		30	$3,248,000	0.06960	$226,100	$0	$0	Febrero - 2025	84739304	14/03/2025	No

PAGADA

El presente certificado se expide a los **4** días del mes **Abril** de **2025**

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	79573492	RAUL ORLANDO DELGADO CABIATIVA	CARRERA 71D No. 12C-60 TORRE 2 APTO 402	7653016	civil.delgado@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-02	I	21/03/2025	84744215	$869.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	374.600	0		0		0	0	0	0	374.600	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	479.500	0	0	0	0	0	0		479.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	15.700				15.700	0	0	15.700			157	15.700	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	374.600	374.600
Pensión	1	479.500	479.500
Riesgos Laborales	1	15.700	15.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	869.800	869.800

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79573492	RAUL ORLANDO DELGADO CABIATIVA		CARRERA 71D No. 12C-60 TORRE 2 APTO [illegible]	7653016	civil.delgado@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-02	I	21/03/2025	84744215	$869.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	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	79573492	DELGADO CABIATIVA RAUL ORLANDO	59	0			N																	25-14	2.996.400	479.500	0	0	0	0	EPS008	2.996.400	374.600	14-11	2.996.400	1	15.700		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

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **SUSTENTABILIDAD EMPRESARIAL**, identificada con **NI** número **901331295**, aportó por **LAURA SOFIA FERNANDEZ FLECHAS** identificado(a) con **CC** número **1030673336** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 02 - 2025 y 03 - 2025 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
14-11	ARL SURA	1												X			0		1	$80,667	0.00000	$0	$0	$0	Febrero - 2025	84742660	27/03/2025	Si
14-11	ARL SURA	1							X								0		29	$2,339,334	0.06960	$162,900	$0	$0	Febrero - 2025	84742660	27/03/2025	Si
CCF22	Colsubsidio Caja de Compensacion Fliar	1												X			0		1	$80,667	0.04000	$3,300	$0	$0	Febrero - 2025	84742660	27/03/2025	Si
CCF22	Colsubsidio Caja de Compensacion Fliar	1							X								0		29	$2,339,334	0.04000	$93,600	$0	$0	Febrero - 2025	84742660	27/03/2025	Si
EPS010	EPS Sura	1												X			0		1	$80,667	0.04000	$3,300	$0	$0	Marzo - 2025	84742660	27/03/2025	Si
EPS010	EPS Sura	1							X								0		29	$2,339,334	0.04000	$93,600	$0	$0	Marzo - 2025	84742660	27/03/2025	Si
230301	Porvenir	1												X			0		1	$80,667	0.16000	$13,000	$0	$0	Febrero - 2025	84742660	27/03/2025	Si
230301	Porvenir	1							X								0		29	$2,339,334	0.16000	$374,300	$0	$0	Febrero - 2025	84742660	27/03/2025	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **4** días del mes **Abril** de **2025**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **Soliun S.A.S**, identificada con **NI** número **900768458**, aportó por **MARIA DEL ROSARIO CARDENAS JUNCA** identificado(a) con **CC** número **35478754** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 02 - 2025 y 03 - 2025 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1															0		30	$3,560,000	0.16000	$569,600	$0	$0	Febrero - 2025	84698725	10/03/2025	Si
14-11	ARL SURA	1															0		30	$3,560,000	0.06960	$247,800	$0	$0	Febrero - 2025	84698725	10/03/2025	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$3,560,000	0.04000	$142,400	$0	$0	Febrero - 2025	84698725	10/03/2025	Si
EPS008	Compensar EPS	1															0		30	$3,560,000	0.04000	$142,400	$0	$0	Marzo - 2025	84698725	10/03/2025	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **4** días del mes **Abril** de **2025**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **Soliun S.A.S**, identificada con **NI** número **900768458**, aportó por **JUAN CARLOS RAMIREZ SOLANO** identificado(a) con **CC** número **1015427454** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 02 - 2025 y 03 - 2025 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
14-11	ARL SURA	1															0		30	$2,720,000	0.06960	$189,400	$0	$0	Febrero - 2025	84698725	10/03/2025	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$2,720,000	0.04000	$108,800	$0	$0	Febrero - 2025	84698725	10/03/2025	Si
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1															0		30	$2,720,000	0.04000	$108,800	$0	$0	Marzo - 2025	84698725	10/03/2025	Si
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	1															0		30	$2,720,000	0.16000	$435,200	$0	$0	Febrero - 2025	84698725	10/03/2025	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **4** días del mes **Abril** de **2025**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **SOLIUN INGENIERIA SAS**, identificada con **NI** número **901114547**, aportó por **JOHN ANGEL FORIGUA HINCAPIE** identificado(a) con **CC** número **79485516** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 02 - 2025 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
14-11	ARL SURA	59															0		30	$1,423,500	0.06960	$99,100	$0	$0	Febrero - 2025	84738969	10/03/2025	No

PAGADA

El presente certificado se expide a los **4** días del mes **Abril** de **2025**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): JOHN ANGEL FORIGUA HINCAPIE
No. Identificación: CC79485516
Dirección: CALLE 172 # 58 05
Telefono: 5329339
Correo: ambiental_ingenieria@yahoo.es
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8384340140

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	JOHN ANGEL FORIGUA HINCAPIE	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC79485516	**Periodo de Cotización Salud**	febrero de 2025
Número de planilla	8384340140	**Periodo de Cotización Pensión**	febrero de 2025
Fecha pago	2025-03-25	**Número de Administradoras**	2
Número de autorización pago	53141721	**Total Pagado**	410800
Banco	1023	**Total Intereses de Mora**	5000

PAGADA
8384340140

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
231001	Colfondos	230600	1
EPS008	Compensar EPS	180200	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 79485516
APELLIDOS Y NOMBRES: JOHN ANGEL FORIGUA HINCAPIE

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	231001	1423500	1423500	0	0	178000	0	227800	0	0	0

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

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-03-03, 12:57:18 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 76463860

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

PAGADO 03/03/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LINDA XIMENA ROBAYO MARTINEZ		
Documento	CC1026574716	**Dirección**	CL 21 #81 B - 30 TORRE 11 APT 201
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3204995502
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
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 1026574716	LINDA XIMENA ROBAYO MARTINEZ	57	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 2.277.600	$ 364.500	(EPS001) ALIANSALUD	$ 2.277.600	$ 284.700	0,522	$ 2.277.600	$ 11.900	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 2.277.600	$ 45.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 706.700

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
$ 2.277.600	$ 2.277.600	$ 2.277.600	$ 2.277.600	$ 364.500	$ 284.700	$ 11.900	$ 45.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 706.700	$ 0	$ 706.700

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.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **4D CONSTRUCTORES SAS**, identificada con **NI** número **901141365**, aportó por **RUBEN DARIO MARQUEZ ACUÑA** identificado(a) con **CC** número **1015393327** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 02 - 2025 y 03 - 2025 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
14-11	ARL SURA	1															0		30	$1,423,500	0.06960	$99,100	$0	$0	Febrero - 2025	84703037	21/03/2025	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$1,423,500	0.04000	$57,000	$0	$0	Febrero - 2025	84703037	21/03/2025	Si
230301	Porvenir	1															0		30	$1,423,500	0.16000	$227,800	$0	$0	Febrero - 2025	84703037	21/03/2025	Si
EPS005	Sanitas EPS	1															0		30	$1,423,500	0.04000	$57,000	$0	$0	Marzo - 2025	84703037	21/03/2025	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **4** días del mes **Abril** de **2025**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **4D CONSTRUCTORES SAS**, identificada con **NI** número **901141365**, aportó por **JHON WALTER ECHEVERRY MARIN** identificado(a) con **CC** número **10289643** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 02 - 2025 y 03 - 2025 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1															0		30	$1,859,394	0.16000	$297,600	$0	$0	Febrero - 2025	84703037	21/03/2025	Si
14-11	ARL SURA	1															0		30	$1,859,394	0.06960	$129,500	$0	$0	Febrero - 2025	84703037	21/03/2025	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$1,859,394	0.04000	$74,400	$0	$0	Febrero - 2025	84703037	21/03/2025	Si
EPS005	Sanitas EPS	1															0		30	$1,859,394	0.04000	$74,400	$0	$0	Marzo - 2025	84703037	21/03/2025	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **4** días del mes **Abril** de **2025**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **4D CONSTRUCTORES SAS**, identificada con **NI** número **901141365**, aportó por **LUIS RODRIGUEZ PRIETO** identificado(a) con **CC** número **1010210066** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 02 - 2025 y 03 - 2025 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
14-11	ARL SURA	1		X													0		1	$100,000	0.00522	$600	$0	$0	Febrero - 2025	84703037	21/03/2025	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1		X													0		1	$2,500,000	0.04000	$100,000	$0	$0	Febrero - 2025	84703037	21/03/2025	Si
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	1		X													0		1	$100,000	0.16000	$16,000	$0	$0	Febrero - 2025	84703037	21/03/2025	Si
EPS005	Sanitas EPS	1		X													0		1	$100,000	0.04000	$4,000	$0	$0	Marzo - 2025	84703037	21/03/2025	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **4** días del mes **Abril** de **2025**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **Soliun S.A.S**, identificada con **NI** número **900768458**, aportó por **YANNETH DUARTE ALMONACID** identificado(a) con **CC** número **52098232** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 02 - 2025 y 03 - 2025 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1															0		30	$3,490,000	0.16000	$558,400	$0	$0	Febrero - 2025	84698725	10/03/2025	Si
14-11	ARL SURA	1															0		30	$3,490,000	0.06960	$243,000	$0	$0	Febrero - 2025	84698725	10/03/2025	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$3,490,000	0.04000	$139,600	$0	$0	Febrero - 2025	84698725	10/03/2025	Si
EPS008	Compensar EPS	1															0		30	$3,490,000	0.04000	$139,600	$0	$0	Marzo - 2025	84698725	10/03/2025	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **8** días del mes **Abril** de **2025**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **Soliun S.A.S**, identificada con **NI** número **900768458**, aportó por **SINDY NATALI ESPINOSA SIERRA** identificado(a) con **CC** número **1024481967** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 02 - 2025 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
14-11	ARL SURA	59															0		30	$1,423,500	0.06960	$99,100	$0	$0	Febrero - 2025	84739304	14/03/2025	No

PAGADA

El presente certificado se expide a los **4** días del mes **Abril** de **2025**

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	1024481967	SINDY NATALI ESPINOSA SIERRA	Cll 53 c bis No 70-03	2047066	espinosa.natali@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-03	I	13/03/2025	84968348	$1.916.200	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	750.000	0		0		0	0	0	0	750.000	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	960.000	0	0	30.000	30.000	0	0		1.020.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	146.200				146.200	0	0	146.200			1.462	146.200	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	750.000	750.000
Pensión	1	1.020.000	1.020.000
Riesgos Laborales	1	146.200	146.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.916.200	1.916.200

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	1024481967	SINDY NATALI ESPINOSA SIERRA		Cll 53 c bis No 70-03	2047066	espinosa.natali@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	
2025-03	2025-03	I	13/03/2025	84968348	$1.916.200	

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	1024481967	ESPINOSA SIERRA SINDY NATALI	59	0			N																	25-14	6.000.000	960.000	0	0	30.000	30.000	EPS010	6.000.000	750.000	14-23	6.000.000	3	146.200		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

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **4D CONSTRUCTORES SAS**, identificada con **NI** número **901141365**, aportó por **JEISON ORLANDO DELGADO DUARTE** identificado(a) con **CC** número **1018459148** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 02 - 2025 y 03 - 2025 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
14-11	ARL SURA	1												X			0		1	$145,000	0.00000	$0	$0	$0	Febrero - 2025	84703037	21/03/2025	Si
14-11	ARL SURA	1															0		29	$4,205,000	0.00522	$22,000	$0	$0	Febrero - 2025	84703037	21/03/2025	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1												X			0		1	$145,000	0.04000	$5,800	$0	$0	Febrero - 2025	84703037	21/03/2025	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		29	$4,205,000	0.04000	$168,200	$0	$0	Febrero - 2025	84703037	21/03/2025	Si
EPS008	Compensar EPS	1												X			0		1	$145,000	0.04000	$5,800	$0	$0	Marzo - 2025	84703037	21/03/2025	Si
EPS008	Compensar EPS	1															0		29	$4,205,000	0.04000	$168,200	$0	$0	Marzo - 2025	84703037	21/03/2025	Si
230301	Porvenir	1												X			0		1	$145,000	0.16000	$23,200	$0	$0	Febrero - 2025	84703037	21/03/2025	Si
230301	Porvenir	1															0		29	$4,205,000	0.16000	$672,800	$0	$0	Febrero - 2025	84703037	21/03/2025	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **4** días del mes **Abril** de **2025**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **4D CONSTRUCTORES SAS**, identificada con **NI** número **901141365**, aportó por **JESUS ALBERTO CORONADO OLMOS** identificado(a) con **CC** número **1043029752** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 02 - 2025 y 03 - 2025 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1															0		30	$3,270,000	0.16000	$523,200	$0	$0	Febrero - 2025	84703037	21/03/2025	Si
14-11	ARL SURA	1															0		30	$3,270,000	0.06960	$227,600	$0	$0	Febrero - 2025	84703037	21/03/2025	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$3,270,000	0.04000	$130,800	$0	$0	Febrero - 2025	84703037	21/03/2025	Si
EPS037	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	1															0		30	$3,270,000	0.04000	$130,800	$0	$0	Marzo - 2025	84703037	21/03/2025	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **4** días del mes **Abril** de **2025**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

Anexo 1.1 Seguridad social consultor

aportes en línea

Certificación de Aportes por Cotizante

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

Relación de Aportes

Liquidación			Pago		Administradora			Novedades														Liquidación			AFP	
Clave	Tipo Planilla	Periodo	Fecha de pago	No. Transacción	Subsistema	Código	Nombre	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	Días	Tarifa	Aporte	FSP	FS
9482980814	E	2025/02	2025/03/10	1326018951	ARP	14-7	SEGUROS BOLIVAR								X								30	6.96%	$845,100	$0	$0
9482980814	E	2025/02	2025/03/10	1326018951	CCF	CCF22	COLSUBSIDIO								X								30	4%	$485,700	$0	$0
9482980814	E	2025/02	2025/03/10	1326018951	ICBF	PAICBF	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR								X								30	3%	$364,300	$0	$0
9482980814	E	2025/02	2025/03/10	1326018951	SENA	PASENA	SENA								X								30	2%	$242,900	$0	$0
9482980814	E	2025/03	2025/03/10	1326018951	EPS	EPS005	SANITAS								X								30	12.5%	$1,517,800	$0	$0

Certificado generado el 2025-03-10 a las 14:29

SISPRO
Sistema Integral de Información de la Protección Social

RUAF
Registro Único de Afiliados

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

INFORMACIÓN BASICA

Fecha de Corte: 2025-05-16

Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo
CC 79154597	ALFONSO		URIBE	SARDIÑA	M

AFILIACIÓN A SALUD

Fecha de Corte: 2025-05-16

Administradora	Régimen	Fecha Afiliacion	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	Contributivo	05/08/2024	Activo	COTIZANTE	BOGOTA D.C.

AFILIACIÓN A PENSIONES

Fecha de Corte: 2025-05-16

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación
PENSIONES: AHORRO INDIVIDUAL	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIA PROTECCION SA	2000-05-01	Retirado
PENSIONES: PRIMA MEDIA	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	1985-02-14	Retirado

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES

Fecha de Corte: 2025-05-16

Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Actividad Economica	Municipio Labora
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	2023-12-30	Activa		Bogotá, D.C.- BOGOTÁ
SEGUROS DE VIDA COLPATRIA SA	2025-01-24	Activa		Bogotá, D.C.- BOGOTÁ

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social.
Dirección: Cra. 13 # 32 - 76. Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 330 5000, Fax: (57-1) 330 5050.

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

CIA DE SEGUROS BOLIVAR SA	2016-10-01	Activa	CONSTRUCCION DE EDIFICACIONES PARA USO RESIDENCIAL INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A CONSTRUCCIÓN DE CASAS, EDIFICIOS, CAMINOS, FERROCARRILES, PRESAS, CALLES Y/O OLEODUCTOS.	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ

AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR

Fecha de Corte: 2025-05-16

Administradora CF	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Tipo de Miembro de la Población Cubierta	Tipo de Afiliado	Municipio Labora
CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COLSUBSIDIO	2005-12-01	Activo	Afiliado	Trabajador afiliado dependiente	

AFILIACIÓN A CESANTIAS

Fecha de Corte: 2025-05-16

No se han reportado afiliaciones para esta persona

PENSIONADOS

Fecha de Corte: 2025-05-16

Entidad Pagadora de pensión	Entidad que reconoce la pensión	Tipo de Pensión	Estado	Tipo de Pensionado	Fecha Resolución	Número Resoluciòn Pension PG
ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	VEJEZ	Activo	Régimen de prima media con tope máximo de pensión	2024-08-27	275195

VINCULACIÓN A PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL

Fecha de Corte: 2025-05-16

No se han reportado vinculaciones para esta persona.

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social.
Dirección: Cra. 13 # 32 - 76. Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 330 5000, Fax: (57-1) 330 5050.

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	1073233578	DEISY NATALY VANEGAS BAUTISTA	cra12a # 17a-25	3028667428	NATAVANEGASBAUTISTA@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	MOSQUERA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-02	I	17/03/2025	85027008	$405.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

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

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

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

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1073233578	DEISY NATALY VANEGAS BAUTISTA		cra12a # 17a-25	3028667428	NATAVANEGASBAUTISTA@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	MOSQUERA	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-02	I	17/03/2025	85027008	$405.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	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	1073233578	VANEGAS BAUTISTA DEISY NATALY	3	0			N																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	178.000		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Medellín, 01 de april de 2025

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que DEISY NATALY VANEGAS BAUTISTA identificado(a) con cédula de ciudadanía 1073233578 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 02/04/2025 **Fecha fin cobertura:** 30/07/2025

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

MC ARQUITECTOS S.A. N830146499

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
1711001 - ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN, PLANIFICACIÓN URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISEÑO DE INGENIERÍA CONSULTORÍA RELATIVAS A: MAQUINARIA, PROCESOS Y PLANTAS INDUSTRIALES, INGENIERÍA CIVIL, HIDRÁULICA Y DE TRÁFICO, PROYECTOS DE ORDENACIÓN HÍDRICA, PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA SIN PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO (SIN INTERVENCIÓN DIRECTA EN OBRAS)

CLASE DE RIESGO: 1 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 0.522%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - OFICINA

CLASE: 1 **PORCENTAJE:** 0.522% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
1711001 - ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN, PLANIFICACIÓN URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISEÑO DE INGENIERÍA CONSULTORÍA RELATIVAS A: MAQUINARIA, PROCESOS Y PLANTAS INDUSTRIALES, INGENIERÍA CIVIL, HIDRÁULICA Y DE TRÁFICO, PROYECTOS DE ORDENACIÓN HÍDRICA, PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA SIN PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO (SIN INTERVENCIÓN DIRECTA EN OBRAS)

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
1711001 - ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN, PLANIFICACIÓN URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISEÑO DE INGENIERÍA CONSULTORÍA RELATIVAS A: MAQUINARIA, PROCESOS Y PLANTAS INDUSTRIALES, INGENIERÍA CIVIL, HIDRÁULICA Y DE TRÁFICO, PROYECTOS DE ORDENACIÓN HÍDRICA, PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA SIN PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO (SIN INTERVENCIÓN DIRECTA EN OBRAS)

CODIGO DE ACTIVIDAD: 1711001

CLASE DE RIESGO: 1 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 0.522%

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

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: 01/04/2025 3.54 PM

Medellín, 01 de april de 2025

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que DIANA CAROLINA ROJAS SANCHEZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 53905075 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 02/04/2025 **Fecha fin cobertura:** 30/09/2025

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

MC ARQUITECTOS S.A. N830146499

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
1711001 - ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN, PLANIFICACIÓN URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISEÑO DE INGENIERÍA CONSULTORÍA RELATIVAS A: MAQUINARIA, PROCESOS Y PLANTAS INDUSTRIALES, INGENIERÍA CIVIL, HIDRÁULICA Y DE TRÁFICO, PROYECTOS DE ORDENACIÓN HÍDRICA, PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA SIN PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO (SIN INTERVENCIÓN DIRECTA EN OBRAS)

CLASE DE RIESGO: 1 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 0.522%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - OFICINA

CLASE: 1 **PORCENTAJE:** 0.522% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
1711001 - ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN, PLANIFICACIÓN URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISEÑO DE INGENIERÍA CONSULTORÍA RELATIVAS A: MAQUINARIA, PROCESOS Y PLANTAS INDUSTRIALES, INGENIERÍA CIVIL, HIDRÁULICA Y DE TRÁFICO, PROYECTOS DE ORDENACIÓN HÍDRICA, PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA SIN PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO (SIN INTERVENCIÓN DIRECTA EN OBRAS)

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
1711001 - ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN, PLANIFICACIÓN URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISEÑO DE INGENIERÍA CONSULTORÍA RELATIVAS A: MAQUINARIA, PROCESOS Y PLANTAS INDUSTRIALES, INGENIERÍA CIVIL, HIDRÁULICA Y DE TRÁFICO, PROYECTOS DE ORDENACIÓN HÍDRICA, PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA SIN PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO (SIN INTERVENCIÓN DIRECTA EN OBRAS)

CODIGO DE ACTIVIDAD: 1711001

CLASE DE RIESGO: 1 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 0.522%

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

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: 01/04/2025 10.44 AM

compensar | salud eps

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

4 ABR 2025

Cód. 609 Blanca Stella Guanque Chaperro
SUJETO A VERIFICACIÓN

Sello asesor

No. de Radicación

Fecha de Radicación (Día - Mes - Año): 04042025

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. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia	A. Contributivo	Si	A. Cotizante	A. Dependiente	01
B. Reporte de Novedades	B. Colectiva	B. Subsidiado	No	B. Cabeza de familia	B. Independiente	
	C. Institucional			C. Beneficiario	C. Pensionado	
	• Beneficiario o afiliado adicional			D. Afiliado adicional		
	D. De oficio					

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

8. Apellidos y nombres			
ROJAS	SANCHEZ	DIANA	CAROLINA
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

9. Tipo de documento de identidad	10. Número de documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento			15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
C	53905075	Femenino ✔ Masculino	F ✔ M T NB Otro Cuál?	COLOMBIANA	COLOMBIA	TOLIMA	ESPINAL	06-07-1982

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial	22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL
		Si No Categoría de discapacidad	Si No	Nivel Grupo		SURA

23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria	26. Residencia	
COLPENSIONES	1.423.500		DIAG 74#6-85 APTO 301	
3183596840	info@mcarquitectos.com		CUNDINAMARCA	
BOGOTA	CHAPINERO	Zona: Cabecera Municipal, Centro Poblado, Rural Disperso, Resto Rural		

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

27. Apellidos y nombres					

28. Tipo de documento de identidad	29. Número de documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
		Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál?					

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

	35. Apellidos y nombres			
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. No. del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cuál?	País	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN		48. Clasificación SISBÉN		49. Discapacidad			50. Incapacidad permanente	
					SI	NO	Nivel	Grupo	SI	NO	Categoría de discapacidad	SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/ Distrito	Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural disperso	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

V002

FOR-EPSVTA-0002

		53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C			
B1	C		
B2			
B3			
B4			
B5			

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

55. Nombre o razón social		56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación
MC ARQUITECTOS SA		NIT	830.146.499-1
58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	59. Ubicación		
	CRA 11A#94A-31 OF 402		6016451586
3183596840	info@mcarquitectos.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 identificación.
- 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código
- 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código
- 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- 11. Inscripción EPS retorno al país.
- 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- 14. Movilidad: A. Régimen Contributivo / B. Régimen Subsidiado
- 15. Traslado: A. Mismo Régimen / B. Diferente Régimen
- 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia
- 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
- 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado.
- 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación			
ROJAS	SANCHEZ	DIANA	CAROLINA

Tipo de documento de identidad	10. Número de documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)	65. EPS anterior	66. Fecha de novedad (Día - Mes - Año)	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
C	53905075	Femenino ✔ Masculino	F ✔ M T NB Otro Cuál?	06-07-1982		01-04-2025	Cod.	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres			

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
Diana Rojas	Mario Andres cabrera

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad CN RC TI CC PA CE CD SC PT
Cantidad de documentos de identidad anexos:

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

Total Anexos

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

92. Identificación de la Entidad Territorial — Código del municipio: | Código del departamento: | 93. Nombre de la Institución

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

94. Apellidos y nombres			

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. fecha de radicación (Día - Mes - Año)	97. Fecha de validación (Día - Mes - Año)

4 ABR 2025

Dg. 80 Blanca Stella Guauque Chaperro
SUJETO A VERIFICACIÓN

OBSERVACIONES:

Mercedes Mayo

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

FOR-EPSVTA-0002 V002

Vigilado Supersalud

Vigilado Supersubsidio

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

compensar | salud eps

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

SI: Correo electrónico: _____ NO: Me comprometo a consultar en www.compensar/salud

Como cotizante y representante de mi grupo familiar, hago constar mediante mi firma que compartiré la presente carta de derechos y deberes y carta de desempeño de la EPS con mis beneficiarios.

Firma del afiliado: Diana Rojas

No. Identificación: 53905075

FIRMA A RUEGO (Diligenciar exclusivamente cuando el cotizante no pueda firmar)

A ruego de (la) señor (a) _____ con C.C. No. _____ lo hace en su nombre, el (la) señor(a) _____ con C.C. No. _____ mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que se está entregando, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a) _____

Firma a Ruego: _____

Nombres y apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección _____

de domicilio: _____

Nombres y apellidos de quien no sabe firmar: _____

Identificación: _____

4 ABR 2023

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explícita e inequívoca, previamente informada a la caja de compensación familiar Compensar y sus unidades de servicio (en adelante Compensar), de acuerdo a lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y el Decreto Reglamentario 1377 de 2013, para tratar mi información personal, como datos biográficos y biométricos de acuerdo con lo establecido en el Manual de protección de Datos Personales de Compensar, disponible en: https://corporativo.compensar.com/proteccion-de-datos.

Estos datos serán utilizados en el desarrollo de las funciones propias de Compensar, con el fin de: Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y mi grupo familiar. Atender a requerimientos legales y de organismos de control. Transmitir mis datos a las administradoras del Sistema General de Protección Social para la actualización de mi afiliación, traslados y novedades en el Sistema o para el reconocimiento de los diferentes subsidios según aplique por ley. Consultar mis datos en centrales de información financiera y operadores de información. Validar mi identidad a través de mecanismos de autenticación electrónica. Registrar mi información en la base de datos del Operador de Información Compensar - miplanilla. Registrarme en los programas de orientación, capacitación laboral y de emprendimiento siempre que sea de mi interés. Realizar análisis estadístico sobre hábitos de consumo para evaluar la calidad y mejorar los productos y servicios. Compartir mis datos con las entidades con las que Compensar tenga convenios, acuerdos comerciales o relación contractual como proveedor, siempre que se cuente con cláusulas de transferencia de datos. Realizar gestión de crédito, cartera, cobranza u otras acciones a nombre de Compensar, de manera interna o a través de terceros, a los cuales sería transmitida mi información en caso de ser necesario. Consultar los datos personales recolectados por los circuitos cerrados de televisión de Compensar, con la finalidad de garantizar la seguridad de las personas y los bienes, como evidencia en procesos disciplinarios o respuesta a solicitudes de los entes de control sobre actividades desarrolladas al interior de nuestras instalaciones.

Así mismo, autorizo a Compensar a enviar información comercial, publicitaria o promocional sobre servicios, nuevas afianzas o convenios, eventos o promociones, con el fin de impulsar, invitar, dirigir, ejecutar, informar y de manera general, llevar a cabo campañas, estrategias de marketing, promociones o concursos y todas aquellas actividades asociadas a los servicios de Compensar. Entiendo que compensar realiza el envío de información y la gestión de cobranzas a través de visitas, correo físico, correo electrónico, teléfono celular, mensajes de texto o por medio de aplicaciones de mensajería instantánea, lo cual puedo revocar en cualquier momento.

En concordancia con lo establecido en el artículo 7 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, Compensar se compromete a tratar los datos de niños, niñas y adolescentes, respetando sus derechos prevalentes y en función de los servicios propios de Compensar.

Entiendo que Compensar tratará mis datos dando cumplimiento a los principios de legalidad, finalidad, libertad, veracidad o calidad, transparencia, acceso y circulación restringida, confidencialidad y seguridad, señalados en el artículo 4 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y que en cualquier momento podré ejercer mi derecho a conocer, actualizar, rectificar o suprimir mi información, siempre que no tenga un deber legal o contractual de permanecer en la base de datos. Mis derechos como titular de la información sobre la cual Compensar realiza el tratamiento, los podré ejercer de acuerdo a lo definido en el Manual de Protección de Datos, radicando una solicitud o reclamo a través de la página web en el enlace https://corporativo.compensar.com/te-escuchamos o por escrito en la dirección Avenida 68 # 49 A – 47, ventanilla de correspondencia.

Si No

Firma del afiliado: Diana Rojas **No. Identificación:** 53905075

Vigilado Supersalud
Vigilado Supersubsidio

FORMULARIO DE AFILIACIÓN Y NOVEDADES DE TRABAJADORES DEPENDIENTES, INDEPENDIENTES, FACULTATIVOS, PENSIONADOS Y ACREDITACIÓN DE PENSIONADOS POR FIDELIZACIÓN

Espacio reservado para el sello de ...

Colsubsidio 012420555953B A D 2025-04-03 08:30 Anexos: 1 E - Recibido Servicios (D) SUJETO A VERIFICACIÓN

I. TIPO DE NOVEDAD ☐ Afiliación ☐ Novedad ☐ Traslado

Fecha de Radicación DÍA MES AÑO

II. NOVEDADES (ELIJA LA NOVEDAD QUE ESTÁ REPORTANDO Y SELECCIONE CON UNA X)

NOVEDADES BÁSICAS DE AFILIADOS
- ☐ Nombres
- ☐ Documentos de Identificación
- ☐ Estado civil
- ☐ Cambio de Aporte

INCLUSIÓN DE PERSONAS A CARGO
- ☐ Hijos
- ☐ Hermanos
- ☐ Padres
- ☐ Hijastros
- ☐ Dependiente por Custodia

RETIROS
- ☐ Voluntario
- ☐ Cotizante por fallecimiento
- ☐ Personas a cargo
- ☐ Cese de convivencia
- ☐ Cambio de grupo familiar

- ☐ Dirección y teléfono
- ☐ Correo electrónico

Fecha Novedad DÍA MES AÑO

Otra: _____

III. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD PAGADORA

NIT. ☑ C.C. ☐ C.E. ☐ C.D. ☐ PE ☐ PT ☐ No. 830.146.499-1

Nombre o Razón Social: MC ARQUITECTOS SA

Sector: Oficial ☐ Público ☐ Privado ☐ Mixto ☐

Sucursal:

Dirección: CRA 11A # 94A - 31 OF 402

Departamento: CUNDINAMARCA

Teléfono: 6016451586

IV. TIPO DE AFILIADO

Dependiente ☐ Servicio Doméstico ☐ Madre Comunitaria ☐ Taxista Independiente 2% ☐ Pensionado aporte del 0% ☐ Pensionado aporte del 0,6% ☐ Pensionados aporte del 2% ☐ Fidelidad 25 años ☐ Facultativos aporte del 0,6% ☐ Facultativos aporte del 2% ☐ Independiente aporte 0,6% ☐

Independiente aporte 2% ☐ Residente en el exterior ☐ Veterano ☐

¿Afiliación por primera vez como no dependiente? SI ☐ NO ☐

Si estuvo afiliado a alguna Caja de Compensación, indique a cuál.

Otro

V. DATOS BÁSICOS TRABAJADOR, INDEPENDIENTE O PENSIONADO

Nombres: DIANA CAROLINA

Primer Apellido: ROJAS

Segundo Apellido: SANCHEZ

C.C. ☑ C.E. ☐ C.D. ☐ T.I. ☐ PE ☐ PT ☐ RC ☐ No. 53905075

Estado Civil: SO ☐ CA ☐ SE ☐ UL ☐ VI ☐

Fecha de Nacimiento: AÑO 1982 MES 07 DÍA 06

Género: M ☐ F ☑ I ☐

Nivel Ocupacional: Operativo ☐ Administrativo ☑ Directivo ☐ Staff ☐ Ejecutivo ☐ Profesional ☐ Técnico ☐

Nivel Educativo: Ninguno ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Técnico ☐ Profesional ☐ otro ☐

Ingreso a la empresa: AÑO 2025 MES 04 DÍA 01

Horas/mes: 240

Trabajador: UR ☑ RU ☐

Salario básico/mesada: 1423500

Celular: 3183596840

EPS (Solo para Independientes):

AFP (Solo para Independientes)

Dirección vivienda: DIAG 74 # 6 - 85 APTO 301

Municipio: BOGOTA

Departamento: CUNDINAMARCA

Rural ☐ Urbano ☐

Teléfono:

Dirección Trabajo: CRA 11A # 94A - 31 OF 402

Municipio: BOGOTA

Departamento: CUNDINAMARCA

Rural ☐ Urbano ☐

Teléfono: 6451586

Correo Electrónico: info@mcarquitectos.com

País y Ciudad de Residencia (Solo para Residentes en el Exterior)

Programa (Sólo no dependientes)

VI. INFORMACIÓN OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA ☐ Actualmente ☐ Trabajo Anterior Fecha retiro: _____ Fecha afiliacion: _____

Nombre o razón social:

Nit.

Caja por la cual recibe subsidio:

VII. INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A)

C.C. ☐ C.E. ☐ C.D. ☐ T.I. ☐ PE ☐ PT ☐ No.

Fecha de nacimiento: AÑO MES DÍA

Género: M ☐ F ☐ I ☐

Trabaja: SI ☐ NO ☐

Salario básico:

Fecha de ingreso a la empresa: AÑO MES DÍA

Nombres:

Primer apellido:

Segundo apellido

Razón social:

NIT.

Recibe subsidio: SI ☐ NO ☐

Caja por la cual recibe subsidio

VIII. INFORMACIÓN GRUPO FAMILIAR

(Para acceder al derecho de cuota monetaria debe anexar los documentos descritos en la Circular Única Básica Jurídica expedida por la Superintendencia del Subsidio Familiar).

Para uso exclusivo de la Caja

DISCA	CM	SERV	TIPO	No. Documento identificación	Nombres	Apellidos	Parentesco: Cuidador	Hijo	Padre	Hermano	Hijastro	Custodia	Fecha de Nacimiento (AÑO MES DÍA)	Género

Apreciado Afiliado: Tú y tu familia son muy importantes para Colsubsidio, por eso queremos estar siempre en contacto contigo. Para lograrlo es indispensable que nos autorices para contactarte. No olvides diligenciar de forma clara y correcta todos tus datos para contarte todo lo que tenemos para ti. Además ten presente que puedes reclamar tu tarjeta de afiliación Multiservicios en alguno de nuestros Centros de Servicio o Puntos de Crédito autorizados, ocho (8) días después de haber radicado este formulario.

AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

Autorizo expresamente de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada a la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, identificada con el NIT 860.007.336-1, sobre la cual manifiesto conocer que cuenta con una variedad de áreas de negocio para la prestación de diversos bienes y servicios, tales como: la venta de todo tipo de mercaderías a través de sus supermercados, droguerías, tiendas y canal virtual, así como la prestación de servicios de vivienda, salud, educación y cultura, recreación y turismo, alimentos y bebidas y crédito social, para que en el desarrollo de las mismas se sirva: recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos que sean suministrados por mí, así como para transferir dichos datos de manera total o parcial a las personas jurídicas en las cuales tengan participación accionaria o de capital o entidades vinculadas, así como a sus aliados comerciales estratégicos con fines administrativos, comerciales y de mercadeo, para el envío de información sobre los diferentes programas y servicios, y en especial para el envío de campañas, promociones o concursos de carácter comercial y publicitario, invitaciones a eventos, evaluar la calidad del servicio, realizar estudios o investigaciones de mercado, comercialización de servicios y productos a través de los diferentes canales de información, los cuales serán sometidos a los fines establecidos anteriormente conforme a la ley 1581 de 2012. Por lo anterior autorizo el envío de comunicaciones utilizando mis datos de contacto, tales como: Número de teléfono móvil, Correo Electrónico, Redes sociales, Dirección de correspondencia, Teléfonos fijos o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología. SI ☐ NO ☐

Colsubsidio informa al titular que podrá consultar los términos y condiciones en el link www.colsubsidio.com "Manual de políticas y procedimientos para el tratamiento de datos personales" y elevar cualquier solicitud, petición o queja o reclamo a través de:
Líneas de servicio al cliente Colsubsidio: Línea Audio servicio Bogotá 7457900,línea nacional gratuita 018000947900, pagina web: www.colsubsidio.com opción servicio al cliente, correo electrónico servicioalcliente@colsubsidio.com o personalmente en cualquiera de los Centros de Servicio Colsubsidio.

EMPLEADOR SOLICITANTE/PENSIONADO SOLICITANTE
Declaro bajo la gravedad de juramento que la anterior información es exacta y necesaria para las funciones de las Cajas y no puede ser suprimida en cumplimiento de los artículos 3, 18, 27 y 37 de la Ley 21/82, Ley 789/02, Dec.2340/03, Dec. 586/04 y Res. 058/04.
NO DEPENDIENTE SOLICITANTE : Autorizo al pagador de mi salario/mesada para descontar y entregar a Colsubsidio el 2% o 0.6% de este valor como aporte de mi afiliación.

Mario Andres Cubrera
FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR

Diana Rojas C. 53905075
FIRMA Y CEDULA DEL SOLICITANTE

PARA USO EXCLUSIVO DE LA CAJA

Recibe Subsidio?	No. Beneficiarios	Causal de rechazo (Ver respaldo)	Código Revisor	Observaciones.
SI ☐ NO ☐				

VIGILADO Super Subsidio

ARL | sura

Medellín, 02 de April 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 MC ARQUITECTOS S.A..

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 OFICINA				Clase: 1	Porcentaje Cotización:	0.522 %
C53905075	ROJAS SANCHEZ DIANA CAROLINA	03/04/2025	30/09/2025	1K155246	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 02/04/2025 12:03:34 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.31.169.205, 192.230.104.8, 172.16.42.57

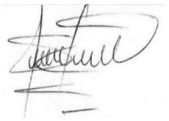
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **DIANA CAROLINA ROJAS SANCHEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **53905075,** se encuentra afiliado/a desde **01/06/2015** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 04 de abril de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 01 de april de 2025

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que ELIECER ALFONSO AREVALO MUÑOZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 80236962 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 02/04/2025 **Fecha fin cobertura:** 30/09/2025

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

MC ARQUITECTOS S.A. N830146499

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
1711001 - ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN, PLANIFICACIÓN URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISEÑO DE INGENIERÍA CONSULTORÍA RELATIVAS A: MAQUINARIA, PROCESOS Y PLANTAS INDUSTRIALES, INGENIERÍA CIVIL, HIDRÁULICA Y DE TRÁFICO, PROYECTOS DE ORDENACIÓN HÍDRICA, PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA SIN PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO (SIN INTERVENCIÓN DIRECTA EN OBRAS)

CLASE DE RIESGO: 1 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 0.522%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - OFICINA

CLASE: 1 **PORCENTAJE:** 0.522% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
1711001 - ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN, PLANIFICACIÓN URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISEÑO DE INGENIERÍA CONSULTORÍA RELATIVAS A: MAQUINARIA, PROCESOS Y PLANTAS INDUSTRIALES, INGENIERÍA CIVIL, HIDRÁULICA Y DE TRÁFICO, PROYECTOS DE ORDENACIÓN HÍDRICA, PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA SIN PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO (SIN INTERVENCIÓN DIRECTA EN OBRAS)

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
1711001 - ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN, PLANIFICACIÓN URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISEÑO DE INGENIERÍA CONSULTORÍA RELATIVAS A: MAQUINARIA, PROCESOS Y PLANTAS INDUSTRIALES, INGENIERÍA CIVIL, HIDRÁULICA Y DE TRÁFICO, PROYECTOS DE ORDENACIÓN HÍDRICA, PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA SIN PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO (SIN INTERVENCIÓN DIRECTA EN OBRAS)

CODIGO DE ACTIVIDAD: 1711001

CLASE DE RIESGO: 1 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 0.522%

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

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: 01/04/2025 10.26 AM

compensar | salud eps

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

4 ABR 2025
Cód. 609 Blanca Stella Guaque Caipero
SUJETO A VERIFICACIÓN
Sello asesor

No. de Radicación:

Fecha de Radicación (Día - Mes - Año): 04042025

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 Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante:	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia	A. Contributivo	Si	A. Cotizante	A. Dependiente	01
B. Reporte de novedades	• Beneficiario o afiliado adicional	B. Subsidiado	No	B. Cabeza de familia	B. Independiente	
	B. Colectiva			C. Beneficiario	C. Pensionado	
	C. Institucional			D. Afiliado adicional		
	D. De oficio					

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

8. Apellidos y nombres			
AREVALO	MUÑOZ	ELIECER	ALFONSO

9. Tipo de documento de identidad	10. Número de documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento			15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
C	80.236.962	Femenino: Masculino ✓	F: M ✓ T: NB: Otro: Cuál?	COLOMBIANO	COLOMBIA	CUNDINAMARCA	GUATAVITA	13-04-1981

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial	22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL
		Si: No: Categoría de discapacidad	Si: No:	Nivel: Grupo:		SURA

23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria	26. Residencia	
PROTECCION	1.423.500		CRA 16B#148-90	

3186012117	info@mcarquitectos.com	CUNDINAMARCA	
BOGOTA	USAQUEN	Zona: Cabecera Municipal: Centro Poblado: Rural Disperso: Resto Rural:	

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

27. Apellidos y nombres			

28. Tipo de documento de identidad	29. Número de documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento	34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
		Femenino: Masculino:	F: M: T: NB: Otro: Cuál?			

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

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

	36. Tipo de documento de identidad	37. No. del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cuál?	País	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN		48. Clasificación SISBÉN		49. Discapacidad			50. Incapacidad permanente	
					SI	NO	Nivel	Grupo	SI	NO	Categoría de discapacidad	SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

	51. Datos de residencia							52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Departamento	Municipio/ Distrito	Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural disperso	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

FOR-EPSVTA-0002 V002

		53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C			
B1	C		
B2			
B3			
B4			
B5			

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

55. Nombre o razón social		56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación
MC ARQITECTOS SA		NIT	830.146.499-1
58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	59. Ubicación		
	CRA 11A# 94A - 31 OF 402		3183596840
6016451586	info@mcarquitectos.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 identificación.
- 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código
- 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código
- 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- 11. Inscripción EPS retorno al país.
- 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- 14. Movilidad: A. Régimen Contributivo / B. Régimen Subsidiado
- 15. Traslado: A. Mismo Régimen / B. Diferente Régimen
- 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
- 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado.
- 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación			
AREVALO	MUÑOZ	ELIECER	ALFONSO
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	10. Número de documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)	65. EPS anterior	66. Fecha de novedad (Día - Mes - Año)	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
C	80.236.962	Femenino / Masculino ✔	F / M ✔ / T / NB / Otro / Cuál?	13-04-1981		01-04-2025	Cod.	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de Identidad	Número de documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
Eliecer Arevalo	Mario Andres Cabrera

X. ANEXOS

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

Total Anexos

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

92. Identificación de la Entidad Territorial	Código del municipio	Código del departamento	93. Nombre de la Institución

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

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

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación (Día - Mes - Año)	97. Fecha de validación (Día - Mes - Año)

OBSERVACIONES:

Radicado 1940

4 ABR 2025

Dra. Olga Blanca Stella Cubaque Chaparro
SUJETO A VERIFICACIÓN

FOR-EPSVTA-0002 V002

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

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

compensar | salud eps

	SI	NO
¿ Previo diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	✔	
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo la entrega de la carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	✔	
¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	✔	
¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	✔	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	✔	
¿Autoriza recibir la Carta de Derechos y Deberes y la Carta de Desempeño por medio electrónico? SI: Correo electrónico: _____ NO: Me comprometo a consultar en www.compensar/salud	✔	

Como cotizante y representante de mi grupo familiar, hago constar mediante mi firma que compartiré la presente carta de derechos y deberes y carta de desempeño de la EPS con mis beneficiarios.

Firma del afiliado: Eliecer Arevalo

No. Identificación: 80.236.962

FIRMA A RUEGO (Diligenciar exclusivamente cuando el cotizante no pueda firmar)

A ruego de (la) señor (a) _____ con C.C. No. _____ lo hace en su nombre, el (la) señor(a) _____ con C.C. No. _____ mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que se está entregando, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a) _____

Firma a Ruego: _____

Nombres y apellidos: _____

Identificación: _____

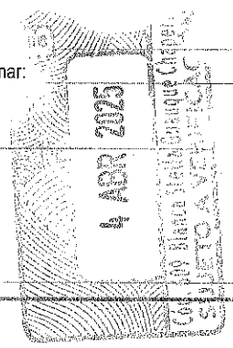
Edad: _____

Dirección _____

de domicilio: _____

Nombres y apellidos de quien no sabe firmar: _____

Identificación: _____



AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explícita e inequívoca, previamente informada a la caja de compensación familiar Compensar y sus unidades de servicio (en adelante Compensar), de acuerdo a lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y el Decreto Reglamentario 1377 de 2013, para tratar mi información personal, como datos biográficos y biométricos de acuerdo con lo establecido en el Manual de protección de Datos Personales de Compensar, disponible en: https://corporativo.compensar.com/proteccion-de-datos.

Estos datos serán utilizados en el desarrollo de las funciones propias de Compensar, con el fin de: Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y mi grupo familiar. Atender a requerimientos legales y de organismos de control. Transmitir mis datos a las administradoras del Sistema General de Protección Social para la actualización de mi afiliación, traslados y novedades en el Sistema o para el reconocimiento de los diferentes subsidios según aplique por ley. Consultar mis datos en centrales de información financiera y operadores de información. Validar mi identidad a través de mecanismos de autenticación electrónica. Registrar mi información en la base de datos del Operador de Información Compensar - miplanilla. Registrarme en los programas de orientación, capacitación laboral y de emprendimiento siempre que sea de mi interés. Realizar análisis estadístico sobre hábitos de consumo para evaluar la calidad y mejorar los productos y servicios. Compartir mis datos con las entidades con las que Compensar tenga convenios, acuerdos comerciales o relación contractual como proveedor, siempre que se cuente con cláusulas de transferencia de datos. Realizar gestión de crédito, cartera, cobranza u otras acciones a nombre de Compensar, de manera interna o a través de terceros, a los cuales sería transmitida mi información en caso de ser necesario. Consultar los datos personales recolectados por los circuitos cerrados de televisión de Compensar, con la finalidad de garantizar la seguridad de las personas y los bienes, como evidencia en procesos disciplinarios o respuesta a solicitudes de los entes de control sobre actividades desarrolladas al interior de nuestras instalaciones.

Así mismo, autorizo a Compensar a enviar información comercial, publicitaria o promocional sobre servicios, nuevas alianzas o convenios, eventos o promociones, con el fin de impulsar, invitar, dirigir, ejecutar, informar y de manera general, llevar a cabo campañas, estrategias de marketing, promociones o concursos y todas aquellas actividades asociadas a los servicios de Compensar. Entiendo que compensar realiza el envío de información y la gestión de cobranzas a través de visitas, correo físico, correo electrónico, teléfono celular, mensajes de texto o por medio de aplicaciones de mensajería instantánea, lo cual puedo revocar en cualquier momento.

En concordancia con lo establecido en el artículo 7 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, Compensar se compromete a tratar los datos de niños, niñas y adolescentes, respetando sus derechos prevalentes y en función de los servicios propios de Compensar.

Entiendo que Compensar tratará mis datos dando cumplimiento a los principios de legalidad, finalidad, libertad, veracidad o calidad, transparencia, acceso y circulación restringida, confidencialidad y seguridad, señalados en el artículo 4 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y que en cualquier momento podré ejercer mi derecho a conocer, actualizar, rectificar o suprimir mi información, siempre que no tenga un deber legal o contractual de permanecer en la base de datos. Mis derechos como titular de la información sobre la cual Compensar realiza el tratamiento, los podré ejercer de acuerdo a lo definido en el Manual de Protección de Datos, radicando una solicitud o reclamo a través de la página web en el enlace https://corporativo.compensar.com/te-escuchamos o por escrito en la dirección Avenida 68 # 49 A – 47, ventanilla de correspondencia.

Si No

Firma del afiliado: Eliecer Arevalo **No. Identificación:** 80.236.962

Vigilado Supersalud

Vigilado Supersubsidio

FORMULARIO DE AFILIACIÓN Y NOVEDADES DE TRABAJADORES DEPENDIENTES, INDEPENDIENTES, FACULTATIVOS, PENSIONADOS Y ACREDITACIÓN DE PENSIONADOS POR FIDELIZACIÓN

Colsubsidio

Espacio reservado para el sello de radicación

Colsubsidio
012420555954I A D
2025-04-03 08:31 Anexos: I
E - Recibido Servicios (O)
SUJETO A VERIFICACIÓN

I. TIPO DE NOVEDAD ☐ Afiliación ☐ Novedad ☐ Traslado

Fecha de Radicación DÍA MES AÑO

II. NOVEDADES (ELIJA LA NOVEDAD QUE ESTÁ REPORTANDO Y SELECCIONE CON UNA X)

NOVEDADES BÁSICAS DE AFILIADOS
- ☐ Nombres
- ☐ Documentos de Identificación
- ☐ Estado civil
- ☐ Cambio de Aporte

INCLUSIÓN DE PERSONAS A CARGO
- ☐ Hijos
- ☐ Hermanos
- ☐ Padres
- ☐ Hijastros
- ☐ Dependiente por Custodia

RETIROS
- ☐ Voluntario
- ☐ Cotizante por fallecimiento
- ☐ Personas a cargo
- ☐ Cese de convivencia
- ☐ Cambio de grupo familiar

- ☐ Dirección y teléfono
- ☐ Correo electrónico

Fecha Novedad DÍA MES AÑO

Otra: _____

III. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD PAGADORA

NIT ☒ C.C. ☐ C.E. ☐ C.D. ☐ PE ☐ PT ☐ No. 8 3 0 1 4 6 4 9 9 - 1

Nombre o Razón Social: MC ARQUITECTOS SA

Sector: Oficial ☐ Privado ☐ Mixto ☐

Sucursal:

Dirección: C R A 1 1 A # 9 4 A - 3 1 O F 4 0 2

Departamento: CUNDINAMARCA

Teléfono: 6 0 1 6 4 5 1 5 8 6

IV. TIPO DE AFILIADO

Dependiente ☐ | Servicio Doméstico ☐ | Madre Comunitaria ☐ | Taxista Independiente 2% ☐ | Pensionado aporte del 0% ☐ | Pensionado aporte del 0,6% ☐ | Pensionados aporte del 2% ☐ | Fidelidad 25 años ☐ | Facultativos aporte del 0,6% ☐ | Facultativos aporte del 2% ☐ | Independiente aporte 0,6% ☐

Independiente aporte 2% ☐ | Residente en el exterior ☐ | Veterano ☐

¿Afiliación por primera vez como no dependiente? SI ☐ NO ☐

Si estuvo afiliado a alguna Caja de Compensación, indique a cuál:

Otro

V. DATOS BÁSICOS TRABAJADOR, INDEPENDIENTE O PENSIONADO

Nombres: ELIECER ALFONSO

Primer Apellido: AREVALO

Segundo Apellido: MUÑOZ

C.C. ☒ C.E. ☐ C.D. ☐ T.I. ☐ PE ☐ PT ☐ RC ☐ No. 8 0 2 3 6 9 6 2

Estado Civil: SO ☐ CA ☐ SE ☐ UL ☐ VI ☐

Fecha de Nacimiento: AÑO 1 9 8 1 MES 0 4 DÍA 1 3

Género: M ☒ F ☐ I ☐

Nivel Ocupacional: Operativo ☐ Administrativo ☐ Directivo ☐ Staff ☐ Ejecutivo ☐ Profesional ☐ Técnico ☐

Nivel Educativo: Ninguno ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Técnico ☐ Profesional ☐ otro ☐

Ingreso a la empresa: AÑO 2 0 2 5 MES 0 4 DÍA 0 1

Horas/mes: 2 4 0

Trabajador: UR ☒ RU ☐

Salario básico/mesada: 1 4 2 3 5 0 0 0

Celular: 3 1 8 6 0 1 2 1 1 7

EPS (Solo para independientes):

AFP (Solo para independientes)

Dirección vivienda: C R 1 6 B # 1 4 8 - 9 0

Municipio: BOGOTA

Departamento: CUNDINAMARCA

Rural ☐ Urbano ☒

Teléfono:

Dirección Trabajo: C R 1 1 A # 9 4 A - 3 1 O F 4 0 2

Municipio: BOGOTA

Departamento: CUNDINAMARCA

Rural ☐ Urbano ☒

Teléfono: 6 4 5 1 5 8 6

Correo Electrónico: INFO@MCARQUITECTOS.COM

País y Ciudad de Residencia (Solo para Residentes en el Exterior): COLOMBIA

Programa (Sólo no dependientes)

VI. INFORMACIÓN OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA ☐ Actualmente ☐ Trabajo Anterior Fecha retiro: _____ Fecha afiliación: _____

Nombre o razón social:

Nit.

Caja por la cual recibe subsidio:

VII. INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A)

C.C. ☐ C.E. ☐ C.D. ☐ T.I. ☐ PE ☐ PT ☐ No.

Fecha de nacimiento: AÑO MES DÍA

Género: M ☐ F ☐ I ☐

Trabaja: SI ☐ NO ☐

Salario básico:

Fecha de ingreso a la empresa: AÑO MES DÍA

Nombres:

Primer apellido:

Segundo apellido

Razón social:

NIT.

Recibe subsidio: SI ☐ NO ☐

Caja por la cual recibe subsidio

VIII. INFORMACIÓN GRUPO FAMILIAR

(Para acceder al derecho de cuota monetaria debe anexar los documentos descritos en la Circular Única Básica Jurídica expedida por la Superintendencia del Subsidio Familiar).

Para uso exclusivo de la Caja: DISCA	CM	SERV	TIPO	No. Documento identificación	Nombres	Apellidos	Parentesco: Cuidador	Hijo	Padre	Hermano	Hijastro	Custodia	Fecha de Nacimiento (AÑO MES DÍA)	Género

Apreciado Afiliado: Tú y tu familia son muy importantes para Colsubsidio, por eso queremos estar siempre en contacto contigo. Para lograrlo es indispensable que nos autorices para contactarte. No olvides diligenciar de forma clara y correcta todos tus datos para contarte todo lo que tenemos para ti. Además ten presente que puedes reclamar tu tarjeta de afiliación Multiservicios en alguno de nuestros Centros de Servicio o Puntos de Crédito autorizados, ocho (8) días después de haber radicado este formulario.

AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

Autorizo expresamente de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada a la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, identificada con el NIT 860.007.336-1, sobre la cual manifiesto conocer que cuenta con una variedad de áreas de negocio para la prestación de diversos bienes y servicios, tales como: la venta de todo tipo de mercaderías a través de sus supermercados, droguerías, tiendas y canal virtual, así como la prestación de servicios de vivienda, salud, educación y cultura, recreación y turismo, alimentos y bebidas y crédito social, para que en el desarrollo de las mismas se sirva: recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos que sean suministrados por mí, así como para transferir dichos datos de manera total o parcial a las personas jurídicas en las cuales tengan participación accionaria o de capital o entidades vinculadas, así como a sus aliados comerciales estratégicos con fines administrativos, comerciales y de mercadeo, para el envío de información sobre los diferentes programas y servicios, y en especial para el envío de campañas, promociones o concursos de carácter comercial y publicitario, invitaciones a eventos, evaluar la calidad del servicio, realizar estudios o investigaciones de mercado, comercialización de servicios y productos a través de los diferentes canales de información, los cuales serán sometidos a los fines establecidos anteriormente conforme a la ley 1581 de 2012. Por lo anterior autorizo el envío de comunicaciones utilizando mis datos de contacto, tales como: Número de teléfono móvil, Correo Electrónico, Redes sociales, Dirección de correspondencia, Teléfonos fijos o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología. SI ☐ NO ☐

Colsubsidio informa al titular que podrá consultar los términos y condiciones en el link www.colsubsidio.com "Manual de políticas y procedimientos para el tratamiento de datos personales" y elevar cualquier solicitud, petición o queja o reclamo a través de:
Líneas de servicio al cliente Colsubsidio: Línea Audio servicio Bogotá 7457900,línea nacional gratuita 018000947900, pagina web: www.colsubsidio.com opción servicio al cliente, correo electrónico servicioalcliente@colsubsidio.com o personalmente en cualquiera de los Centros de Servicio Colsubsidio.

EMPLEADOR SOLICITANTE/PENSIONADO SOLICITANTE
Declaro bajo la gravedad de juramento que la anterior información es exacta y necesaria para las funciones de las Cajas y no puede ser suprimida en cumplimiento de los artículos 3, 18, 27 y 37 de la Ley 21/82, Ley 789/02, Dec.2340/03, Dec. 586/04 y Res. 058/04.
NO DEPENDIENTE SOLICITANTE : Autorizo al pagador de mi salario/mesada para descontar y entregar a Colsubsidio el 2% o 0.6% de este valor como aporte de mi afiliación.

Mario Andres Cabrera
FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR

Eliecer Arevalo C. 80.236.962
FIRMA Y CEDULA DEL SOLICITANTE

PARA USO EXCLUSIVO DE LA CAJA

Recibe Subsidio?	No. Beneficiarios	Causal de rechazo (Ver respaldo)	Código Revisor	Observaciones
SI ☐ NO ☐	☐☐		☐☐☐	

Vigilado Supersubsidio

ARL | sura

Medellín, 02 de April de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

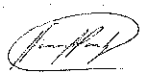
Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de MC ARQUITECTOS S.A..

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 OFICINA			Clase: 1		Porcentaje Cotización:	0.522 %
C80236962	AREVALO MUÑOZ ELIECER ALFONSO	03/04/2025	30/09/2025	58'19514	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 02/04/2025 11:52:17 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.31.169.205, 192.230.104.8, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **AREVALO MUÑOZ ELIECER ALFONSO** identificado(a) con **CC** número **80.236.962** se encuentra afiliado (a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 28 de mayo de 2005 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 04 de abril de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 744 44 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

Medellín, 01 de april de 2025

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que FRANCY ALEJANDRA BECERRA FIALLO identificado(a) con cédula de ciudadanía 1022344450 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 02/04/2025 **Fecha fin cobertura:** 30/07/2025

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

MC ARQUITECTOS S.A. N830146499

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
1711001 - ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN, PLANIFICACIÓN URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISEÑO DE INGENIERÍA CONSULTORÍA RELATIVAS A: MAQUINARIA, PROCESOS Y PLANTAS INDUSTRIALES, INGENIERÍA CIVIL, HIDRÁULICA Y DE TRÁFICO, PROYECTOS DE ORDENACIÓN HÍDRICA, PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA SIN PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO (SIN INTERVENCIÓN DIRECTA EN OBRAS)

CLASE DE RIESGO: 1 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 0.522%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - OFICINA

CLASE: 1 **PORCENTAJE:** 0.522% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
1711001 - ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN, PLANIFICACIÓN URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISEÑO DE INGENIERÍA CONSULTORÍA RELATIVAS A: MAQUINARIA, PROCESOS Y PLANTAS INDUSTRIALES, INGENIERÍA CIVIL, HIDRÁULICA Y DE TRÁFICO, PROYECTOS DE ORDENACIÓN HÍDRICA, PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA SIN PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO (SIN INTERVENCIÓN DIRECTA EN OBRAS)

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
1711001 - ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN, PLANIFICACIÓN URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISEÑO DE INGENIERÍA CONSULTORÍA RELATIVAS A: MAQUINARIA, PROCESOS Y PLANTAS INDUSTRIALES, INGENIERÍA CIVIL, HIDRÁULICA Y DE TRÁFICO, PROYECTOS DE ORDENACIÓN HÍDRICA, PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA SIN PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO (SIN INTERVENCIÓN DIRECTA EN OBRAS)

CODIGO DE ACTIVIDAD: 1711001

CLASE DE RIESGO: 1 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 0.522%

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

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: 01/04/2025 3.45 PM

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	1022344450	FRANCY ALEJANDRA BECERRA FIALLO	carrera 78 f #0-33	3105853607	francybecerra.fb@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	
2025-03	2025-03	I	27/03/2025	85299214	$405.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

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

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

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

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1022344450	FRANCY ALEJANDRA BECERRA FIALLO		carrera 78 f #0-33	3105853607	francybecerra.fb@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	
2025-03	2025-03	I	27/03/2025	85299214	$405.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	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	1022344450	BECERRA FIALLO FRANCY ALEJANDRA	3	0			N																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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 900401223	1	ATS INGENIERIA GEOMATICA SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	ATS INGENIERIA GEOMATICA SAS	CR 26 61C 06	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3460711	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-03	1315922206	9482826976	E	2025/03/07	2025/03/06	BANCO CAJA SOCIAL	0	$3,684,900

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	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: ATS INGENIERIA GEOMATICA SAS (9 Afiliados)																						$12,268,350	$1,963,500			$13,691,850	$515,800			$13,014,105	$491,500			$13,691,850		$714,100		$0	$0		$3,684,900
Centro de Trabajo: 0.52200 (2 Afiliados)																						$1,423,500	$227,800			$2,847,000	$114,000			$2,847,000	$114,000			$2,847,000		$15,000		$0	$0		$470,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados)																						$1,423,500	$227,800			$2,847,000	$114,000			$2,847,000	$114,000			$2,847,000		$15,000		$0	$0		$470,800
1	CC	30565120	MARTINEZ DIAZ LIGIA BEATRIZ																			0	$0	$0	EPS008	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	0.522%	$7,500	30	$0	$0	Si	$121,500
2	CC	51962811	PAEZ ALCAZAR FREDA KATHERINE																		25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS008	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	0.522%	$7,500	30	$0	$0	Si	$349,300
Centro de Trabajo: 6,9600 (7 Afiliados)																						$10,844,850	$1,735,700			$10,844,850	$401,800			$10,167,105	$377,500			$10,844,850		$699,100		$0	$0		$3,214,100
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (7 Afiliados)																						$10,844,850	$1,735,700			$10,844,850	$401,800			$10,167,105	$377,500			$10,844,850		$699,100		$0	$0		$3,214,100
3	CC	1055229331	AVENDAÑO PACHECO KELLY JOHANA							X											23020 1	30	$1,971,700	$315,500	EPS005	30	$1,971,700	$78,900	CCF24	30	$1,971,700	$78,900	14-11	30	$1,971,700	6.960%	$137,300	30	$0	$0	Si	$610,600
4	CC	79563001	BELTRAN CADENA WILLIANS MAURICIO							X											25-14	30	$4,270,500	$683,300	EPS017	30	$4,270,500	$170,900	CCF24	30	$4,270,500	$170,900	14-11	30	$4,270,500	6.960%	$297,300	30	$0	$0	Si	$1,322,400
5	CC	1019602515	CIFUENTES CORTES JEISSON STIVEN		X																23030 1	8	$379,600	$60,800	EPS002	8	$379,600	$15,200	CCF24	8	$379,600	$15,200	14-11	8	$379,600	6.960%	$26,500	8	$0	$0	Si	$117,700
6	CC	11230405	CIFUENTES GUIO JESUS MARIA		X																23030 1	8	$379,600	$60,800	EPS008	8	$379,600	$15,200	CCF24	8	$309,334	$12,400	14-11	8	$379,600	6.960%	$26,500	8	$0	$0	Si	$114,900
7	CC	14251032	GONZALEZ CORTES MARTIN EDISON										X								23030 1	7	$332,150	$53,200	EPS017	7	$332,150	$0	CCF24	7	$303,334	$0	14-11	7	$332,150	0.000%	$0	7	$0	$0	Si	$53,200
8	CC	14251032	GONZALEZ CORTES MARTIN EDISON																		23030 1	23	$1,091,350	$174,700	EPS017	23	$1,091,350	$43,700	CCF24	23	$996,667	$39,900	14-11	23	$1,091,350	6.960%	$76,000	23	$0	$0	Si	$334,300
9	CC	52528942	PARRA SOLER GINET ALEXANDRA	X																	25-14	21	$996,450	$159,500	EPS005	21	$996,450	$39,900	CCF24	21	$635,969	$25,500	14-11	21	$996,450	6.960%	$69,400	21	$0	$0	Si	$294,300
10	CC	79730102	ZAPATA CASTRO HECTOR EMILIO										X								25-14	10	$474,500	$76,000	EPS008	10	$474,500	$0	CCF24	10	$433,334	$0	14-11	10	$474,500	0.000%	$0	10	$0	$0	Si	$76,000
11	CC	79730102	ZAPATA CASTRO HECTOR EMILIO																		25-14	20	$949,000	$151,900	EPS008	20	$949,000	$38,000	CCF24	20	$866,667	$34,700	14-11	20	$949,000	6.960%	$66,100	20	$0	$0	Si	$290,700
Total			**Afiliados(9)**																			$12,268,350	$1,963,500			$13,691,850	$515,800			$13,014,105	$491,500			$13,691,850		$714,100		$0	$0		$3,684,900

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 900401223	1	ATS INGENIERIA GEOMATICA SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	ATS INGENIERIA GEOMATICA SAS	CR 26 61C 06	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3460711	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-03	1315922206	9482826976	E	2025/03/07	2025/03/06	BANCO CAJA SOCIAL	0	$3,684,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				8	$1,963,500	$0	$0	$1,963,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	4	$1,298,500	$0	$0	$1,298,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	3	$349,500	$0	$0	$349,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$315,500	$0	$0	$315,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				9	$714,100	$0	$0	$714,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	9	$714,100	$0	$0	$714,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				9	$491,500	$0	$0	$491,500
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	9	$491,500	$0	$0	$491,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 4)				9	$515,800	$0	$0	$515,800
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	4	$167,200	$0	$0	$167,200
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	2	$214,600	$0	$0	$214,600
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$15,200	$0	$0	$15,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	2	$118,800	$0	$0	$118,800
TOTAL				**9**	**$3,684,900**	**$0**	**$0**	**$3,684,900**

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	52117192	HELLEN QUIROGA MORA	cll 70 n 158- 133 urb villa verde	3003110879	hellenquiroga@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		ANTIOQUIA	ITAGÜÍ		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-03	I	25/03/2025	85213706	$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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	7.500				7.500	0	0	7.500			75	7.500	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	7.500	7.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	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**
CC	52117192	HELLEN QUIROGA MORA		cll 70 n 158- 133 urb villa verde	3003110879	hellenquiroga@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	
ÚNICA	I – Independiente			ANTIOQUIA	ITAGÜÍ	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	**FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)**	**TIPO PLANILLA**	**FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)**	**NÚMERO PLANILLA**	**CANTIDAD**	
					EMPLEADOS	**UPC**
					1	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2025-03	2025-03	I	25/03/2025	85213706	$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**	**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	52117192	QUIROGA MORA HELLEN	59	0			N																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	1	7.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1015420265	IVAN FERNANDO CAÑON CELIS	Calle 33 34 79 Apto 603 Torre 6 Conjunto Almandra	9002011	ifecase@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	
2025-03	2025-03	I	14/04/2025	85809121	$935.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	402.800	0		0		0	0	0	0	402.800	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	515.600	0	0	0	0	0	0		515.600	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	16.900				16.900	0	0	16.900			169	16.900	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	402.800	402.800
Pensión	1	515.600	515.600
Riesgos Laborales	1	16.900	16.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	935.300	935.300

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1015420265	IVAN FERNANDO CAÑON CELIS		Calle 33 34 79 Apto 603 Torre 6 Conjunto Almendro	9002011	ifecase@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	
2025-03	2025-03	I	14/04/2025	85809121	$935.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1015420265	CAÑON CELIS IVAN FERNANDO	59	0			N																	231001	3.222.000	515.600	0	0	0	0	EPS005	3.222.000	402.800	14-23	3.222.000	1	16.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

enlace operativo

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-03-14, 10:30:26 AM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 76053951

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

PAGADO 04/03/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ARDILA VALENCIA ESTRUCTURAS SAS		
Documento	NI900664747	**Dirección**	AV. CARRERA 19 #95 - 55
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	7682742
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	ARDILA VALENCIA JUAN GUILLERMO	**Identificación**	CC 1088272565
Total Afiliados	11	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días ARP	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 1000213398	JUAN MANUEL SAENZ BLANCO	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.423.500	$ 57.000	0,522	$ 1.423.500	$ 7.500	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 349.300
CC 1001300220	JUAN PABLO CEPEDA ARAUJO	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 1.423.500	$ 57.000	0,522	$ 1.423.500	$ 7.500	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 349.300
CC 1012410294	SERGIO ANDRES ROMERO CLAVIJO	01	00								X									0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 2.400.000	$ 384.000	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 2.400.000	$ 96.000	0,522	$ 2.400.000	$ 12.600	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 2.400.000	$ 96.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 588.600
CC 1015463014	RUBEN FELIPE GOMEZ BAUTISTA	01	00								X									0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.500.000	$ 240.000	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.500.000	$ 60.000	0,522	$ 1.500.000	$ 7.900	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.500.000	$ 60.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 367.900
CC 1019130866	JUAN DIEGO CARRILLO MONTALVO	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.423.500	$ 57.000	0,522	$ 1.423.500	$ 7.500	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 349.300
CC 1022419246	DAVID ALEXANDER SANCHEZ ZUBIETA	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 1.423.500	$ 57.000	0,522	$ 1.423.500	$ 7.500	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 349.300
CC 1023928633	YULY XIMENA CRUZ RUIZ	01	00								X									0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 2.400.000	$ 384.000	(EPS010) EPS SURA	$ 2.400.000	$ 96.000	0,522	$ 2.400.000	$ 12.600	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 2.400.000	$ 96.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 588.600
CC 1025142095	DIEGO CAMILO HERNANDEZ OCHOA	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 1.423.500	$ 57.000	0,522	$ 1.423.500	$ 7.500	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 349.300
CC 10287648	JUAN CARLOS JIMENEZ QUINTERO	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.423.500	$ 57.000	0,522	$ 1.423.500	$ 7.500	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 349.300
CC 1088272565	JUAN GUILLERMO ARDILA VALENCIA	01	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 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 24814654	MARIA ALEJANDRA PARRA MARULANDA	01	00																	0	30	30	30	30	(231001) COLFONDOS	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS010) EPS SURA	$ 1.423.500	$ 57.000	0,522	$ 1.423.500	$ 7.500	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 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
$ 17.688.000	$ 17.688.000	$ 17.688.000	$ 17.688.000	$ 2.830.400	$ 708.000	$ 184.700	$ 708.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 4.431.100	$ 0	$ 4.431.100

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1024518623		LIZARAZO ESCOBAR LAURA ANGELICA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 165#50-28	BOGOTA-BOGOTA D.E.	9348217	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1305311314	9482052065	I	2025/03/07	2025/03/03	BANCOLOMBIA	0	$469,000

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	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					**$1,423,500**	**$227,800**			**$1,423,500**	**$178,000**			**$1,423,500**	**$28,500**			**$1,423,500**		**$34,700**		**$0**	**$0**		**$469,000**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					**$1,423,500**	**$227,800**			**$1,423,500**	**$178,000**			**$1,423,500**	**$28,500**			**$1,423,500**		**$34,700**		**$0**	**$0**		**$469,000**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																					**$1,423,500**	**$227,800**			**$1,423,500**	**$178,000**			**$1,423,500**	**$28,500**			**$1,423,500**		**$34,700**		**$0**	**$0**		**$469,000**
1	CC	1024518623	LIZARAZO LAURA																23030 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000	CCF24	30	$1,423,500	$28,500	14-11	30	$1,423,500	2.436%	$34,700	30	$0	$0	No	$469,000
Total	**Afiliados(1)**																				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500		$34,700		$0	$0		$469,000

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1024518623		LIZARAZO ESCOBAR LAURA ANGELICA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 165#50-28	BOGOTA-BOGOTA D.E.	9348217	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1305311314	9482052065	I	2025/03/07	2025/03/03	BANCOLOMBIA	0	$469,000

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
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$0	$0	$34,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$34,700	$0	$0	$34,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,500	$0	$0	$28,500
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$28,500	$0	$0	$28,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				**1**	**$469,000**	**$0**	**$0**	**$469,000**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	830146499
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MC ARQUITECTOS SA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CR11 A 94 A23 OFICINA 402	TELÉFONO:	3399011
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	0001 - OFICINA
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7965168571**	TIPO DE PLANILLA:	E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES febrero AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES marzo AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	29		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/04/23	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1428780395

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 2.560.000	$ 0	$ 0	$ 80.000	$ 80.000	$ 47.700	$ 3.000	$ 2.720.000	$ 50.700	$ 2.770.700
SUBTOTALES:										**$ 2.720.000**	**$ 50.700**	**$ 2.770.700**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS001	EPS001-ALIANSALUD S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 2.000.000	$ 0	$ 37.300	$ 0	$ 2.000.000	$ 37.300	$ 0	$ 2.037.300
SUBTOTALES:													**$ 2.000.000**	**$ 37.300**	**$ 0**	**$ 2.037.300**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 83.600	$ 83.600	$ 1.600	$ 0	$ 85.200
SUBTOTALES:									**$ 83.600**	**$ 1.600**	**$ 0**	**$ 85.200**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF22	CCF22-COLSUBSIDIO	1	$ 640.000	$ 12.000	$ 652.000
SUBTOTALES:			**$ 640.000**	**$ 12.000**	**$ 652.000**

TOTAL APORTES A OTROS PARAFISCALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
PAICBF	PAICBF - ICBF - INSTITUTO DE BIENESTAR FAMILIAR	1	$ 480.000	$ 9.000	$ 489.000
PASENA	PASENA - SENA	1	$ 320.000	$ 6.000	$ 326.000
SUBTOTALES:			**$ 800.000**	**$ 15.000**	**$ 815.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES					
																									PENSIÓN								SALUD						ARP														
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																														SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																		

Certificado de Aportes

Se certifica que CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS identificado(a) con NI 800116217 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para MARIO ANDRES BARRAGAN AGUILAR identificado(a) con CC 80242054

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			
9484097091	1386923340	E	2025-04-04	EPS	EPS008	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	30																		$1,617,300	12.5%	$202,200
9484097091	1386923340	E	2025-04-04	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-03	30																		$1,617,300	16%	$258,800
9484097091	1386923340	E	2025-04-04	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-03	30																		$1,617,300		$0
9484097091	1386923340	E	2025-04-04	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-03	30																		$1,617,300		$0
9484097091	1386923340	E	2025-04-04	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2025-03	30																				$0
9484097091	1386923340	E	2025-04-04	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2025-03	30																				$0
9484097091	1386923340	E	2025-04-04	ARL	14-4	COLPATRIA ARP	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-03	30																		$1,617,300	0.522%	$8,500
9484097091	1386923340	E	2025-04-04	CCF	CCF22	COLSUBSIDIO	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-03	30																		$1,617,300	4%	$64,700
9484097091	1386923340	E	2025-04-04	SENA	PASENA	SENA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-03	30																		$1,617,300	2%	$32,400
9484097091	1386923340	E	2025-04-04	ICBF	PAICBF	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-03	30																		$1,617,300	3%	$48,600

Este certificado se expide el día 2025-04-14 a las 11:20.

Resumen de Pago por Administradora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 7434052		CABRERA MANRIQUE MARIO RAUL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 11 A 94 A 23 OF 402	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3399011	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1348450795	9483281547	I	2025/03/13	2025/03/19	BANCO ITAU	6	$627,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$25,100	$100	$0	$25,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$25,100	$100	$0	$25,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$600,000	$2,300	$0	$602,300
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$600,000	$2,300	$0	$602,300
TOTAL				**1**	**$625,100**	**$2,400**	**$0**	**$627,500**

SISPRO
Sistema Integral de Información de la Protección Social

RUAF
Registro Único de Afiliados

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

INFORMACIÓN BASICA

Fecha de Corte: 2025-05-16

Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo
CC 7434052	MARIO	RAUL	CABRERA	MANRIQUE	M

AFILIACIÓN A SALUD

Fecha de Corte: 2025-05-16

Administradora	Régimen	Fecha Afiliacion	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio
ALIANSALUD EPS S.A.	Contributivo	01/02/2006	Activo	COTIZANTE	BOGOTA D.C.

AFILIACIÓN A PENSIONES

Fecha de Corte: 2025-05-16

No se han reportado afiliaciones para esta persona

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES

Fecha de Corte: 2025-05-16

Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Actividad Economica	Municipio Labora
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	2013-06-19	Activa	CONSTRUCCION DE OBRAS DE INGENIERIA CIVIL INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A EL MONTAJE Y/O REPARACIÓN DE OLEODUCTOS	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ
Seguros de Vida Suramericana	2024-08-03	Activa		Bogotá, D.C.- BOGOTÁ

AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR

Fecha de Corte: 2025-05-16

No se han reportado afiliaciones para esta persona

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social.
Dirección: Cra. 13 # 32 - 76. Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 330 5000, Fax: (57-1) 330 5050.

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

AFILIACIÓN A CESANTIAS

Fecha de Corte: 2025-05-16

No se han reportado afiliaciones para esta persona

PENSIONADOS

Fecha de Corte: 2025-05-16

Entidad Pagadora de pensión	Entidad que reconoce la pensión	Tipo de Pensión	Estado	Tipo de Pensionado	Fecha Resolución	Número Resoluciòn Pension PG
ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	VEJEZ	Activo	Régimen de prima media con tope máximo de pensión	2013-07-02	166552

VINCULACIÓN A PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL

Fecha de Corte: 2025-05-16

No se han reportado vinculaciones para esta persona.

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social.
Dirección: Cra. 13 # 32 - 76. Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 330 5000, Fax: (57-1) 330 5050.

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	74375696	GERMAN MAURICIO FONSECA BARRERA	Carrera 22A 19 33	3242810962	marchitec@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOYACÁ	DUITAMA	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-02	I	21/04/2025	85890170	$1.488.300	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	630.000	0		0		0	27	11.000	0	641.000	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	806.400	0	0	0	0	27	14.000	0	820.400	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	26.400				26.400	27	500	26.900			264	26.900	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	27	0	0	0
ICBF				
0	27	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	630.000	641.000
Pensión	1	806.400	820.400
Riesgos Laborales	1	26.400	26.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.462.800	1.488.300

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	74375696	GERMAN MAURICIO FONSECA BARRERA		Carrera 22A 19 33	3242810962	marchitec@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOYACÁ	DUITAMA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-02	I	21/04/2025	85890170	$1.488.300	

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	74375696	FONSECA BARRERA GERMAN MAURICIO	57	0			N																	25-14	5.040.000	806.400	0	0	0	0	EPS010	5.040.000	630.000	14-23	5.040.000	1	26.400		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	900975240-1	EV MAS SAS	calle 30 a # 6-22 ofc 2504	3213445273	lorenajuya@evmas.net	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					6	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-02	E	13/03/2025	84964181	$3.088.000	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	176.500	0		0		0	2	300	0	176.800	2
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	203.000	0		0		0	2	300	0	203.300	3
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	80.000	0		0		0	2	200	0	80.200	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	1.178.600	0	0	0	0	2	1.500	0	1.180.100	4
25-14	Colpensiones	900336004-7	658.600	0	0	0	0	2	900	0	659.500	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	334.200				334.200	2	500	334.700			3.342	334.700	6

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	452.800	2	600	453.400	6

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	2	0	0	0
ICBF				
0	2	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	3	459.500	460.300
Pensión	2	1.837.200	1.839.600
Riesgos Laborales	1	334.200	334.700
CCF	1	452.800	453.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	7	3.083.700	3.088.000

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	900975240-1	EV MAS SAS		calle 30 a # 6-22 ofc 2504	3213445273	lorenajuya@evmas.net
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	C – MIPYME			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					6	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-02	E	13/03/2025	84964181	$3.088.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1000693687	GARCIA LOPEZ DANIELA MARISOL	1	0			S							X										230301	1.511.515	241.900	0	0	0	0	EPS005	1.511.515	60.500	14-11	1.511.515	1	7.900	CCF24	1.511.515	60.500	0	0	0	0	0
2	CC	1000693687	GARCIA LOPEZ DANIELA MARISOL	1	0			S										X							230301	52.122	8.400	0	0	0	0	EPS005	52.122	2.100	14-11	52.122	1	0	CCF24	52.122	0	0	0	0	0	0
3	CC	1013687851	PUENTES CIFUENTES CAROL ALEXANDRA	1	0			S	X																230301	1.416.667	226.700	0	0	0	0	EPS008	1.416.667	56.700	14-11	1.416.667	1	7.400	CCF24	1.416.667	56.700	0	0	0	0	0
4	CC	1013687851	PUENTES CIFUENTES CAROL ALEXANDRA	1	0			S										X							230301	113.334	18.200	0	0	0	0	EPS008	113.334	4.600	14-11	113.334	1	0	CCF24	113.334	0	0	0	0	0	0
5	CC	1015459761	RABELO GAMBA ANDREA MARCELA	1	0			S							X										25-14	2.115.667	338.600	0	0	0	0	EPS008	2.115.667	84.700	14-11	2.115.667	1	11.100	CCF24	2.115.667	84.700	0	0	0	0	0
6	CC	1127659770	PEREZ NIETO CARLOS JOSE	1	0			S							X										230301	2.847.000	455.600	0	0	0	0	EPS005	2.847.000	113.900	14-11	2.847.000	5	198.200	CCF24	2.847.000	113.900	0	0	0	0	0
7	CC	1192907783	GOMEZ ESCOBAR MAYRA ALEJANDRA	1	0			S							X										25-14	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS017	2.000.000	80.000	14-11	2.000.000	1	10.500	CCF24	2.000.000	80.000	0	0	0	0	0
8	CC	2000011964	MORA QUEVEDO MIGUEL EDUARDO	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0

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
CC 1020786032		PINZON POLANIA NICOLAS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Call 165#50-28	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3112077143	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-02	2025-02	1319275875	9482119214	I	2025/03/10	2025/03/07	BANCO ITAU	0	$504,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$1,423,500**	**$227,800**			**$1,423,500**	**$178,000**			**$0**	**$0**			**$1,423,500**	**$99,100**		**$0**	**$0**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$99,100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$99,100		$0	$0
1	CC	1020786032	PINZON NICOLAS	230901	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$99,100	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$99,100		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1020786032		PINZON POLANIA NICOLAS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Call 165#50-28	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3112077143	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1319275875	9482119214	I	2025/03/10	2025/03/07	BANCO ITAU	0	$504,900

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
SKANDIA	230901	800,253,055	2	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$99,100	$0	$0	$99,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$99,100	$0	$0	$99,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				**1**	**$504,900**	**$0**	**$0**	**$504,900**

2025/03/07 08:08 AM

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **INGENIERÍA, CONSTRUCCIONES Y DISEÑOS SAS**, identificada con **NI** número **900212444**, aportó por **PAOLA ANDREA PACHON BRIÑEZ** identificado(a) con **CC** número **1073604418** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 02 - 2025 y 03 - 2025 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
14-11	ARL SURA	1															0		30	$2,940,000	0.00522	$15,400	$0	$0	Febrero - 2025	85213595	25/03/2025	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$2,940,000	0.04000	$117,600	$0	$0	Febrero - 2025	85213595	25/03/2025	Si
EPS010	EPS Sura	1															0		30	$2,940,000	0.04000	$117,600	$0	$0	Marzo - 2025	85213595	25/03/2025	Si
230301	Porvenir	1															0		30	$2,940,000	0.16000	$470,400	$0	$0	Febrero - 2025	85213595	25/03/2025	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **25** días del mes **Marzo**de **2025**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

SISPRO
Sistema Integral de Información de la Protección Social

RUAF
Registro Único de Afiliados

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

INFORMACIÓN BASICA

Fecha de Corte: 2025-06-27

Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo
CC 52223234	MARTHA	VIVIANA	RODRIGUEZ	BOCANEGRA	F

AFILIACIÓN A SALUD

Fecha de Corte: 2025-06-27

Administradora	Régimen	Fecha Afiliacion	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio
CAJA DE COMPENSACIàN FAMILIAR COMPENSAR	Contributivo	02/06/2014	Activo	COTIZANTE	BOGOTA D.C.

AFILIACIÓN A PENSIONES

Fecha de Corte: 2025-06-27

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación
PENSIONES: AHORRO INDIVIDUAL	COMPAÑIA COLOMBIANA ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS SA COLFONDOS	1998-05-13	Retirado
PENSIONES: AHORRO INDIVIDUAL	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	2010-11-01	Activo cotizante

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES

Fecha de Corte: 2025-06-27

Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Actividad Economica	Municipio Labora
Seguros de Vida Suramericana	2025-05-21	Activa		Atlántico- BARRANQUILLA

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social.
Dirección: Cra. 13 # 32 - 76. Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 330 5000, Fax: (57-1) 330 5050.

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

RIESGOS PROFESIONALES COLMENA SA COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA	2016-06-03	Activa	EMPRESAS O INSTITUCIONES DEDICADAS A LA INVESTIGACION Y DESARROLLO EXPERIMENTAL EN EL CAMPO DE LAS CIENCIAS NATURALES Y LA INGENIERIA INCLUYE SOLAMENTE LOS CENTROS DE INVESTIGACIÓN CIENTIFICA APLICADA	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ

AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR

Fecha de Corte: 2025-06-27

Administradora CF	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Tipo de Miembro de la Población Cubierta	Tipo de Afiliado	Municipio Labora
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	2021-08-23	Activo	Afiliado	Afiliado voluntario	
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	2025-05-29	Activo	Afiliado	Trabajador afiliado dependiente	

AFILIACIÓN A CESANTIAS

Fecha de Corte: 2025-06-27

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Municipio Labora
CESANTÍAS: ESPECIAL	COMPAÑIA COLOMBIANA ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS SA COLFONDOS	2000-09-05	VIGENTE	
CESANTÍAS: ESPECIAL	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	2006-02-14	VIGENTE	

PENSIONADOS

Fecha de Corte: 2025-06-27

No se han reportado pensiones para esta persona.

VINCULACIÓN A PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL

Fecha de Corte: 2025-06-27

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

SISPRO
Sistema Integral de Información de la Protección Social

RUAF
Registro Único de Afiliados

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

No se han reportado vinculaciones para esta persona.

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social.
Dirección: Cra. 13 # 32 - 76. Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 330 5000, Fax: (57-1) 330 5050.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52223234
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARTHA VIVIANA RODRIGUEZ BOCANEGRA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 72C 23-13 TORRE 8 APARTAMENTO 10	TELÉFONO:	6014759
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7962618809**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	marzo AÑO 2025
DÍAS DE MORA:		16			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/04/24	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1431805556

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 297.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.100	$ 0	$ 297.000	$ 3.100	$ 300.100
SUBTOTALES:										**$ 297.000**	**$ 3.100**	**$ 300.100**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 232.000	$ 0	$ 2.400	$ 0	$ 232.000	$ 2.400	$ 0	$ 234.400
SUBTOTALES:													**$ 232.000**	**$ 2.400**	**$ 0**	**$ 234.400**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 37.200	$ 400	$ 37.600
SUBTOTALES:			**$ 37.200**	**$ 400**	**$ 37.600**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES						
																													PENSIÓN									SALUD						ARP																		
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 52223234	RODRIGUEZ BOCANEGRA MARTHA VIVIANA	INDEPEND		$ 1.856.000				NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1.856.000	$ 297.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 297.000	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1.856.000	$ 232.000	$ 0	$ 232.000				$ 0	$ 0	30	$ 1.856.000	CCF24-COMPENSAR	$ 37.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 572.100

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 900401223	1	ATS INGENIERIA GEOMATICA SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	ATS INGENIERIA GEOMATICA SAS	CR 26 61C 06	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3460711	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-03	1315922206	9482826976	E	2025/03/07	2025/03/06	BANCO CAJA SOCIAL	0	$3,684,900

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	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: ATS INGENIERIA GEOMATICA SAS (9 Afiliados)																						$12,268,350	$1,963,500			$13,691,850	$515,800			$13,014,105	$491,500			$13,691,850		$714,100		$0	$0		$3,684,900
Centro de Trabajo: 0.52200 (2 Afiliados)																						$1,423,500	$227,800			$2,847,000	$114,000			$2,847,000	$114,000			$2,847,000		$15,000		$0	$0		$470,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados)																						$1,423,500	$227,800			$2,847,000	$114,000			$2,847,000	$114,000			$2,847,000		$15,000		$0	$0		$470,800
1	CC	30565120	MARTINEZ DIAZ LIGIA BEATRIZ																			0	$0	$0	EPS008	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	0.522%	$7,500	30	$0	$0	Si	$121,500
2	CC	51962811	PAEZ ALCAZAR FREDA KATHERINE																		25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS008	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	0.522%	$7,500	30	$0	$0	Si	$349,300
Centro de Trabajo: 6,9600 (7 Afiliados)																						$10,844,850	$1,735,700			$10,844,850	$401,800			$10,167,105	$377,500			$10,844,850		$699,100		$0	$0		$3,214,100
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (7 Afiliados)																						$10,844,850	$1,735,700			$10,844,850	$401,800			$10,167,105	$377,500			$10,844,850		$699,100		$0	$0		$3,214,100
3	CC	1055229331	AVENDAÑO PACHECO KELLY JOHANA							X											23020 1	30	$1,971,700	$315,500	EPS005	30	$1,971,700	$78,900	CCF24	30	$1,971,700	$78,900	14-11	30	$1,971,700	6.960%	$137,300	30	$0	$0	Si	$610,600
4	CC	79563001	BELTRAN CADENA WILLIANS MAURICIO							X											25-14	30	$4,270,500	$683,300	EPS017	30	$4,270,500	$170,900	CCF24	30	$4,270,500	$170,900	14-11	30	$4,270,500	6.960%	$297,300	30	$0	$0	Si	$1,322,400
5	CC	1019602515	CIFUENTES CORTES JEISSON STIVEN		X																23030 1	8	$379,600	$60,800	EPS002	8	$379,600	$15,200	CCF24	8	$379,600	$15,200	14-11	8	$379,600	6.960%	$26,500	8	$0	$0	Si	$117,700
6	CC	11230405	CIFUENTES GUIO JESUS MARIA		X																23030 1	8	$379,600	$60,800	EPS008	8	$379,600	$15,200	CCF24	8	$309,334	$12,400	14-11	8	$379,600	6.960%	$26,500	8	$0	$0	Si	$114,900
7	CC	14251032	GONZALEZ CORTES MARTIN EDISON										X								23030 1	7	$332,150	$53,200	EPS017	7	$332,150	$0	CCF24	7	$303,334	$0	14-11	7	$332,150	0.000%	$0	7	$0	$0	Si	$53,200
8	CC	14251032	GONZALEZ CORTES MARTIN EDISON																		23030 1	23	$1,091,350	$174,700	EPS017	23	$1,091,350	$43,700	CCF24	23	$996,667	$39,900	14-11	23	$1,091,350	6.960%	$76,000	23	$0	$0	Si	$334,300
9	CC	52528942	PARRA SOLER GINET ALEXANDRA	X																	25-14	21	$996,450	$159,500	EPS005	21	$996,450	$39,900	CCF24	21	$635,969	$25,500	14-11	21	$996,450	6.960%	$69,400	21	$0	$0	Si	$294,300
10	CC	79730102	ZAPATA CASTRO HECTOR EMILIO										X								25-14	10	$474,500	$76,000	EPS008	10	$474,500	$0	CCF24	10	$433,334	$0	14-11	10	$474,500	0.000%	$0	10	$0	$0	Si	$76,000
11	CC	79730102	ZAPATA CASTRO HECTOR EMILIO																		25-14	20	$949,000	$151,900	EPS008	20	$949,000	$38,000	CCF24	20	$866,667	$34,700	14-11	20	$949,000	6.960%	$66,100	20	$0	$0	Si	$290,700
Total			**Afiliados(9)**																			$12,268,350	$1,963,500			$13,691,850	$515,800			$13,014,105	$491,500			$13,691,850		$714,100		$0	$0		$3,684,900

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 900401223	1	ATS INGENIERIA GEOMATICA SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	ATS INGENIERIA GEOMATICA SAS	CR 26 61C 06	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3460711	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-03	1315922206	9482826976	E	2025/03/07	2025/03/06	BANCO CAJA SOCIAL	0	$3,684,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				8	$1,963,500	$0	$0	$1,963,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	4	$1,298,500	$0	$0	$1,298,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	3	$349,500	$0	$0	$349,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$315,500	$0	$0	$315,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				9	$714,100	$0	$0	$714,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	9	$714,100	$0	$0	$714,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				9	$491,500	$0	$0	$491,500
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	9	$491,500	$0	$0	$491,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 4)				9	$515,800	$0	$0	$515,800
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	4	$167,200	$0	$0	$167,200
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	2	$214,600	$0	$0	$214,600
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$15,200	$0	$0	$15,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	2	$118,800	$0	$0	$118,800
TOTAL				**9**	**$3,684,900**	**$0**	**$0**	**$3,684,900**

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	80108051	WILSON JAVIER CASTAÑEDA	Cra 79a No 11b-40	3144383946	wilsoncastaneda11@hotmail.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	
2025-03	2025-03	I	10/03/2025	84182547	$678.400	

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	292.100	0		0		0	0	0	0	292.100	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	217.900	0	0	0	0	0	0		217.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	163.900				163.900	0	0	163.900			39	163.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	4.500	0	0	4.500	1

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		292.100
292.100 Pensión	1	217.900	217.900
Riesgos Laborales	1	163.900	163.900
CCF	1	4.500	4.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	678.400	678.400

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	80108051	WILSON JAVIER CASTAÑEDA	carrera 79a No 11b - 40	3144383946	wilsoncastaneda11@hotmail.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	
2025-03	2025-03	I	10/03/2025	84182547	$678.400	

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	80108051	WILSON JAVIER CASTAÑEDA	57	0			N	X																230201	1`736.667	217.900	0	0	0	0	EPS005	1`736.667	292.100	14-7	1`736.667	1	163.900	CCF24	1`736.667	4.500	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Anexo 2. Matriz de riesgos interventoria

	SISTEMA DE GESTIÓN	SST-FT-010
	MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS, VALORACIÓN DE RIESGOS Y DETERMINACIÓN DE CONTROLES	Versión: 02
		26/3/2025
		Página 1 de 1

AREA / LUGAR:	SOLIJUN SAS	ULTIMA ACTUALIZACIÓN:	26/3/2025	FECHA:	26/3/2025	ACTUALIZADO POR:	SOFIA FERNANDEZ	PROFESIONAL SST	APROBADO POR:	RAUL DELGADO	REPRESENTANTE LEGAL

PROCESO	ZONA/LUGAR	ACTIVIDAD	TAREA	RUTINARIA (R/NR)	PELIGRO		EFECTOS POSIBLES	CONTROLES EXISTENTES									EVALUACIÓN DEL RIESGO						VALORACIÓN DEL RIESGO	CRITERIOS PARA CONTROLES					MEDIDAS DE INTERVENCIÓN										RESPONSABLE MEDIDAS DE INTERVENCIÓN	Porcentaje de cumplimiento				% total de Cumplimiento		Las actividades fueron ejecutadas	Fecha de cierre
								ELIMINACIÓN	SUSTITUCIÓN	CONTROLES DE	CONTROLES ADMINISTRATIVOS				SEÑALIZACI	EQUIPOS DE	ND	NE	NP (ND X NE)	Significado NP	NC	NE1	Significado NR		ACEPTABILIDAD DEL RIESGO	CARGOS			PEOR		ELIMINACI	SUSTITUCI	CONTROLES DE INGENIERIA	CONTROLES ADMINISTRATIVOS				EQUIPOS/			ELIMINACIÓN	SUSTITUCIÓN	CONTROLES DE INGENIERIA	CONTROL ADMINISTRATIVO	EPP							
					CLASIFICACIÓN	DESCRIPCIÓN (FUENTE)					PTS - ATS	CAPACITACIÓN	INSPECCIONES	OTROS																				PTS - ATS	CAPACITACIÓN	INSPECCIONES	OTROS	SEÑALIZACIÓN													
1	2	3	4	5	6	7	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	54	55	56	57	59	60	61	62
GESTIÓN GERENCIAL Y SOPORTE (Administrativo: Gerencia, Licitaciones,Estudios y Diseño, Compras y logistica, Recursos Humanos, Contabilidad, sst, ambiental y Calidad)		OFICINA DE INTERVENTORIA	Dirección, Control, Asignación de recursos (humanos, financieros, materiales); actividades (cómo); responsables (quién); tiempos (cuándo); determinación de grados de especialización y división del trabajo (comercialización, producción, compras, personal); establecimiento de relaciones de autoridad y responsabilidad; asignación de funciones; determinación de tramos de control; diseño de la estructura organizacional; elaboración de manuales de organización, políticas y procedimientos, desplazamientos (No frecuentes entre lugares de trabajo y/o proyectos), reuniones, atención de personal interno y externo.	establecimiento de cómo se deberán llevar a cabo las actividades de la empresa (organización), vigilar lo que debe hacerse (control);	...mas, programas, inducciones, retroalimentaciones, capacitaciones, prácticas, decisiones e impulsar, coordinar y vigilar las acciones de cada miembro y grupo que integran la empresa, con el fin de que dichas actividades en conjunto se lleven a cabo conforme a los planes establecidos y la medición en que manera afectan positiva o negativamente a las personas que trabajan en la organización. Determinación de lo que debe hacerse (planeación);																																												
				R	**BIOLÓGICO (Virus, Bacterias, morderduras)**	Presentes en el medio de trabajo y ambientes donde realizan actividades.	Contagio de enfermedades virales, bacterias y alergias	N/A	N/A	Ninguno	- Procedimiento de identificación de Riesgos de Salud Publica	- Capacitación en temas de Riesgos Biologicos.	Inspección de limpieza y desinfección de oficina.	- Control de vacunación del personal	N/A	- Tapabocas	2	2	4	B	10	40	II	MEJORABLE, Mejorar el control existente	GESTIÓN GERENCIAL Y SOPORTE (Administrativo: Gerencia, Licitaciones,Estudios y Diseño, Compras y logistica, Recursos Humanos, Contabilidad, sst, ambiental y Calidad)	6	8	Lesiones Incapacitantes temporales (LIT).	Norma Vigente	N/A	N/A	N/A	- Programa de orden y aseo - Campañas de vacunación	-Capacitación sobre enfermedades infectocontagiosas - Limpieza y desinfección, lavado de manos	- Inspecciones A puestos de trabajo	- Jornadas de Limpieza y Desinfección periodica a areas comunes	N/A	- Tapabocas	Coordinador de HSE	-	-	-	100%	100%	100%	SI, SEGUIMIENTO A QUE SE IMPLEMENTAN Y MANTIENEN LOS CONTROLES	Próximo seguimiento: Agosto de 2025
				R	**FÍSICO (Iluminación)**	Lamparas led de luz, calido, frio, luz portátil de computador, iluminación natural.	Fatiga visual, cefalea, stres.	N/A	N/A	Revision y mantenimiento del sistema de luminarias	- Programa de Mantenimiento de instalaciones y redes electricas.	Concepto de Riesgo Fisico (Iluminación).	Inspección a puestos de tranajo	- Incrementar el uso de la luz natural. - Usar colores claros para las paredes y techos cuando se requiera mayor nivel de iluminación.	N/A	- Filtros incorporados en las pantallas de los equipos de computador	2	2	4	B	10	40	II	MEJORABLE, Mejorar el control existente	GESTIÓN GERENCIAL Y SOPORTE (Administrativo: Gerencia, Licitaciones,Estudios y Diseño, Compras y logistica, Recursos Humanos, Contabilidad, sst, ambiental y Calidad)	6	8	Disminución de la agueza visual, alteraciones visuales.		N/A	N/A	- Colocar las lámparas (puntos de luz, luminarias) en la posición adecuada segun recomendaciones de los informes de medición - En el caso de deterioro de lámparas se debe proceder a su rápida sustitución - Mantener niveles y contrastes adecuados entre los objetos, las fuentes de luz y la zona de operaciones. - Evitar los deslumbramientos directos producidos por la luz solar o por fuentes de luz artificial	N/A	- Pausas activas visuales - Capacitación en conservación visual	Inspecciones a puestos de trabajo	Limpiar las ventanas y realizar el mantenimiento de las fuentes de luz, Limpieza de Luminarias segun Cronograma de Mantenimiento, Examen de Optometria.	Ninguno	- Ninguno	Coordinador de HSE	-	-	-	100%	-	100%	SI, SEGUIMIENTO A QUE SE IMPLEMENTAN Y MANTENIEN LOS CONTROLES	Próximo seguimiento: Agosto de 2025
				R	**FÍSICO (Radiaciones No Ionizantes)**	Radiaciones no ionizantes: por exposición al sol, superficies calientes, llamas, estaciones de gas, radio, emisoras, instalaciones de radar, radacion electromagnetica de baja frecuencia. etc.	Enrojecimiento en la piel, caida del cabello y quemaduras por irradación.	N/A	N/A	N/A	N/A	Capacitación: efectos y consecuencia a la exposición al sol durante varias horas, Golpes de Calor y Deshidratación	N/A	Uso de bloqueador.	N/A	Uso de ropa adecuada camisa de manga larga.	2	2	4	B	12	48	II	MEJORABLE, Mejorar el control existente	GESTIÓN GERENCIAL Y SOPORTE (Administrativo: Gerencia, Licitaciones,Estudios y Diseño, Compras y logistica, Recursos Humanos, Contabilidad, sst, ambiental y Calidad)	6	8	Quemaduras leves en la piel	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Capacitación en Radiaciones No ionizantes, uso adecuado de hornos microondas. Y uso de bloqueador según FPS.	N/A	Manual de uso de microondas	Señales de uso de Microondas	N/A	Coordinador de HSE	-	-	-	100%	-	100%	SI, SEGUIMIENTO A QUE SE IMPLEMENTAN Y MANTENIEN LOS CONTROLES	Próximo seguimiento: Agosto de 2025
				R	**FÍSICO (RUIDO)**	Ruido de la calle generado por el sonido de pitos de vehiculos, motos, personal que pasa hablando por la calle.	Estrés, dolor de Cabeza y falta de concentración.	N/A	N/A	N/A	N/A	Efectos del ruido y medidas de prevención generales	N/A	N/A	N/A	N/A	2	2	4	B	13	52	II	MEJORABLE, Mejorar el control existente	GESTIÓN GERENCIAL Y SOPORTE (Administrativo: Gerencia, Licitaciones,Estudios y Diseño, Compras y logistica, Recursos Humanos, Contabilidad, sst, ambiental y Calidad)	6	8	Cefalea	Ninguno	N/A	N/A	Peliculas de aislamiento en ventanas	N/A	Capacitación en cuidado del oido y factor de riesgo ruido	Puestos de trabajo	N/A	N/A	N/A	Coordinador de HSE	-	-	-	100%	-	100%	SI, SEGUIMIENTO A QUE SE IMPLEMENTAN Y MANTENIEN LOS CONTROLES	Próximo seguimiento: Agosto de 2025
				R	**BIOLOGICO**	Exposición a agentes biológicos como virus SARS-CoV-2 (contacto directo entre personas, contacto con objetos contaminados)	Enfermedad COVID-19, Infección Respiratoria Aguda (IRA) de leve a grave, que puede ocasionar enfermedad pulmonar crónica, neumonía o muerte.	Ninguno	Ninguno	ventilación natural, mantenner ventanas abiertas	Ninguno	Capacitación en riesgo biologico, protocolos de bioseguridad	Inspeccion al cumplimiento de el uso de los EPP, suministro de las estaciones de limpieza.	Trabajo en casa, divulgacion de cuidados en casa, durante transporte y prevencion de contagio de COVID-19.	Divulgacion en carteleras, whatsapp, e-mail. Sobre el COVID 19 y sus medidas de prevencion de contagio.	Tapaboca, guantes, gafas, careta	2	2	4	B	100	400	II	Aceptable con control especifico	GESTIÓN GERENCIAL Y SOPORTE (Administrativo: Gerencia, Licitaciones,Estudios y Diseño, Compras y logistica, Recursos Humanos, Contabilidad, sst, ambiental y Calidad)	6	Si	Ninguno	Normatividad Vigente	Ninguno	Ninguno	Capacitacin en los protocolos de limpieza y desinfeccion, uso adecuado de EPP, cuidado en el lavado de manos, cuidado al entrar y salir de casa, cuidad en el transporte publico.3	Verificar en las intalaciones del contgratista que se cumple con estaciones de limpieza y desinfeccion. Para poder realizar la actividad de la interventoria.	Ninguno	Limpieza y desinfección de EPP	Uso de EPP (tapabocas) Elementos de Limpieza y desinfeccion	AREA HSEQ: Ingeniero HSEQ, Inspector HSE	Uso de EPP, Infogramas de lavado de manos, Desinfeccion de elementos de trabajo.	Coordinador de HSE	-	-	-	100%	100%	100%	SI, SEGUIMIENTO A QUE SE IMPLEMENTAN Y MANTENIEN LOS CONTROLES	Próximo seguimiento: Agosto de 2025
				NR	**QUÍMICOS (Nieblas, gases y vapores)**	Nieblas: Presencia de líquidos en un estado disperso por salpicadura, formación de espuma o atomización. (Limpieza de puestos de trabajo con desinfectantes)	Realizar la limpieza en horarios de trabajo, atomizar productos químicos de limpieza, trabajos de atomización, mezclado, limpieza con vapor de agua	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Horarios de limpieza de áreas diferentes a las jornadas de trabajo	N/A	N/A	2	2	4	B	14	56	II	MEJORABLE, Mejorar el control existente	GESTIÓN GERENCIAL Y SOPORTE (Administrativo: Gerencia, Licitaciones,Estudios y Diseño, Compras y logistica, Recursos Humanos, Contabilidad, sst, ambiental y Calidad)	6	8	Enfermedades Respiratorias	Normatividad Vigente	N/A	Reemplazar sustancias químicas de limpieza con menor grado de toxicidad y/o biodegradables	N/A	N/A	Capacitación en manipulación y uso de sustancias químicas de limpieza	Área de Almacenamiento de las sustancias y puestos de trabajo	Protocolo de limpieza	Rotulación de las sustancias químicas, matriz de compatibilidad	Uso de tapabocas y guantes	Coordinador de HSE	-	-	-	100%	100%	100%	SI, SEGUIMIENTO A QUE SE IMPLEMENTAN Y MANTENIEN LOS CONTROLES	Próximo seguimiento: Agosto de 2025
				R	**PSICOSOCIAL**	Gestion Organizacional, carga Mental, Funciones del Cargo y Responsabilidades.	Ansiedad, alteraciones del Comportamiento, alteraciones a la salud como: Cardiovasculares y gastrointestinales, estres, Falta de apatia a trabajo, Trabajar con falta de compromiso, apatia al cumplimiento de tareas.	N/A	N/A	N/A	N/A	Capacitación en factores de riesgo psicosocial. Capacitaciones de Bienestar.	Aplicación de la prueba de diagnostico y ejecución de las actividades definidas en el plan de acción	Descansos programados, pausas activas Evaluación de desempeño	N/A	Reposición de los elementos de protección personal propios de la labor del trabajador	2	2	4	B	15	60	II	MEJORABLE, Mejorar el control existente	GESTIÓN GERENCIAL Y SOPORTE (Administrativo: Gerencia, Licitaciones,Estudios y Diseño, Compras y logistica, Recursos Humanos, Contabilidad, sst, ambiental y Calidad)	6	8	Estrés Ocupacional		N/A	N/A	N/A	N/A	Riesgo Psicosocial	N/A	Descansos y pausas durante la jornada laboral	N/A	N/A	Coordinador de HSE	-	-	-	100%	-	100%	SI, SEGUIMIENTO A QUE SE IMPLEMENTAN Y MANTENIEN LOS CONTROLES	Próximo seguimiento: Agosto de 2025
				R	**BIOMECÁNICO (Posturas Forzadas)**	Por Postura Prolongada en una misma posición por mas de 2 horas (sedente) realizando labores administrativas	Dolor de espalda, articulaciones. No realizar pausas activas, agacharse sin flexionar las piernas. Adopción de posturas inadecuadas	N/A	N/A	N/A	- PVE Biomecanico - Procedimiento para las evaluaciones médicas	- Pausas Activas - Higene postural - Prevención de lesiones osteomusculares	- Reporte de actos y condiciones Inseguros (RACIS)	- Exámenes ocupacionales y valoraciones periódicas	N/A	N/A	2	2	4	B	16	64	II	MEJORABLE, Mejorar el control existente	GESTIÓN GERENCIAL Y SOPORTE (Administrativo: Gerencia, Licitaciones,Estudios y Diseño, Compras y logistica, Recursos Humanos, Contabilidad, sst, ambiental y Calidad)	6	8	Lesiones incapacitantes temporales o permanentes		N/A	Cambio de Puestos de Trabajo	Diseño o rediseño de lugar de trabajo	Procedimiento de trabajo seguro en oficinas	- Pausas Activas - Mini descansos - Dia Saludable - Educación y entrenamiento en riesgo Biomecánico	- Inspecciones de puestos de trabajo - Reporte de actos y condiciones Inseguros (RACIS)	- Exámenes con énfasis osteomuscular - Rotar al personal por otras tareas - Campaña de sensibilización estilos de vida saludable	N/A	- Suministrar adiamentos ergonomicos para los puestos de trabajo (apoya brazos, apoya pies, etc) segùn evaluacion d epuestos de trabajo	Coordinador de HSE	-	-	-	100%	-	100%	SI, SEGUIMIENTO A QUE SE IMPLEMENTAN Y MANTENIEN LOS CONTROLES	Próximo seguimiento: Agosto de 2025
				R	**BIOMECÁNICO (movimientos repetitivos)**	Movimiento repetitivo movimientos continuos al digitar o utilizar el mouse	Lesiones osteomusculares. No realizar pausas activas, agacharse sin flexionar las piernas. Adopción de posturas inadecuadas	N/A	N/A	N/A	- PVE Biomecanico - Procedimiento para las evaluaciones médicas	- Pausas Activas - Higene postural - Prevención de lesiones osteomusculares	- Reporte de actos y condiciones Inseguros (RACIS)	- Exámenes ocupacionales y valoraciones periódicas	N/A	N/A	2	2	4	B	17	68	II	MEJORABLE, Mejorar el control existente	GESTIÓN GERENCIAL Y SOPORTE (Administrativo: Gerencia, Licitaciones,Estudios y Diseño, Compras y logistica, Recursos Humanos, Contabilidad, sst, ambiental y Calidad)	6	8	Lesiones incapacitantes temporales		N/A	- Cambio de Puestos de Trabajo	- Diseño o rediseño de lugar de trabajo	- Procedimiento de trabajo seguro en oficinas	- Pausas Activas - Mini descansos - Dia Saludable - Educación y entrenamiento en riesgo Biomecánico	- Inspecciones de puestos de trabajo	- Exámenes con énfasis osteomuscular - Rotar al personal por otras tareas - Continuar programa de pausas activas - Campaña de sensibilización estilos de vida saludable	N/A	- Suministrar adiamentos ergonomicos para los puestos de trabajo (apoya brazos, apoya pies, etc) segùn evaluacion d epuestos de trabajo	Coordinador de HSE	-	-	-	100%	-	100%	SI, SEGUIMIENTO A QUE SE IMPLEMENTAN Y MANTENIEN LOS CONTROLES	Próximo seguimiento: Agosto de 2025
				R	**BIOMECÁNICO (manipulación de cargas)**	Manipulación de cargas: levantamiento de cargas inferiores a 5 Kilogramos y traslandarlos de un lugar a otro.	Dolor de espalda y problemas osteomusculares. Por No realizar pausas activas, agacharse sin flexionar las piernas. Adopción de posturas inadecuadas	N/A	N/A	N/A	- PVE Biomecanico - Procedimiento para las evaluaciones médicas	- Pausas Activas - Higene postural - Prevención de lesiones osteomusculares	- Reporte de actos y condiciones Inseguros (RACIS)	- Exámenes ocupacionales y valoraciones periódicas	N/A	N/A	2	2	4	B	18	72	II	MEJORABLE, Mejorar el control existente	GESTIÓN GERENCIAL Y SOPORTE (Administrativo: Gerencia, Licitaciones,Estudios y Diseño, Compras y logistica, Recursos Humanos, Contabilidad, sst, ambiental y Calidad)	6	8	Lesiones incapacitantes temporales o permanentes		N/A	N/A	N/A	N/A	- Pausas Activas - Mini descansos - Semana de la Salud - Educación y entrenamiento en riesgo Biomecánico	- Inspecciones de puestos de trabajo - Reporte de actos y condiciones Inseguros (RACIS)	- Exámenes con énfasis osteomuscular - Rotar al personal por otras tareas - Campaña de sensibilización estilos de vida saludable	N/A	N/A	Coordinador de HSE	-	-	-	100%	-	100%	SI, SEGUIMIENTO A QUE SE IMPLEMENTAN Y MANTENIEN LOS CONTROLES	Próximo seguimiento: Agosto de 2025
				R	**CONDICIONES DE SEGURIDAD (Mecánico)**	Manipulación de objetos de la oficina que por su diseño y funcionamiento, formas o tamaño pueden ser deficientes (Uso de cosedoras, perforadoras, sacaganchos, etc)	Dolor de articulaciones por el Uso incorrecto de cosedoras, perforadoras, ganchos.	N/A	N/A	N/A	N/A	- Capacitación en autocuidado	- Inspeccion de oficinas	- Entrega de elementos como sacaganchos	N/A	N/A	6	2	12	A	10	120	II	MEJORABLE, Mejorar el control existente	GESTIÓN GERENCIAL Y SOPORTE (Administrativo: Gerencia, Licitaciones,Estudios y Diseño, Compras y logistica, Recursos Humanos, Contabilidad, sst, ambiental y Calidad)	6	8	Lesiones incapacitantes temporales		N/A	N/A	N/A	- Procedimiento de trabajo seguro en oficinas	- Procedimiento de trabajo seguro en oficinas	N/A	N/A	N/A	N/A	Coordinador de HSE	-	-	-	100%	-	100%	SI, SEGUIMIENTO A QUE SE IMPLEMENTAN Y MANTENIEN LOS CONTROLES	Próximo seguimiento: Agosto de 2025
				R	**CONDICIONES DE SEGURIDAD (Locativo)**	Locativo circulación de un lugar a otro, escaleras, baños , cocina y pasillos para desarrollar el trabajo.	Posibles caidas. El no advertir o señalizar adecuadamente los peligros en el area, correr por las escaleras o áreas comunes, abrir o cerrar puertas sin precaución	N/A	N/A	- Antideslizantes Fluorecente	- Programa de mantenimiento locativo	- Capacitación en autocuidado	- Inspección Locativas, general de áreas - Inspección de orden y aseo	- Mantener las áreas libres de obstáculos - Realizar orden y aseo	- Señalización del área indicando el factor de riesgo - Ubicar rutas de evacuación	N/A	2	2	4	B	10	40	II	MEJORABLE, Mejorar el control existente	GESTIÓN GERENCIAL Y SOPORTE (Administrativo: Gerencia, Licitaciones,Estudios y Diseño, Compras y logistica, Recursos Humanos, Contabilidad, sst, ambiental y Calidad)	6	8	Lesiones incapacitantes temporales o permanentes		N/A	N/A	N/A	N/A	- Procedimientos seguros en oficinas - Orden y aseo	N/A	N/A	- Señalización preventivas de piso mojado	N/A	Coordinador de HSE	-	-	-	100%	-	100%	SI, SEGUIMIENTO A QUE SE IMPLEMENTAN Y MANTENIEN LOS CONTROLES	Próximo seguimiento: Agosto de 2025
				R	**CONDICIONES DE SEGURIDAD (Eléctrico)**	Tomas de corriente, Sistemas eléctricos de equipos de computo. RATS	Choque electrico. Manipulación incorrecta de sistemas eléctricos pueden generar quemaduras, cardiaco, destrucción muscular nervios y tejidos, quemaduras termicas.	N/A	N/A	N/A	Promagrama de prevencion de riesgo Electrico	N/A	Inspecciones periódicos a los sistemas eléctricos de las instalaciones	Entubar los cables de los equipos de computo	Señales en sistemas eléctricos de voltaje bajo, medio, alto. Señalización de riesgo eléctrico	N/A	2	2	4	B	10	40	II	MEJORABLE, Mejorar el control existente	GESTIÓN GERENCIAL Y SOPORTE (Administrativo: Gerencia, Licitaciones,Estudios y Diseño, Compras y logistica, Recursos Humanos, Contabilidad, sst, ambiental y Calidad)	6	8	Lesiones incapacitantes temporales o permanentes		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Inspecciones periódicos a los sistemas eléctricos de las instalaciones	Entubar los cables de los equipos de computo	Señales en sistemas eléctricos de voltaje bajo, medio, alto. Señalización de riesgo eléctrico	N/A	Coordinador de HSE	-	-	-	100%	-	100%	SI, SEGUIMIENTO A QUE SE IMPLEMENTAN Y MANTENIEN LOS CONTROLES	Próximo seguimiento: Agosto de 2025
				NR	**TECNOLÓGICO (Incendio)**	Incendio: almacenamiento de materiales combustibles o inflamables	Quemaduras por Uso de elementos que producen chispas, a materiales inflamables, no reporte de condiciones inseguras.	N/A	N/A	N/A	Plan de emergencias	Capacitacion en evacuación de áreas	Inspecciones de equipos de protección contra incendios	Dotación de elementos de control de incendios como extintores	Señalización de los equipos de protección contra incendios	N/A	6	2	12	A	10	120	II	MEJORABLE, Mejorar el control existente	GESTIÓN GERENCIAL Y SOPORTE (Administrativo: Gerencia, Licitaciones,Estudios y Diseño, Compras y logistica, Recursos Humanos, Contabilidad, sst, ambiental y Calidad)	6	8	Lesiones incapacitantes temporales o permanentes		N/A	N/A	Detectores de humo	N/A	Manipulación de extintores, Manejo de fuego, capacitación Brigadas de emergencia	Áreas de almacenamiento de combustibles	N/A	N/A	N/A	Coordinador de HSE	-	-	-	100%	-	100%	SI, SEGUIMIENTO A QUE SE IMPLEMENTAN Y MANTENIEN LOS CONTROLES	Próximo seguimiento: Agosto de 2025
				NR	**CONDICIONES DE SEGURIDAD (Accidentes de Tránsito)**	Accidentes de tránsito, uso de vehiculos de la compañía o Moto del mensajero.	Fracturas, Politraumatismo, daños a la propiedad. No respetar señales de transito. Conducir con sueño o despues de una jornada extensa de trabajo, no usar manos libres, distraerse.	N/A	N/A	N/A	N/A	- Inducción general - Politica de transporte	N/A	N/A	N/A	N/A	6	2	12	A	10	120	II	MEJORABLE, Mejorar el control existente	GESTIÓN GERENCIAL Y SOPORTE (Administrativo: Gerencia, Licitaciones,Estudios y Diseño, Compras y logistica, Recursos Humanos, Contabilidad, sst, ambiental y Calidad)	6	8	Lesiones incapacitantes temporales o permanentes, muerte		N/A	N/A	N/A	N/A	Charlas en normas de seguridad para peatones	N/A	Programa de seguridad vial	N/A	N/A	Coordinador de HSE	-	-	-	100%	-	100%	SI, SEGUIMIENTO A QUE SE IMPLEMENTAN Y MANTENIEN LOS CONTROLES	Próximo seguimiento: Agosto de 2025

| | | |

GENERALES

DE INTERVENTORIA

...ación de bebidas ilícitas de consumo

...dranos y Pilfgrosos. Manipulación de Alimentos

BIENSALEÍA

CAMPAMENTOS

Realizar recorridos, hacer entregas y redctar enconendas para oficina principal

Entrega de Correspondencia. Consignaciones. Pagos y radicando tirtornas.

Planeación, Organización, Dirección, Control, Asignación de recursos (humanos, financieros, materiales): actividades (como): re

| NR | TECNOLÓGICO (Tecnico) | | |

| | | |

	SISTEMA DE GESTIÓN	SST-FT-010
	MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS, VALORACIÓN DE RIESGOS Y DETERMINACIÓN DE CONTROLES	Versión: 02
		26/3/2025
		Página 1 de 1

AREA / LUGAR:	SOLIUN SAS	ULTIMA ACTUALIZACIÓN:	26/3/2025	FECHA:	26/3/2025	ACTUALIZADO POR:	SOFIA FERNANDEZ	PROFESIONAL SST	APROBADO POR:	RAUL DELGADO	REPRESENTANTE LEGAL

PROCESO	ZONA/LUGAR	ACTIVIDAD	TAREA	RUTINARIA (R/NR)	PELIGRO		EFECTOS POSIBLES	CONTROLES EXISTENTES								EVALUCIÓN DEL RIESGO							VALORACIÓN DEL RIESGO	CRITERIOS PARA CONTROLES			MEDIDAS DE INTERVENCIÓN									RESPONSABLE MEDIDAS DE INTERVENCIÓN	Porcentaje de cumplimiento					% total de Cumplimiento	Los controles fueron eficaces?	Fecha de cierre
								ELIMINACIÓN	SUSTITUCIÓN	CONTROLES DE INGENIERÍA	CONTROLES ADMINISTRATIVOS				EQUIPOS/ ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL									Número de Expuestos	PEOR CONSECUENCIA	EXISTENCIA DE REQUISITO LEGAL	ELIMINACIÓN	SUSTITUCIÓN	CONTROLES DE INGENIERÍA	CONTROLES ADMINISTRATIVOS				SEÑALIZACIÓN	EQUIPOS/ ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL		ELIMINACIÓN	SUSTITUCIÓN	CONTROLES DE INGENIERÍA	CONTROL ADMINISTRATIVO	EPP				
					CLASIFICACIÓN	DESCRIPCIÓN (FUENTE)		PTS - ATS	CAPACITACIÓN	INSPECCIONES	OTROS	SEÑALIZACIÓN			ND	NE	NP (ND X NE)	Significado NP	NC	NR1	Significado NR	ACEPTABILIDAD DEL RIESGO				PTS - ATS	CAPACITACIÓN	INSPECCIONES	OTROS	SEÑALIZACIÓN														
1	2	3	4	5	6	7	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	28	30	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	54	55	56	57	59	60	61	62
PERSONAL VISITANTE Y EXTERNO	OFICINA	AUDITORIAS, INTERVENTORIAS, VISITAS LEGALES, CONSULTORES, CLIENTES, PROVEEDORES	Realizar vistas de revisión de sistema de gestión, vistas legales y administrativas, recorridos conocimiento y/o verificación de procesos, entregas y ejecución de actividades acorde a la actividades contratadas.	R	**BIOLÓGICO (Virus, Bacterias, Mordeduras, Picaduras)**	Contacto con vegetación / plantas irritantes	Alergias, shock anafiláctico.	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		N/A	- Guantes -Botas - Overol de manga larga	2	2	4	B	25	100	III	Aceptable con control existente	8	Alergias, irritaciones en piel, shock anafiláctico		N/A	N/A	N/A	N/A	Charlas de sensibilización	N/A	N/A	N/A	- Uso permanente de EPP	Coordinador de HSE	-	-	-	100%	100%	100%	SI, SEGUIMENTO A QUE SE IMPLEMENTAN Y MANTIENEN LOS CONTROLES	Próximo seguimiento: Agosto de 2025
					BILOGICO	Exposición a agentes biológicos como virus SARS-CoV-2 (contacto directo entre personas, contacto con objetos contaminados)	Enfermedad COVID-19, infección Respiratoria Aguda (IRA) de leve a grave, que puede ocasionar enfermedad pulmonar crónica,	Ninguno	Ninguno	ventilación natural, ubicación de claraboyas	Ninguno	Capacitación en riesgo biologico, protocolos de bioseguridad	Inspeccion al cumplimiento de el uso de los EPP, suministro de las estaciones de limpieza.	Trabajo en casa, divulgacion de cuidados en casa, durante transporte y prevencion de contagio de COVID 19	Divulgacion en carteleras, whatsapp, e-mail. Sobre el COVID 19 y sus medidas de prevencion de contagio.	Tapaboca, guantes, gafas, careta	3	4	12	A	100	1200	I	No Aceptable	6	Muerte	Si	Ninguno	Ninguno	NA	NA	Capacitacion en los protocolos de limpieza y desinfeccion, uso adecuado de EPP, cuidado en el alvado de manos, cuidado al entrar y salir de casa, cuidar en el transporte publico.3	Verificar en las instalaciones del contgratista que se cumple con estaciones de limpieza y desinfeccion. Para poder realizar la actvidad de la obra/activia	Uso de EPP Casco, gafas, protección auditiva, guantes, ropa adecuada de trabajo, botas de seguridad,	Uso de EPP. Infogramas de lavado de manos. Desinfeccion de elementos de trabajo.	Uso de EPP Casco, gafas, protección auditiva, guantes, ropa adecuada de trabajo, botas de seguridad,	Coordinador de HSE	-	-	-	100%	100%	100%	SI, SEGUIMENTO A QUE SE IMPLEMENTAN Y MANTIENEN LOS CONTROLES	Próximo seguimiento: Agosto de 2025
					BIOMECÁNICO (Esfuerzos)	Esfuerzos generados por la manipulación de elementos pesados	Fatiga muscular	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	2	1	2	B	25	50	III	Aceptable con control existente	8	Lesiones incapacitantes		N/A	N/A	N/A	Actividades del SVE	- Continuar controles existentes	N/A	-Implementación programa de pausas activas	N/A	casco, guantes, botas	Coordinador de HSE	-	-	-	100%	100%	100%	SI, SEGUIMENTO A QUE SE IMPLEMENTAN Y MANTIENEN LOS CONTROLES	Próximo seguimiento: Agosto de 2025
					BIOMECÁNICO (Manipulación manual de cargas)	Desplazamientos con equipos o Elementos de trabajo	Lumbalgias, hernias discales	N/A	N/A	N/A	N/A	- Pausas activas.	N/A	- Programa de prevención de enfermedad osteomuscular	-Información de peso de equipos en cada uno de ellos.	N/A	2	1	2	B	25	50	III	Aceptable con control existente	8	Hernias, Incapacidades		N/A	Uso de animales semovientes para el traslado de equipos	N/A	- Continuar actividades del SVE	- Continuar controles existentes	N/A	-Implementación programa de pausas activas	N/A	N/A	Coordinador de HSE	-	-	-	100%	-	100%	SI, SEGUIMENTO A QUE SE IMPLEMENTAN Y MANTIENEN LOS CONTROLES	Próximo seguimiento: Agosto de 2025
					BIOMECÁNICO (Postura de pie prolongada)	Largos desplazamientos caminando	Varices	N/A	N/A	N/A	- Pausas activas.	N/A	- Programa de prevención de enfermedad osteomuscular	N/A	N/A	2	3	6	M	25	150	II	Aceptable con control especifico	8	Lesiones incapacitantes		N/A	N/A	N/A	- Continuar actividades del SVE	- Continuar controles existentes	N/A	-Implementación programa de pausas activas	N/A	N/A	Coordinador de HSE	-	-	-	100%	-	100%	SI, SEGUIMENTO A QUE SE IMPLEMENTAN Y MANTIENEN LOS CONTROLES	Próximo seguimiento: Agosto de 2025
					BIOMECÁNICO (Posturas forzadas)	Postura mantenida por fuera del Angulo de confort .	Lumbalgias.	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Notificación de riesgos y controles	N/A	N/A	2	1	2	B	25	50	III	Aceptable con control existente	8	Lumbalgias		N/A	N/A	N/A	- Continuar actividades del SVE	- Continuar controles existentes	N/A	-Implementación programa de pausas activas	N/A	casco, guantes, botas	Coordinador de HSE	-	-	-	100%	100%	100%	SI, SEGUIMENTO A QUE SE IMPLEMENTAN Y MANTIENEN LOS CONTROLES	Próximo seguimiento: Agosto de 2025
					CONDICIONES DE SEGURIDAD (Accidente de Transito)	Condiciones adversas, falta de mantenimiento, operación inadecuadas, exceso de velocidad, vias en mal estado, fallas mecánicas	Politraumatismos, fracturas, heridas, fatalidades, daño a la propiedad, daños a terceros, volcamientos, incendios, explosiones, colisiones	N/A	N/A	N/A	- AST transporte terrestre - Inspección inicial de vehiculos	-Inducción general para conductores. - Política de Seguridad Vial	N/A	- Control de Kilometraje, mantenimiento preventivo	Certificado de gases	- Overol manga larga -Botas - Gafas - Cinturón de seguridad Casco con barbuquejo	6	3	18	A	25	450	II	Aceptable con control especifico	8	Fatalidad / Incapacidad Permanente		N/A	N/A	N/A	- Elaboración de formatos, registros y cumplimiento de procedimientos	Capacitación en manejo defensiva a conductores, Re inducción del personal en campo, charlas de seguridad.	Inspecciones pre operacionales a vehículos en campo, uso de EPP, Inspección a documentos, inspección a botiquín y kit de Carretera	Exámenes Ocupacionales, control CRC a conductores y Certificado de Aptitud, equipo de comunicación, Botiquín.	-Señalización de áreas donde la via represente algun riesgo	Uso permanente de EPP.	Coordinador de HSE	-	-	-	100%	100%	100%	SI, SEGUIMENTO A QUE SE IMPLEMENTAN Y MANTIENEN LOS CONTROLES	Próximo seguimiento: Agosto de 2025
					CONDICIONES DE SEGURIDAD (Mecánico)	Manipulación de herramientas manuales.	Golpes, cortes	N/A	N/A	N/A	- AST Registro	- Matriz de Identificación de Peligros	N/A	N/A	N/A	Botas, casco, guantes	6	1	6	M	10	60	III	Aceptable con control existente	8	Lesiones incapacitantes		N/A	-cambio de herramientas, partes y piezas de la motobomba en mal estado	N/A	N/A	- charlas de sensibilización en manejo seguro de herramientas	-Inspección EPP -Inspección herramientas	- Programa de mantenimiento preventivo para herramientas	N/A	N/A	Coordinador de HSE	-	-	-	100%	-	100%	SI, SEGUIMENTO A QUE SE IMPLEMENTAN Y MANTIENEN LOS CONTROLES	Próximo seguimiento: Agosto de 2025
					CONDICIONES DE SEGURIDAD (público)	Asonada, asalto a mano armada, secuestro, terrorismo, robos, violencia y toma de instalaciones de acuerdo a las características de la zona donde se ejecuta el proyecto	Lesiones permanentes, temporales, mortales.	N/A	N/A	N/A	N/A	- Charla sobre riesgos o problemas de Orden público al ingreso.	N/A	- Cumplimiento de políticas o directrices. - Manejo y establecimientos de canales de comunicación. - Control de riesgos y salidas de los campamentos. - Mantener buenas relaciones con la comunidad -Comunicación constante con el personal de protección industrial	N/A	N/A	8	6	48	MA	25	1200	I	NO ACEPTABLE. Situacion critica. Correccion urgente	8	Golpes graves, fatalidad		N/A	N/A	N/A	N/A	-Sensibilización y capacitación temas referentes a los riesgo social a los cuales están expuestos en las zonas de influencia en que se encuentran	N/A	- comunicación con Protección Industrial	N/A	N/A	Coordinador de HSE	-	-	-	100%	-	100%	SI, SEGUIMENTO A QUE SE IMPLEMENTAN Y MANTIENEN LOS CONTROLES	Próximo seguimiento: Agosto de 2025
					CONDICIONES DE SEGURIDAD (Locativo)	Superficies de Trabajo inestables propias de las condiciones geográficas de la zona, terreno suelto, movedizo y obstáculos naturales.	Caidas, golpes, fracturas.	N/A	N/A	N/A	N/A	- Desplazamiento en linea	N/A	Acompañamiento por auxiliares de HSE.	señalización del área indicando el factor de riesgo pendiente.	Guantes casco Botas Overol manga larga	6	3	18	A	10	180	II	Aceptable con control especifico	8	Lesiones incapactantes, esguinces		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	-Comunicación constante con el personal de HSE	N/A	- Uso permanente de EPP	Coordinador de HSE	-	-	-	100%	100%	100%	SI, SEGUIMENTO A QUE SE IMPLEMENTAN Y MANTIENEN LOS CONTROLES	Próximo seguimiento: Agosto de 2025
					FENÓMENOS NATURALES (Tormentas eléctricas, inundaciones)	Presencia de tormentas eléctricas, lluvias fuertes durante la ejecución del trabajo	Shock, quemaduras, electrocución, fibrilación ventricular, cercenamiento, infarto, destrucción de tejidos, contracción , roturas musculares, asfixia, fatalidad.	N/A	N/A	N/A	- AST - Matriz de elementos de protección personal por cargo - Permisos de Trabajo	- Derecho a suspender labores inseguras	N/A	N/A	N/A	Guantes casco Botas Overol manga larga Impermeable	6	1	6	M	25	150	II	Aceptable con control especifico	8	Electrocución, fatalidad		-Prohibición de realizar el trabajo en presencia de tormentas eléctricas	N/A	N/A	- Continuar controles existentes	-continuar Charlas enfatizando en la relacionada con el Derecho a suspender labores inseguras	N/A	N/A	N/A	Uso de impermeable, casco. Botas	Coordinador de HSE	-	-	-	100%	100%	100%	SI, SEGUIMENTO A QUE SE IMPLEMENTAN Y MANTIENEN LOS CONTROLES	Próximo seguimiento: Agosto de 2025
					FÍSICO (RUIDO)	Ruido generado por el compresor	Hipoacusia, efectos secundarios como cefalea, gastritis, etc.	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	- Estudio de riesgo ruido -PVE conservación auditiva	N/A	Protección auditiva de inserción y copa	6	2	12	A	25	300	II	Aceptable con control especifico	8	Hipoacusia		N/A	N/A	N/A	N/A	-charlas de sensibilización protección auditiva	-estado y uso de EPP	- Programa de mantenimiento preventivo para maquinas y herramientas	N/A	Uso de protección auditiva de copa e inserción	Coordinador de HSE	-	-	-	100%	100%	100%	SI, SEGUIMENTO A QUE SE IMPLEMENTAN Y MANTIENEN LOS CONTROLES	Próximo seguimiento: Agosto de 2025
					TECNOLÓGICO (derrames, incendio)	Incendio derrames de productos químicos	Quemaduras	N/A	N/A	-Se dispone de kit ambiental	- Plan de emergencia del proyecto	Capacitación brigadas de emergencia	N/A	N/A	señalización kit ambiental	Guantes, overol, protección respiratoria	6	2	12	A	25	300	II	Aceptable con control especifico	8	Quemaduras		N/A	N/A	N/A	N/A	-charlas sensibilización importancia manejo adecuado de los productos químicos	- Inspección extintores	N/A	N/A	-uso permanente de EPP	Coordinador de HSE	-	-	-	100%	100%	100%	SI, SEGUIMENTO A QUE SE IMPLEMENTAN Y MANTIENEN LOS CONTROLES	Próximo seguimiento: Agosto de 2025
					PSICOSOCIAL (Condiciones de la tarea)	Presencia de estrés moderado.	Estrés, disminución desempeño laboral, agotamiento, estado de animo	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	- Rotación permanente de actividades -Control de turnos y descansos	N/A	N/A	6	2	12	A	25	300	II	Aceptable con control especifico	8	Estrés crónico		N/A	N/A	N/A	N/A	-Capacitación de manejo del estrés, riesgo psicosocial. -Evaluación del riesgo psicosocial	N/A	-Realización de actividades de motivación	N/A	N/A	Coordinador de HSE	-	-	-	100%	-	100%	SI, SEGUIMENTO A QUE SE IMPLEMENTAN Y MANTIENEN LOS CONTROLES	Próximo seguimiento: Agosto de 2025
VISITANTE OPERATIVO	ACTIVIDADES EXTERNAS	AUDITORIAS, INTERVENTORIAS, VISITAS LEGALES, CONSULTORES, CLIENTES, PROVEEDORES	Realizar vistas de revisión de sistema de gestión, vistas legales y administrativas, recorridos conocimiento y/o verificación de procesos, entregas y ejecución de actividad acorde a la actividades contratadas.	R (X/Nx)	**PSICOSOCIAL (Características de la organización del trabajo)**	Falta de comunicación, No informar la visita al personal responsable de HSE	- Hombre perdido (Extraviado)	N/A	N/A	N/A	N/A	- Comunicaciones - Reportes de actos y condiciones inseguras	N/A	- Uso de GPS. Divulgación del ruto grama	N/A	casco, botas, gafas. overol	6	2	12	A	25	300	II	Aceptable con control especifico	8	Hombre perdido		N/A	N/A	N/A	-Guia para rescate de hombre perdido	Comportamiento seguro	N/A	N/A	N/A	Casco Overol manga Larga	Coordinador de HSE	-	-	-	100%	100%	100%	SI, SEGUIMENTO A QUE SE IMPLEMENTAN Y MANTIENEN LOS CONTROLES	Próximo seguimiento: Agosto de 2025
					PSICOSOCIAL (Características del grupo social de trabajo)	Falta de trabajo en equipo, falta de comunicación entre compañeros	Accidentes de trabajo peleas y discusiones entre compañeros	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	6	2	12	A	25	300	II	Aceptable con control especifico	8	Accidente de trabajo		N/A	N/A	N/A	N/A	-Charlas de sensibilización sobre la importancia de trabajo en equipo	N/A	N/A	N/A	Casco Overol manga Larga	Coordinador de HSE	-	-	-	100%	100%	100%	SI, SEGUIMENTO A QUE SE IMPLEMENTAN Y MANTIENEN LOS CONTROLES	Próximo seguimiento: Agosto de 2025
					QUÍMICO (Gases y Vapores)	Presencia de gases y vapores propios del uso de la gasolina	Somnolencia, perdida del equilibrio, afección al sistema nervioso, Asfixia, asma, Intoxicación, irritación, sarpullidos y descamación de la piel inmediatamente.	N/A	N/A	N/A	- AST registro	N/A	N/A	- utilización de embudos	- Kit ambiental señalizado -MSDS para cada producto químico	Mascarilla desechable	2	1	2	B	25	50	III	Aceptable con control existente	8	Intoxicaciones, desvanecimientos, dificultad respiratoria		N/A	N/A	N/A	N/A	-Sensibilizar al personal sobre la importancia de seguir procedimientos específicos de un trabajo seguro.	-estado y uso de EPP	N/A	N/A	Uso permanente de protección respiratoria	Coordinador de HSE	-	-	-	100%	100%	100%	SI, SEGUIMENTO A QUE SE IMPLEMENTAN Y MANTIENEN LOS CONTROLES	Próximo seguimiento: Agosto de 2025

MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS, VALORACIÓN DE RIESGOS Y DETERMINACIÓN DE CONTROLES

Control de Cambios			
Fecha	**Versión**	**Descripción**	**Estado**
27/01/2025	1	Creación del documento	Finalizado
26/03/2025	2	Ajustes de cuerdo a observaciones IDRD	Vigente

Anexo 2.1. Matriz de riesgos consultoría

MATRIZ DE PELIGROS - PROCESOS DE APOYO

CONTRATO-IDRD-SG-4266-2024 REALIZAR LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TECNICOS DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA PARA LA ADECUACION DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMON BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO

FECHA: Enero de 2025

VERSION 3

Proceso	Zona/lugar	Actividades	Tareas	Rutinaria (Si o No)	Peligro		Efectos posibles	Controles existentes			Evaluación del riesgo							Valoración del riesgo	Criterios para establecer controles			Medidas Intervención				
					Clasificación	Descripción		Fuente	Medio	Individuo	Nivel de deficiencia	Nivel de exposición	Nivel de probabilidad (ND*NE)	Interpretacion del nivel de probabilidad	Nivel de consecuencia	Nivel de riesgo (NR) e intervención	Interpretación del NR	Aceptabilidad del riesgo	N° Expuestos	Peor consecuencia	Existencia Requisito Legal Especifico Asociado (Si o No)	Eliminación	Sustitución	Controles de Ingeniería	Controles Administrativos, Señalización, Advertencia	Equipos/EPP
Procesos de apoyo	Oficina	Compras y proveedores	Gestion de adquisiciones, manejo de proveedores, compras	Si	Biomecanico	Postura Prolongada y Mantenida	Lumbalgias, cervicalgias	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	3	6	MEDIO	10	60	III	Mejorable	2	Lesiones osteomusculares permanentes	SI	NA	NA	NA	Implementar programa de Ergonomia y desarrollar actividades especificas, tales como pausas activas e Inspecciones a los puestos de trabajo.	NA
					Fenómenos Naturales	Precipitaciones	Accidentes, explosión, incendio.	Ninguno	Ninguno	Capacitación Brigada de Emergencias	6	1	6	MEDIO	60	360	II	No Aceptable o Aceptable con control especifico	2	Heridas, golpes, muerte.	SI	NA	NA	NA	Desarrollar Plan de Emergencias y Analisis de Vulnerabilidad. Adicionalmente ejecutar simulacros de evacuacion en todas la sedes.	
					Publicos	Robos, atracos, asaltos, atentados, desorden publico	Accidentes, explosión, incendio, heridas, golpes, cortaduras, violencia.	Ninguno	Ninguno	Ninguno	6	1	6	MEDIO	25	150	II	No Aceptable o Aceptable con control especifico	2	Robos, Atracos, Secuestros, asonadas	SI	NA	NA	NA	Capacitaciónes sobre riesgo publico. Apoyarse con las autoridades correspondientes.	NA
Administartivo	Area Administrativa	Recursos Humanos	Contratacion de Personal. Seguimiento a procesos laborales. Implementacion SGSST, manejo administrativo	Si	Fisico	Iluminacion	Fatiga visual, enrojecimiento, ardor, resequedad, lagrimeo,dolor de cabeza, cuello, hombros y espalda.	Ninguno	Iluminacion natural graduada con persianas	Examenes Medicos Ocupacionales	2	4	8	MEDIO	10	80	III	Mejorable	2	Perdida de la capacidad visual	SI	NA	NA	Mediciones a niveles de iluminación. Mayor luz natural que artificial. Cantidad y calidad de luz a acorde a la labor a realizar.	Aplicación de Examenes Medico Ocupacional periodico con enfasis en Optemetria.	NA
					Fisico	Radiaciones no Ionizantes	Fatiga visual, enrojecimiento, ardor, resequedad, lagrimeo,dolor de cabeza, cuello, hombros y espalda.	Ninguno	Ninguno	Examenes Medicos Ocupacionales	2	4	8	MEDIO	10	80	III	Mejorable	2	Perdida de la capacidad visual	SI	NA	NA	NA	Realización de exámenes médicos ocupacionales periódicos . Estudios puestos de Trabajo. Realización de pausas Activas	NA
					Psicosocial	Gestión Organizacional	Dolor de cabeza, angustia, disminución en la eficacia del desarrollo de la labor por parte del trabajador, ausentismos.	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	4	8	MEDIO	10	80	III	Mejorable	2	Hipertension arterial, Diabetes, Migraña	SI	NA	NA	NA	Adecuada Induccion del puesto de Trabajo y perfil de cargo. Actividades educativas y formativas en los trabajadores con el objeto de modificar actitudes o respuestas.	NA
					Psicosocial	Caracteristicas de la organización y de Trabajo	Dolor de cabeza, angustia, disminución en la eficacia del desarrollo de la labor por parte del trabajador, ausentismos.	Ninguno	Desarrollo de Jornadas de Orden y Aseo.	Ninguno	2	4	8	MEDIO	10	80	III	Mejorable	2	Hipertension arterial, Diabetes, Migraña	SI	NA	NA	NA	Crear programa de orden y aseo, estableciendo actividades especificas.	NA
					Psicosocial	Condicion de la Tarea	Dolor de cabeza, angustia, disminución en la eficacia del desarrollo de la labor por parte del trabajador, ausentismos.	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	3	6	MEDIO	25	150	II	No Aceptable o Aceptable con control especifico	2	Hipertension arterial, Diabetes, Migraña	SI	NA	NA	NA	Desarrollar actividades especificas, tales como pausas activas y planeacion adecuada de actividades.	NA
					Biomecanico	Postura Prolongada y Mantenida	Lumbalgias, cervicalgias	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	4	8	MEDIO	25	200	II	No Aceptable o Aceptable con control especifico	2	Lesiones osteomusculares permanentes	SI	NA	NA	NA	Implementar programa de Ergonomia y desarrollar actividades especificas, tales como pausas activas e Inspecciones a los puestos de trabajo.	NA
					Biomecanico	Movimiento Repetitivo	Dolor en brazos y muñecas, Sensación de hormigueo, adormecimiento y dolor en el área afectada.	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	3	6	MEDIO	25	150	II	No Aceptable o Aceptable con control especifico	2	Tunel carpiano	SI	NA	NA	NA	Implementar programa de Ergonomia y desarrollar actividades especificas, tales como pausas activas e Inspecciones a los puestos de trabajo.	NA
					Locativo	Condiciones de Orden y Aseo	Heridas, golpes	Ninguno	Desarrollo de Jornadas de Orden y Aseo.	Ninguno	2	4	8	MEDIO	25	200	II	No Aceptable o Aceptable con control especifico	2	Caídas, golpes, contusiones, fracturas.	SI	NA	NA	NA	Crear programa de orden y aseo, estableciendo actividades especificas. Desarrollar Capacitaciónes al personal sobre orden y aseo.	NA
					Locativo	Almacenamiento	Heridas, golpes	Ninguno	Desarrollo de Jornadas de Orden y Aseo.	Ninguno	2	1	2	BAJO	25	50	III	Mejorable	2	Caídas, golpes, contusiones, fracturas.	SI	NA	NA	NA	Crear programa de orden y aseo, estableciendo actividades especificas. Desarrollar Capacitaciónes al personal sobre orden y aseo.	NA
					Locativo	Caida de Objetos	Heridas, golpes	Ninguno	Desarrollo de Jornadas de Orden y Aseo.	Ninguno	2	1	2	BAJO	25	50	III	Mejorable	2	Caídas, golpes, contusiones, fracturas.	SI	NA	NA	NA	Crear programa de orden y aseo, estableciendo actividades especificas. Desarrollar Capacitaciónes al personal sobre orden y aseo.	NA
					Tecnológico	Incendio	Accidentes, explosión, incendio.	Ninguno	Se cuenta con extintores de acuerdo a los combustibles presentes.	Capacitación Brigada de Emergencias	6	1	6	MEDIO	60	360	II	No Aceptable o Aceptable con control especifico	2	Heridas, golpes, muerte.	SI	NA	NA	NA	Desarrollar Plan de Emergencias y Analisis de Vulnerabilidad. Adicionalmente ejecutar simulacros de evacuacion en todas la sedes.	NA

MATRIZ DE PELIGROS - PROCESOS DE APOYO

CONTRATO-IDRD-SG-4266-2024 REALIZAR LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TECNICOS DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA PARA LA ADECUACION DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMON BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO

FECHA: Enero de 2025

VERSION 3

Proceso	Zona/lugar	Actividades	Tareas	Rutinaria (Si o No)	Peligro		Efectos posibles	Controles existentes			Evaluación del riesgo							Valoración del riesgo	Criterios para establecer controles			Medidas Intervención				
					Clasificación	Descripción		Fuente	Medio	Individuo	Nivel de deficiencia	Nivel de exposición	Nivel de probabilidad (ND*NE)	Interpretacion del nivel de probabilidad	Nivel de consecuencia	Nivel de riesgo (NR) e intervención	Interpretación del NR	Aceptabilidad del riesgo	N° Expuestos	Peor consecuencia	Existencia Requisito Legal Especifico Asociado (Si o No)	Eliminación	Sustitución	Controles de Ingeniería	Controles Administrativos, Señalización, Advertencia	Equipos/EPP
					Fenómenos Naturales	Sismo	Accidentes, explosión.	Ninguno	Ninguno	Capacitación Brigada de Emergencias	6	1	6	MEDIO	60	360	II	No Aceptable o Aceptable con control especifico	2	Heridas, golpes, muerte.	SI	NA	NA	NA	Desarrollar Plan de Emergencias y Analisis de Vulnerabilidad. Adicionalmente ejecutar simulacros de evacuacion en todas la sedes.	NA
					Fenómenos Naturales	Terremotos	Accidentes, explosión, incendio.	Ninguno	Ninguno	Capacitación Brigada de Emergencias	6	1	6	MEDIO	60	360	II	No Aceptable o Aceptable con control especifico	2	Heridas, golpes, muerte.	SI	NA	NA	NA	Desarrollar Plan de Emergencias y Analisis de Vulnerabilidad. Adicionalmente ejecutar simulacros de evacuacion en todas la sedes.	NA
					Fenómenos Naturales	Presipitaciones	Accidentes, explosión, incendio.	Ninguno	Ninguno	Capacitación Brigada de Emergencias	6	1	6	MEDIO	60	360	II	No Aceptable o Aceptable con control especifico	2	Heridas, golpes, muerte.	SI	NA	NA	NA	Desarrollar Plan de Emergencias y Analisis de Vulnerabilidad. Adicionalmente ejecutar simulacros de evacuacion en todas la sedes.	NA
					Publicos	Robos, atracos, asaltos, atentados, desorden publico	Accidentes, explosión, incendio, heridas, golpes, cortaduras, violencia.	Ninguno	Ninguno	Ninguno	6	1	6	MEDIO	25	150	II	No Aceptable o Aceptable con control especifico	2	Robos, Atracos, Secuestros, asonadas	SI	NA	NA	NA	Capacitaciónes sobre riesgo publico. Apoyarse con las autoridades correspondientes.	NA
Administrativo	Area Administrativo	Servicios Generales	a. Realizar diariamente las labores de aseo de las oficinas y mantenerlas en excelente presentación ante propios y extraños.	Si	Quimico	Liquidos	Alergia, enrrojecimiento, intoxicación por vía cutánea, rasquiña,ardor. Molestias en vías respiratorias, nariz, boca, raquiña en ojos, tos, opresión en el pecho.	Ninguno	Ninguno	EPP especifico para la actividad	6	2	12	ALTO	25	300	II	No Aceptable o Aceptable con control especifico	2	Enfermedades respiratorias. Irritación en mucosas y ojos. Reacciones alérgicas	SI	NA	NA	NA	Capacitación MSDS, Realización de exámenes médicos ocupacionales con espirometrias, Cumplir indicaciones de hojas de seguridad de productos químicos, Almacenamiento seguro de PQ, Áreas de uso y almacenamiento demarcadas y señalizadas, Productos químicos rotulados y etiquetados.	Guantes de caucho, tapabocas, proteccion visual, y delantan.
					Quimico	Material Particulado	Alergia, enrojecimiento, intoxicación por vía cutánea, rasquiña,ardor. Molestias en vías respiratorias, nariz, boca, raquiña en ojos, tos, opresión en el pecho.	Ninguno	Ninguno	EPP especifico para la actividad	2	2	4	BAJO	25	100	III	Mejorable	2	Alergias por contacto, Intoxicaciones	SI	NA	NA	NA	Capacitación MSDS, Realización de exámenes médicos ocupacionales con espirometrias, Cumplir indicaciones de hojas de seguridad de productos químicos, Almacenamiento seguro de PQ, Áreas de uso y almacenamiento demarcadas y señalizadas, Productos químicos rotulados y etiquetados.	Guantes de caucho, tapabocas, proteccion visual, y delantan.
					Biológico	Virus	Enfermedades generales a causa de virus e infecciones.	Ninguno	Ninguno	EPP especifico para la actividad	2	1	2	BAJO	25	50	III	Mejorable	2	Enfermedades Infectocontagiosas. Enfermedades cutáneas y zonas expuestas.	SI	NA	NA	NA	Realización de exámenes médicos ocupacionales. Realizar Capacitaciónes sobre Riesgo Biologico.	
					Biológico	Bacterias	Enfermedades generales a causa de virus e infecciones.	Ninguno	Ninguno	EPP especifico para la actividad	2	1	2	BAJO	25	50	III	Mejorable	2	Enfermedades Infectocontagiosas. Enfermedades cutáneas y zonas expuestas.	SI	NA	NA	NA	Realización de exámenes médicos ocupacionales. Realizar Capacitaciónes sobre Riesgo Biologico.	
					Biológico	Hongos	Enfermedades generales a causa de virus e infecciones.	Ninguno	Ninguno	EPP especifico para la actividad	2	1	2	BAJO	25	50	III	Mejorable	2	Enfermedades Infectocontagiosas. Enfermedades cutáneas y zonas expuestas.	SI	NA	NA	NA	Realización de exámenes médicos ocupacionales. Realizar Capacitaciónes sobre Riesgo Biologico.	
					Psicosocial	Gestión Organizacional	Dolor de cabeza, angustia, disminución en la eficacia del desarrollo de la labor por parte del trabajador, ausentismos.	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	3	6	MEDIO	10	60	III	Mejorable	2	Hipertension arterial, Diabetes, Migraña	SI	NA	NA	NA	Adecuada Induccion del puesto de Trabajo y perfil de cargo. Actividades educativas y formativas en los trabajadores con el objeto de modificar actitudes o respuestas.	NA
					Biomecánico	Postura Prolongada y Mantenida	Lumbalgias, cervicalgias	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	4	8	MEDIO	25	200	II	No Aceptable o Aceptable con control especifico	2	Lesiones osteomusculares permanentes	SI	NA	NA	NA	Implementar programa de Ergonomia y desarrollar actividades especificas, tales como pausas activas e Inspecciones a los puestos de trabajo.	NA
					Biomecánico	Movimiento Repetitivo	Dolor en brazos y muñecas, Sensación de hormigueo, adormecimiento y dolor en el área afectada.	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	3	6	MEDIO	25	150	II	No Aceptable o Aceptable con control especifico	2	Tunel carpiano	SI	NA	NA	NA	Implementar programa de Ergonomia y desarrollar actividades especificas, tales como pausas activas e Inspecciones a los puestos de trabajo.	NA

MATRIZ DE PELIGROS - PROCESOS DE APOYO

CONTRATO-IDRD-SG-4266-2024 REALIZAR LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TECNICOS DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA PARA LA ADECUACION DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMON BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO

FECHA: Enero de 2025

VERSION 3

Proceso	Zona/lugar	Actividades	Tareas	Rutinaria (SI o No)	Peligro		Efectos posibles	Controles existentes			Evaluación del riesgo							Valoración del riesgo	Criterios para establecer controles			Medidas Intervención				
					Clasificación	Descripción		Fuente	Medio	Individuo	Nivel de deficiencia	Nivel de exposición	Nivel de probabilidad (ND*NE)	Interpretación del nivel de probabilidad	Nivel de consecuencia	Nivel de riesgo (NR) e intervención	Interpretación del NR	Aceptabilidad del riesgo	Nº Expuestos	Peor consecuencia	Existencia Requisito Legal Específico Asociado (SI o No)	Eliminación	Sustitución	Controles de Ingeniería	Controles Administrativos, Señalización, Advertencia	Equipos/EPP
			Preparar y distribuir las bebidas y alimentos que se requieran en la oficin		Locativo	Condiciones de Orden y Aseo	Heridas, golpes	Ninguno	Desarrollo de Jornadas de Orden y Aseo.	Ninguno	2	4	8	MEDIO	25	200	II	No Aceptable o Aceptable con control especifico	2	Caídas, golpes, contusiones, fracturas.	SI	NA	NA	NA	Crear programa de orden y aseo, estableciendo actividades especificas. Desarrollar Capacitaciónes al personal sobre orden y aseo.	NA
					Locativo	Almacenamiento	Heridas, golpes	Ninguno	Desarrollo de Jornadas de Orden y Aseo.	Ninguno	2	1	2	BAJO	25	50	III	Mejorable	2	Caídas, golpes, contusiones, fracturas.	SI	NA	NA	NA	Crear programa de orden y aseo, estableciendo actividades especificas. Desarrollar Capacitaciónes al personal sobre orden y aseo.	NA
					Locativo	Caida de Objetos	Heridas, golpes	Ninguno	Desarrollo de Jornadas de Orden y Aseo.	Ninguno	2	1	2	BAJO	25	50	III	Mejorable	2	Caídas, golpes, contusiones, fracturas.	SI	NA	NA	NA	Crear programa de orden y aseo, estableciendo actividades especificas. Desarrollar Capacitaciónes al personal sobre orden y aseo.	NA
					Tecnológico	Incendio	Accidentes, explosión, incendio.	Ninguno	Se cuenta con extintores de acuerdo a los combustibles presentes.	Capacitación Brigada de Emergencias	6	1	6	MEDIO	60	360	II	No Aceptable o Aceptable con control especifico	2	Heridas, golpes, muerte.	SI	NA	NA	NA	Desarrollar Plan de Emergencias y Analisis de Vulnerabilidad. Adicionalmente ejecutar simulacros de evacuacion en todas la sedes.	NA
					Fenómenos Naturales	Sismo	Accidentes, explosión.	Ninguno	Ninguno	Capacitación Brigada de Emergencias	6	1	6	MEDIO	60	360	II	No Aceptable o Aceptable con control especifico	2	Heridas, golpes, muerte.	SI	NA	NA	NA	Desarrollar Plan de Emergencias y Analisis de Vulnerabilidad. Adicionalmente ejecutar simulacros de evacuacion en todas la sedes.	NA
					Fenómenos Naturales	Terremotos	Accidentes, explosión, incendio.	Ninguno	Ninguno	Capacitación Brigada de Emergencias	6	1	6	MEDIO	60	360	II	No Aceptable o Aceptable con control especifico	2	Heridas, golpes, muerte.	SI	NA	NA	NA	Desarrollar Plan de Emergencias y Analisis de Vulnerabilidad. Adicionalmente ejecutar simulacros de evacuacion en todas la sedes.	NA
					Fenómenos Naturales	Precipitaciones	Accidentes, explosión, incendio.	Ninguno	Ninguno	Capacitación Brigada de Emergencias	6	1	6	MEDIO	60	360	II	No Aceptable o Aceptable con control especifico	2	Heridas, golpes, muerte.	SI	NA	NA	NA	Desarrollar Plan de Emergencias y Analisis de Vulnerabilidad. Adicionalmente ejecutar simulacros de evacuacion en todas la sedes.	NA
					Públicos	Robos, atracos, asaltos, atentados, desorden público	Accidentes, explosión, incendio, heridas, golpes, cortaduras, violencia.	b	Ninguno	Ninguno	6	1	6	MEDIO	25	150	II	No Aceptable o Aceptable con control especifico	2	Robos, Atracos, Secuestros, asonadas	SI	NA	NA	NA	Capacitaciónes sobre riesgo publico. Apoyarse con las autoridades correspondientes.	NA

MATRIZ DE PELIGROS - PROCESOS DE APOYO

CONTRATO-IDRD-SG-4266-2024 REALIZAR LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TECNICOS DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA PARA LA ADECUACION DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMON BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO

FECHA: Enero de 2025

VERSION 3

Proceso	Zona/lugar	Actividades	Tareas	Rutinaria (Si o No)	Peligro		Efectos posibles	Controles existentes			Evaluación del riesgo							Valoración del riesgo	Criterios para establecer controles			Medidas Intervención				
					Clasificación	Descripción		Fuente	Medio	Individuo	Nivel de deficiencia	Nivel de exposición	Nivel de probabilidad (ND*NE)	Interpretacion del nivel de probabilidad	Nivel de consecuencia	Nivel de riesgo (NR) e intervención	Interpretación del NR	Aceptabilidad del riesgo	N° Expuestos	Peor consecuencia	Existencia Requisito Legal Específico Asociado (Si o No)	Eliminación	Sustitución	Controles de Ingeniería	Controles Administrativos, Señalización, Advertencia	Equipos/EPP
Administrativo	Departamento Administrativo	Mensajeria	Recepción y entrega la correspondencia de la organización, Radicación de facturas, pagos y Gestiónes bancarias, Compra y adquisición de equipos y/o elementos .	Si	Quimico	Gases y Vapores	Enfermedades respiratorias, irritación en los ojos.	Ninguno	Ninguno	EPP especifico para la actividad	2	1	2	BAJO	10	20	IV	Aceptable	2	Enfermedades cronicas respiratorias.	SI	NA	NA	NA	Capacitación Riesgo Qumico, Realización de exámenes médicos ocupacionales con espirometrias.	Se sugiere el uso de protección respiratoria.
					Fisico	Temperaturas extremas (Frio y Calor)	Tos, gripe, congestión nasal,dolor de cabeza, problemas respiratorios.	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	1	2	BAJO	25	50	III	Mejorable	2	Tos, gripe, congestión nasal,dolor de cabeza, problemas respiratorios.	SI	NA	NA	NA	Seguimiento a Examenes Medicos Ocupacionales. Capacitación sobre Riesgo Fisico.	NA
					Fisico	Ruido	Alteraciones auditivas, hipoacusia, dolores de cabez, estrés.	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	1	2	BAJO	10	20	IV	Aceptable	2	Hipoacusia	SI	NA	NA	NA	Seguimiento a Examenes Medicos Ocupacionales	NA
					Biologico	Virus	Enfermedades generales a causa de virus e infecciones.	Ninguno	Ninguno	EPP especifico para la actividad	2	1	2	BAJO	25	50	III	Mejorable	2	Enfermedades Infectocontagiosas. Enfermedades cutáneas y zonas expuestas.	SI	NA	NA	NA	Realización de exámenes médicos ocupacionales. Realizar Capacitaciónes sobre Riesgo Biologico.	NA
					Psicosocial	Gestión Organizacional	Dolor de cabeza, angustia, disminución en la eficacia del desarrollo de la labor por parte del trabajador, ausentismos.	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	2	4	BAJO	10	40	III	Mejorable	2	Hipertension arterial, Diabetes, Migraña	SI	NA	NA	NA	Adecuada Induccion del puesto de Trabajo y perfil de cargo. Actividades educativas y formativas en los trabajadores con el objeto de modificar actitudes o respuestas.	NA
					Condiciones de Seguridad	Accidente de Transito	Accidentes, golpes, cortaduras, fracturas, muerte.	Ninguno	Ninguno	Ninguno	6	2	12	ALTO	60	720	I	No Aceptable	2	Accidentes, golpes, cortaduras, fracturas, muerte.	SI	NA	NA	NA	Capacitación Seguridad Vial, y Manejo Defensivo.	Casco para moto, chaleco reflectivo.
					Biomecanico	Postura Prolongada y Mantenida	Lumbalgias, cervicalgias	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	2	4	BAJO	25	100	III	Mejorable	2	Lesiones osteomusculares permanentes	SI	NA	NA	NA	Implementar programa de Ergonomia y desarrollar actividades especificas, tales como pausas activas e Inspecciones a los puestos de trabajo.	NA
					Tecnológico	Incendio	Accidentes, explosión, incendio.	Ninguno	Se cuenta con extintores de acuerdo a los combustibles presentes.	Capacitación Brigada de Emergencias	6	1	6	MEDIO	60	360	II	No Aceptable o Aceptable con control especifico	2	Heridas, golpes, muerte.	SI	NA	NA	NA	Desarrollar Plan de Emergencias y Analisis de Vulnerabilidad. Adicionalmente ejecutar simulacros de evacuacion en todas la sedes.	NA
					Fenómenos Naturales	Sismo	Accidentes, explosión.	Ninguno	Ninguno	Capacitación Brigada de Emergencias	6	1	6	MEDIO	60	360	II	No Aceptable o Aceptable con control especifico	2	Heridas, golpes, muerte.	SI	NA	NA	NA	Desarrollar Plan de Emergencias y Analisis de Vulnerabilidad. Adicionalmente ejecutar simulacros de evacuacion en todas la sedes.	NA
					Fenómenos Naturales	Terremotos	Accidentes, explosión, incendio.	Ninguno	Ninguno	Capacitación Brigada de Emergencias	6	1	6	MEDIO	60	360	II	No Aceptable o Aceptable con control especifico	2	Heridas, golpes, muerte.	SI	NA	NA	NA	Desarrollar Plan de Emergencias y Analisis de Vulnerabilidad. Adicionalmente ejecutar simulacros de evacuacion en todas la sedes.	NA
					Fenómenos Naturales	Presipitaciones	Accidentes, explosión, incendio.	Ninguno	Ninguno	Capacitación Brigada de Emergencias	6	1	6	MEDIO	60	360	II	No Aceptable o Aceptable con control especifico	2	Heridas, golpes, muerte.	SI	NA	NA	NA	Desarrollar Plan de Emergencias y Analisis de Vulnerabilidad. Adicionalmente ejecutar simulacros de evacuacion en todas la sedes.	NA
					Publicos	Robos, atracos, asaltos, atentados, desorden publico	Accidentes, explosión, incendio, heridas, golpes, cortaduras, violencia.	Ninguno	Ninguno	Ninguno	6	1	6	MEDIO	25	150	II	No Aceptable o Aceptable con control especifico	2	Robos, Atracos, Secuestros, asonadas	SI	NA	NA	NA	Capacitaciónes sobre riesgo publico. Apoyarse con las autoridades correspondientes.	NA

MATRIZ DE PELIGROS - PROCESOS ESTRATÉGICOS

CONTRATO-IDRD-SG-4266-2024 REALIZAR LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TECNICOS DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA PARA LA ADECUACION DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMON BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO

FECHA: Enero 2025

VERSION 3

Proceso	Zona/lugar	Actividades	Tareas	Rutinaria (Si o No)	Clasificación	Descripción	Efectos posibles	Controles existentes			Evaluación del riesgo							Valoración del riesgo	Criterios para establecer controles			Medidas Intervención				
								Fuente	Medio	Individuo	Nivel de deficiencia	Nivel de exposición	Nivel de probabilidad (ND*NE)	Interpretaciónn del nivel de probabilidad	Nivel de consecuencia	Nivel de riesgo (NR) e intervención	Interpretación del NR	Aceptabilidad del riesgo	Nº Expuestos	Peor consecuencia	Existencia Requisito Legal Específico Asociado (Si o No)	Eliminación	Sustitución	Controles de Ingeniería	Controles Administrativos, Señalización, Advertencia	Equipos/EPP
Procesos estratégicos	Oficina	Representante Legal o gerente	Llevar la representación jurídica de la sociedad ante cualquier persona o entidad de cualquier orden o jerarquía que ellas sean, en todos sus actos, contratos, gestiones y actuaciones.	Si	Físico	Iluminación	Fatiga visual, enrojecimiento, ardor, resequedad, lagrimeo,dolor de cabeza, cuello, hombros y espalda.	Ninguno	Iluminación natural graduada con persianas	Exámenes Médicos Ocupacionales	2	4	8	MEDIO	10	80	III	Mejorable	2	Perdida de la capacidad visual	SI	NA	NA	Mayor luz natural que artificial. Cantidad y calidad de luz a acorde a la labor a realizar.	Aplicación de Exámenes Medico Ocupacional periodico con enfasis en Optometria.	NA
					Físico	Radiaciones no Ionizantes	Fatiga visual, enrojecimiento, ardor, resequedad, lagrimeo,dolor de cabeza, cuello, hombros y espalda.	Ninguno	Ninguno	Exámenes Medicos Ocupacionales	2	4	8	MEDIO	10	80	III	Mejorable	2	Perdida de la capacidad visual	SI	NA	NA	NA	Realización de exámenes médicos ocupacionales periódicos . Estudios puestos de Trabajo. Realización de pausas Activas	NA
					Psicosocial	Gestión Organizacional	Dolor de cabeza, angustia, disminución en la eficacia del desarrollo de la labor por parte del trabajador, ausentismos.	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	4	8	MEDIO	10	80	III	Mejorable	2	Hipertension arterial, Diabetes, Migraña	SI	NA	NA	NA	Adecuada Induccion del puesto de Trabajo y perfil de cargo. Actividades educativas y formativas en los trabajadores con el objeto de modificar actitudes o respuestas.	NA
					Psicosocial	Caracteristicas de la organización y de Trabajo	Dolor de cabeza, angustia, disminución en la eficacia del desarrollo de la labor por parte del trabajador, ausentismos.	Ninguno	Desarrollo de Jornadas de Orden y Aseo.	Ninguno	2	4	8	MEDIO	10	80	III	Mejorable	2	Hipertension arterial, Diabetes, Migraña	SI	NA	NA	NA	Crear programa de orden y aseo, estableciendo actividades especificas.	NA
					Psicosocial	Condición de la Tarea	Dolor de cabeza, angustia, disminución en la eficacia del desarrollo de la labor por parte del trabajador, ausentismos.	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	3	6	MEDIO	25	150	II	No Aceptable o Aceptable con control especifico	2	Hipertension arterial, Diabetes, Migraña	SI	NA	NA	NA	Desarrollar actividades especificas, tales como pausas activas y planeacion adecuada de actividades.	NA
					Biomecanico	Postura Prolongada y Mantenida	Lumbalgias, cervicalgias	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	4	8	MEDIO	25	200	II	No Aceptable o Aceptable con control especifico	2	Lesiones osteomusculares permanentes	SI	NA	NA	NA	Implementar programa de Ergonomia y desarrollar actividades especificas, tales como pausas activas e Inspecciones a los puestos de trabajo.	NA
					Biomecanico	Movimiento Repetitivo	Dolor en brazos y muñecas, Sensación de hormigueo, adormecimiento y dolor en el área afectada.	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	3	6	MEDIO	25	150	II	No Aceptable o Aceptable con control especifico	2	Tunel carpiano	SI	NA	NA	NA	Implementar programa de Ergonomia y desarrollar actividades especificas, tales como pausas activas e Inspecciones a los puestos de trabajo.	NA
					Locativo	Condiciones de Orden y Aseo	Heridas, golpes	Ninguno	Desarrollo de Jornadas de Orden y Aseo.	Ninguno	2	4	8	MEDIO	25	200	II	No Aceptable o Aceptable con control especifico	2	Caidas, golpes, contusiones, fracturas.	SI	NA	NA	NA	Crear programa de orden y aseo, estableciendo actividades especificas. Desarrollar Capacitaciónes al personal sobre orden y aseo.	NA
					Locativo	Almacenamiento	Heridas, golpes	Ninguno	Desarrollo de Jornadas de Orden y Aseo.	Ninguno	2	1	2	BAJO	25	50	III	Mejorable	2	Caidas, golpes, contusiones, fracturas.	SI	NA	NA	NA	Crear programa de orden y aseo, estableciendo actividades especificas. Desarrollar Capacitaciónes al personal sobre orden y aseo.	NA
					Locativo	Caida de Objetos	Heridas, golpes	Ninguno	Desarrollo de Jornadas de Orden y Aseo.	Ninguno	2	1	2	BAJO	25	50	III	Mejorable	2	Caidas, golpes, contusiones, fracturas.	SI	NA	NA	NA	Crear programa de orden y aseo, estableciendo actividades especificas. Desarrollar Capacitaciónes al personal sobre orden y aseo.	NA
					Tecnologico	Incendio	Accidentes, explosión, incendio.	Ninguno	Se cuenta con extintores de acuerdo a los combustibles presentes.	Capacitación Brigada de Emergencias	6	1	6	MEDIO	10	60	III	Mejorable	2	Heridas, golpes, muerte.	SI	NA	NA	NA	Desarrollar Plan de Emergencias y Analisis de Vulnerabilidad. Adicionalmente ejecutar simulacros de evacuacion en todas la sedes.	NA
					Fenomenos Naturales	Sismo	Accidentes, explosión.	Ninguno	Ninguno	Capacitación Brigada de Emergencias	6	1	6	MEDIO	10	60	III	Mejorable	2	Heridas, golpes, muerte.	SI	NA	NA	NA	Desarrollar Plan de Emergencias y Analisis de Vulnerabilidad. Adicionalmente ejecutar simulacros de evacuacion en todas la sedes.	NA
					Fenomenos Naturales	Terremotos	Accidentes, explosión, incendio.	Ninguno	Ninguno	Capacitación Brigada de Emergencias	6	1	6	MEDIO	10	60	III	Mejorable	2	Heridas, golpes, muerte.	SI	NA	NA	NA	Desarrollar Plan de Emergencias y Analisis de Vulnerabilidad. Adicionalmente ejecutar simulacros de evacuacion en todas la sedes.	NA
					Fenomenos Naturales	Precipitaciones	Accidentes, explosión, incendio.	Ninguno	Ninguno	Capacitación Brigada de Emergencias	6	1	6	MEDIO	10	60	III	Mejorable	2	Heridas, golpes, muerte.	SI	NA	NA	NA	Desarrollar Plan de Emergencias y Analisis de Vulnerabilidad. Adicionalmente ejecutar simulacros de evacuacion en todas la sedes.	
					Públicos	Robos, atracos, asaltos, atentados, desorden público	Accidentes, explosión, incendio, heridas, golpes, cortaduras, violencia.	Ninguno	Ninguno	Ninguno	6	1	6	MEDIO	10	60	III	Mejorable	2	Robos, Atracos, Secuestros, asonadas	SI	NA	NA	NA	Capacitaciónes sobre riesgo publico. Apoyarse con las autoridades correspondientes.	NA

MATRIZ DE PELIGROS - PROCESOS OPERATIVOS

CONTRATO-IDRD-SG-4266-2024 REALIZAR LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TECNICOS DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA PARA LA ADECUACION DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMON BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO

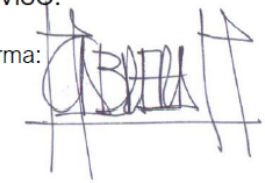
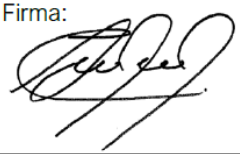
FECHA: Enero 2025

VERSION 3

Proceso	Zona/lugar	Actividades	Tareas	Rutinaria (Si o No)	Clasificación	Descripción	Efectos posibles	Controles existentes			Evaluación del riesgo							Valoración del riesgo	Criterios para establecer controles			Medidas Intervención				
								Fuente	Medio	Individuo	Nivel de deficiencia	Nivel de exposición	Nivel de probabilidad (ND*NE)	Interpretación del nivel de probabilidad	Nivel de consecuencia	Nivel de riesgo (NR) e intervención	Interpretación del NR	Aceptabilidad del riesgo	Nº Expuestos	Peor consecuencia	Existencia Requisito Legal Específico Asociado (Si o No)	Eliminación	Sustitución	Controles de Ingeniería	Controles Administrativos, Señalización, Advertencia	Equipos/EPP
Operativo	Oficina	Arquitectos diseño	Diseño de proyectos arquitectónicos, asistentes, presupuestos.	Si	Fisico	Iluminación	Fatiga visual, enrojecimiento, ardor, resequedad, lagrimeo,dolor de cabeza, cuello, hombros y espalda.	Ninguno	Iluminacion natural graduada con persianas	Exámenes Medicos Ocupacionales	2	2	4	BAJO	10	40	III	Mejorable	12	Pérdida de la capacidad visual	SI	NA	NA	Mayor luz natural que artificial. Cantidad y calidad de luz a acorde a la labor a realizar.	Aplicación de Exámenes Medico Ocupacional periodico con enfasis en Optemetria.	NA
					Fisico	Ruido	Irritabilidad, dolor de cabeza , estres.	Ninguno	Ninguno	Exámenes Medicos Ocupacionales con Audiometria. Proteccion auditiva	2	2	4	BAJO	10	40	III	Mejorable	12	Hipoacusia	SI	NA	NA	NA	Capacitacion sobre Riesgo Fisico. Coninuar con aplicación de pausas activas.	NA
					Fisico	Radiaciones no Ionizantes	Fatiga visual, enrojecimiento, ardor, resequedad, lagrimeo,dolor de cabeza, cuello, hombros y espalda.	Ninguno	Ninguno	Exámenes Medicos Ocupacionales	2	2	4	BAJO	10	40	III	Mejorable	12	Perdida de la capacidad visual	SI	NA	NA	NA	Realización de exámenes médicos ocupacionales periódicos . Estudios puestos de Trabajo. Realización de pausas Activas	NA
					Quimico	Material Particulado	Dificultad respiratoria.	Ninguno	Ninguno	Exámenes Medicos Ocupacionales	2	2	4	BAJO	10	40	III	Mejorable	2	Enfermedades Respiratorias	SI	NA	NA	NA	Capacitacion sobre Riesgo Quimico. Realización de exámenes médicos ocupacionales periódicos .	NA
					Condiciones de Seguridad	Accidente de Transito	Accidentes, golpes, cortaduras, fracturas, muerte.	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	2	4	BAJO	10	40	III	Mejorable	12	Accidentes, golpes, cortaduras, fracturas, muerte.	SI	NA	NA	NA	Capacitacion Seguridad Vial, y Manejo Defensivo.	NA
					Psicosocial	Gestión Organizacional	Dolor de cabeza, angustia, disminución en la eficacia del desarrollo de la labor por parte del trabajador, ausentismos.	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	4	8	MEDIO	10	80	III	Mejorable	12	Hipertensión arterial, Diabetes, Migraña	SI	NA	NA	NA	Adecuada Induccion del puesto de Trabajo y perfil de cargo. Actividades educativas y formativas en los trabajadores con el objeto de modificar actitudes o respuestas.	NA
					Psicosocial	Caracteristicas de la organización y de Trabajo	Dolor de cabeza, angustia, disminución en la eficacia del desarrollo de la labor por parte del trabajador, ausentismos.	Ninguno	Desarrollo de Jornadas de Orden y Aseo.	Ninguno	2	4	8	MEDIO	10	80	III	Mejorable	12	Hipertensión arterial, Diabetes, Migraña	SI	NA	NA	NA	Crear programa de orden y aseo, estableciendo actividades especificas.	NA
					Psicosocial	Condición de la Tarea	Dolor de cabeza, angustia, disminución en la eficacia del desarrollo de la labor por parte del trabajador, ausentismos.	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	3	6	MEDIO	25	150	II	No Aceptable o Aceptable con control especifico	12	Hipertensión arterial, Diabetes, Migraña	SI	NA	NA	NA	Desarrollar actividades especificas, tales como pausas activas y planeacion adecuada de actividades.	NA
					Biomecanico	Postura Prolongada y Mantenida	Lumbalgias, cervicalgias	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	4	8	MEDIO	25	200	II	No Aceptable o Aceptable con control especifico	12	Lesiones osteomusculares permanentes	SI	NA	NA	NA	Implementar programa de Ergonomia y desarrollar actividades especificas, tales como pausas activas e Inspecciones a los puestos de trabajo.	NA
					Biomecanico	Movimiento Repetitivo	Dolor en brazos y muñecas, Sensación de hormigueo, adormecimiento y dolor en el área afectada.	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	3	6	MEDIO	25	150	II	No Aceptable o Aceptable con control especifico	12	Tunel carpiano	SI	NA	NA	NA	Implementar programa de Ergonomia y desarrollar actividades especificas, tales como pausas activas e Inspecciones a los puestos de trabajo.	NA
					Condiciones de Seguridad	Locativos	Heridas, golpes	Ninguno	Desarrollo de Jornadas de Orden y Aseo.	Ninguno	2	4	6	MEDIO	10	60	III	Mejorable	12	Caidas, golpes, contusiones, fracturas.	SI	NA	NA	NA	Crear programa de orden y aseo, estableciendo actividades especificas. Desarrollar Capacitaciones al personal sobre orden y aseo.	NA
					Condiciones de Seguridad	Tecnológico	Accidentes, explosión, incendio.	Ninguno	Se cuenta con extintores de acuerdo a los combustibles presentes.	Capacitacion Brigada de Emergencias	6	1	6	MEDIO	10	60	III	Mejorable	12	Heridas, golpes, muerte.	SI	NA	NA	NA	Desarrollar Plan de Emergencias y Analisis de Vulnerabilidad. Adicionalmente ejecutar simulacros de evacuacion en todas la sedes.	NA
					Fenómenos Naturales	Sismo	Accidentes, explosión.	Ninguno	Ninguno	Capacitacion Brigada de Emergencias	2	4	6	MEDIO	10	60	III	Mejorable	12	Heridas, golpes, muerte.	SI	NA	NA	NA	Desarrollar Plan de Emergencias y Analisis de Vulnerabilidad. Adicionalmente ejecutar simulacros de evacuacion en todas la sedes.	NA
					Fenómenos Naturales	Terremotos	Accidentes, explosión, incendio.	Ninguno	Ninguno	Capacitacion Brigada de Emergencias	6	1	6	MEDIO	60	360	II	No Aceptable o Aceptable con control especifico	12	Heridas, golpes, muerte.	SI	NA	NA	NA	Desarrollar Plan de Emergencias y Analisis de Vulnerabilidad. Adicionalmente ejecutar simulacros de evacuacion en todas la sedes.	NA
					Fenómenos Naturales	Precipitaciones	Accidentes, explosión, incendio.	Ninguno	Ninguno	Capacitacion Brigada de Emergencias	6	1	6	MEDIO	60	360	II	No Aceptable o Aceptable con control especifico	12	Heridas, golpes, muerte.	SI	NA	NA	NA	Desarrollar Plan de Emergencias y Analisis de Vulnerabilidad. Adicionalmente ejecutar simulacros de evacuacion en todas la sedes.	

MC ARQUITECTOS	**MATRIZ DE PELIGROS - PROCESOS OPERATIVOS** **CONTRATO-IDRD-SG-4266-2024 REALIZAR LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TECNICOS DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA PARA LA ADECUACION DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMON BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO**	FECHA: Enero 2025 VERSION 3

Proceso	Zona/lugar	Actividades	Tareas	Rutinaria (Si o No)	Clasificación	Descripción	Efectos posibles	Controles existentes			Evaluación del riesgo							Valoración del riesgo	Criterios para establecer controles			Medidas Intervención				
								Fuente	Medio	Individuo	Nivel de deficiencia	Nivel de exposición	Nivel de probabilidad (ND*NE)	Interpretación del nivel de probabilidad	Nivel de consecuencia	Nivel de riesgo (NR) e intervención	Interpretación del NR	Aceptabilidad del riesgo	Nº Expuestos	Peor consecuencia	Existencia Requisito Legal Específico Asociado (Si o No)	Eliminación	Sustitución	Controles de Ingeniería	Controles Administrativos, Señalización, Advertencia	Equipos/EPP
					Condiciones de Seguridad	Públicos	Accidentes, explosión, incendio, heridas, golpes, cortaduras, violencia.	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	1	2	BAJO	25	50	III	Mejorable	12	Robos, Atracos, Secuestros, asonadas	SI	NA	NA	NA	Capacitaciones sobre riesgo publico. Apoyarse con las autoridades correspondientes.	NA

ELABORÓ:	REVISÓ:	APROBÓ:
Firma: 	Firma: 	Firma: 
Nombre: LAURA ANGELICA LIZARAZO ESCOBAR	Nombre: MARIO RAUL CABRERA MANRIQUE	Nombre: MARIO ANDRES CABRERA PINZON
Cargo: Asesora	Cargo: R.LEGAL SUPLENTE	Cargo: REP. LEGAL
Fecha: Enero de 2025	Fecha: Enero de 2025	Fecha: Enero de 2025

HISTORIAL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Elaboró	Revisó	Aprobó	Descripción de la modificación
0	31/05/2019	Viviana Rodriguez	Mario Cabrera	Andrés Cabrera	Documento original
1	15/01/2021	Viviana Rodriguez	Mario Cabrera	Andrés Cabrera	Actualización
2	20/01/2025	Laura Lizarazo	Mario Cabrera	Andrés Cabrera	Actualización
3	30/01/2025	Laura Lizarazo	Mario Cabrera	Andrés Cabrera	Ajustes

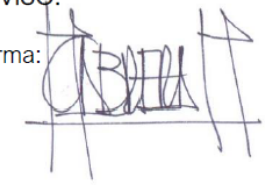
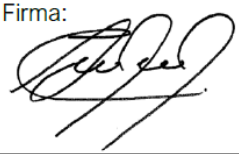
MATRIZ DE PELIGROS - VISITANTES

CONTRATO-IDRD-SG-4266-2024 REALIZAR LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TECNICOS DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA PARA LA ADECUACION DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMON BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO

FECHA: Enero de 2025

VERSION 3

Proceso	Zona/lugar	Actividades	Tareas	Rutinaria (Si o No)	Clasificación	Descripción	Efectos posibles	Controles existentes: Fuente	Controles existentes: Medio	Controles existentes: Individuo	Evaluación del riesgo: Nivel de deficiencia	Evaluación del riesgo: Nivel de exposición	Evaluación del riesgo: Nivel de probabilidad (ND*NE)	Evaluación del riesgo: Interpretación del nivel de probabilidad	Evaluación del riesgo: Nivel de consecuencia	Evaluación del riesgo: Nivel de riesgo (NR) e intervención	Evaluación del riesgo: Interpretación del NR	Valoración del riesgo: Aceptabilidad del riesgo	Criterios para establecer controles: Nº Expuestos	Criterios para establecer controles: Peor consecuencia	Criterios para establecer controles: Existencia Requisito Legal Específico Asociado (Si o No)	Medidas Intervención: Eliminación	Medidas Intervención: Sustitución	Medidas Intervención: Controles de Ingeniería	Medidas Intervención: Controles Administrativos, Señalización, Advertencia	Medidas Intervención: Equipos/EPP
Procesos estratégicos	Oficina	Visitantes	Visitas en General	No	FENÓMENOS NATURALES	Sismo /Terremoto	Lesiones severas Perdidas materiales de gran impacto Contaminación ambiental	NINGUNO	NINGUNO	Capacitación en prevención para posibles sismos	2	1	2	BAJO	60	120	III	Mejorable	NA	Grandes pérdidas en vidas y económicas	Si	NA	Fortalecer sistemas de alarma y elementos de apoyo para emergencias	NA	Desarrollar Plan de Emergencias y Analisis de Vulnerabilidad. Adicionalmente ejecutar simulacros de evacuacion en todas la sedes. Realizar la entrega de folletos informativos a los visitantes.	NA
					FENÓMENOS NATURALES	Inundación Efectos de fuentes de agua vecinas a las locaciones (Lluvias y Granizadas)	Lesiones severas Perdidas materiales de gran impacto. Contaminación ambiental	NINGUNO	NINGUNO	Capacitación en prevención para emergencias	2	1	2	BAJO	25	50	III	Mejorable	NA	Pérdidas económicas	Si	NA	Fortalecer sistemas de alarma y elementos de apoyo para emergencias Revisión de sistemas de canales y desagües	NA	Desarrollar Plan de Emergencias y Analisis de Vulnerabilidad. Adicionalmente ejecutar simulacros de evacuacion en todas la sedes. Realizar la entrega de folletos informativos a los visitantes.	NA
					FENÓMENOS NATURALES	Descarga Eléctrica Rayos Tormenta Eléctrica	Lesiones severas Perdidas materiales de gran impacto. Contaminación ambiental	NINGUNO	NINGUNO	Capacitación en prevención para emergencias	2	1	2	BAJO	25	50	III	Mejorable	NA	Electrocución	Si	NA	Inspección técnica a sistemas de pararrayos Fortalecer sistemas de alarma y elementos de apoyo para emergencias	NA	Desarrollar Plan de Emergencias y Analisis de Vulnerabilidad. Adicionalmente ejecutar simulacros de evacuacion en todas la sedes. Realizar la entrega de folletos informativos a los visitantes.	NA
					FENÓMENOS NATURALES	Precipitaciones/ Granizada- Vendaval	Lesiones severas Perdidas materiales de gran impacto. Contaminación ambiental	NINGUNO	Inspecciones de seguridad a estructura física de las instalaciones Ejercicios a aplicación de plan de emergencias	NINGUNO	2	1	2	BAJO	60	120	III	Mejorable	NA	Grandes perdidas en vidas y económicas	Si	NA	Fortalecer sistemas de alarma y elementos de apoyo para emergencias Revisión de sistemas de canales y desagües	NA	Desarrollar Plan de Emergencias y Analisis de Vulnerabilidad. Adicionalmente ejecutar simulacros de evacuacion en todas la sedes. Realizar la entrega de folletos informativos a los visitantes.	NA
					CONDICIONES DE SEGURIDAD	Locativo (Transito por áreas con superficies irregulares, deslizantes, con diferencia de nivel, distribución de las áreas de trabajo, condiciones de orden y aseo)	Lesiones de diversa gravedad (Golpes, Heridas, Esguinces, Luxaciones, Fracturas, Politraumatismos)	NINGUNO	NINGUNO	Capacitación en prevención de riesgos Dotación de EPP	2	1	2	BAJO	25	50	III	Mejorable	NA	Lesiones varias	Si	NA	NA	NA	Realizar la entrega de folletos informativos a los visitantes. Establecer Programa de Orden y Aseo	NA
					CONDICIONES DE SEGURIDAD	Públicos (Robos, atracos, asaltos, atentados, desorden público, etc.)	Accidentes, explosión, incendio, heridas, golpes, cortaduras, violencia.	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	1	2	BAJO	60	120	III	Mejorable	4	Accidentes, explosión, incendio, heridas, golpes, cortaduras, violencia.	Si	NA	NA	NA	Realizar la entrega de folletos informativos a los visitantes.	NA

ELABORÓ:	REVISÓ:	APROBÓ:
Firma: 	Firma: 	Firma: 
Nombre: LAURA ANGELICA LIZARAZO ESCOBAR	Nombre: MARIO RAUL CABRERA MANRIQUE	Nombre: MARIO ANDRES CABRERA PINZON
Cargo: Asesora	Cargo: R.LEGAL SUPLENTE	Cargo: REP. LEGAL
Fecha: Enero de 2025	Fecha: Enero de 2025	Fecha: Enero de 2025

HISTORIAL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Elaboró	Revisó	Aprobó	Descripción de la modificación
0	31/05/2019	Viviana Rodriguez	Mario Cabrera	Andrés Cabrera	Documento original
1	15/01/2021	Viviana Rodriguez	Mario Cabrera	Andrés Cabrera	Actualización
2	20/01/2025	Laura Lizarazo	Mario Cabrera	Andrés Cabrera	Actualización
3	30/01/2025	Laura Lizarazo	Mario Cabrera	Andrés Cabrera	Ajustes

Anexo 3. Indicadores accidentalidad interventoria

INDICADORES RESOLUCIÒN 0312 DE 2019
SOLIUN SAS

Nombre del indicador	Definición	Fórmula	Periodicidad	2025						
				Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio
Frecuencia de accidentalidad	Número de veces que ocurre un accidente de trabajo en el mes	(Número de accidentes de trabajo que se presentaron en el mes / Número de trabajadores en el mes) * 100	Mensual	0	0	0				
Severidad de accidentalidad	Número de días perdidos por accidentes de trabajo en el mes	(Número de días de incapacidad por accidente de trabajo en el mes + número de días cargados en el mes / Número de trabajadores en el mes) * 100	Mensual	0	0	0				
Proporción de accidentes de trabajo mortales	Número de accidentes de trabajo mortales en el año	(Número de accidentes de trabajo mortales que se presentaron en el año / Total de accidentes de trabajo que se presentaron en el año) * 100	Anual							
Prevalencia de la enfermedad laboral	Número de casos de enfermedad laboral presentes en una población en un periodo de tiempo	(Número de casos nuevos y antiguos de enfermedad laboral en el periodo «Z» / Promedio de trabajadores en el periodo «Z») * 100.000	Anual							
Incidencia de la enfermedad laboral	Número de casos nuevos de enfermedad laboral en una población determinada en un período de tiempo	(Número de casos nuevos de enfermedad laboral en el periodo «Z» / Promedio de trabajadores en el periodo «Z») * 100.000	Anual							
Ausentismo por causa médica	Ausentismo es la no asistencia al trabajo, con incapacidad médica	(Número de días de ausencia por incapacidad laboral o común en el mes / Número de días de trabajo programados en el mes) * 100	Mensual	0	0					

Datos

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio
Numero de trabajadores	**2**	**21**	**21**	-	-	-	-
Numero de accidentes de trabajo	**0**	**0**	**0**	-	-	-	-
Numeros de dias de incapacidad por accidente de trabajo	**0**	**0**	**0**	-	-	-	-
Numero de dias de ausencia por incapacidad comun y/o laboral	**0**	**0**	**0**	-	-	-	-

Anexo 4. Capacitaciones interventoria

ANEXO 1
Cronograma de Capacitaciòn

COMPONENTE	PILAR	OBJETIVO	Descripciòn	Grupo Objetivo	Ubicaciòn	Responsable	Estado	MES 1 Enero	MES 2 Febrero	MES 3 Marzo	MES 4 Abril	MES 5 Mayo	MES 6 Junio	MES 7 Julio	Observacion
SG-SST	**Plan de Emergencia y Contingencia**	Capacitar al personal en como actuar en caso de emergencia: Punto de encuentro, alarma, brigadistas. Etc.	Capacitacion Mensual	Todo el personal	Obra y Oficinas administrativas	Profesional SST / Recurso Humano	Programado	X							
							Ejecutado	ACTIVIDAD REPROGRAMADA MARZO 2025							
	Induccion, reinduccìon y notificaciòn de riesgos y controles de obra	Capacitar al personal sobre el SG-SST (politica, COPASST, Convilab, reporte de incidentes y accidentes, etc.), los riesgos a los que estan expuestos y sus controles.	Capacitacion Mensual	Todo el personal	Obra y Oficinas administrativas	Profesional SST	Programado	X	X	X	X	X	X	X	
							Ejecutado								
	Prevenciòn de Accidentes Laborales	Capacitar al personal sobre minimizaciòn de riesgos, reporte de actos y/o condiciones inseguras	Capacitacion Mensual	Todo el personal	Obra y Oficinas administrativas	Profesional SST	Programado		X						
							Ejecutado								
	Higiene Postural	Capacitar al personal sobre la correcta higiene postural para evitar lesiones y/o enfermedades laborales	Capacitacion Mensual	Todo el personal	Obra y Oficinas administrativas	Profesional SST	Programado			X					
							Ejecutado								
	Riesgo Mecanico	Capacitar al personal sobre los riesgos fisicos y quimicos a los que estan expuestos y como minimizarlos	Capacitacion Mensual	Todo el personal	Obra y Oficinas administrativas	Profesional SST	Programado				X				
							Ejecutado								
	Prevención del Riesgo Físico	Capacitar al personal sobre los riesgos mecanicos a los que estan expuestos y como minimizarlos	Capacitacion Mensual	Todo el personal	Obra y Oficinas administrativas	Profesional SST	Programado					X			
							Ejecutado								
	Estilos de vida saludable	Capacitar al personal sobre estilos de vida saludable y sus beneficios para el trabajador	Capacitacion Mensual	Todo el personal	Obra y Oficinas administrativas	Profesional SST	Programado						X		
							Ejecutado								
	Riesgo Electrico	Capacitar al personal sobre los riesgos electricos a los que estan expuestos y como minimizarlos	Capacitacion Mensual	Todo el personal	Obra y Oficinas administrativas	Profesional SST	Programado							X	
							Ejecutado								

Convenciones	
Programado	X
Programado pero aplica según necesidades del proyecto	X
Aplica cuando ingresa personal	X

Capacitación higiene postural 2025

* Indica que la pregunta es obligatoria

1. Nombre del trabajador *

_____

2. Verdadero o falso. La columna vertebral es un cojunto de huesos, fuerte y flexible que va desde el cuello hasta la pelvis y esta dividida en 33 vertebras. * 10 puntos

Marca solo un óvalo.

- ◯ Verdadero
- ◯ Falso

3. Verdadero o falso. La médula espinal es la encargada de trasmitir información para poder movilizarnos * 10 puntos

Marca solo un óvalo.

- ◯ Verdadero
- ◯ Falso

4. Las posturas inadecaudas y la falta de ejercicio generan afectaciones como: * 10 puntos

Marca solo un óvalo.

- ◯ Lesiones de columna vertebral, desviaciones, hernias y dolores cronicos de espalda
- ◯ Dolor de espalda y cabeza
- ◯ Lesiones en vertebras y hernias

5. Verdadero o falso. Se recomienda dormir en un colchon firme, de medio lado y en posición fetal. * 10 puntos

Marca solo un óvalo.

- Verdadero
- Falso

6. Verdadero o falso. En el trabajo de oficina, debes ubicar la pantalla del monitor a la altura de los ojos, tus brazos y codos deben de estar alineados a 90°. * 10 puntos

Marca solo un óvalo.

- Verdadero
- Falso

Pautas de Higiene postural

Pantalla



Recuerde que la pantalla de uso principal debe disponerse en frente, a una distancia de 45 a 70 cm con respecto a sus ojos. si visualiza dos pantallas en un porcentaje similar, la unión de ambas debe quedar en frente suyo.

Como las pantallas son de 19º o más, tener en cuenta que el borde superior d elas mismas debe quedar entre 3 y 4 cm por encima de su línea visual horizontal.

Se visualiza con precisión 10º por encima de la visual horizontal y 30º a 35º por debajo de esta.

Perciba el ajuste del espaldar, recuerde que puede dejarse fijo en diferentes posiciones o inclinar y regular su tensión mediante un sistema de perilla.

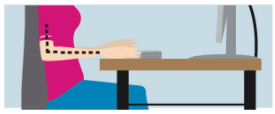


Periódicamente y de acuerdo con la operación a ejecutar (atención de llamadas, atención interlocutor, lectura documentación física) se sugiere activar la función de inclinación como estrategia para mitigar la carga física en columna, propia de la posición sedente prolongada.

Silla



Antes de iniciar su trabajo verifique que la altura del asiento de la silla le permita mantener sus codos a la misma altura de la superficie de trabajo. Tenga en cuenta que sus hombros queden relajados y su abdomen al borde del escritorio.



Manteniendo su abdomen en el borde del escritorio, localice el teclado y el ratón de forma que su operación le permita mantener apoyo de sus antebrazos en la superficie, sin pasar los codos por delante de su tronco.



Perciba la presión que ejerce el asiento de la silla con respecto a su cuerpo, si siente más presión en la parte posterior de sus muslos que en sus glúteos, es posible que tenga su pelvis fuera de la posición neutra, lo cual afectará la posibilidad de mantener las curvas naturales de su columna, en consecuencia requerirá un apoyapiés, para que la mayor presión se traslade a sus glúteos y pueda adecuar la postura de su pelvis.

Zona de alcance



El alcance de otros objetos de uso cotidiano como teléfonos, documentos, entre otros, debe restringirse a movimientos de miembros superiores, además, su localización debe ser estratégica, de forma que estimule la ultilización de ambos miembros superiores,



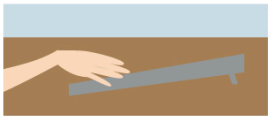
evitando el sobreuso de alguno de estos.

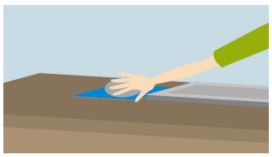
No ubicar los objetos de uso cotidiano (teléfonos, documentos, accesorios de oficina) a distancias que implican flexionar y/o lateralizar la columna para alcanzarlos.

Objetos poco comunes: Reloj, calendario, retratos.
Objetos ocasionales: Calculadora, libretas, teléfonos.
Objetos usuales: Teclado, mouse, esferos

Teclado - mouse







Evite usar los soportes del teclado, ya que aumenta la extensión de las muñecas al digitar.

Haga uso de las dos manos al digitar y en preferencia utilice todos los dedos para cubrir el teclado, mantenga las muñecas derechas.

Localice el apoyamuñecas del teclado y del mouse manteniendo e posicionamiento indicado en el numeral anterior, recuerde que este es fundamental para disminuir las extensiones de muñecas que pueden generar fatigas musculares, además de proteger las prituberancias óseas de dichas articulaciones con respecto a la superficie dura del escritorio.

Considere utilizar el mouse sujetándolo de forma que sus dedos queden relajados en el momento de dar clic.

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios

Marca temporal	Puntuación	Nombre del trabajador	Verdadero o falso. La columna vertebral es un cojunto de huesos, fuerte y flexible que va desde el cuello hasta la pelvis y esta dividida en 33 vertebras.	Verdadero o falso. La médula espinal es la encargada de trasmitir información para poder movilizarnos	Las posturas inadecaudas y la falta de ejercicio generan afectaciones como:	Verdadero o falso. Se recomienda dormir en un colchon firme, de medio lado y en posición fetal.	Verdadero o falso. En el trabajo de oficina, debes ubicar la pantalla del monitor a la altura de los ojos, tus brazos y codos deben de estar alineados a 90°.
3/13/2025 15:56:52	30 / 50	Edna Constanza Cepeda	Verdadero	Verdadero	Lesiones de columna vertebral, desviaciones, hernias y dolores cronicos de espalda	Falso	Falso
3/13/2025 16:06:42	50 / 50	Linda Ximena Robayo	Verdadero	Verdadero	Lesiones de columna vertebral, desviaciones, hernias y dolores cronicos de espalda	Verdadero	Verdadero
3/13/2025 16:08:22	50 / 50	Jhon Echeverry	Verdadero	Verdadero	Lesiones de columna vertebral, desviaciones, hernias y dolores cronicos de espalda	Verdadero	Verdadero
3/13/2025 16:34:49	50 / 50	Laura Sofia Fernández	Verdadero	Verdadero	Lesiones de columna vertebral, desviaciones, hernias y dolores cronicos de espalda	Verdadero	Verdadero
3/13/2025 16:42:05	50 / 50	Juan Carlos Ramirez Solano	Verdadero	Verdadero	Lesiones de columna vertebral, desviaciones, hernias y dolores cronicos de espalda	Verdadero	Verdadero
3/13/2025 17:05:29	50 / 50	Gustavo Adolfo Barreto Alvarado	Verdadero	Verdadero	Lesiones de columna vertebral, desviaciones, hernias y dolores cronicos de espalda	Verdadero	Verdadero
3/13/2025 17:23:59	50 / 50	Mario Mauricio Rodriguez Calderon	Verdadero	Verdadero	Lesiones de columna vertebral, desviaciones, hernias y dolores cronicos de espalda	Verdadero	Verdadero
3/13/2025 17:59:14	50 / 50	Raul Orlando Delgado	Verdadero	Verdadero	Lesiones de columna vertebral, desviaciones, hernias y dolores cronicos de espalda	Verdadero	Verdadero
3/13/2025 18:30:21	50 / 50	Carlos Andres Figueroa Ayala	Verdadero	Verdadero	Lesiones de columna vertebral, desviaciones, hernias y dolores cronicos de espalda	Verdadero	Verdadero
3/13/2025 16:08:13	50 / 50	Laura Catalina Gomez	Verdadero	Verdadero	Lesiones de columna vertebral, desviaciones, hernias y dolores cronicos de espalda	Verdadero	Verdadero
3/14/2025 8:02:22	50 / 50	Maria del Rosario Cardenas Junca	Verdadero	Verdadero	Lesiones de columna vertebral, desviaciones, hernias y dolores cronicos de espalda	Verdadero	Verdadero
3/14/2025 8:08:28	50 / 50	Yenny Paola Reyes Costilla	Verdadero	Verdadero	Lesiones de columna vertebral, desviaciones, hernias y dolores cronicos de espalda	Verdadero	Verdadero
3/14/2025 8:21:25	50 / 50	Yaneth Duarte Almonacid	Verdadero	Verdadero	Lesiones de columna vertebral, desviaciones, hernias y dolores cronicos de espalda	Verdadero	Verdadero
3/14/2025 9:24:56	50 / 50	Carlos Andres Vasquez	Verdadero	Verdadero	Lesiones de columna vertebral, desviaciones, hernias y dolores cronicos de espalda	Verdadero	Verdadero
3/14/2025 10:32:49	50 / 50	Ruben Dario Marquez	Verdadero	Verdadero	Lesiones de columna vertebral, desviaciones, hernias y dolores cronicos de espalda	Verdadero	Verdadero
3/14/2025 10:54:36	50 / 50	Vianney Leaño Urrego	Verdadero	Verdadero	Lesiones de columna vertebral, desviaciones, hernias y dolores cronicos de espalda	Verdadero	Verdadero
3/14/2025 14:53:22	40 / 50	Luis Rodriguez	Verdadero	Verdadero	Lesiones de columna vertebral, desviaciones, hernias y dolores cronicos de espalda	Falso	Verdadero
3/15/2025 9:52:12	50 / 50	John Forigua Hincapie	Verdadero	Verdadero	Lesiones de columna vertebral, desviaciones, hernias y dolores cronicos de espalda	Verdadero	Verdadero
3/18/2025 14:06:42	50 / 50	Sindy Natali Espinosa Sierra	Verdadero	Verdadero	Lesiones de columna vertebral, desviaciones, hernias y dolores cronicos de espalda	Verdadero	Verdadero
3/19/2025 16:25:17	50 / 50	Jeison Orlando Delgado Duarte	Verdadero	Verdadero	Lesiones de columna vertebral, desviaciones, hernias y dolores cronicos de espalda	Verdadero	Verdadero
3/20/2025 16:25:17	50 / 50	Jesus Alberto Olmos	Verdadero	Verdadero	Lesiones de columna vertebral, desviaciones, hernias y dolores cronicos de espalda	Verdadero	Verdadero

ANEXO 1
Cronograma de Capacitaciòn

COMPONENTE	PILAR	OBJETIVO	Descripciòn	Grupo Objetivo	Ubicaciòn	Responsable	Estado	MES 1 Enero	MES 2 Febrero	MES 3 Marzo	MES 4 Abril	MES 5 Mayo	MES 6 Junio	MES 7 Julio	Observacion
SG-SST	**Plan de Emergencia y Contingencia**	Capacitar al personal en como actuar en caso de emergencia: Punto de encuentro, alarma, brigadistas. Etc.	Capacitacion Mensual	Todo el personal	Obra y Oficinas administrativas	Profesional SST / Recurso Humano	Programado	X							
							Ejecutado	ACTIVIDAD REPROGRAMADA MARZO 2025							
	Induccion, reinduccìon y notificaciòn de riesgos y controles de obra	Capacitar al personal sobre el SG-SST (politica, COPASST, Convilab, reporte de incidentes y accidentes, etc.), los riesgos a los que estan expuestos y sus controles.	Capacitacion Mensual	Todo el personal	Obra y Oficinas administrativas	Profesional SST	Programado	X	X	X	X	X	X	X	
							Ejecutado								
	Prevenciòn de Accidentes Laborales	Capacitar al personal sobre minimizaciòn de riesgos, reporte de actos y/o condiciones inseguras	Capacitacion Mensual	Todo el personal	Obra y Oficinas administrativas	Profesional SST	Programado		X						
							Ejecutado								
	Higiene Postural	Capacitar al personal sobre la correcta higiene postural para evitar lesiones y/o enfermedades laborales	Capacitacion Mensual	Todo el personal	Obra y Oficinas administrativas	Profesional SST	Programado			X					
							Ejecutado								
	Riesgo Mecanico	Capacitar al personal sobre los riesgos fisicos y quimicos a los que estan expuestos y como minimizarlos	Capacitacion Mensual	Todo el personal	Obra y Oficinas administrativas	Profesional SST	Programado				X				
							Ejecutado								
	Prevención del Riesgo Físico	Capacitar al personal sobre los riesgos mecanicos a los que estan expuestos y como minimizarlos	Capacitacion Mensual	Todo el personal	Obra y Oficinas administrativas	Profesional SST	Programado					X			
							Ejecutado								
	Estilos de vida saludable	Capacitar al personal sobre estilos de vida saludable y sus beneficios para el trabajador	Capacitacion Mensual	Todo el personal	Obra y Oficinas administrativas	Profesional SST	Programado						X		
							Ejecutado								
	Riesgo Electrico	Capacitar al personal sobre los riesgos electricos a los que estan expuestos y como minimizarlos	Capacitacion Mensual	Todo el personal	Obra y Oficinas administrativas	Profesional SST	Programado							X	
							Ejecutado								

Convenciones	
Programado	X
Programado pero aplica según necesidades del proyecto	X
Aplica cuando ingresa personal	X

Quiz capacitación Plan de Emergencia y Contingencia

* Indica que la pregunta es obligatoria

1. Nombre del trabajador *

2. ¿Qué es un plan de emergencias? * 10 puntos

Marca solo un óvalo.

- Es un plan de tipo preventivo, predictivo y reactivo que contiene una estructura estratégica y operativa.
- Es un plan donde se indican riesgos y peligros a los que se esta expuesto.
- Es un plan de comunicaciones donde se presentan las rutas de evacuación, puntos de encuentro y riesgos.

3. ¿Cuál es la importancia de conocer el plan de emergencias? * 10 puntos

Marca solo un óvalo.

- Permite identificar que causo la emergencia
- Permite controlar una situación de emergencia y a minimizar sus consecuencias negativas
- Permite reconocer las situaciones y acciones que causan una emergencia

4. Verdadero o falso, en caso de presentarse una situación de peligro se deben se seguir las indicaciones del personal capacitado, autorizado y entrenado para atender la emergencia * 10 puntos

Marca solo un óvalo.

- Verdadero
- Falso



1

Conserve la calma.

2

En caso de sismo

ubíquese en zonas seguras en su lugar de trabajo y protéjase de objetos que le puedan caer encima.

3

En caso de incendio,

si evidencia una condición peligrosa como olor a quemado o humo, notifique de inmediato al comité de emergencia. Busque el extintor más cercano y si sabe utilizarlo, proceda.

4

Reporte paquetes

sospechosos, olores sospechosos (químicos, orgánicos), inundaciones con espejo de agua a más de 10cm.

5

Aléjese de las zonas

de riesgo, si está en un lugar cerrado retírese de las ventanas y paredes.

6

Siga las rutas

de evacuación hacia la salida más cercana, caminando ágilmente sin correr y transitando siempre por el lado derecho de las escaleras y pasillos.

7

Siga las normas

de seguridad y las instrucciones de los líderes de evacuación y diríjase al punto de encuentro.

8

Una vez pasada

la emergencia, regrese a las instalaciones solo si los grupos de apoyo lo autorizan.

Marca temporal	Puntuación	Nombre del trabajador	¿Qué es un plan de emergencias?	¿Cuál es la importancia de conocer el plan de emergencias?	Verdadero o falso, en caso de presentarse una situación de peligro se deben se seguir las indicaciones del personal capacitado, autorizado y entrenado para atender la emergencia
3/22/2025 15:09:15	30 / 30	Carlos Andres Figueroa Ayala	Es un plan de tipo preventivo, predictivo y reactivo que contiene una estructura estratégica y operativa.	Permite controlar una situación de emergencia y a minimizar sus consecuencias negativas	Verdadero
3/22/2025 15:20:13	30 / 30	Carlos Andres Vasquez	Es un plan de tipo preventivo, predictivo y reactivo que contiene una estructura estratégica y operativa.	Permite controlar una situación de emergencia y a minimizar sus consecuencias negativas	Verdadero
3/22/2025 15:31:11	30 / 30	Gustavo Adolfo Barreto Alvarado	Es un plan de tipo preventivo, predictivo y reactivo que contiene una estructura estratégica y operativa.	Permite controlar una situación de emergencia y a minimizar sus consecuencias negativas	Verdadero
3/22/2025 15:42:09	30 / 30	Edna Constanza Cepeda	Es un plan de tipo preventivo, predictivo y reactivo que contiene una estructura estratégica y operativa.	Permite controlar una situación de emergencia y a minimizar sus consecuencias negativas	Verdadero
3/22/2025 15:53:07	20 / 30	Jeison Orlando Delgado Duarte	Es un plan de tipo preventivo, predictivo y reactivo que contiene una estructura estratégica y operativa.	Permite reconocer las situaciones y acciones que causan una emergencia	Verdadero
3/22/2025 16:04:05	30 / 30	Jesus Alberto Olmos	Es un plan de tipo preventivo, predictivo y reactivo que contiene una estructura estratégica y operativa.	Permite controlar una situación de emergencia y a minimizar sus consecuencias negativas	Verdadero
3/22/2025 16:15:03	30 / 30	Jhon Echeverry	Es un plan de tipo preventivo, predictivo y reactivo que contiene una estructura estratégica y operativa.	Permite controlar una situación de emergencia y a minimizar sus consecuencias negativas	Verdadero
3/22/2025 16:26:01	30 / 30	John Forigua Hincapie	Es un plan de tipo preventivo, predictivo y reactivo que contiene una estructura estratégica y operativa.	Permite controlar una situación de emergencia y a minimizar sus consecuencias negativas	Verdadero
3/22/2025 16:36:59	30 / 30	Juan Carlos Ramirez Solano	Es un plan de tipo preventivo, predictivo y reactivo que contiene una estructura estratégica y operativa.	Permite controlar una situación de emergencia y a minimizar sus consecuencias negativas	Verdadero
3/22/2025 16:47:57	30 / 30	Laura Catalina Gomez	Es un plan de tipo preventivo, predictivo y reactivo que contiene una estructura estratégica y operativa.	Permite controlar una situación de emergencia y a minimizar sus consecuencias negativas	Verdadero
3/22/2025 16:58:55	30 / 30	Laura Sofia Fernández	Es un plan de tipo preventivo, predictivo y reactivo que contiene una estructura estratégica y operativa.	Permite controlar una situación de emergencia y a minimizar sus consecuencias negativas	Verdadero
3/22/2025 17:09:53	30 / 30	Linda Ximena Robayo	Es un plan de tipo preventivo, predictivo y reactivo que contiene una estructura estratégica y operativa.	Permite controlar una situación de emergencia y a minimizar sus consecuencias negativas	Verdadero
3/22/2025 17:20:51	20 / 30	Luis Rodriguez	Es un plan de comunicaciones donde se presentan las rutas de evacuación, puntos de encuentro y riesgos.	Permite controlar una situación de emergencia y a minimizar sus consecuencias negativas	Verdadero
3/22/2025 17:31:49	20 / 30	Raul Orlando Delgado	Es un plan de comunicaciones donde se presentan las rutas de evacuación, puntos de encuentro y riesgos.	Permite controlar una situación de emergencia y a minimizar sus consecuencias negativas	Verdadero

3/22/2025 17:42:47	30 / 30	Mario Mauricio Rodriguez Calderon	Es un plan de tipo preventivo, predictivo y reactivo que contiene una estructura estratégica y operativa.	Permite controlar una situación de emergencia y a minimizar sus consecuencias negativas	Verdadero
3/22/2025 17:53:45	30 / 30	Maria del Rosario Cardenas Junca	Es un plan de tipo preventivo, predictivo y reactivo que contiene una estructura estratégica y operativa.	Permite controlar una situación de emergencia y a minimizar sus consecuencias negativas	Verdadero
3/22/2025 18:04:43	30 / 30	Ruben Dario Marquez	Es un plan de tipo preventivo, predictivo y reactivo que contiene una estructura estratégica y operativa.	Permite controlar una situación de emergencia y a minimizar sus consecuencias negativas	Verdadero
3/22/2025 18:15:41	30 / 30	Sindy Natali Espinosa Sierra	Es un plan de tipo preventivo, predictivo y reactivo que contiene una estructura estratégica y operativa.	Permite controlar una situación de emergencia y a minimizar sus consecuencias negativas	Verdadero
3/22/2025 18:26:39	30 / 30	Vianney Leaño Urrego	Es un plan de tipo preventivo, predictivo y reactivo que contiene una estructura estratégica y operativa.	Permite controlar una situación de emergencia y a minimizar sus consecuencias negativas	Verdadero
3/22/2025 18:37:37	30 / 30	Yaneth Duarte Almonacid	Es un plan de tipo preventivo, predictivo y reactivo que contiene una estructura estratégica y operativa.	Permite controlar una situación de emergencia y a minimizar sus consecuencias negativas	Verdadero
3/22/2025 18:51:12	30 / 30	Yenny Paola Reyes Costilla	Es un plan de tipo preventivo, predictivo y reactivo que contiene una estructura estratégica y operativa.	Permite controlar una situación de emergencia y a minimizar sus consecuencias negativas	Verdadero

Anexo 4.1. Capacitaciones consultor

MC ARQUITECTOS	**FORMATO DE EVALUACIÓN CAPACITACIÓN** **CONTRATO-IDRD-SG-4266-2024 REALIZAR LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TECNICOS DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA PARA LA ADECUACION DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMON BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO**	**Fecha: 15/01/2025** **V1**

NOMBRE: Mario Andres Cabrera Pinzón	**CEDULA: 80087078**
AREA/SECCION: consultoría	**CARGO: Director de Estudio y Diseños**

Reflexiona lo siguiente:

1. Señale cuales de las siguientes opciones se relacionan con el plan de emergencias:

a.	Procedimientos en caso de siniestro
b.	Plan de evacuación
c.	Qué hacer en caso de incendio
~~d.~~	Todas las anteriores

2. Identifique qué no debe hacer en caso de evacuación

a.	Atender las directrices del encargado de evacuación	~~d.~~	Volver por mis pertenencias antes de salir	g.	Identificar las rutas de evacuación
b.	Evacuar conservando la calma	e.	Si está dentro de mis posibilidades, ayudar al que lo necesita mientras evacúo	h.	Iniciar evacuación al oir la alarma
~~c.~~	Salir corriendo	f.	Identificar las salidas de emergenica	~~i.~~	Gritar y desesperarme

3. Qué puede hacer para evitar la ocurrencia de emergencias:

a.	Fumar al interior de las oficinas	d.	Obstruir las zonas donde se ubican los extintores	~~g.~~	Mantener el orden y aseo
~~b.~~	Reportar condiciones inseguras	~~e.~~	No fumar en lugares no permitidos	h.	Desconocer el punto de encuentro
c.	Dejar obstruidas las rutas de evacuación	f.	No hacer caso a la alarma de evacuación	i.	Gritar y desesperarme ante conato de incendio



FIRMA DEL TRABAJADOR
CC 80087078
Fecha: 02/04/2025



ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN
CC 52223234

MC ARQUITECTOS	**FORMATO DE EVALUACIÓN CAPACITACIÓN** **CONTRATO-IDRD-SG-4266-2024 REALIZAR LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TECNICOS DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA PARA LA ADECUACION DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMON BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO**	**Fecha: 15/01/2025** **V1**

NOMBRE:Diana Carolina Rojas Sanchez	**CEDULA: 53905075**
AREA/SECCION: consultoría	**CARGO: Diseñador Senior**

Reflexiona lo siguiente:

1. Señale cuales de las siguientes opciones se relacionan con el plan de emergencias:

a.	Procedimientos en caso de siniestro
b.	Plan de evacuación
c.	Qué hacer en caso de incendio
~~d.~~	Todas las anteriores

2. Identifique qué no debe hacer en caso de evacuación

a.	Atender las directrices del encargado de evacuación	~~d.~~	Volver por mis pertenencias antes de salir	g.	Identificar las rutas de evacuación
b.	Evacuar conservando la calma	e.	Si está dentro de mis posibilidades, ayudar al que lo necesita mientras evacúo	h.	Iniciar evacuación al oir la alarma
~~c.~~	Salir corriendo	f.	Identificar las salidas de emergenica	~~i.~~	Gritar y desesperarme

3. Qué puede hacer para evitar la ocurrencia de emergencias:

a.	Fumar al interior de las oficinas	d.	Obstruir las zonas donde se ubican los extintores	~~g.~~	Mantener el orden y aseo
~~b.~~	Reportar condiciones inseguras	~~e.~~	No fumar en lugares no permitidos	h.	Desconocer el punto de encuentro
c.	Dejar obstruidas las rutas de evacuación	f.	No hacer caso a la alarma de evacuación	i.	Gritar y desesperarme ante conato de incendio

Diana Rojas S.



FIRMA DEL TRABAJADOR	**ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN**
CC 53905075	**CC 52223234**
Fecha: 02/04/2025	

MC ARQUITECTOS	**FORMATO DE EVALUACIÓN CAPACITACIÓN** **CONTRATO-IDRD-SG-4266-2024 REALIZAR LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TECNICOS DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA PARA LA ADECUACION DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMON BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO**	**Fecha: 15/01/2025** **V1**

NOMBRE:Nicolás Pinzón Polania	**CEDULA: 1020786032**
AREA/SECCION: consultoría	**CARGO: Profesional en Presupuesto**

Reflexiona lo siguiente:

1. Señale cuales de las siguientes opciones se relacionan con el plan de emergencias:

a.	Procedimientos en caso de siniestro
b.	Plan de evacuación
c.	Qué hacer en caso de incendio
~~d.~~	Todas las anteriores

2. Identifique qué no debe hacer en caso de evacuación

a.	Atender las directrices del encargado de evacuación	~~d.~~	Volver por mis pertenencias antes de salir	g.	Identificar las rutas de evacuación
b.	Evacuar conservando la calma	e.	Si está dentro de mis posibilidades, ayudar al que lo necesita mientras evacúo	h.	Iniciar evacuación al oir la alarma
~~c.~~	Salir corriendo	f.	Identificar las salidas de emergenica	~~i.~~	Gritar y desesperarme

3. Qué puede hacer para evitar la ocurrencia de emergencias:

a.	Fumar al interior de las oficinas	d.	Obstruir las zonas donde se ubican los extintores	~~g.~~	Mantener el orden y aseo
~~b.~~	Reportar condiciones inseguras	~~e.~~	No fumar en lugares no permitidos	h.	Desconocer el punto de encuentro
c.	Dejar obstruidas las rutas de evacuación	f.	No hacer caso a la alarma de evacuación	i.	Gritar y desesperarme ante conato de incendio





FIRMA DEL TRABAJADOR
CC 1020786032
Fecha: 02/04/2025

ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN
CC 52223234

MC ARQUITECTOS	**FORMATO DE EVALUACIÓN CAPACITACIÓN** **CONTRATO-IDRD-SG-4266-2024 REALIZAR LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TECNICOS DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA PARA LA ADECUACION DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMON BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO**	**Fecha: 15/01/2025** **V1**

NOMBRE:Juan Guillermo Ardila Valencia	**CEDULA: 1088272565**
AREA/SECCION: consultoría	**CARGO:Ingeniero Estructural**

Reflexiona lo siguiente:

1. Señale cuales de las siguientes opciones se relacionan con el plan de emergencias:

a.	Procedimientos en caso de siniestro
b.	Plan de evacuación
c.	Qué hacer en caso de incendio
~~d.~~	Todas las anteriores

2. Identifique qué no debe hacer en caso de evacuación

a.	Atender las directrices del encargado de evacuación	~~d.~~	Volver por mis pertenencias antes de salir	g.	Identificar las rutas de evacuación
b.	Evacuar conservando la calma	e.	Si está dentro de mis posibilidades, ayudar al que lo necesita mientras evacúo	h.	Iniciar evacuación al oir la alarma
~~c.~~	Salir corriendo	f.	Identificar las salidas de emergenica	~~i.~~	Gritar y desesperarme

3. Qué puede hacer para evitar la ocurrencia de emergencias:

a.	Fumar al interior de las oficinas	d.	Obstruir las zonas donde se ubican los extintores	~~g.~~	Mantener el orden y aseo
~~b.~~	Reportar condiciones inseguras	~~e.~~	No fumar en lugares no permitidos	h.	Desconocer el punto de encuentro
c.	Dejar obstruidas las rutas de evacuación	f.	No hacer caso a la alarma de evacuación	i.	Gritar y desesperarme ante conato de incendio





FIRMA DEL TRABAJADOR
CC 1088272565
Fecha: 02/04/2025

ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN
CC 52223234

MC ARQUITECTOS	**FORMATO DE EVALUACIÓN CAPACITACIÓN** **CONTRATO-IDRD-SG-4266-2024 REALIZAR LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TECNICOS DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA PARA LA ADECUACION DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMON BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO**	**Fecha: 15/01/2025** **V1**

NOMBRE:Germán Mauricio Fonseca	**CEDULA: 74375696**
AREA/SECCION: consultoría	**CARGO:Profesional en Diseño Urbano**

Reflexiona lo siguiente:

1. Señale cuales de las siguientes opciones se relacionan con el plan de emergencias:

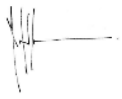
a.	Procedimientos en caso de siniestro
b.	Plan de evacuación
c.	Qué hacer en caso de incendio
~~d.~~	Todas las anteriores

2. Identifique qué no debe hacer en caso de evacuación

a.	Atender las directrices del encargado de evacuación	~~d.~~	Volver por mis pertenencias antes de salir	g.	Identificar las rutas de evacuación
b.	Evacuar conservando la calma	e.	Si está dentro de mis posibilidades, ayudar al que lo necesita mientras evacúo	h.	Iniciar evacuación al oir la alarma
~~c.~~	Salir corriendo	f.	Identificar las salidas de emergenica	~~i.~~	Gritar y desesperarme

3. Qué puede hacer para evitar la ocurrencia de emergencias:

a.	Fumar al interior de las oficinas	d.	Obstruir las zonas donde se ubican los extintores	~~g.~~	Mantener el orden y aseo
~~b.~~	Reportar condiciones inseguras	~~e.~~	No fumar en lugares no permitidos	h.	Desconocer el punto de encuentro
c.	Dejar obstruidas las rutas de evacuación	f.	No hacer caso a la alarma de evacuación	i.	Gritar y desesperarme ante conato de incendio





FIRMA DEL TRABAJADOR	**ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN**
CC 74375696	**CC 52223234**
Fecha: 02/04/2025	

MC ARQUITECTOS	**FORMATO DE EVALUACIÓN CAPACITACIÓN** **CONTRATO-IDRD-SG-4266-2024 REALIZAR LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TECNICOS DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA PARA LA ADECUACION DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMON BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO**	**Fecha: 15/01/2025** **V1**

NOMBRE:Paola Andrea Pachon Briñez	**CEDULA: 1073604418**
AREA/SECCION: consultoría	**CARGO:Ingeniera Hidrosanitaria**

Reflexiona lo siguiente:

1. Señale cuales de las siguientes opciones se relacionan con el plan de emergencias:

a.	Procedimientos en caso de siniestro
b.	Plan de evacuación
c.	Qué hacer en caso de incendio
~~d.~~	Todas las anteriores

2. Identifique qué no debe hacer en caso de evacuación

a.	Atender las directrices del encargado de evacuación	~~d.~~	Volver por mis pertenencias antes de salir	g.	Identificar las rutas de evacuación
b.	Evacuar conservando la calma	e.	Si está dentro de mis posibilidades, ayudar al que lo necesita mientras evacúo	h.	Iniciar evacuación al oir la alarma
~~c.~~	Salir corriendo	f.	Identificar las salidas de emergenica	~~i.~~	Gritar y desesperarme

3. Qué puede hacer para evitar la ocurrencia de emergencias:

a.	Fumar al interior de las oficinas	d.	Obstruir las zonas donde se ubican los extintores	~~g.~~	Mantener el orden y aseo
~~b.~~	Reportar condiciones inseguras	~~e.~~	No fumar en lugares no permitidos	h.	Desconocer el punto de encuentro
c.	Dejar obstruidas las rutas de evacuación	f.	No hacer caso a la alarma de evacuación	i.	Gritar y desesperarme ante conato de incendio



FIRMA DEL TRABAJADOR
CC 1073604418
Fecha: 02/04/2025



ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN
CC 52223234

MC ARQUITECTOS	**FORMATO DE EVALUACIÓN CAPACITACIÓN** **CONTRATO-IDRD-SG-4266-2024 REALIZAR LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TECNICOS DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA PARA LA ADECUACION DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMON BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO**	**Fecha: 15/01/2025** **V1**

NOMBRE:Miguel Eduardo Mora Quevedo	**CEDULA: 2000011964**
AREA/SECCION: consultoría	**CARGO:Profesional Eléctrico**

Reflexiona lo siguiente:

1. Señale cuales de las siguientes opciones se relacionan con el plan de emergencias:

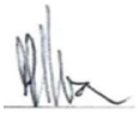
a.	Procedimientos en caso de siniestro
b.	Plan de evacuación
c.	Qué hacer en caso de incendio
~~d.~~	Todas las anteriores

2. Identifique qué no debe hacer en caso de evacuación

a.	Atender las directrices del encargado de evacuación	~~d.~~	Volver por mis pertenencias antes de salir	g.	Identificar las rutas de evacuación
b.	Evacuar conservando la calma	e.	Si está dentro de mis posibilidades, ayudar al que lo necesita mientras evacúo	h.	Iniciar evacuación al oir la alarma
~~c.~~	Salir corriendo	f.	Identificar las salidas de emergenica	~~i.~~	Gritar y desesperarme

3. Qué puede hacer para evitar la ocurrencia de emergencias:

a.	Fumar al interior de las oficinas	d.	Obstruir las zonas donde se ubican los extintores	~~g.~~	Mantener el orden y aseo
~~b.~~	Reportar condiciones inseguras	~~e.~~	No fumar en lugares no permitidos	h.	Desconocer el punto de encuentro
c.	Dejar obstruidas las rutas de evacuación	f.	No hacer caso a la alarma de evacuación	i.	Gritar y desesperarme ante conato de incendio





FIRMA DEL TRABAJADOR
CC 2000011964
Fecha: 02/04/2025

ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN
CC 52223234

MC ARQUITECTOS	**FORMATO DE EVALUACIÓN CAPACITACIÓN** **CONTRATO-IDRD-SG-4266-2024 REALIZAR LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TECNICOS DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA PARA LA ADECUACION DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMON BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO**	**Fecha: 15/01/2025** **V1**

NOMBRE:Alfonso Uribe Sardiña	**CEDULA: 79154597**
AREA/SECCION: consultoría	**CARGO:Ingeniero Geotecnia**

Reflexiona lo siguiente:

1. Señale cuales de las siguientes opciones se relacionan con el plan de emergencias:

a.	Procedimientos en caso de siniestro
b.	Plan de evacuación
c.	Qué hacer en caso de incendio
~~d.~~	Todas las anteriores

2. Identifique qué no debe hacer en caso de evacuación

a.	Atender las directrices del encargado de evacuación	~~b.~~	Volver por mis pertenencias antes de salir	g.	Identificar las rutas de evacuación
b.	Evacuar conservando la calma	e.	Si está dentro de mis posibilidades, ayudar al que lo necesita mientras evacúo	h.	Iniciar evacuación al oir la alarma
~~c.~~	Salir corriendo	f.	Identificar las salidas de emergenica	~~i.~~	Gritar y desesperarme

3. Qué puede hacer para evitar la ocurrencia de emergencias:

a.	Fumar al interior de las oficinas	d.	Obstruir las zonas donde se ubican los extintores	~~g.~~	Mantener el orden y aseo
~~b.~~	Reportar condiciones inseguras	~~e.~~	No fumar en lugares no permitidos	h.	Desconocer el punto de encuentro
c.	Dejar obstruidas las rutas de evacuación	f.	No hacer caso a la alarma de evacuación	i.	Gritar y desesperarme ante conato de incendio





FIRMA DEL TRABAJADOR — **ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN**

CC 79154597 — **CC 52223234**

Fecha: 02/04/2025

MC ARQUITECTOS	**FORMATO DE EVALUACIÓN CAPACITACIÓN** **CONTRATO-IDRD-SG-4266-2024 REALIZAR LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TECNICOS DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA PARA LA ADECUACION DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMON BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO**	**Fecha: 15/01/2025** **V1**

NOMBRE:Mario Barragán Aguilar	**CEDULA: 80242054**
AREA/SECCION: consultoría	**CARGO: Diseñador Señalética**

Reflexiona lo siguiente:

1. Señale cuales de las siguientes opciones se relacionan con el plan de emergencias:

a.	Procedimientos en caso de siniestro
b.	Plan de evacuación
c.	Qué hacer en caso de incendio
~~d.~~	Todas las anteriores

2. Identifique qué no debe hacer en caso de evacuación

a.	Atender las directrices del encargado de evacuación	~~d.~~	Volver por mis pertenencias antes de salir	g.	Identificar las rutas de evacuación
b.	Evacuar conservando la calma	e.	Si está dentro de mis posibilidades, ayudar al que lo necesita mientras evacúo	h.	Iniciar evacuación al oir la alarma
~~c.~~	Salir corriendo	f.	Identificar las salidas de emergenica	~~i.~~	Gritar y desesperarme

3. Qué puede hacer para evitar la ocurrencia de emergencias:

a.	Fumar al interior de las oficinas	d.	Obstruir las zonas donde se ubican los extintores	~~g.~~	Mantener el orden y aseo
~~b.~~	Reportar condiciones inseguras	~~e.~~	No fumar en lugares no permitidos	h.	Desconocer el punto de encuentro
c.	Dejar obstruidas las rutas de evacuación	f.	No hacer caso a la alarma de evacuación	i.	Gritar y desesperarme ante conato de incendio





FIRMA DEL TRABAJADOR	**ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN**
CC 80242054	**CC 52223234**
Fecha: 02/04/2025	

MC ARQUITECTOS	**FORMATO DE EVALUACIÓN CAPACITACIÓN** **CONTRATO-IDRD-SG-4266-2024 REALIZAR LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TECNICOS DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA PARA LA ADECUACION DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMON BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO**	**Fecha: 15/01/2025** **V1**

NOMBRE:Willians Mauricio Beltran Cadena	**CEDULA: 79563001**
AREA/SECCION: consultoría	**CARGO: Topógrafo**

Reflexiona lo siguiente:

1. Señale cuales de las siguientes opciones se relacionan con el plan de emergencias:

a.	Procedimientos en caso de siniestro
b.	Plan de evacuación
c.	Qué hacer en caso de incendio
~~d.~~	Todas las anteriores

2. Identifique qué no debe hacer en caso de evacuación

a.	Atender las directrices del encargado de evacuación	~~d.~~	Volver por mis pertenencias antes de salir	g.	Identificar las rutas de evacuación
b.	Evacuar conservando la calma	e.	Si está dentro de mis posibilidades, ayudar al que lo necesita mientras evacúo	h.	Iniciar evacuación al oir la alarma
~~c.~~	Salir corriendo	f.	Identificar las salidas de emergenica	~~i.~~	Gritar y desesperarme

3. Qué puede hacer para evitar la ocurrencia de emergencias:

a.	Fumar al interior de las oficinas	d.	Obstruir las zonas donde se ubican los extintores	~~g.~~	Mantener el orden y aseo
~~b.~~	Reportar condiciones inseguras	~~e.~~	No fumar en lugares no permitidos	h.	Desconocer el punto de encuentro
c.	Dejar obstruidas las rutas de evacuación	f.	No hacer caso a la alarma de evacuación	i.	Gritar y desesperarme ante conato de incendio





FIRMA DEL TRABAJADOR	**ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN**
CC 79563001	**CC 52223234**
Fecha: 02/04/2025	

MC ARQUITECTOS	**FORMATO DE EVALUACIÓN CAPACITACIÓN** **CONTRATO-IDRD-SG-4266-2024 REALIZAR LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TECNICOS DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA PARA LA ADECUACION DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMON BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO**	**Fecha: 15/01/2025** **V1**

NOMBRE: Mario Raul Cabrera	**CEDULA: 7434052**
AREA/SECCION: consultoría	**CARGO: Profesional en Paisajismo**

Reflexiona lo siguiente:

1. Señale cuales de las siguientes opciones se relacionan con el plan de emergencias:

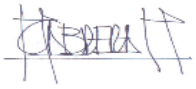
a.	Procedimientos en caso de siniestro
b.	Plan de evacuación
c.	Qué hacer en caso de incendio
~~d.~~	Todas las anteriores

2. Identifique qué no debe hacer en caso de evacuación

a.	Atender las directrices del encargado de evacuación	~~b.~~	Volver por mis pertenencias antes de salir	g.	Identificar las rutas de evacuación
b.	Evacuar conservando la calma	e.	Si está dentro de mis posibilidades, ayudar al que lo necesita mientras evacúo	h.	Iniciar evacuación al oir la alarma
~~c.~~	Salir corriendo	f.	Identificar las salidas de emergenica	~~i.~~	Gritar y desesperarme

3. Qué puede hacer para evitar la ocurrencia de emergencias:

a.	Fumar al interior de las oficinas	d.	Obstruir las zonas donde se ubican los extintores	~~g.~~	Mantener el orden y aseo
~~b.~~	Reportar condiciones inseguras	~~e.~~	No fumar en lugares no permitidos	h.	Desconocer el punto de encuentro
c.	Dejar obstruidas las rutas de evacuación	f.	No hacer caso a la alarma de evacuación	i.	Gritar y desesperarme ante conato de incendio





FIRMA DEL TRABAJADOR	**ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN**
CC 7434052	**CC 52223234**
Fecha: 02/04/2025	

MC ARQUITECTOS	**FORMATO DE EVALUACIÓN CAPACITACIÓN** **CONTRATO-IDRD-SG-4266-2024 REALIZAR LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TECNICOS DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA PARA LA ADECUACION DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMON BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO**	**Fecha: 15/01/2025** **V1**

NOMBRE: Ivan Fernando Cañón Celis	**CEDULA: 1015420265**
AREA/SECCION: consultoría	**CARGO: Profesional Forestal**

Reflexiona lo siguiente:

1. Señale cuales de las siguientes opciones se relacionan con el plan de emergencias:

a.	Procedimientos en caso de siniestro
b.	Plan de evacuación
c.	Qué hacer en caso de incendio
~~d.~~	Todas las anteriores

2. Identifique qué no debe hacer en caso de evacuación

a.	Atender las directrices del encargado de evacuación	~~d.~~	Volver por mis pertenencias antes de salir	g.	Identificar las rutas de evacuación
b.	Evacuar conservando la calma	e.	Si está dentro de mis posibilidades, ayudar al que lo necesita mientras evacúo	h.	Iniciar evacuación al oir la alarma
~~c.~~	Salir corriendo	f.	Identificar las salidas de emergenica	~~i.~~	Gritar y desesperarme

3. Qué puede hacer para evitar la ocurrencia de emergencias:

a.	Fumar al interior de las oficinas	d.	Obstruir las zonas donde se ubican los extintores	~~g.~~	Mantener el orden y aseo
~~b.~~	Reportar condiciones inseguras	~~e.~~	No fumar en lugares no permitidos	h.	Desconocer el punto de encuentro
c.	Dejar obstruidas las rutas de evacuación	f.	No hacer caso a la alarma de evacuación	i.	Gritar y desesperarme ante conato de incendio



FIRMA DEL TRABAJADOR
CC 1015420265
Fecha: 02/04/2025



ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN
CC 52223234

MC ARQUITECTOS	**FORMATO DE EVALUACIÓN CAPACITACIÓN** **CONTRATO-IDRD-SG-4266-2024 REALIZAR LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TECNICOS DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA PARA LA ADECUACION DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMON BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO**	**Fecha: 15/01/2025** **V1**

NOMBRE:Eliécer Alfonso Arévalo	**CEDULA: 80236962**
AREA/SECCION: consultoría	**CARGO: Profesional de Calidad**

Reflexiona lo siguiente:

1. Señale cuales de las siguientes opciones se relacionan con el plan de emergencias:

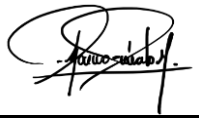
a.	Procedimientos en caso de siniestro
b.	Plan de evacuación
c.	Qué hacer en caso de incendio
~~d.~~	Todas las anteriores

2. Identifique qué no debe hacer en caso de evacuación

a.	Atender las directrices del encargado de evacuación	~~d.~~	Volver por mis pertenencias antes de salir	g.	Identificar las rutas de evacuación
b.	Evacuar conservando la calma	e.	Si está dentro de mis posibilidades, ayudar al que lo necesita mientras evacúo	h.	Iniciar evacuación al oir la alarma
~~c.~~	Salir corriendo	f.	Identificar las salidas de emergenica	~~i.~~	Gritar y desesperarme

3. Qué puede hacer para evitar la ocurrencia de emergencias:

a.	Fumar al interior de las oficinas	d.	Obstruir las zonas donde se ubican los extintores	~~g.~~	Mantener el orden y aseo
~~b.~~	Reportar condiciones inseguras	~~e.~~	No fumar en lugares no permitidos	h.	Desconocer el punto de encuentro
c.	Dejar obstruidas las rutas de evacuación	f.	No hacer caso a la alarma de evacuación	i.	Gritar y desesperarme ante conato de incendio





FIRMA DEL TRABAJADOR	**ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN**
CC 80236962	**CC 52223234**
Fecha: 02/04/2025	

MC ARQUITECTOS	**FORMATO DE EVALUACIÓN CAPACITACIÓN** **CONTRATO-IDRD-SG-4266-2024 REALIZAR LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TECNICOS DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA PARA LA ADECUACION DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMON BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO**	**Fecha: 15/01/2025** **V1**

NOMBRE:Laura Lizarazo	**CEDULA: 1024518623**
AREA/SECCION: consultoría	**CARGO: Profesional SG-SST**

Reflexiona lo siguiente:

1. Señale cuales de las siguientes opciones se relacionan con el plan de emergencias:

a.	Procedimientos en caso de siniestro
b.	Plan de evacuación
c.	Qué hacer en caso de incendio
~~d.~~	Todas las anteriores

2. Identifique qué no debe hacer en caso de evacuación

a.	Atender las directrices del encargado de evacuación	~~d.~~	Volver por mis pertenencias antes de salir	g.	Identificar las rutas de evacuación
b.	Evacuar conservando la calma	e.	Si está dentro de mis posibilidades, ayudar al que lo necesita mientras evacúo	h.	Iniciar evacuación al oir la alarma
~~c.~~	Salir corriendo	f.	Identificar las salidas de emergenica	~~i.~~	Gritar y desesperarme

3. Qué puede hacer para evitar la ocurrencia de emergencias:

a.	Fumar al interior de las oficinas	d.	Obstruir las zonas donde se ubican los extintores	~~g.~~	Mantener el orden y aseo
~~b.~~	Reportar condiciones inseguras	~~e.~~	No fumar en lugares no permitidos	h.	Desconocer el punto de encuentro
c.	Dejar obstruidas las rutas de evacuación	f.	No hacer caso a la alarma de evacuación	i.	Gritar y desesperarme ante conato de incendio





FIRMA DEL TRABAJADOR
CC 1024518623
Fecha: 02/04/2025

ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN
CC 52223234

MC ARQUITECTOS	**FORMATO DE EVALUACIÓN CAPACITACIÓN** **CONTRATO-IDRD-SG-4266-2024 REALIZAR LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TECNICOS DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA PARA LA ADECUACION DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMON BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO**	**Fecha: 15/01/2025** **V1**

NOMBRE:Deisy Natali Vanegas Bautista	**CEDULA: 1073233578**
AREA/SECCION: consultoría	**CARGO: Profesional Biólogo**

Reflexiona lo siguiente:

1. Señale cuales de las siguientes opciones se relacionan con el plan de emergencias:

a.	Procedimientos en caso de siniestro
b.	Plan de evacuación
c.	Qué hacer en caso de incendio
~~d.~~	Todas las anteriores

2. Identifique qué no debe hacer en caso de evacuación

a.	Atender las directrices del encargado de evacuación	~~d.~~	Volver por mis pertenencias antes de salir	g.	Identificar las rutas de evacuación
b.	Evacuar conservando la calma	e.	Si está dentro de mis posibilidades, ayudar al que lo necesita mientras evacúo	h.	Iniciar evacuación al oir la alarma
~~c.~~	Salir corriendo	f.	Identificar las salidas de emergenica	~~i.~~	Gritar y desesperarme

3. Qué puede hacer para evitar la ocurrencia de emergencias:

a.	Fumar al interior de las oficinas	d.	Obstruir las zonas donde se ubican los extintores	~~g.~~	Mantener el orden y aseo
~~b.~~	Reportar condiciones inseguras	~~e.~~	No fumar en lugares no permitidos	h.	Desconocer el punto de encuentro
c.	Dejar obstruidas las rutas de evacuación	f.	No hacer caso a la alarma de evacuación	i.	Gritar y desesperarme ante conato de incendio





FIRMA DEL TRABAJADOR
CC 1073233578
Fecha: 02/04/2025

ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN
CC 52223234

MC ARQUITECTOS	**FORMATO DE EVALUACIÓN CAPACITACIÓN** **CONTRATO-IDRD-SG-4266-2024 REALIZAR LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TECNICOS DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA PARA LA ADECUACION DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMON BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO**	**Fecha: 15/01/2025** **V1**

NOMBRE:Hellen Quiroga Mora	**CEDULA: 52117192**
AREA/SECCION: consultoría	**CARGO: Restaurador**

Reflexiona lo siguiente:

1. Señale cuales de las siguientes opciones se relacionan con el plan de emergencias:

a.	Procedimientos en caso de siniestro
b.	Plan de evacuación
c.	Qué hacer en caso de incendio
~~d.~~	Todas las anteriores

2. Identifique qué no debe hacer en caso de evacuación

a.	Atender las directrices del encargado de evacuación	~~d.~~	Volver por mis pertenencias antes de salir	g.	Identificar las rutas de evacuación
b.	Evacuar conservando la calma	e.	Si está dentro de mis posibilidades, ayudar al que lo necesita mientras evacúo	h.	Iniciar evacuación al oir la alarma
~~c.~~	Salir corriendo	f.	Identificar las salidas de emergenica	~~i.~~	Gritar y desesperarme

3. Qué puede hacer para evitar la ocurrencia de emergencias:

a.	Fumar al interior de las oficinas	d.	Obstruir las zonas donde se ubican los extintores	~~g.~~	Mantener el orden y aseo
~~b.~~	Reportar condiciones inseguras	~~e.~~	No fumar en lugares no permitidos	h.	Desconocer el punto de encuentro
c.	Dejar obstruidas las rutas de evacuación	f.	No hacer caso a la alarma de evacuación	i.	Gritar y desesperarme ante conato de incendio





FIRMA DEL TRABAJADOR
CC 52117192
Fecha: 02/04/2025

ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN
CC 52223234

MC ARQUITECTOS	**FORMATO DE EVALUACIÓN CAPACITACIÓN** **CONTRATO-IDRD-SG-4266-2024 REALIZAR LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TECNICOS DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA PARA LA ADECUACION DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMON BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO**	**Fecha: 15/01/2025** **V1**

NOMBRE:Francy Alejandra Becerra Fiallo	**CEDULA: 1022344450**
AREA/SECCION: consultoría	**CARGO: Profesional Social**

Reflexiona lo siguiente:

1. Señale cuales de las siguientes opciones se relacionan con el plan de emergencias:

a.	Procedimientos en caso de siniestro
b.	Plan de evacuación
c.	Qué hacer en caso de incendio
~~d.~~	Todas las anteriores

2. Identifique qué no debe hacer en caso de evacuación

a.	Atender las directrices del encargado de evacuación	~~d.~~	Volver por mis pertenencias antes de salir	g.	Identificar las rutas de evacuación
b.	Evacuar conservando la calma	e.	Si está dentro de mis posibilidades, ayudar al que lo necesita mientras evacúo	h.	Iniciar evacuación al oir la alarma
~~c.~~	Salir corriendo	f.	Identificar las salidas de emergenica	~~i.~~	Gritar y desesperarme

3. Qué puede hacer para evitar la ocurrencia de emergencias:

a.	Fumar al interior de las oficinas	d.	Obstruir las zonas donde se ubican los extintores	~~g.~~	Mantener el orden y aseo
~~b.~~	Reportar condiciones inseguras	~~e.~~	No fumar en lugares no permitidos	h.	Desconocer el punto de encuentro
c.	Dejar obstruidas las rutas de evacuación	f.	No hacer caso a la alarma de evacuación	i.	Gritar y desesperarme ante conato de incendio





FIRMA DEL TRABAJADOR
CC 1022344450
Fecha: 02/04/2025

ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN
CC 52223234

MC ARQUITECTOS	**FORMATO DE EVALUACIÓN CAPACITACIÓN** **CONTRATO-IDRD-SG-4266-2024 REALIZAR LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TECNICOS DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA PARA LA ADECUACION DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMON BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO**	**Fecha: 15/01/2025** **V1**

NOMBRE: Wilson Javier Castañeda Garzón	**CEDULA: 80108051**
AREA/SECCION: consultoría	**CARGO: Profesional en Gestion del Riesgo**

Reflexiona lo siguiente:

1. Señale cuales de las siguientes opciones se relacionan con el plan de emergencias:

a.	Procedimientos en caso de siniestro
b.	Plan de evacuación
c.	Qué hacer en caso de incendio
~~d.~~	Todas las anteriores

2. Identifique qué no debe hacer en caso de evacuación

a.	Atender las directrices del encargado de evacuación	~~d.~~	Volver por mis pertenencias antes de salir	g.	Identificar las rutas de evacuación
b.	Evacuar conservando la calma	e.	Si está dentro de mis posibilidades, ayudar al que lo necesita mientras evacúo	h.	Iniciar evacuación al oir la alarma
~~c.~~	Salir corriendo	f.	Identificar las salidas de emergenica	~~i.~~	Gritar y desesperarme

3. Qué puede hacer para evitar la ocurrencia de emergencias:

a.	Fumar al interior de las oficinas	d.	Obstruir las zonas donde se ubican los extintores	~~g.~~	Mantener el orden y aseo
~~b.~~	Reportar condiciones inseguras	~~e.~~	No fumar en lugares no permitidos	h.	Desconocer el punto de encuentro
c.	Dejar obstruidas las rutas de evacuación	f.	No hacer caso a la alarma de evacuación	i.	Gritar y desesperarme ante conato de incendio



FIRMA DEL TRABAJADOR
CC 80108051
Fecha: 02/04/2025



ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN
CC 52223234

MC ARQUITECTOS	**FORMATO DE EVALUACIÓN CAPACITACIÓN** **CONTRATO-IDRD-SG-4266-2024 REALIZAR LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TECNICOS DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA PARA LA ADECUACION DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMON BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO**	**Fecha: 15/01/2025** **V1**

NOMBRE: Hector Emilio Zapata Castro	**CEDULA: 79730102**
AREA/SECCION: consultoría	**CARGO: Cadenero 1**

Reflexiona lo siguiente:

1. Señale cuales de las siguientes opciones se relacionan con el plan de emergencias:

a.	Procedimientos en caso de siniestro
b.	Plan de evacuación
c.	Qué hacer en caso de incendio
~~d.~~	Todas las anteriores

2. Identifique qué no debe hacer en caso de evacuación

a.	Atender las directrices del encargado de evacuación	~~d.~~	Volver por mis pertenencias antes de salir	g.	Identificar las rutas de evacuación
b.	Evacuar conservando la calma	e.	Si está dentro de mis posibilidades, ayudar al que lo necesita mientras evacúo	h.	Iniciar evacuación al oir la alarma
~~c.~~	Salir corriendo	f.	Identificar las salidas de emergenica	~~i.~~	Gritar y desesperarme

3. Qué puede hacer para evitar la ocurrencia de emergencias:

a.	Fumar al interior de las oficinas	d.	Obstruir las zonas donde se ubican los extintores	~~g.~~	Mantener el orden y aseo
~~b.~~	Reportar condiciones inseguras	~~e.~~	No fumar en lugares no permitidos	h.	Desconocer el punto de encuentro
c.	Dejar obstruidas las rutas de evacuación	f.	No hacer caso a la alarma de evacuación	i.	Gritar y desesperarme ante conato de incendio



FIRMA DEL TRABAJADOR
CC 79730102
Fecha: 02/04/2025



ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN
CC 52223234

REGISTRO DE INDUCCIONES, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO

CONTRATO-IDRD-SG-4266-2024 REALIZAR LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TÉCNICOS DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA PARA LA ADECUACIÓN DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMÓN BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO

Fecha: 15/01/2025

V1

LUGAR Y FECHA: Bogotá, Abril 02 del 2025

NOMBRE DEL PROFESIONAL Viviana Rodriguez B Profesional HSEQ

EMPRESA: MC ARQUITECTOS SA

TEMA ESPECIFICO: Plan de emergencias: Divulgación, concepto de primeros auxilios, control de incendio y evacuación

TIEMPO DE CAPACITACIÓN: 1 HORA

TIPO

INDUCCIÓN		CAPACITACIÓN	X
CHARLA INFORMATIVA		ENTRENAMIENTO	
		OTRO	

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
Mario Andres Cabrera Pinzón	80.087.078	Director de Estudio y Diseños	
Diana Carolina Rojas Sanchez	53.905.075	Diseñador Senior	
Nicolás Pinzón Polania	1.020.786.032	Profesional en Presupuesto y Programación	
Juan Guillermo Ardila Valencia	1.088.272.565	Ingeniero Estructural	
Germán Mauricio Fonseca	74.375.696	Profesional en Diseño Urbano	
Paola Andrea Pachon Briñez	1.073.604.418	Ingeniera Hidrosanitaria	
Miguel Eduardo Mora Quevedo	2.000.011.964	Profesional Eléctrico	
Milena Benavides Posada	1.010.193.488	Profesional Ambiental	
Alfonso Uribe Sardiña	79.154.597	Ingeniero Geotecnia	
Mario Barragán Aguilar	80.242.054	Diseñador Señalética	
Willians Mauricio Beltran Cadena	79.563.001	Topógrafo	
Mario Raul Cabrera	7.434.052	Profesional en Paisajismo	
Ivan Fernando Cañón Celis	1.015.420.265	Profesional Forestal	
Eliécer Alfonso Arévalo	80.236.962	Profesional de Calidad	
Laura Lizarazo	1.024.518.623	Profesional SG-SST	
Deisy Natali Vanegas Bautista	1.073.233.578	Profesional Biólogo	
Hellen Quiroga Mora	52.117.192	Restaurador	
Francy Alejandra Becerra Fiallo	1.022.344.450	Profesional Social	
Wilson Javier Castañeda Garzón	80.108.051	Profesional en Gestion del Riesgo	
Hector Emilio Zapata Castro	79.730.102	Cadenero 1	

(Firma)

(Nombre) Viviana Rodriguez B.

capacitador

(Firma)

(Nombre) Laura Lizarazo

Avaló: Profesional SG-SST del contrato 4266-2024

		PROGRAMA DE CAPACITACIÓN E INDUCCIÓN 2025 **CONTRATO-IDRD-SG-4266-2024** **REALIZAR LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TECNICOS DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA PARA LA ADECUACION DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMON BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO**													**Enero de 2025**
FECHA DE ACTUALIZACIÓN	**ene-25**	**RESPONSABLE SST**	**LAURA LIZARAZO**		**COPASST**	**ANDRÉS CABRERA**		**REPRESENTANTE LEGAL**	**ANDRÉS CABRERA**							
									CUMPLIMIENTO		**COBERTURA**			**EFICACIA**		
INDUCCIÓN, REINDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y/O ENTRENAMIENTO	**TEMÁTICAS**	**OBJETIVO**	**PARTICIPANTES**	**Tipo**	**ENTIDAD / FACILITADOR**	**COMPETENCIA DEL FACILITADOR**	**FECHA DE PROGRAMACIÒN**	**FECHA DE REALIZACIÓN**	**Cumplimiento**	**No. Horas de Duración**	**No. asistentes**	**No. trabajadores programados**	**% Cobertura**	**No. Trabajadores evaluados**	**No. Evaluaciones eficaces**	**% evaluaciones eficaces**
CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO																
INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN			Todos	Presencial / virtual	Responsable del SG-SST	Asesor SST	Enero y Ferero 2025 Actividad reprogramada para Marzo 2025	3/03/2025	100%	40 min	19	19	100%	19	19	19
CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO																
PRESENCIAL O VIRTUAL																
PLAN DE EMERGENCIA	Divulgación, concepto de primeros auxilios, control de incendio y evacuación	Divulgar el plan y dar los lineamientos mínimos de manejo de emergencias en cuanto a primeros auxilios, control de incendios, tipos de agente extintor, formas de combatir el fuego, uso de extintor, evacuación y rutas de evacuación	Todos	Presencial / virtual	SST	Brigadista integral	mar.-25 Actividad ejecutada en abril 2025	2/04/2025	100%	45min	19	19	100%	19	19	19
RIESGOS	Tipos de riesgo y medias de control. Actos y condiciones inseguras	Capacitar al personal sobre los riesgos propios de la actividad. Dar a conocer el instrumento de reporte de incidentalidad y accidentalidad laboral y el proceso de control de riesgos.	Todos	Presencial / virtual	SST	Responsable del SG-SST	may.-25		0	45min						
SALUD PÚBLICA	Saneamiento Ambiental (Agua potable, fumiogación, Vacunación) ETS, EDA. ETA, IRA. Cancer (Seno, Prostata)	Identificar hábitos alimenticios saludables, alimentación sana y balanceada, para que sean puestos en práctica en la vida familiar y laboral del trabajador.	todos	Presencial / virtual	SST	Responsable del SG-SST	jul.-25		0	30min						
CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA									**50%**							

Anexo 5. Actas COPASST y CCL interventoria

SOLIUN	SISTEMA DE GESTIÓN	SST-FR-043
		Version 1
	ACTA REUNION COPASSST	1/03/2022
		Pag 1 de 1

REUNION No.	13	FECHA:	DD	27	MES	3	AAAA	2025

LUGAR DE REUNION: Oficina Soliun.

I. PROPOSITO DE LA REUNION - LECTURA ACTA ANTERIOR - VERIFICACION DE COMPROMISOS

Lectura de Acta Anterior.

Cordial Saludo, a los integrantes del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo **(COPASST)** de la Empresa año 2025,

Compromisos del anterior comité con el objetivo de cumplir y tratar los temas a considerar importantes durante el periodo.









II. TEMAS TRATADOS

Se realizo las respectiva reunion con los integrantes del Copasst el dia **27/03/2025** para informar temas del SG-SST

Verificacion de Seguridad Social: Personal Dependiente e Independiente por Prestación de Servicios cumplen 100% con su pago.

S realiza inspección de los EPP, Botiquin y extintor con el fin de dar con el cumplimiento al Pland eTrabajo SST y al **(SG-SST)** de la empresa

Durante el periodo se cumplio con el desarrollo de la bateria de riesgo psicosocial fase dos.

Durante el periodo 0 accidentes Laborales en la empresa, se realiza diligenciamiento de Formato

Se revisa Plan de Capacitación de la empresa para complementar con ARL - SURA y cumplimiento del Plan de Trabajo.

Se realizo verificación del SG-SST. Adecuación de Cartelera SST de la Empresa.

Durante el periodo los trabajadores contaron con puntos de Hidratación y punto ecologico.

III. DECISIONES y/o COMPROMISOS PACTADOS		RESPONSABLES
Verificacion Cartelera SST.		**SST- Se cumplio**
Verificación de Aportes Parafiscales		**SST- Se cumplio**
Verificación de Adecuación de Instalaciones		**SST- Se cumplio**

VI. PROXIMA REUNION

Para constancia de lo anterior, se firma la presente acta bajo la responsabilidad expresa de los que intervienen en ella en Bogotá D.C., a los

Veintisiete	27	Marzo	de	2025
(día en letras)	(día en números)	(mes en letras)		(Año)

Proxima Reunion el dia 28 del Mes de Abril de 2025.

ASISTENTES	*CARGO*	*FIRMA*
YANETH DUARTE	**PRINCIPAL DEL EMPLEADOR**	
ROSARIO CARDENAS	**SUPLENTE DEL EMPLEADOR**	
ANDRES CORDOBA	**SUPLENTE DE LOS TRABAJADORES**	
JUAN CARLOS RAMIREZ	**PRINCIPAL DE LOS TRABAJADORES**	
INVITADOS	***CARGO***	***FIRMA***
LAURA SOFIA FERNANDEZ	**ING. SST-MA**	
YINETH CRUZ ARANZALEZ	**PROFESIONAL SST**	

Anexo 5.1. Actas COPASST y CCL consultor

Programación

LUGAR	OFICINA MC ARQUITECTOS			
FECHA	31/03/2025			
REUNIÓN N°	69			
OBJETIVO	Compromisos de COPASST			
ORGANIZADA POR	VIVIANA RODRIGUEZ			
MODERADOR	VIVIANA RODRIGUEZ			
DURACIÓN	**INICIO**	**9:30 AM**	**FIN**	**10:00 AM**

ASISTENTES

NOMBRES	ROL
Andrés Cabrera	Integrante de COPASST
Johanna Bernal	Integrante de COPASST
Viviana Rodriguez B	Asesora externa SST

Desarrollo de la Reunión

Siendo las 9:30 AM del día 31/03/2025 se da inicio a la reunión N°69 del comité paritario de seguridad y salud en el trabajo, de la empresa MC ARQUITECTOS S.A.S., la cual fue ejecutada por la asesora SST.

Se finalizan actividades este mes sin generarse accidentalidad alguna o enfermedad laboral.

1. **Lectura del acta anterior y seguimiento de compromisos**

No.	Compromiso	CUMPLE	
		SI	NO
	Seguimiento a requerimientos SST del contrato IDRD-SG-4266-2024	x	

2. Actividades ejecutadas

Actividades	Área de Trabajo
Se han presentado a la interventoría del proyecto de consultoría contrato IDRD-SG-4266-2024, cuyo objeto es: "Estudios y diseños técnicos de ingeniería y arquitectura de la adecuación de la plaza de eventos del parque metropolitano simón bolívar en la localidad de Teusaquillo"; los informes SST requeridos con todos los temas contemplados en el SGSST.	SST

3. Revisión del estado de investigación de los accidentes e incidentes de trabajo

NA

4. Accidentalidad y enfermedad laboral

Durante este periodo no se presentaron accidentes ni enfermedades laborales.

5. Reporte de actos y condiciones inseguras

No se reportan condiciones inseguras.

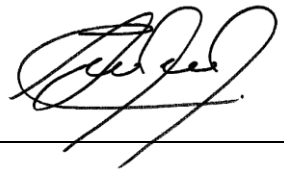
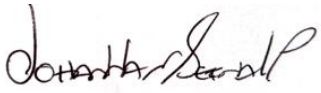
Se realiza inspección, no se presentaron condiciones para reportar.

6. Compromisos

No.	Compromiso	Responsable	Fecha
1	Seguimiento a requerimientos SST del contrato IDRD-SG-4266-2024	Viviana Rodríguez	30/04/2025

La próxima reunión de COPASST se programa para el **30 de abril de 2025**.

Siendo las **10:00 AM** se da por terminada la reunión y para constancia firman los que en ella intervinieron.

Nombre	Rol en el COPASST	Firma
Andrés Cabrera	Presidente	
Johanna Bernal	Secretaria	
Viviana Rodriguez B	Asesora externa sst	

ACTA DE CONSTITUCIÓN DEL COMITÉ DE CONVIVENCIA

MC ARQUITECTOS S.A.
NIT: 830146499-1

El día 30 de agosto de 2023 en las instalaciones de la empresa MC ARQUITECTOS S.A. se reunió el Representante Legal y sus trabajadores para designar los funcionarios encargados del Comité de Convivencia, dando cumplimiento a la Resolución 652 de 2012 y Resolución 1356 de 2012 y a las exigencias de la división de Seguridad y Salud en el Trabajo del Ministerio de Trabajo, así como lo dispuesto en el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST. El período del Comité de Convivencia es de dos (2) Años y el Empleador está obligado a proporcionar por lo menos cuatro horas semanales dentro de la jornada normal de trabajo al vigía para el desarrollo adecuado de sus funciones como tal.

El representante legal de MC ARQUITECTOS S.A.., en uso de sus facultades legales, el día 30 de Agosto del 2023 nombró como Presidente del Comité de Convivencia a Andrés Cabrera y su suplente Andrés Riveros.



Nombre: Mario Raúl Cabrera Manrique
Representante legal
Empresa
Fecha: 30/08/2023



Nombre: Andrés Cabrera
Comité de Convivencia



Nombre: Andrés Riveros
Suplente

Programación

LUGAR	OFICINA MC ARQUITECTOS			
FECHA	31/03/2025			
REUNIÓN N°	23			
OBJETIVO	Reunión comité de convivencia			
ORGANIZADA POR	VIVIANA RODRIGUEZ			
MODERADOR	VIVIANA RODRIGUEZ			
DURACIÓN	**INICIO**	**9:30 am**	**FIN**	**9:45am**

ASISTENTES

NOMBRES	ROL
Andrés Cabrera	Integrante de comité
Andrés Riveros	Integrante de comité
Viviana Rodriguez	Asesora SST

Desarrollo de la Reunión

Siendo las 9:30am del día 31/03/2025 se da inicio a la reunión del comité de convivencia, de la empresa MC ARQUITECTOS S.A.S., la cual fue ejecutada por la asesora SST.

1. Lectura del acta anterior y seguimiento de compromisos

No.	Compromiso	CUMPLE	
		SI	NO
1	Reunión comité	x	

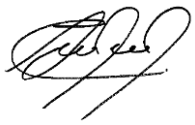
2. Desarrollo

Durante el periodo no se reportan casos que afecten el bienestar de los trabajadores en cuanto a su ambiente laboral. El 15/01/2025 se dio inicio a un proyecto de consultoría contrato IDRD-SG-4266-2024, cuyo objeto es:
"Estudios y diseños técnicos de ingeniería y arquitectura de la adecuación de la plaza de eventos del parque metropolitano simón bolívar en la localidad de Teusaquillo"; en adelante en las reuniones del presente comité se tratarán los temas relacionados con dicho proyecto.

3. Compromisos

No.	Compromiso	Responsable	Fecha
1	Próxima reunión	Integrantes comité	30/06/2025

Siendo las 11:25 am se da por terminada la reunión y para constancia firman en los que en ella intervinieron.

Nombre	Rol en el COMITÉ	Firma
Andrés Cabrera	Encargado	
Andrés Riveros	Suplente	
Viviana Rodriguez	Asesora sst	

Anexo 6. Inspecciones interventoria

SOLIUN	INSPECCIÓN A BOTIQUIN			CÓDIGO:	SST-FR-021
				VERSIÓN:	1
				FECHA DE ELABORACIÓN:	27/01/2025
REALIZADO POR:	Sofia Fernandez.		FIRMA:	Sofia Fernandez	
BOTIQUIN:	Tipo A.				
ÁREA O PROYECTO:	Oficina - Intervention.		FECHA:	Marzo 27/2025	

MEDICAMENTO	CANTIDAD	ESTADO	ACCESO	FECHA VENCIMIENTO	OBSERVACION
Gasas Esteriles Paquete	4 und.	Bueno	SI	2027-02-24	
Aposito o Compresas					
Esparadrapo de Tela Rollo	1 und.	Bueno	SI	2027-8-6	
Bajalenguas	2 und.	Bueno	SI	N.A.	
Aplicadores					
Vendas Elasticas 5*5"	1 und.	Bueno	SI	2026-11	
Vendas Elasticas 2*5"					
Vendas de Algodón 3-5"					
Vendas Elasticas 5*5"					
Venda Triangular					
Curas	10 und.	Bueno	SI	2027-05	
Vendas Oculares					
Isodine Espuma	1 und.	Bueno	SI	2025-08-23	
Isodine Solucion					
Solucion Salina	1 sobre.	Bueno	SI	2026-04	
Guantes de Latex	1 par.	Bueno	SI	2026-09	
Termometro					
Tijeras	1 und	Bueno	SI	NA	
Linterna	1 und.	Bueno	SI	NA.	
Pilas de Repuesto					
Inmovilizador de Cuello					
Tapabocas	1 caja	Bueno	SI	NA	
Yodopividona (Jabon					
Alcohol antiseptico					
Termometro	1 und.	Bueno.	SI	NA	

SOLIUN	FORMATO INSPECCIÓN DE EXTINTORES	CÓDIGO:	SST-FR-023
		VERSÓN:	1
		FECHA DE ELABORACIÓN:	27/01/2025

SOLIUN SAS

Lugar Donde esta Ubicado: OFICINA SOLIUN SAS.	Proyecto: 1310-2024 SIMON BOLIVAR.
Inspección realizada por: Sofia Fernandez	N° Contrato: 4310-2024

No	FECHA	ESTADO DEL EXTINTOR																						AGENTE EXTINTOR				Observaciones
		Fecha Vencimiento recarga		Manometro		Pasador de seguridad		Boquilla		Manija		Cilindro		Pintura		Señalización		Ubicación		Visibilidad		Acceso al extintor						
		Mes	Año	Buena	Mala	Buena	Mala	Buena	Mala	Buena	Mala	Buena	Mala	Buena	Mala	Buena	Mala	Buena	Mala	Buena	Mala	Buena	Mala	ABC Multiproposito	CO2	Solkaflam	Agua presurizada	
1	Enero-27-2025	08	2025	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				
2	Feb-26-2025	08	2025	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				
3	Mar-27-2025	08	2025	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				
4																												
5																												
6																												
7																												
8																												
9																												
10																												
11																												

NOTA: MARQUE CON UNA X SEGÚN CORRESPONDA. LA INSPECCIÓN DEL EXTINTOR SE REALIZARÁ UNA VEZ AL MES

Sofia Fernandez

Firma responsable inspección

	INSPECCION LOCATIVA	CÓDIGO:	SST-FR-026
		VERSIÓN:	1
		FECHA DE ELABORACIÓN:	27/01/2025

Sección/Área: Oficina Interventoria.	Fecha:	27	03	2025.

Instalaciones	Descripción	SI	NO	Acción correctiva
Pisos	Con huecos		X	
	Desnivelados		X	
	Resbaladizos		X	
	Húmedos		X	
	Con obstáculos		X	
	Falta espacio		X	
Techos	Con desprendimientos		X	
	Con grietas		X	
	Sucios		X	
Muros o paredes	Húmedas		X	
	Con grietas		X	
	Sucias		X	
	Obstaculizadas		X	
	Con objetos innecesarios		X	
Puertas	Descompuestas		X	
	Con defectos		X	
Iluminación (Lámparas)	Insuficiente		X	
	Mal ubicadas		X	
	Apagadas		X	
	Sucias		X	
Ventilación	Insuficiente		X	
	Inadecuada		X	
Sitios de Almacenamiento	Buena distribución	X		
	Espacio suficiente	X		
	Arrumes estables	X		
	Identificados	X		
	Clasificados	X		
	Se encuentran Rotulados los productos químicos	X		
Eléctricas	Cables desprotegidos		X	
	Cables en el piso		X	
	Tomas sobrecargadas		X	
	Instalaciones provisionales		X	
	Instalaciones defectuosas		X	
Señalización	Existe	X		
	Es visible	X		
	Esta bien ubicada	X		
Acueducto	Con escapes		X	
	Taponamientos		X	
	Corrosión		X	
	Tienen los resguardos		X	

	INSPECCION LOCATIVA	CÓDIGO:	SST-FR-026
		VERSIÓN:	1
		FECHA DE ELABORACIÓN:	27/11/2024

Máquinas y herramientas	Están aseadas	X		
	Cables conductores de energía en buen estado	X		
	Se almacenan en forma Correcta	X		
	Defectuosos		X	
Instalaciones	**Descripción**	**SI**	**NO**	**Acción Correctiva**
Residuos y deshechos	Se depositan en recipientes adecuados	X		
	Son clasificados	X		
	Se almacenan Correctamente	X		
	Se etiquetan las bolsas en el momento en que se depositan en el área de Respel	X		Cuando aplica.
Equipo contra Incendio	Están recargados	X		
	Corresponde al tipo de Riesgo	X		
	Están señalizados	X		
	Hay suficientes	X.		

Nombre del Evaluador: Sofia Fernanda

Cargo: Pract SST - MA

Anexo 7. Revisiones informe consultor

Si no maneja consecutivo coloque N.A.	COMITÉ/REUNIÓN: Comité de seguimiento No.10 Contrato IDRD-SG-4266-2024	DD	MM	AA
ACTA No.10		26	3	2025

LUGAR:	IDRD - Subdirección técnica de construcciones	HORA DE INICIO:	9:10	HORA FIN:	10:30

ASISTENTES

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA
Se anexa listado de asistencia		

ORDEN DEL DIA

1. Verificación aprobación acta No.8 y No.9.	2. Verificación compromisos del acta anterior.
3. Revisión de avance del CTO 4266 de 2024	NA

TEMAS TRATADOS

1. Verificación aprobación acta anterior. Por parte de la entidad se informa que se cuenta con anotaciones respecto al acta No.8 las cuales remitirán hoy y con relación al acta de comité No.9 esta no presenta observaciones por las partes, dado lo anterior, la misma se encontraría aprobada.

2. Verificación compromisos del acta anterior.

2.1 Subsanación diagnostico social. Interventoría informa que se recibió este en V2 el 22/03/2025, sin embargo, se recibieron observaciones del mismo por parte de la profesional social de la entidad, dado que, no se cuenta con el ejercicio de cartografía social que se llevaría a cabo en la reunión de inicio y no se han finalizado las encuestan que plantea el consultor terminar durante el evento de estéreo picnic, ya que a la fecha se cuenta con 235 encuestas de 380 que se deben realizar.

2.2 Subsanación metodología de arqueología y geotecnia. Interventoría informa que recibieron estas para revisión.

2.3 Mesa de trabajo metodología eléctrica. Interventoría informa, que se llevo a cabo la mesa de trabajo y a raíz de esta se acordó y coordino una mesa de trabajo con el profesional electricista del IDRD, interventoría y consultoría hoy a las 2 pm.

2.4 Subsanación diagnostico de paisajismo. Interventoría informa que se recibió este el 25/03/25 para revisión.

2.5 Subsanación diagnostico de geotecnia. Interventoría informa que no se recibió el documento, por lo que el consultor indica que lo remite el jueves.

2.6 Mesa de trabajo diagnostico de estructuras. Interventoría informa que se llevo a cabo la mesa de trabajo, llegando a los acuerdos para la subsanación del producto.

2.7 Mesa de trabajo esquema básico urbanismo, arquitectura y paisajismo. Interventoría informa que se llevo a cabo la mesa de trabajo, llegando a los acuerdos para la entrega del esquema básico.

2.8. Mesa de trabajo informe mensual técnico No.1 y No.2 y No.2 de calidad. Interventoría informa que se llevo a cabo la mesa de trabajo y el consultor indica que remite estos informes subsanados el viernes.

2.9. Radicado a SDP sobre aforo y áreas de seguridad. El consultor informa que realiza este radicado mañana.

2.10 Subsanación entregable de Topografía. Interventoría informa que lo recibió anoche para revisión.

2.11 Seguimiento respuesta información interna del IDRD requerida por la consultoría. IDRD menciona que verificara el estado del envió del oficio que se proyecto por parte de los apoyos técnicos a la supervisión.

2.12 Plan de contingencia para entrega de diagnósticos definitivos, subsanación de diagnósticos observados y esquemas básicos con todos los entregables establecidos en el anexo técnico y apéndices por especialidad. Interventoría informa que recibió el fin de semana un plan de contingencia en el cual la consultoría menciona que remitirá la subsanación de los productos asociados a esquema básico entre hoy, mañana y el viernes.

3. Seguimiento al contrato.

3.1 Interventoría informa que el avance del contrato según la programación vigente en V1 es del 26% programado vs 11% ejecutado a fecha del 25/03/2025, este atraso corresponde a que a la fecha se debería contar con el cierre de la etapa de esquema básico y según programación se debería contar con avances en anteproyecto.

Por parte del IDRD se solicita tomar acciones y remitir el acta de este comité hoy, por lo que desde interventoría se aclara que dada esta situación se remitió el informe de presunto incumplimiento para evaluación de la entidad, recordando que en este no se remitieron % de avance, si no fechas de cumplimiento y el mismo se taso por el valor máximo que indica el contrato. De igual forma se notifica que por parte del consultor se presento un plan de contingencia en el cual plantean ponerse al día esta semana en cuanto al entregable de esquema básico.

Adicionalmente, ayer el consultor presento un avance con cortes, implantación en topografía y demás que se evidencian encaminado a lo requerido.

De igual forma, se recibió anoche un comunicado de la consultoría en cuanto al análisis del POT 190, POT 555 y el plan director de la zona central del Parque Simón Bolívar, en donde se evidencia por parte de la consultoría e interventoría que es mas recomendable ceñirse por lo indicado en el plan director, dado que al presentar el proyecto con los lineamientos del POT 555 de 2021, se debería realizar un ajuste y análisis de la zona central del Parque Simón Bolívar lo cual abarca un área mayor a la del presente proyecto, sin embargo, la recomendación de interventoría con su concepto se remitirá de igual forma a la entidad.

Así mismo, se informa que se recibió un comunicado del consultor en cuanto al aforo del parque, en el cual se concluye la importancia de una coordinación interinstitucional entre el IDRD, SDP y el comité de SUGA para llegar a un acuerdo en cuanto al aforo, dado que actualmente la zona conforme a la Resolución 1428 de 2002 del plan de emergencia que es la normatividad que lo regula establece un aforo máximo de 40 mil personas para este escenario, aun cuando en distintas paginas relacionada aforos mayores, por lo anterior la entidad solicita un manejo de la información acertado respecto a este aforo.

Así las cosas, se acuerda que una vez se cuente con el esquema básico, se realizara una presentación al IDRD, con el fin de que la entidad verifique estos aspectos, para buscar soluciones del aforo entre las partes con relación al esquema básico recomendado por interventoría, dado lo anterior, la entidad solicita en próximo comité se mencione el cumplimiento de los compromisos del plan de contingencia y con este aspecto se pueda mejorar el porcentaje de avance.

En cuanto a diagnósticos se acuerda que el consultor subsanara estos en las siguientes fechas:

COMPONENTE RIESGOS 27/03/2025
COMPONENTE ELÉCTRICO 26/03/2025
COMPONENTE DE GEOTECNIA 27/03/2025
COMPONENTE ESTRUCTURAL 26/03/2025
COMPONENTE DE PROGRAMACIÓN Y PRESUPUESTO DE OBRA 27/03/2025
COMPONENTE DE RESTAURACIÓN, hoy indican fecha de compromiso

Por otro lado, de acuerdo con el plan de contingencia el viernes se contaría con todos los productos asociados a esquema básico, con relación a este, si el consultor cumple con este compromiso, interventoría indica que remitirá un concepto el martes y si es necesario se coordina una mesa de trabajo entre interventoría y consultoría y con el concepto de interventoría se acuerda que se coordinara una mesa técnica con los profesionales de la entidad para su concepto, incluyendo el profesional de norma, lo cual se informara en la agenda del próximo comité que se enviara el martes en la mañana al IDRD para que esta mesa técnica se pueda desarrollar el miércoles.

Interventoría recomienda que una vez realizada la mesa técnica con los profesionales de la supervisión, se coordine la reunión con los subdirectores y directores y posteriormente el comité director del Parque Simón Bolívar para presentar el proyecto, dado lo anterior, la entidad menciona que requiere quince días para citar al comité director, por lo anterior, se acuerda en el próximo comité con los avances que se cuente se definirá la programación de esta reunión para cierre de la etapa 1 del proyecto.

El consultor menciona que para la presentación del proyecto, es muy importante contar con la definición del aforo, dado que posiblemente será una de las preguntas que realizaran del proyecto, por parte de los apoyos técnicos y de urbanismo de la entidad se menciona que lo indicado en el anexo técnico de 90 mil personas en la descripción del proyecto, no es de obligatorio cumplimiento y por lo mismo no se encuentra en las obligaciones de la consultoría, por lo que se puede dar manejo a este aforo.

De igual manera, la profesional de urbanismo de la entidad recomienda tener en cuenta el área del proyecto, el consultor indica que esto es claro, dadas las observaciones de interventoría y realizara las recomendaciones que considere a lugar para adecuar de manera mas optima este escenario, sobre todo en condiciones de seguridad humana, del mismo modo, la entidad reitera que ellos no verificaran información hasta tanto interventoría no revise y avale los productos.

3.2 Seguimiento componente social. Interventoría informa que se realizo entrega de metodología para taller de prevención de violencia de género a realizarse el 4 de abril, de igual forma se notifica que a la fecha no se cuenta con PQRs y con relación al comentario realizado por el director de consultoría en comités pasados de personas que se quejaban telefónicamente de la cancelación de la reunión de inicio, se solicita por parte de interventoría y de la entidad, dirigir a estas personas a los canales oficiales de atención de PQRs establecidos por la consultoría y liderados por su profesional social para la correcta atención de los mismos.

Con relación al diagnóstico social el cual presentó observaciones en relación a la no aplicación de cartografía social y teniendo en cuenta que la entidad menciona que hasta no tener definición del aforo no se llevara a cabo la reunión de inicio, al igual que la consultoría a informado que la comunidad aledaña se niega a participar de la cartografía social hasta que no se realice la reunión de inicio, la entidad recomienda validar otras herramientas para la recolección de información en campo supliendo la información que se recolectaría en la reunión de inicio y de esta forma actualizar el PGS con esta herramienta.

La consultoría indica que no considera pertinente realizar una actividad de puerta a puerta, ya que la comunidad se encuentra predispuesta y esto puede ser contraproducente para la entidad en cuanto a la reunión de inicio.

Interventoría aclara que desde el principio del contrato se había recomendado llevar a cabo la reunión de inicio y por lo mismo no se considero pertinente la cancelación de la misma, dado que esto afectaría el desarrollo del contrato.

Así las cosas, la entidad solicita concepto de interventoría respecto a realizar esta cartografía social mediante otros mecanismos distintos a la reunión de inicio para evaluación y con esto considerar el cierre del diagnostico social que es un producto de esta etapa, de igual forma la entidad indica que es viable consultar y relacionar información indirecta y teniendo en cuenta que los usuarios del parque se encuentran en toda la ciudad intentar realizar ejercicios con los usuarios en el parque.

3.3 Seguimiento componente ambiental. Interventoría informa que mañana se tiene programada la jornada de asistencia técnica con SDA para el tema de Bogotá Construcción Sostenible y una vez se cuente con la citación se invitara a los profesionales del componente ambiental, técnico, paisajismo y urbanismo del IDRD, al igual que se solicita la asistencia de los profesionales de urbanismo, paisajismo, arquitectura, ambiental e hidráulicos de la consultoría e interventoría.

Por parte de la entidad se recomienda a interventoría oportunidad en la comunicación con la profesional ambiental, interventoría menciona que realizara la recomendación a la profesional, sin embargo, aclara que la misma cuenta con un porcentaje de dedicación del 25%, por lo que ante cualquier eventualidad en la comunicación la directora de interventoría esta presta a esta comunicación efectiva.

Por otro lado, el profesional ambiental de la entidad informa que remitirá hoy la lista de chequeo de la V2 del informe ambiental No.1 para posterior radicación de interventoría.

Sumado a lo anterior, se informa desde interventoría que el consultor se encuentra adelantando la formulación de la línea base ambiental como primer entregable del PMA. El día de hoy se entregan las revisiones de los productos enviados por el consultor correspondientes a informe No. 2 con alcance y matriz.

El consultor informa que remitió productos del componente forestal ayer y se esta validando el recorrido de verificación, teniendo en cuenta que el escenario se esta utilizando para el evento de Estéreo Picnic.

3.4 Seguimiento componente SST y Calidad. Interventoría informa que ayer se recibió el pre aprobado del PGC de interventoría el cual se radica hoy a la entidad y se recibieron las observaciones al SGSST de interventoría, las cuales se subsanan y se envían en el desarrollo del comité para revisión de la entidad.

De igual forma la profesional a cargo de estos componentes en la entidad menciona que una vez validados los planes y programas, revisara los informes mensuales No.1 y No.2 y se validara si se da alcance a los mismos o se debe radicar una versión definitiva.

3.5 Proposiciones y varios.

Se aclara entre las partes que dada la instrucción de la gerencia de interventoría, interventoría radica los informes mensuales en V1 en físico para cumplir con los tiempos establecidos en la documentación contractual, se aclara, que si en estos tiempos se logra contar con la aprobación digital de la entidad se radica la versión definitiva, como ocurre con el componente social.

Por otro lado, una vez se radiquen los informes mensuales de interventoría, la entidad contratante remite la lista de chequeo de revisión con el estado del producto, estas listas se emiten por cada revisión hasta pre aprobación para radicar en físico y aprobación del producto en físico.

Al igual que se menciona la importancia de contar con los planes y programas validados para posterior revisión de los informes mensuales.

Por otro lado, se concluye que con relación al certificado de cumplimiento del entregable o informe del consultor, si no se cuenta con esta aprobación se relacionara la trazabilidad de los requerimientos y estado de los productos, con el fin de no supeditar la aprobación de los productos o informes de interventoría a los de la consultoría, acumulando de esta forma los productos.

De igual forma, se aclara que de acuerdo a lo indicado en la documentación contractual se deben utilizar los formatos del SGC del IDRD y los que no se encuentren en este sistema deben ser adoptados por el SGC de interventoría y consultoría conforme a lo indicado en los anexos técnicos y apéndices para cada producto. Por lo anterior se recuerda al consultor que debe entregar sus productos con las listas de chequeo en donde se evidencie el cumplimiento del producto a entregar.
Además, se solicita al consultor la remisión de los informes mensuales No.3 el 03/04/2025 de todos los componentes.

COMPROMISOS		
TEMA	**RESPONSABLE**	**FECHA LÍMITE** PARA SU REALIZACIÓN
1. Subsanación diagnostico de geotecnia.	MC ARQUITECTOS S.A.	26/03/2025
2. Subsanación informe mensual técnico No.1 y No.2 y No.2 de calidad.	MC ARQUITECTOS S.A.	28/03/2025
3. Radicado a SDP sobre aforo y áreas de seguridad.	MC ARQUITECTOS S.A.	27/03/2025
4. Seguimiento respuesta información interna del IDRD requerida por la consultoría.	IDRD	26/03/2025
5. Subsanación diagnósticos RIESGOS, GEOTECNIA y PROGRAMACIÓN Y PRESUPUESTO DE OBRA.	MC ARQUITECTOS S.A.	27/03/2025
6. Subsanación diagnósticos ELÉCTRICO y ESTRUCTURAL. Definición de entrega de subsanación de diagnostico de RESTAURACIÓN.	MC ARQUITECTOS S.A.	26/03/2025
7. Definición de reunión con comité director del Parque Simón Bolívar.	MC ARQUITECTOS S.A. // SOLIUN SAS // IDRD	2/04/2025
8. Concepto de interventoría respecto a realizar cartografía social mediante otros mecanismos distintos a la reunión de inicio para evaluación y con esto considerar el cierre del diagnostico social.	SOLIUN SAS	2/04/2025
9. Remisión informe mensual No.3.	MC ARQUITECTOS S.A.	3/04/2025

EVALUACIÓN Y CIERRE DE LA REUNIÓN				
¿Se logró el objetivo?	**SI**	x	**NO**	
Observaciones				
Sin observaciones				

Siendo las 10:30 se da por terminado el comité/reunión, en constancia firman:

PRESIDENTE / DELEGADO / JEFE DEPENDENCIA / QUIÉN CONVOCA		**SECRETARIO (S)** Si en la reunión no se maneja esta delegación coloque N.A.		
FIRMA	No aplica	**FIRMA**	No aplica	No aplica
NOMBRE	No aplica	**NOMBRE**	No aplica	No aplica
CARGO	No aplica	**CARGO**	No aplica	No aplica

NOMBRE COMPLETO DE QUIÉN ELABORA EL ACTA:	Laura Catalina Gómez Linares

BOGOTÁ

LISTADO DE ASISTENCIA

EVENTO: COMITE DE SEGUIMIENTO N.10 4266-2024 RESPONSABLE DEL EVENTO IDRD/ INTERVENTORÍA / CONSULTORIA

FECHA 26 03 2025 HORA INICIAL 9:15 HORA FINAL 10:30 LUGAR IDRD - SUBDIRECCIÓN TECNICA DE CONSTRUCCIONES

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CARGO	DEPENDENCIA	FIRMA	DILIGENCIAR POR ASISTENTES EXTERNOS AL IDRD		
						ENTIDAD	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO
1	Edna Constanza Capacla Sánchez	51870.499	Directora	Interventoría		SOLIUN SAS.	proyectos@soliunsas.com	3017443572
2	DAVID CABALLERO	1032347101	APOYO SUP	IDRD				
3	Walter Acosta Bearato	93201530	APOYO Supervisión	Sub Técnica de Construcción		IDRD	walter.acosta@idrd.gov.co	3107566130
4	Andrés Cabrera	80 080 [illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]	[illegible]	[illegible]
5	Luis Carlos Verbel	7316433[illegible]	Ap urb	Interv		Soliun	luiscverbel@gmail.com	3003554711
6	Carmen Lucia Velez Valencia	63777928	Apoyo Sup. S.	STC		IDRD	carmen.velez@idrd.gov.co	3204054770
7	LAURA CATALINA GÓMEZ LINARES	1022437241	APOYO COORD	INTERVENTORÍA		SOLIUN	PROYECTOS2@SOLIUNSAS.com	3102740564
8	Bibiana Pedo Sosa Flores	52986077	Apoyo Soy Gdd	IDRD.				
9	~~ARIVA F ROMERO~~	~~7154793~~	ProfEsp	AREA TECNICA		ID		
10	Ivonn Pérez Téllez	1026279000	Apyo Sup	STC		IDRD	ivonn.perez@idrd.gov.co	
11	Camilo A Dominguez H	80350370	Apoyo	STC		IDRD		
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								

Con la suscripción del presente formulario, autorizo al IDRD así como a cualquier dependencia y/o área del instituto, a realizar el tratamiento sobre mis datos personales con sujeción a lo establecido en sus Políticas de Protección de Datos Personales, atendiendo a las finalidades en ellas señaladas. La Políticas pueden ser consultadas en la página web del IDRD: https://www.idrd.gov.co/transparencia-acceso-informacion-publica/normativa/politicas-lineamientos-manuales

SOLIUN

Proyectos 2 <proyectos2@soliunsas.com>

IDRD-4310-2024-224 - Solicitud entrega informe SST N°3

1 mensaje

Proyectos 2 <proyectos2@soliunsas.com> 1 de abril de 2025, 9:02
Para: Andres Cabrera <acabrera@mcarquitectos.com>, Andrés Riveros Beltrán <ariveros@mcarquitectos.com>, Angela Hernández <ahernandez@mcarquitectos.com>

Cordial saludo

Se remite oficio referido en el asunto.

Sin otro particular

--

CORDIALMENTE:

SOLIUN

DEPARTAMENTO
DE PROYECTOS

Tel: (031) 765 3016. Cel: 301 3942384.
Cra. 70 C # 48-55, Bogotá D.C. / www.soliunsas.com

AVISO LEGAL
Este mensaje es confidencial, puede contener información privilegiada y no puede ser usado ni divulgado por personas distintas de su destinatario. Si obtiene esta transmisión por error, por favor destruya su contenido y avise a su remitente. Está prohibida su retención, utilización o divulgación con cualquier propósito. Este mensaje ha sido sometido a programas antivirus. No obstante, SOLIUN S.A.S, no asume ninguna responsabilidad por eventuales daños generados por el uso de este material, siendo responsabilidad del destinatario verificar con sus propios medios la existencia de virus u otros defectos.

IDRD-4310-2024-224 - Solicitud entrega informe SST N°3.pdf
151K

IDRD-4310-2024-223

Bogotá D. C., 01 de abril de 2025

Señores:
MC ARQUITECTOS S.A
Atn. MARIO ANDRES CABRERA PINZON
Representante legal
Carrera 11a No. 94ª - 31 Oficina 402
Acabrera@mcarquitectos.com
La ciudad

Referencia: Contrato No. IDRD-SG-4266-2024, cuyo objeto es **"REALIZAR LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TÉCNICOS DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA PARA LA ADECUACIÓN DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMÓN BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO."**

Asunto: **Solicitud entrega informe SST N°3**

Cordial saludo,

Por medio de la presente le recordamos al consultor el envio del informe SST N°3, se adjunta ilustración del pliego de condiciones donde se indica los plazos establecidos para dicho envio.(...)

> **3.3.7.2. INFORMES MENSUALES**
>
> El contratista consultor deberá entregar a la interventoría para aprobación **dentro de los tres (03) primeros días hábiles** de cada mes el respectivo Informe Mensual del Contrato de consultoría por componente con los avances realizados.

Cabe resaltar que los dos anteriores informes no han cumplido con dicha obligación por lo cual, le recomendamos al consultor cumplir con los tiempos establecidos para no tener reprocesos.

Finalmente, recordamos que a la fecha el informe SST N°2 no ha sido subsanado, las observaciones a este informe fueron remitidas el **día 06 de marzo de 2025** mediante el comunicado **IDRD-4310-2024-142** y a la fecha no hemos recibido respuesta por parte de la consultoría.

Sin otro particular,

ING. RAUL ORLANDO DELGADO CABIATIVA
REPRESENTANTE LEGAL

Anexos: N/A
Con copia: N/A
Elaboro: SF

SOLIUN

Proyectos 2 <proyectos2@soliunsas.com>

Oficio MCA295-2025-2502PSB-186 - Entrega Informe Mensual N°3 Componente SGSST - Contrato Simón Bolívar

2 mensajes

Andres Cabrera <acabrera@mcarquitectos.com> 8 de abril de 2025, 17:34
Para: Interventoría IDRD <proyectos2@soliunsas.com>
Cc: Angela Hernández <ahernandez@mcarquitectos.com>, Andrés Riveros Beltrán <ariveros@mcarquitectos.com>, "camilo.dominguez@idrd.gov.co" <camilo.dominguez@idrd.gov.co>

Muy buenas tardes

Estamos enviando oficio MCA295-2025-2502PBS-186 donde se envía el informe mensual N°3 del componente de SGSST para su revisión y comentarios

Por favor confirmar el recibo de la información

MC ARQUITECTOS

Andres Cabrera
Gerente General

acabrera@mcarquitectos.com
Celular: (57) 316 2286628
Teléfono: (571) 6451586 - 3399011
Cra. 11A No. 94A-31 Oficina 402
Bogotá D.C. - Colombia

www.mcarquitectos.com

2 adjuntos

Informe y anexos N3. Marzo 2025 cto 4266-2024.rar
5550K

MCA295-2025-2502PSB-186-SIMON BOLIVAR ENTREGA INFORME MENSUAL SGSST N°3.pdf
83K

Proyectos 2 <proyectos2@soliunsas.com> 8 de abril de 2025, 18:06
Para: Sofia Fernandez <sofiafernandez2612@gmail.com>

[El texto citado está oculto]
--
CORDIALMENTE:

SOLIUN

DEPARTAMENTO
DE PROYECTOS

Tel: (031) 765 3016. Cel: 301 3942384.
Cra. 70 C # 48-55, Bogotá D.C. / www.soliunsas.com

AVISO LEGAL
Este mensaje es confidencial, puede contener información privilegiada y no puede ser usado ni divulgado por personas distintas de su destinatario. Si obtiene esta transmisión por error, por favor destruya su contenido y avise a su remitente. Está prohibida su retención, utilización o divulgación con cualquier propósito. Este mensaje ha sido sometido a programas antivirus. No obstante, SOLIUN S.A.S, no asume ninguna responsabilidad por eventuales daños generados por el uso de este material, siendo responsabilidad del destinatario verificar con sus propios medios la existencia de virus u otros defectos.

2 adjuntos

Informe y anexos N3. Marzo 2025 cto 4266-2024.rar
5550K

MCA295-2025-2502PSB-186-SIMON BOLIVAR ENTREGA INFORME MENSUAL SGSST N°3.pdf
83K

IDRD-4310-2024-246

Bogotá D. C., 08 de abril de 2025

Señores:
MC ARQUITECTOS S.A.
Atn. MARIO ANDRÉS CABRERA PINZÓN
Representante legal
Carrera 11a No. 94ª - 31 Oficina 402 - Acabrera@mcarquitectos.com
La ciudad

Referencia: Contrato No. IDRD-SG-4266-2024, cuyo objeto es **"REALIZAR LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TÉCNICOS DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA PARA LA ADECUACIÓN DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMÓN BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO."**

Asunto: **Respuesta comunicado MCA295-2025-2502PSB-186- Observaciones informe SST N°3**

Cordial saludo

De acuerdo a la revisión del informe SST N°3, se generan las siguientes observaciones:

1. La planilla de Deisy Nataly Vanegas no presenta fecha de pago, por favor remitirla nuevamente con la informacion solicitada.

2. Por indicar Lady Milena Benavides que cargo tiene dentro del proyecto, ya que no corresponde a ningún profesional mínimo contractual aprobado.

3. No se evidencia planilla de seguridad social de los siguientes profesionales aprobados: Ivan Fernando Cañon, German Mauricio Fonseca, Nicolas Pinzón Polania, Mario Andrés Barragán, Diana Rojas, Raul Barrantes, Andrés Felipe Moreno .

4. A la fecha se cuentan con 21 profesionales aprobados, los cuales han tenido participación en el periodo de marzo en el desarrollo de productos como metodologías, esquema básico, diagnósticos, reuniones y comités de acuerdo a su especialidad. Es importante dar cumplimiento al porcentaje de dedicación que cada profesional tiene para el contrato.

   Por favor ajustar la tabla del ítem 4 con respecto a la anterior observación.

5. De acuerdo con lo anterior revisar la informacion consignada en el ítem 9- indicadores de accidentalidad.

6. Remitir acta de conformación del comité de convivencia laboral.

7. Remitir el material usado para el proceso de inducción desarrollado. No se evidencian soportes de notificaciones de riesgos realizadas al personal que ingreso desde el mes de febrero de 2025.

8. Es importante garantizar el desarrollo del programa de capacitaciones, gran parte del personal se aprobó en el mes de febrero de 2025. Se dejo anotación en el comunicado **IDRD-4310-2024-246 del día 06-03-2025** que el informe N°3 quedaba condicionado a presentar estos soportes y esto no se evidencia en el informe remitido.

9. No se evidencian soportes de exámenes médicos ocupacionales, de igual manera se recuerda que este informe N°3 debía de contar con toda esta informacion, ya que se tuvo más de un mes desde la aprobación de profesionales para contar con estos soportes, se recuerda el cumplimiento de normatividad aplicable y vigente relacionada con los exámenes médicos *Resolución 2346 de 2007*.

10. Se recuerda al consultor atender las posibles observaciones que realice la entidad a la informacion y anexos consignados en el informe mensual N°3.

Quedamos atentos a sus comentarios

Sin otro particular,



ING. RAÚL ORLANDO DELGADO CABIATIVA
REPRESENTANTE LEGAL

Anexos: N/A
Con copia: N/A
Elaboró: SF
Revisó: CG

SOLIUN

Proyectos 2 <proyectos2@soliunsas.com>

Oficio MCA325-2025-2502PSB-207 - Respuesta oficio IDRD-4310-2024-246- Contrato Simón Bolívar

2 mensajes

Andres Cabrera <acabrera@mcarquitectos.com> 16 de abril de 2025, 13:00
Para: Interventoría IDRD <proyectos2@soliunsas.com>
Cc: Angela Hernández <ahernandez@mcarquitectos.com>, Andrés Riveros Beltrán <ariveros@mcarquitectos.com>, "camilo.dominguez@idrd.gov.co" <camilo.dominguez@idrd.gov.co>

Muy buenas tardes

Estamos enviando oficio MCA325-2025-2502PSB-207 donde se da respuesta al oficio del asunto haciendo entrega del informe mensual N°3 de SST en su versión 2 para su revisión y comentarios.

MC ARQUITECTOS

Andres Cabrera
Gerente General

acabrera@mcarquitectos.com
Celular: (57) 316 2286628
Teléfono: (571) 6451586 - 3399011
Cra. 11A No. 94A-31 Oficina 402
Bogotá D.C. - Colombia

www.mcarquitectos.com

2 adjuntos

Versión 02 del informe No. 3 SST Marzo 2025.rar
11599K

MCA325-2025-2502PSB-207-SIMON BOLIVAR RESPUESTA OFICIO IDRD-4310-2024-246.pdf
95K

Proyectos 2 <proyectos2@soliunsas.com> 16 de abril de 2025, 13:05
Para: Sofia Fernandez <sofiafernandez2612@gmail.com>

[El texto citado está oculto]
--
CORDIALMENTE:

SOLIUN
DEPARTAMENTO DE PROYECTOS
Tel: (031) 765 3016. Cel: 301 3942384.
Cra. 70 C # 48-55, Bogotá D.C. / www.soliunsas.com

AVISO LEGAL
Este mensaje es confidencial, puede contener información privilegiada y no puede ser usado ni divulgado por personas distintas de su destinatario. Si obtiene esta transmisión por error, por favor destruya su contenido y avise a su remitente. Está prohibida su retención, utilización o divulgación con cualquier propósito. Este mensaje ha sido sometido a programas antivirus. No obstante,

SOLIUN S.A.S, no asume ninguna responsabilidad por eventuales daños generados por el uso de este material, siendo responsabilidad del destinatario verificar con sus propios medios la existencia de virus u otros defectos.

2 adjuntos

Versión 02 del informe No. 3 SST Marzo 2025.rar
11599K

MCA325-2025-2502PSB-207-SIMON BOLIVAR RESPUESTA OFICIO IDRD-4310-2024-246.pdf
95K

SOLIUN

Proyectos 2 <proyectos2@soliunsas.com>

IDRD-4310-2024-280-Respuesta comunicado MCA325-2025-2502PSB-207- Observaciones informe SST N°3 V2

1 mensaje

Proyectos 2 <proyectos2@soliunsas.com> 21 de abril de 2025, 16:18
Para: Angela Hernández <ahernandez@mcarquitectos.com>, Andrés Riveros Beltrán <ariveros@mcarquitectos.com>, Andres Cabrera <acabrera@mcarquitectos.com>

Cordial saludo

Se remite oficio referido en el asunto.

Sin otro particular

--
CORDIALMENTE:

SOLIUN

DEPARTAMENTO
DE PROYECTOS

Tel: (031) 765 3016. Cel: 301 3942384.
Cra. 70 C # 48-55, Bogotá D.C. / www.soliunsas.com

AVISO LEGAL
Este mensaje es confidencial, puede contener información privilegiada y no puede ser usado ni divulgado por personas distintas de su destinatario. Si obtiene esta transmisión por error, por favor destruya su contenido y avise a su remitente. Está prohibida su retención, utilización o divulgación con cualquier propósito. Este mensaje ha sido sometido a programas antivirus. No obstante, SOLIUN S.A.S, no asume ninguna responsabilidad por eventuales daños generados por el uso de este material, siendo responsabilidad del destinatario verificar con sus propios medios la existencia de virus u otros defectos.

IDRD-4310-2024-280-Respuesta comunicado MCA325-2025-2502PSB-207- Observaciones informe SST N°3 V2.pdf
168K

IDRD-4310-2024-280

Bogotá D. C., 21 de abril de 2025

Señores:
MC ARQUITECTOS S.A
Atn. MARIO ANDRES CABRERA PINZON
Representante legal
Carrera 11a No. 94ª - 31 Oficina 402
Acabrera@mcarquitectos.com
La ciudad

Referencia: Contrato No. IDRD-SG-4266-2024, cuyo objeto es **"REALIZAR LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TÉCNICOS DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA PARA LA ADECUACIÓN DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMÓN BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO."**

Asunto: **Respuesta comunicado MCA325-2025-2502PSB-207- Observaciones informe SST N°3 V2**

cordial saludo

De acuerdo a la revisión del informe SST N°3 en su versión 2, se evidencian que persisten algunas observaciones realizadas mediante el comunicado **IDRD-4310-2024-246.** A continuación, se enlistan las observaciones realizadas y estado de validación:

1. Se solicita remitir pago de la planilla de Ivan Fernando Cañon del mes de Marzo, el remitido corresponde a Abril de 2025. Se recuerda que el informe N°3 corresponde al periodo de marzo de 2025.

2. No se evidencia pago de seguridad social de German Mauricio Fonseca, el cual es nombrado en la tabla del numeral 4.

3. No se evidencia inducción de Eliecer Arévalo

4. No se evidencian soportes de exámenes médicos ocupacionales de la totalidad de profesionales reportados para el periodo, se recuerda que este informe N°3 debía de contar con toda esta información, ya que se tuvo más de un mes desde la aprobación de profesionales para contar con estos soportes (19-02-2025), se recuerda el cumplimiento de normatividad aplicable y vigente relacionada con los exámenes médicos *Resolución 2346 de 2007*.

   A continuación, se adjunta el listado de exámenes pendientes:

DIANA CAROLINA ROJAS SANCHEZ
ELIECER ALFONSO AREVALO MUÑOZ
WILLIAMS BELTRAN

MARIO RAUL CABRERA MANRIQUE
WILSON JAVIER CASTAÑEDA
FRANCY ALEJANDRA BECERRA FIALLO
LAURA ANGELICA LIZARAZO ESCOBAR
ALFONSO URIBE SALDAÑA
GERMAN MAURICIO FONSECA BARRERA
NICOLAS PINZON POLANIA
HELLEN QUIROGA MORA
MARIO ANDRES BARRAGAN
HECTOR EMILIO ZAPATA CASTRO
MARIO ANDRES CABRERA PINZON

Se recuerda al consultor atender las posibles observaciones que realice la entidad a la información y anexos consignados en el informe mensual N°3.

Sin otro particular,



ING. RAUL ORLANDO DELGADO CABIATIVA
REPRESENTANTE LEGAL

Anexos: N/A
Con copia: N/A
Elaboro: SF
Reviso: N/A

SOLIUN

Proyectos 2 <proyectos2@soliunsas.com>

Oficio MCA338-2025-2502PSB-217 - Respuesta oficio IDRD-4310-2024-280- Contrato Simón Bolívar

2 mensajes

Andres Cabrera <acabrera@mcarquitectos.com> 23 de abril de 2025, 13:42
Para: Interventoría IDRD <proyectos2@soliunsas.com>
Cc: Angela Hernández <ahernandez@mcarquitectos.com>, Andrés Riveros Beltrán <ariveros@mcarquitectos.com>, "camilo.dominguez@idrd.gov.co" <camilo.dominguez@idrd.gov.co>

Muy buenas tardes

Estamos enviando oficio MCA338-2025-2502PSB-217 donde se da respuesta al oficio del asunto haciendo entrega del informe mensual N°3 de SST en su versión 3 para su revisión y comentarios.

MC ARQUITECTOS

Andres Cabrera
Gerente General

acabrera@mcarquitectos.com
Celular: (57) 316 2286628
Teléfono: (571) 6451586 - 3399011
Cra. 11A No. 94A-31 Oficina 402
Bogotá D.C. - Colombia

www.mcarquitectos.com

2 adjuntos

MCA338-2025-2502PSB-217-SIMON BOLIVAR RESPUESTA OFICIO IDRD-4310-2024-280.pdf
90K

Correcciones y version 03.rar
5791K

Proyectos 2 <proyectos2@soliunsas.com> 23 de abril de 2025, 14:22
Para: Sofia Fernandez <sofiafernandez2612@gmail.com>

[El texto citado está oculto]
--
CORDIALMENTE:

SOLIUN
DEPARTAMENTO DE PROYECTOS
Tel: (031) 765 3016. Cel: 301 3942384.
Cra. 70 C # 48-55, Bogotá D.C. / www.soliunsas.com

AVISO LEGAL
Este mensaje es confidencial, puede contener información privilegiada y no puede ser usado ni divulgado por personas distintas de su destinatario. Si obtiene esta transmisión por error, por favor destruya su contenido y avise a su remitente. Está prohibida su retención, utilización o divulgación con cualquier propósito. Este mensaje ha sido sometido a programas antivirus. No obstante,

SOLIUN S.A.S, no asume ninguna responsabilidad por eventuales daños generados por el uso de este material, siendo responsabilidad del destinatario verificar con sus propios medios la existencia de virus u otros defectos.

2 adjuntos

MCA338-2025-2502PSB-217-SIMON BOLIVAR RESPUESTA OFICIO IDRD-4310-2024-280.pdf
90K

Correcciones y version 03.rar
5791K

SOLIUN

Proyectos 2 <proyectos2@soliunsas.com>

IDRD-4310-2024-295 - Respuesta comunicado MCA338-2025-2502PSB-217- Observaciones informe SST N°3

1 mensaje

Proyectos 2 <proyectos2@soliunsas.com> 25 de abril de 2025, 12:16
Para: Angela Hernández <ahernandez@mcarquitectos.com>, Andrés Riveros Beltrán <ariveros@mcarquitectos.com>, Andres Cabrera <acabrera@mcarquitectos.com>

Cordial saludo

Se remite oficio referido en el asunto.

Sin otro particular

--
CORDIALMENTE:

SOLIUN

DEPARTAMENTO
DE PROYECTOS

Tel: (031) 765 3016. Cel: 301 3942384.
Cra. 70 C # 48-55, Bogotá D.C. / www.soliunsas.com

AVISO LEGAL
Este mensaje es confidencial, puede contener información privilegiada y no puede ser usado ni divulgado por personas distintas de su destinatario. Si obtiene esta transmisión por error, por favor destruya su contenido y avise a su remitente. Está prohibida su retención, utilización o divulgación con cualquier propósito. Este mensaje ha sido sometido a programas antivirus. No obstante, SOLIUN S.A.S, no asume ninguna responsabilidad por eventuales daños generados por el uso de este material, siendo responsabilidad del destinatario verificar con sus propios medios la existencia de virus u otros defectos.

IDRD-4310-2024-295 - Respuesta comunicado MCA338-2025-2502PSB-217- Observaciones informe SST N°3.pdf
162K

IDRD-4310-2024-295

Bogotá D. C., 25 de abril de 2025

Señores:
MC ARQUITECTOS S.A.
Atn. MARIO ANDRÉS CABRERA PINZÓN
Representante legal
Carrera 11a No. 94ª - 31 Oficina 402 - Acabrera@mcarquitectos.com
La ciudad

Referencia: Contrato No. IDRD-SG-4266-2024, cuyo objeto es **"REALIZAR LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TÉCNICOS DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA PARA LA ADECUACIÓN DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMÓN BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO."**
Asunto: **Respuesta comunicado MCA338-2025-2502PSB-217- Observaciones informe SST N°3**

Cordial saludo

De acuerdo a la revisión del informe SST N°3 versión 3, se evidencia que persisten las siguientes observaciones:

1. No se evidencian soportes de exámenes médicos ocupacionales de la totalidad de profesionales reportados para el periodo, se recuerda que este informe N°3 debía de contar con toda esta información, ya que se tuvo más de un mes desde la aprobación de profesionales para contar con estos soportes (19-02-2025), se recuerda el cumplimiento de normatividad aplicable y vigente relacionada con los exámenes médicos *Resolución 2346 de 2007*. A continuación, se adjunta el listado de exámenes pendientes:

MARIO RAUL CABRERA MANRIQUE
FRANCY ALEJANDRA BECERRA FIALLO
ALFONSO URIBE SALDAÑA
HELLEN QUIROGA MORA
MARIO ANDRES BARRAGAN

2. No se adjuntó el soporte de inducción de Eliecer Arévalo.
3. Se recuerda al consultor atender las posibles observaciones que realice la entidad a la información y anexos consignados en el informe mensual N°3.

Quedamos atentos a lo solicitado.

ING. RAÚL ORLANDO DELGADO CABIATIVA
REPRESENTANTE LEGAL
Anexos: N/A
Con copia: N/A
Elaboró: SF

SOLIUN

Proyectos 2 <proyectos2@soliunsas.com>

IDRD-4310-2024-315 - Alcance comunicado IDRD-4310-2024-295- Observaciones informe SST N°3

1 mensaje

Proyectos 2 <proyectos2@soliunsas.com> 5 de mayo de 2025, 9:06
Para: Andres Cabrera <acabrera@mcarquitectos.com>, Angela Hernández <ahernandez@mcarquitectos.com>, Andrés Riveros Beltrán <ariveros@mcarquitectos.com>

Cordial saludo

Se remite oficio referido en el asunto.

Sin otro particular

--
CORDIALMENTE:

SOLIUN

DEPARTAMENTO
DE PROYECTOS

Tel: (031) 765 3016. Cel: 301 3942384.
Cra. 70 C # 48-55, Bogotá D.C. / www.soliunsas.com

AVISO LEGAL
Este mensaje es confidencial, puede contener información privilegiada y no puede ser usado ni divulgado por personas distintas de su destinatario. Si obtiene esta transmisión por error, por favor destruya su contenido y avise a su remitente. Está prohibida su retención, utilización o divulgación con cualquier propósito. Este mensaje ha sido sometido a programas antivirus. No obstante, SOLIUN S.A.S, no asume ninguna responsabilidad por eventuales daños generados por el uso de este material, siendo responsabilidad del destinatario verificar con sus propios medios la existencia de virus u otros defectos.

IDRD-4310-2024-315 - Alcance comunicado IDRD-4310-2024-295- Observaciones informe SST N°3.pdf
161K

IDRD-4310-2024-315

Bogotá D. C., 05 de mayo de 2025

Señores:
MC ARQUITECTOS S.A
Atn. MARIO ANDRES CABRERA PINZON
Representante legal
Carrera 11a No. 94ª - 31 Oficina 402
Acabrera@mcarquitectos.com
La ciudad

Referencia: Contrato No. IDRD-SG-4266-2024, cuyo objeto es **"REALIZAR LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TÉCNICOS DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA PARA LA ADECUACIÓN DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMÓN BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO."**

Asunto: **Alcance comunicado IDRD-4310-2024-295- Observaciones informe SST N°3**

Por medio de la presente solicitamos dar alcance al comunicado **IDRD-4310-2024-295,** remitido el pasado 25-04-2025, en el cual se enviaron observaciones al informe SST N°3, las cuales siguen estando pendientes y se recuerdan a continuación:

1. No se evidencian soportes de exámenes médicos ocupacionales de la totalidad de profesionales reportados para el periodo, se recuerda que este informe N°3 debía de contar con toda esta información, ya que se tuvo más de un mes desde la aprobación de profesionales para contar con estos soportes (19-02-2025), se recuerda el cumplimiento de normatividad aplicable y vigente relacionada con los exámenes médicos *Resolución 2346 de 2007*. A continuación, se adjunta el listado de exámenes pendientes:

FRANCY ALEJANDRA BECERRA FIALLO- PENDIENTE

Es importante recordar que este informe corresponde al periodo de marzo de 2025, el cual a la fecha persisten observaciones que no se subsanan lo cual retrasa y generan reprocesos para el componente de seguridad y salud en el trabajo.

Solicitamos dar respuesta en un tiempo perentoria de un (1) hábil.

Sin otro particular,

ING. RAUL ORLANDO DELGADO CABIATIVA
REPRESENTANTE LEGAL

Anexos: N/A
Con copia: N/A
Elaboro: SF

SOLIUN

Proyectos 2 <proyectos2@soliunsas.com>

IDRD-4310-2024-319 - Respuesta comunicado MCA372-2025-2502PSB-235- Aprobacion informe SST N°3

1 mensaje

Proyectos 2 <proyectos2@soliunsas.com> 5 de mayo de 2025, 15:48
Para: Andres Cabrera <acabrera@mcarquitectos.com>, Andrés Riveros Beltrán <ariveros@mcarquitectos.com>, Angela Hernández <ahernandez@mcarquitectos.com>

Cordial saludo

Se remite oficio referido en el asunto.

Sin otro particular

--

CORDIALMENTE:

SOLIUN

DEPARTAMENTO
DE PROYECTOS

Tel: (031) 765 3016. Cel: 301 3942384.
Cra. 70 C # 48-55, Bogotá D.C. / www.soliunsas.com

AVISO LEGAL
Este mensaje es confidencial, puede contener información privilegiada y no puede ser usado ni divulgado por personas distintas de su destinatario. Si obtiene esta transmisión por error, por favor destruya su contenido y avise a su remitente. Está prohibida su retención, utilización o divulgación con cualquier propósito. Este mensaje ha sido sometido a programas antivirus. No obstante, SOLIUN S.A.S, no asume ninguna responsabilidad por eventuales daños generados por el uso de este material, siendo responsabilidad del destinatario verificar con sus propios medios la existencia de virus u otros defectos.

IDRD-4310-2024-319 - Respuesta comunicado MCA372-2025-2502PSB-235- Aprobacion informe SST N°3.pdf
170K

IDRD-4310-2024-319

Bogotá D. C., 05 de mayo de 2025

Señores:
MC ARQUITECTOS S.A
Atn. MARIO ANDRES CABRERA PINZON
Representante legal
Carrera 11a No. 94ª - 31 Oficina 402
Acabrera@mcarquitectos.com
La ciudad

Referencia: Contrato No. IDRD-SG-4266-2024, cuyo objeto es **"REALIZAR LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TÉCNICOS DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA PARA LA ADECUACIÓN DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMÓN BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO."**

Asunto: **Respuesta comunicado MCA372-2025-2502PSB-235- Aprobación informe SST N°3**

Cordial Saludo,

De acuerdo a lo revisión realizada se evidencia el alcance a las observaciones realizadas al informe SST N°3, por lo tanto, se da **APROBACIÓN** del mismo.

Por lo tanto, se requiere de su radicación físico en interventoría junto con sus respectivas firmas, anexos completos y separadores correspondientes.

Sin embargo, tener en cuenta que, si recibimos alguna observación o recomendación por parte de la entidad, se debe realizar la respectiva subsanación correspondiente a los documentos aprobados por esta Interventoría.

ING. RAUL ORLANDO DELGADO CABIATIVA
REPRESENTANTE LEGAL

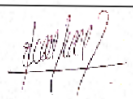
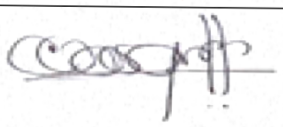
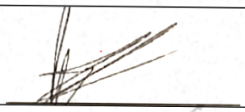
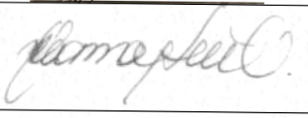
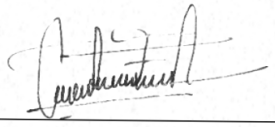
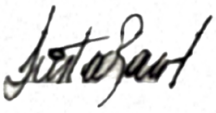
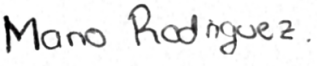
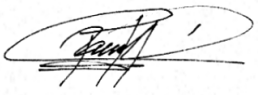
LAURA SOFIA FERNANDEZ FLECHAS
PROFESIONAL SST INTERVENTORIA

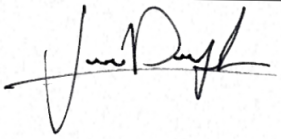
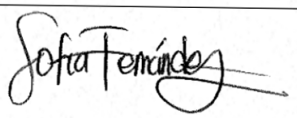
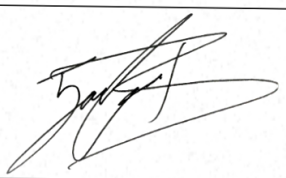
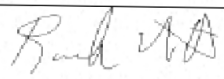
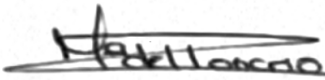
Anexos: N/A
Con copia: N/A
Elaboro: SF
Reviso: N/A

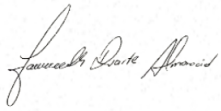
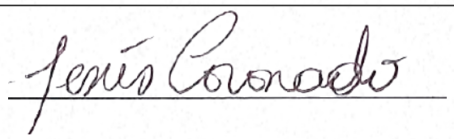
Anexo 8. Soportes de pago interventoria

CERTIFICA

Que el siguiente personal vinculado al contrato de interventoría **No. 4310-2024**cuyo objeto es: **"REALIZAR LA INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, CONTABLE, FINANCIERA, SOCIAL, AMBIENTAL, SST Y JURÍDICA A LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TÉCNICOS DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA DE LA ADECUACIÓN DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMÓN BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO.**", recibió el pago salarios correspondiente al periodo comprendido entre el 01 AL 31 de MARZO DE 2025

Nombre	Cedula	Firma
Edna Constanza Cepeda	51.870.499	
Carlos Andres Vasquez	79.694.307	
Laura Catalina Gomez	1.022.437.241	
Vianney Leaño Urrego	52.175.315	
Carlos Andres Figueroa Ayala	1.049.629.534	
Gustavo Adolfo Barreto Alvarado	16.755.981	
Mario Mauricio Rodriguez Calderon	1.020.796.582	
Raul Orlando Delgado	79.573.492	

Jeison Orlando Delgado	1018459118	
Laura Sofia Fernández	1030673336	
Natali Espinosa	1024481967	
Yenny Paola Reyes	23782608	
Juan Carlos Ramírez	1015427454	
Rubén Darío Márquez	1015393327	
Maria del Rosario Cardenas	35.478.754	
John Forigua Hincapie	79.485.516	
Linda Ximena Robayo	1.026.574.716	

Jhon Echeverry	10.289.643	
Luis Rodriguez	1.010.210.066	
Yaneth Duarte Almonacid	52.098.232	
Jesus Alberto Olmos	1.043.029.752	

Ante cualquier reclamación que pudieran hacer los trabajadores vinculados por incumplimiento del pago de salarios devengados, **SOLIUN SAS** será la única responsable y responderá por dichas reclamaciones.

La presente certificación se expide en BOGOTÁ D.C el día 07 de ABRIL de 2025.



RAUL ORLANDO DELGADO CABIATIVA
Representante Legal

Anexo 8.1. Soportes de pago consultoría

Bogotá, abril 04 de 2025

CERTIFICACIÓN NO PAGO DE HONORARIOS ESPECIALISTAS MES DE MARZO DEL 2025

CONTRATO DE CONSULTORÍA IDRD-SG-4266-2024- ESTUDIOS Y DISEÑOS TÉCNICOS DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA DE LA ADECUACIÓN DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMÓN BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO UBICADA EN EL SECTOR CENTRAL DEL PARQUE, EL CUAL ESTÁ REGISTRADO CON EL CÓDIGO IDRD 13-089 EN EL SISTEMA DISTRITAL DE PARQUES, Y SE ENCUENTRA UBICADO ENTRE LA CARRERA 60 Y 68 CON CALLES 53 Y 64 (CHIP AAA0055TREA) DE LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO.

Por la presente, yo, MARIO ANDRÉS CABRERA PINZÓN identificado con cédula de ciudadanía No. 80087073 de Bogotá, CERTIFICO que durante el mes de MARZO de 2025 no se realizó pago de honorarios a ninguno de los profesionales que hacen parte del contrato de la referencia; toda vez que como es de su conocimiento, las hojas de vida del equipo consultor no contaban con aprobación oficial a corte del periodo correspondiente.

Cordialmente,

MARIO ANDRES CABRERA PINZON
Gerente General

Anexo 9. Inducciones contratista

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

MC
ARQUITECTOS

MC
ARQUITECTOS

CONTENIDO

- Generalidades
- Definiciones
- Estructura del SGSST
- Identificación de riesgos
- Procedimientos
- Plan de emergencias y contingencias

MC
ARQUITECTOS

GENERALIDADES

- De dónde nace?
- Para qué sirve?
- Quienes deben implementarlo?



SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL

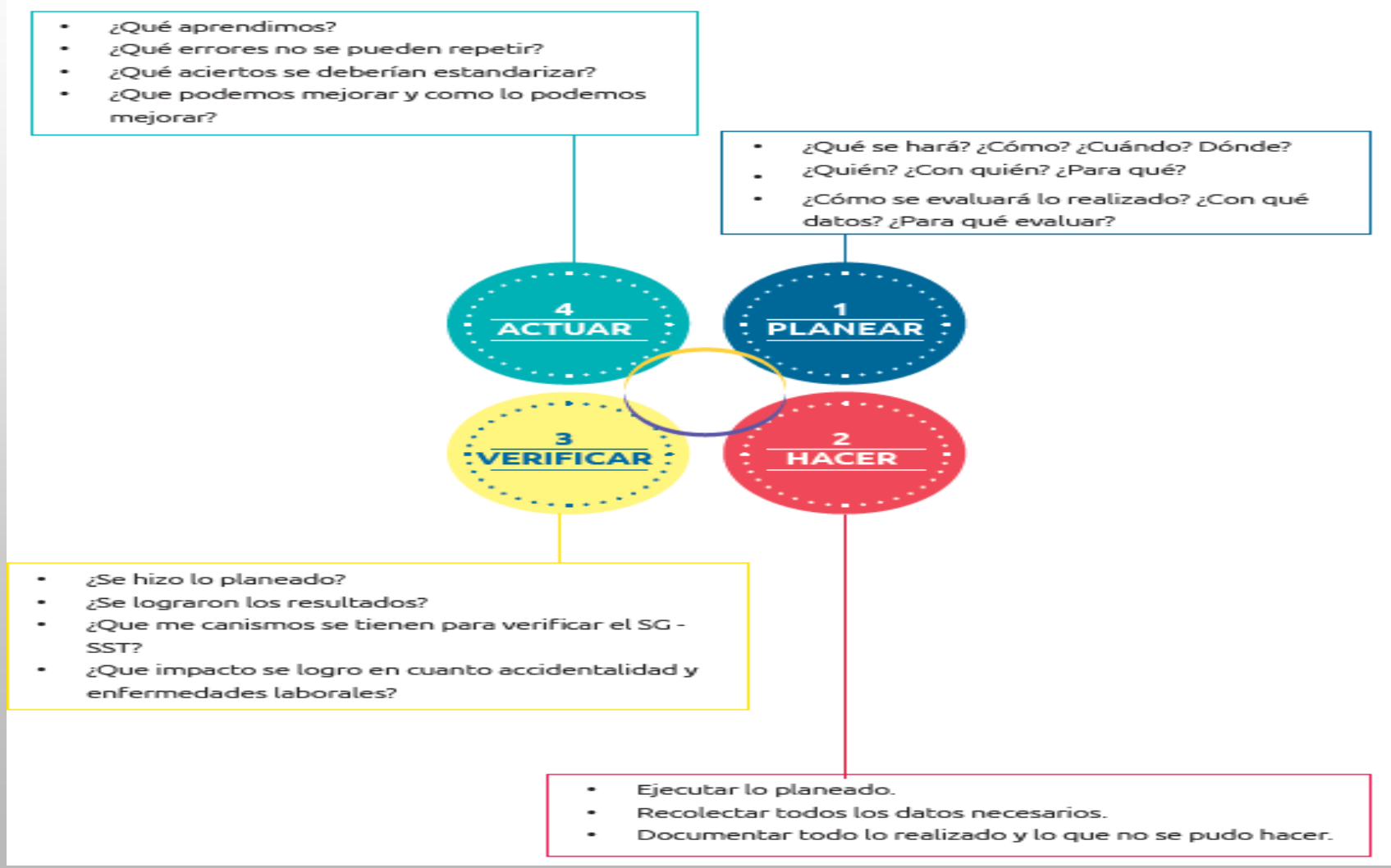


DEFINICIONES

- **ACCIDENTE DE TRABAJO:** Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte.
- **ENFERMEDAD LABORAL:** Todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, o del medio en que se ha visto obligado a trabajar y que haya sido determinado como enfermedad Laborales por el gobierno nacional.
- **RIESGO:** Combinación de la probabilidad de que ocurra un evento peligroso o de la exposición y la severidad de la lesión o la enfermedad (afectación a la salud) que puede ser causada por un evento o una exposición

MC ARQUITECTOS

ESTRUCTURA DEL SGSST



MC ARQUITECTOS

POLÍTICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

MC ARQUITECTOS S.A., empresa dedicada a desarrollar proyectos de diseño y construcción, bien para los socios o para terceros, en terrenos de propiedad de la sociedad o de terceros, ha establecido dentro de sus prioridades la Implementación y el desarrollo continuo de las actividades contempladas en el Sistema de Gestión en Seguridad y la Salud en el trabajo, con el objeto de proteger a los trabajadores de los riesgos encontrados en su medio de trabajo y así mantener el más alto nivel de bienestar físico y mental, a través de la Implementación de programas de promoción que eviten la aparición de enfermedades Laborales y la presencia de accidentes de trabajo en la empresa. Todos los niveles de dirección son responsables de promover un ambiente de trabajo sano y seguro, cumpliendo con las normas legales vigentes en Colombia y expedidas por el Ministerio de trabajo. Esta política es aplicable y extensible a todos los lugares en donde la empresa desarrolle sus actividades y cubre a los empleados, trabajadores y contratistas de MC ARQUITECTOS S.A. independientemente de su tipo de contratación.

MC ARQUITECTOS S.A. se compromete a:

- Proporcionar los mecanismos y recursos necesarios para asegurar que los empleados, contratistas y visitantes conozcan y entiendan sus responsabilidades respecto al SG-SST.
- Identificar los riesgos a los que están expuestos los trabajadores en las actividades desarrolladas y prevenir los accidentes laborales y consecuencia de los mismos.
- Cumplir y hacer cumplir las disposiciones Legales y regulaciones, en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo vigentes y aplicables a las actividades de la organización. Todos los niveles de dirección son responsables por mantener un ambiente de trabajo sano y seguro.
- Socializar y difundir la política en todos los niveles de la organización y publicarla de manera que sea accesible a todos los trabajadores y demás partes interesadas, en el lugar de trabajo.
- Revisar la presente política como mínimo una vez al año y de requerirse, actualizarla acorde con los cambios tanto en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo -SST, como en la empresa.

Esta política se publica a los treinta y un (31) días del mes de mayo de 2019

MARIO ANDRÈS CABRERA PINZÓN
Representante Legal

MC ARQUITECTOS

POLÍTICA DE PREVENCIÓN DE ALCOHOLISMO, DROGADICCIÓN Y TABAQUISMO

MC ARQUITECTOS S.A., empresa dedicada a desarrollar proyectos de diseño y construcción, bien para los socios o para terceros, en terrenos de propiedad de la sociedad o de terceros, establece su compromiso de mejorar la calidad de vida sus colaboradores, contratistas y terceros generando ambientes seguros y saludables; para lo cual desarrollará campañas enfocadas a la prevención, control y prohibición en la posesión de sustancias psicoactivas, tabaco, cigarrillo y alcohol en horarios laborales o en sus lugares de trabajo.

MARIO ANDRÈS CABRERA PINZÓN
Representante Legal

POLÍTICA DE SEGURIDAD VIAL

MC ARQUITECTOS S.A., empresa dedicada a desarrollar proyectos de diseño y construcción, bien para los socios o para terceros, en terrenos de propiedad de la sociedad o de terceros, se compromete a desarrollar sus actividades bajo una cultura de seguridad vial; interviniendo en los comportamientos de sus conductores, colaboradores y partes interesadas dentro de los proyectos y fuera de estos cuando actúen en su nombre; implementando actividades informativas sobre los lineamientos de ley y los adoptados por la organización, así como garantizando el funcionamiento óptimo de los vehículos.

MARIO ANDRÈS CABRERA PINZÓN
Representante Legal

MC ARQUITECTOS

REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL

MC ARQUITECTOS S.A. en el ejercicio de su actividad de realizar estudios de arquitectura, así como la consultoría e interventoría de obras civiles, prescribe el siguiente reglamento de higiene y seguridad industrial, contenido en los siguientes términos:

ARTÍCULO 1: La empresa se compromete a dar cumplimiento a las disposiciones legales vigentes tendientes a garantizar los mecanismos que aseguren una adecuada y oportuna prevención de los accidentes de trabajo y enfermedades laborales de conformidad con los artículos 57, 58, 108, 205, 206, 217, 220, 221, 282, 283, 350 y 351 del código sustantivo del trabajo, artículo 55 de la ley 962 de 2005, artículo 10 de decreto 13 de 1967, artículo 3 del decreto 2351 de 1965 la ley 9a. de 1979, la ley 100 de 1993, resolución 2400 de 1979, decreto 614 de 1984, resolución 2013 de 1986, resolución 1016 de 1989, resolución 6398 de 1991, decreto 1295 de 1994, ley 1562 de 2012, decreto 1072 de 2015 y demás normas que con tal fin se Establezcan.

ARTÍCULO 2: La empresa se obliga a promover y garantizar la constitución y funcionamiento del comité paritario de seguridad y salud en el trabajo, de conformidad con lo establecido en el decreto 614 de 1984, resolución 2013 de 1986, resolución 1016 de 1989, ley 1562 de 2012, decreto 1295 de 1994 y decreto 1072 de 2015.

ARTÍCULO 3: La empresa se compromete a destinar los recursos necesarios para desarrollar actividades permanentes de conformidad con el sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo, elaborado de acuerdo al decreto 1072 de 2015 en su sección 2.2.4.6 y la resolución 1016 de 1989 que contempla como mínimo los siguientes aspectos:

a) **Subprograma de Medicina Preventiva y del Trabajo**, orientado a promover y mantener el más alto grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores, en todos los oficios; prevenir cualquier daño a la salud, ocasionado por las condiciones de trabajo; protegerlos en su empleo de los riesgos generadores por la presencia de agentes y procedimientos nocivos; Colocar y mantener al trabajador en una actividad acorde con sus aptitudes fisiológicas y psicosociales.

b) **Subprograma de Higiene y Seguridad Industrial**, dirigido a establecer las mejores condiciones de Saneamiento Básico Industrial y crear los procedimientos que conllevan a eliminar o controlar los factores de riesgo que se originen en los lugares de trabajo y que puedan ser causa de enfermedades, disconfort o accidente.

ARTÍCULO 4: Los riesgos existentes en la organización están constituidos principalmente por:

Tabla 3. Riesgos.

Físico: Ruido, Iluminación, Radiaciones no ionizantes, vibraciones	**Condiciones de seguridad:** clasificado por los siguientes factores: **Mecánico:** Elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos. **Eléctrico:** Alta y baja tensión.
Químico: Polvos, humos, vapores, humos metálicos, material particulado.	
Biológicos: Virus, bacterias.	
Psicosocial: Gestión Organizacional, Características de la organización, características del grupo social de trabajo, condiciones de la tarea, interfase personal – tarea, Jornada de trabajo.	**Locativo:** Sistemas y medios de almacenamiento, superficies de trabajo (irregular, deslizante, con diferencia del nivel), condiciones de orden y aseo, (caída de objetos). **Tecnológico:** Fugas, incendio o explosión. **Accidentes de tránsito:** condiciones de seguridad vial por manejo de vehículos. **Público:** Robos, atracos, asaltos, atentados de orden público.
Biomecánico: Postura(mantenida, prolongada, forzada), movimiento repetitivo, manipulación manual de cargas	
Fenómenos naturales: Sismos, terremoto, vendaval, inundación, derrumbe, precipitaciones.	

Fuente: Propia

PARAGRAFO: A efecto que los riesgos contemplados en el presente Artículo, no se traduzcan en accidente de trabajo o en enfermedad laboral, la empresa ejerce su control en la fuente, en el medio transmisor o en el trabajador, de conformidad con lo estipulado en el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST, el cual se da a conocer a todos los trabajadores al servicio de ella.

ARTICULO 5: La Empresa y sus trabajadores darán estricto cumplimiento a las disposiciones legales, así como a las normas técnicas e internas que se adopten para lograr la implantación de las actividades de medicina preventiva del trabajo, higiene y seguridad industrial, que sean concordantes con el presente reglamento y con el sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.

ARTÍCULO 6: La empresa ha implantado un proceso de inducción del trabajador a las actividades que debe desempeñar, capacitándolo respecto a las medidas de prevención y seguridad que exija el medio ambiente laboral y el trabajo específico que vaya a realizar.

ARTÍCULO 7: Este reglamento permanecerá exhibido en, por lo menos dos lugares visibles de los locales de trabajo, cuyos contenidos se dan a conocer a todos los trabajadores en el momento de su ingreso.

ARTICULO 8: El presente reglamento entra en vigencia a partir de la fecha de firma por parte del representante legal y durante el tiempo que la Empresa conserve sin cambios sustanciales, las condiciones existentes en el momento de su aprobación, tales como actividad económica, métodos de producción, instalaciones locativas o cuando se dicten disposiciones gubernamentales que modifiquen las normas del reglamento o que limiten su vigencia.

MARIO ANDRÉS CABRERA PINZÓN
Representante Legal

MC ARQUITECTOS

RESPONSABILIDADES

- Cumplir las normas de medicina, higiene y seguridad en el trabajo y con los reglamentos e instrucciones establecidas para la realización de un trabajo seguro.
- Cumplir con las políticas de prevención en alcoholismo y drogadicción y de seguridad y salud en el trabajo.
- Comunicar actos y condiciones inseguras observadas.
- Reportar los accidentes de trabajo
- Participar activamente en las actividades de seguridad y salud en el trabajo.

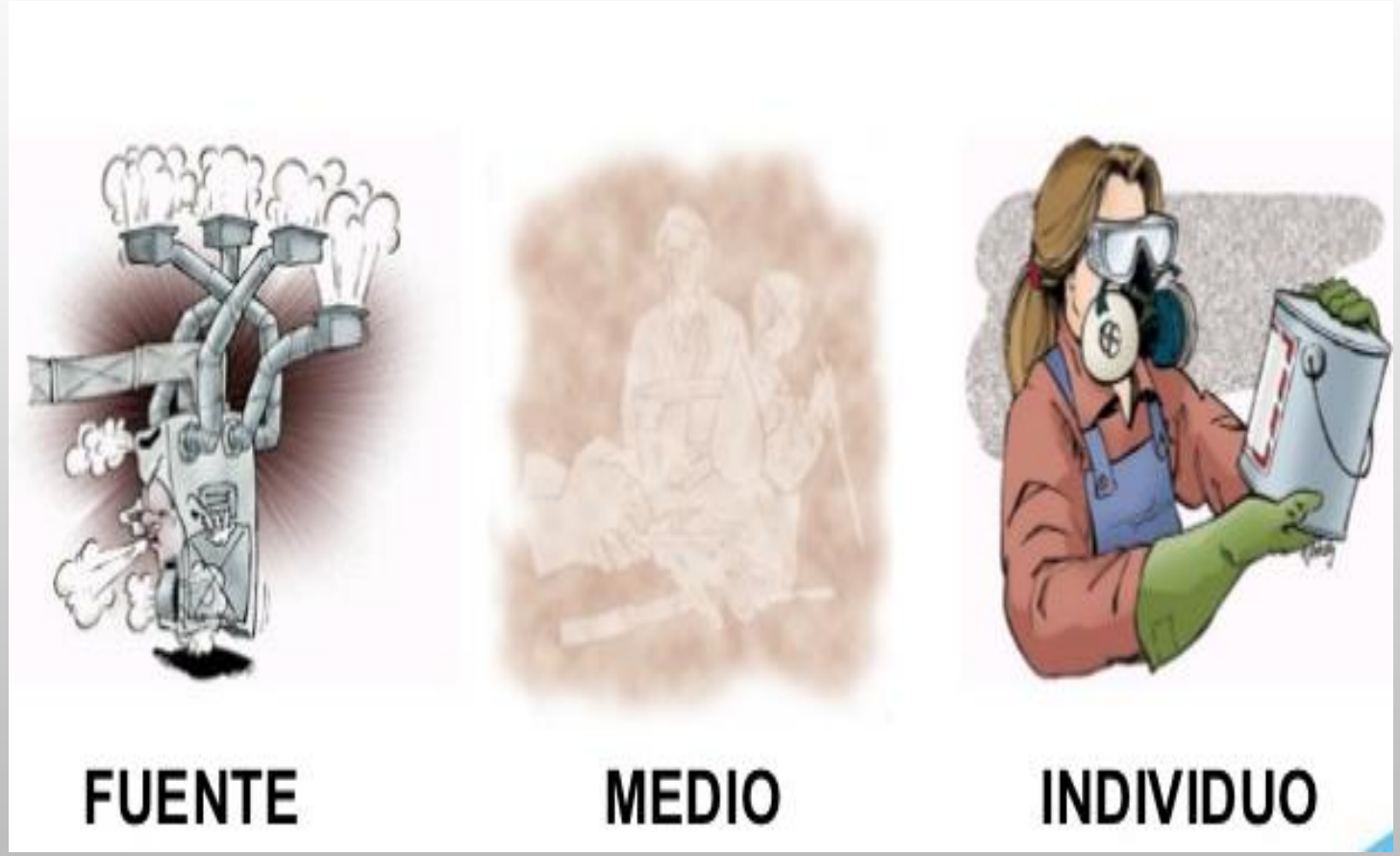
MC
ARQUITECTOS

RIESGOS

Físicos: Ruido, temperatura, calor, frio radiaciones (Radiaciones ionizantes y no ionizantes), deficiente iluminación
Químicos: humo no metálicos, humos metálicos, polvos, vapores, gases, material particulado
Biológicos: animales (perros), insectos (abejas), bacterias, (falta de aseo en las manos una vez hace las necesidades fisiológicas)
Psicolaboral: contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonía), estrés laboral, cansancio físico. **Natural:** inundaciones, movimientos sísmicos, tormentas y descargas eléctricas (rayos)
Biomecánico: carga estática (postura de pie); malas posturas para hacer levantamientos de cargas, levantar cargas superiores a 25 kg del piso a la cintura y de 50 kg al hombro.
Mecánico: atrapamientos, golpes, caídas, aplastamientos, contacto. **Eléctrico:** baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado falta de tableros de control
Locativos: superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo en áreas de trabajo, herramientas mal utilizadas, caídas al mismo nivel o a diferente nivel
Seguridad física: orden público (robo de objetos personales y de trabajo) **Seguridad vial:** accidentes de transito; exceso de confianza en cruzar las vías, imprudencia y desacato a las señales informativas en obra y en las vía, exceso de confianza en la conducción



CONTROLES



PLAN ANUAL DE TRABAJO

El plan de trabajo anual describe los objetivos y metas relativos a la seguridad y salud en el trabajo, marcados por los responsables de cada área junto con el responsable de SST, así como el mecanismo por el cual se conseguirán los citados objetivos y metas, incluyendo su planificación por el tiempo, asignación de responsabilidades, recursos y medios asignados para su consecución.

Este plan incluye:

- ✓ Actividades rutinarias y no rutinarias
- ✓ Actividades de todo el personal que tenga acceso a las instalaciones
- ✓ Metas
- ✓ Responsabilidades
- ✓ Recursos
- ✓ Cronograma

MC ARQUITECTOS

VIGILANCIA DE LA SALUD

Exámenes médicos de ingreso



Exámenes médicos de retiro

Exámenes por cambio de actividad

Exámenes médicos periódicos

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ENTRENAMIENTO, INDUCCIÓN Y RE INDUCCIÓN EN SST

- Sistema General de Seguridad Social (EPS-ARL-AFP)
- Sistema General de Riesgos laborales (Definición de ATEL y Proceso de Reporte e Investigación de Accidentes Laborales)
- Elementos de protección personal (Uso adecuado)
- Socialización Políticas de Seguridad y Salud en el Trabajo (Política de prevención de drogas, alcoholismo, tabaquismo)
- Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial
- Notificación de riesgos
- Comité de convivencia
- COPASST

MC ARQUITECTOS

COMUNICACIÓN, PARTICIPACIÓN Y CONSULTA

COPASST

FUNCIONES DEL COPASST



- Proponer medidas de prevención y control
- Promover y participar en actividades de capacitación
- Colaborar con funcionarios gubernamentales
- Vigilar el desarrollo de la salud ocupacional
- Colaborar con el análisis de accidentes
- Realizar inspecciones de seguridad

MC ARQUITECTOS

COMUNICACIÓN, PARTICIPACIÓN Y CONSULTA

CONVIVENCIA LABORAL



Es un grupo de empleados, conformado por representantes del empleador y representantes de los empleados, que busca prevenir el acoso **laboral**contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo

INSPECCIONES DE SEGURIDAD

Identificar, evaluar y controlar los factores de riesgo presentes en el ambiente de trabajo que pueden alterar la salud de los trabajadores, ocasionándoles enfermedades y accidentes de trabajo.

PERIÓDICAS

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL



MC ARQUITECTOS

INVESTIGACIÓN DE INCIDENTES, ACCIDENTES Y ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL TRABAJO

OBJETIVOS

- Identificar y documentar cualquier deficiencia en el SG-SST y servir como base para la implementación de las acciones preventivas, correctivas o de mejora necesarias;
- Comunicar sus principales conclusiones al COPASST y atender sus observaciones y recomendaciones al respecto;
- Informar de sus resultados a las personas directamente asociadas con sus causas o con sus controles, para que se tomen las medidas correctivas necesarias; y,
- Alimentar el proceso de evaluación que haga la alta dirección de la gestión en SST y que se consideren también en las acciones de mejora continua.

MC ARQUITECTOS


FALTA DE CONTROL
q PROGRAMAS INADECUADOS
q NORMAS INADECUADAS
q CUMPLIMIENTO O INADECUADO DE NORMAS
CAUSAS BASICAS
q FACTORES PERSONALES
q FACTORES DEL TRABAJO
CAUSAS INMEDIATAS
q ACTOS INSEGUROS
q CONDICI-ONES INSEGURAS
INCIDENTE ACCIDENTE
CONTACTO CON UNA ENERGIA POR ENCIMA DE LA CAPACIDAD DEL CUERPO O ESTRUCTURA
PERDIDA
q HUMANAS
q PROPIEDAD
q PROCESOS


Curso Orientación en Prevención de Riesgos

EVALUACIÓN

Consiste en medir el desarrollo del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, mediante unos indicadores previamente establecidos con el fin de comparar los resultados obtenidos con criterios previamente establecidos en un período definido y analizar los factores que determinaron el logro total o parcial de las metas previstas.



REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

El propósito de la revisión por la alta dirección es determinar en qué medida se cumple con la política, los objetivos y se controlan los riesgos, además de permitir identificar oportunidades de mejora del sistema de seguridad y salud en el trabajo.

- Revisar las estrategias implementadas y evaluar si han sido eficaces para alcanzar los objetivos
- Revisar el cumplimiento del plan de trabajo.
- Analizar la necesidad de realizar cambios en el sistema de gestión
- Analizar los resultados de los indicadores y auditorias anteriores
- Evidenciar el cumplimiento de la normatividad
- Revisar y analizar accidentalidad por accidentes de trabajo y enfermedades laborales
- Revisión de la actualización matriz de peligros
- Verificación de las condiciones de trabajo y de salud

MC ARQUITECTOS

AUDITORIA

Objetivo: Verificar el cumplimiento del SGSST y los requerimientos realizados por las entidades de control, clientes etc. Esta auditoría interna será realizada por el responsable SST de la empresa.

MEJORAMIENTO CONTINUO

Objetivo: generar los planes de mejoramiento de acuerdo con los resultados de las auditorías o de las inconsistencias detectadas, a fin de corregir desviaciones en la implementación del SGSST.

MC
ARQUITECTOS

PLAN DE EMERGENCIAS Y CONTINGENCIAS

El plan de emergencias y contingencias pretende crear capacidad de respuesta ante los riesgos que se materialicen y que pueden amenazar en forma directa o indirecta a los trabajadores de MC ARQUITECTOS S.A.

Con el diseño de este plan y la divulgación del mismo a todos los trabajadores, se pretende establecer una serie de procedimientos y actividades organizadas, que permitan actuar ante los posibles eventos naturales, antrópicos y tecnológicos que puedan presentarse durante la jornada de trabajo, de manera que se eviten o minimicen las pérdidas humanas, físicas y daños al ambiente.

MC
ARQUITECTOS

DEFINICIONES

- **Contingencia:** Evento o suceso que ocurre en la mayoría de los casos en forma repentina o inesperada y causa alteraciones en los patrones normales de vida o actividad humana y el funcionamiento de los ecosistemas involucrados. Una contingencia puede desencadenar una situación de emergencia, en la medida en que puede obligar a la activación de procedimientos de respuesta para minimizar la magnitud de sus efectos; generar un desastre, cuando su magnitud excede cualquier capacidad de control o respuesta mitigadora y obliga a trabajar sobre sus consecuencias o sencillamente producir decisiones administrativas o estructurales.
- **Emergencia:** Es cualquier evento no planeado que puede causar muertes o lesiones considerables a los empleados, clientes o público; o que puede dejar cesante un negocio, interrumpir las operaciones, causar daño a la propiedad, equipos o al medio ambiente, o amenazar la estabilidad financiera o la imagen pública y sobrepasa la capacidad de respuesta de las personas y organizaciones.
- **Evacuación:** Se define como el establecimiento de una barrera (distancia) entre una fuente de riesgo y las personas amenazadas, mediante el desplazamiento de estas, hasta y a través de lugares de menor riesgo.

MC ARQUITECTOS

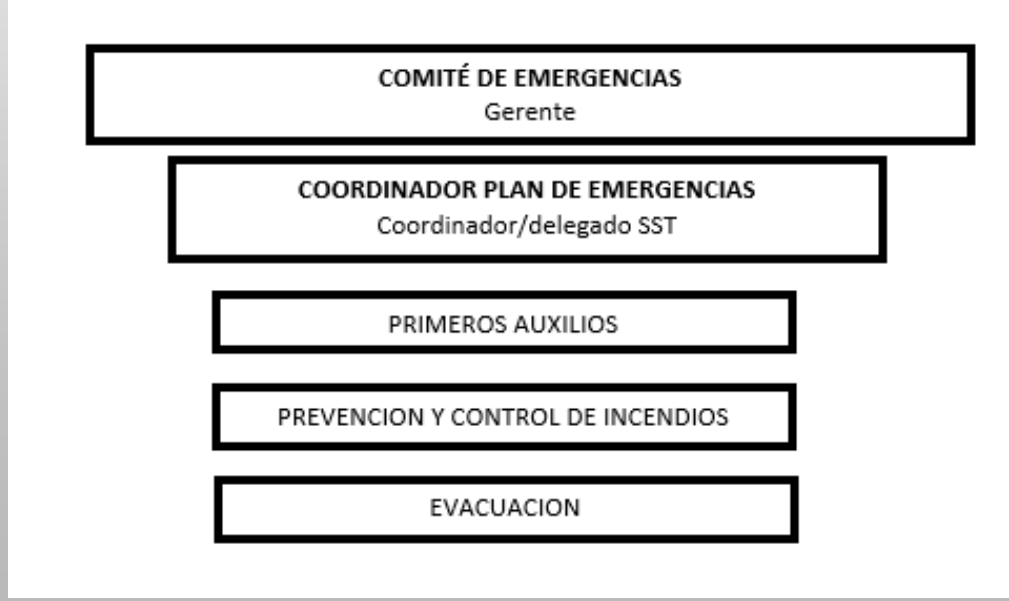
ANALISIS DE AMENAZAS Y RIESGOS

RANGO	CALIFICACIÓN	CLASIFICACIÓN
0.0 a 1.0	Baja	Verde
1.1 a 2.0	Media	Amarillo
2.1 a 3.0	Alta	Rojo

	AMENAZA	UBICACION	COLOR
NATURAL	SISMO	OFICINA	
	INUNDACION	OFICINA	
	TORMENTAS ELECTRICAS	OFICINA	
SOCIALL	HURTOS O ROBOS	OFICINA	
TECNICA	ACCIDENTES DE TRABAJO	OFICINA	

RECURSOS PARA EMERGENCIAS Y ORGANIZACI+ON DEL PLAN

ELEMENTO	CANTIDAD
Botiquín portátil tipo A	*1*
Extintor Solkaflam	*1*
Extintor multipropósito	*1*



MUCHAS GRACIAS!

MC
ARQUITECTOS

REGISTRO DE INDUCCIONES, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO

CONTRATO-IDRD-SG-4266-2024 REALIZAR LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TECNICOS DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA PARA LA ADECUACION DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMON BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO

Fecha: 15/01/25

V1

LUGAR Y FECHA: Bogotá, Marzo 3 del 2025

NOMBRE DEL PROFESIONAL: Viviana Rodriguez B Profesional HSEQ

EMPRESA: MC ARQUITECTOS SA

TEMA ESPECIFICO: INDUCCIÓN SOBRE EL SGSST PARA EL CONTRATO IDRD 4266 Y ENTREGA DE FUNCIONES DEL SGSST

TIEMPO DE CAPACITACIÓN: 1 HORA

TIPO

INDUCCIÓN	X	CAPACITACIÓN	
CHARLA INFORMATIVA		ENTRENAMIENTO	
		OTRO	

NOMBRE	IDENTIFICACION	CARGO	FIRMA
Diana Carolina Rojas Sanchez	53905075	Arquitectura	
Nicolás Pinzón Polania	1020786032	Presupuesto	
Juan Guillermo Ardila Valencia	1088272565	Estructura	
Germán Mauricio Fonseca	74375696	Urbanismo	
Paola Andrea Pachon Briñez	1073604418	Hidrosanitario	
Miguel Eduardo Mora Quevedo	2000011964	Eléctrico	
Alfonso Uribe Sardiña	79154597	Geotecnia	
Mario Barragán Aguilar	80242054	Señalética	
Willians Mauricio Beltran Cadena	79563001	Topografía	
Sandra Jinneth Sabogal Bernal	52853049	Patrimonio	
Mario Raul Cabrera	7434052	Paisajismo	
Ivan Fernando Cañón Celis	1015420265	Forestal	
Luis Fernando Suescún Arrieta	52117192	Arqueología	
Johany Jerez	1022407270	Seguridad Humana	
Eliécer Alfonso Arévalo	80236962	Calidad	
Laura Lizarazo	1024518623	SG-SST	
Deisy Natali Vanegas Bautista	1073233578	Biología	Deisy Vanegas
Hellen Quiroga Mora	52117192	Bienes Muebles	
Francy Alejandra Becerra Fiallo	1022344450	Social	
Wilson Javier Castañeda Garzón	80108051	Gestión de riesgos	
Hector Emilio Zapata Castro	79730102	Cadenero 1	

(Firma)

(Nombre) Viviana Rodriguez B.

capacitador

(Firma)

(Nombre) Laura Lizarazo

Avaló: Profesional SG-SST del contrato 4266-2024

MC ARQUITECTOS	**REGISTRO DE INDUCCIONES, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO** **CONTRATO-IDRD-SG-4266-2024 REALIZAR LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TECNICOS DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA PARA LA ADECUACION DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMON BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO**	**Fecha: 15/01/2025** **V1**

LUGAR Y FECHA: Bogotá, Marzo 3 del 2025

NOMBRE DEL PROFESIONAL Viviana Rodriguez B Profesional HSEQ

EMPRESA: MC ARQUITECTOS SA

TEMA ESPECIFICO: INDUCCIÓN SOBRE EL SGSST PARA EL CONTRATO IDRD 4266 Y ENTREGA DE FUNCIONES DEL SGSST

TIEMPO DE CAPACITACIÓN: 1 HORA

TIPO

INDUCCIÓN	X	CAPACITACIÓN	
CHARLA INFORMATIVA		ENTRENAMIENTO	
		OTRO	

NOMBRE	IDENTIFICACION	CARGO	TELEFONO	E-MAIL	FIRMA
Andrés Cabrera	80,087,073	Director	3162286628	acabrera@mcarquitectos.com	
Viviana Rodriguez	52223234	Profesional HSEQ	3133033785	ingvivianarodriguez@gmail.com	

(Firma)

(Nombre) Viviana Rodriguez B.

capacitador

(Firma)

(Nombre) Laura Lizarazo

Avaló: Profesional SG-SST del contrato 4266-2024

MC ARQUITECTOS	**FORMATO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN/REINDUCCIÓN** **CONTRATO-IDRD-SG-4266-2024 REALIZAR LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TECNICOS DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA PARA LA ADECUACION DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMON BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO**	**Fecha: 15/01/2025** **V1**

NOMBRE: Alfonso Uribe Sardiña	**CEDULA: 79154597**
AREA/SECCION: consultoría	**CARGO: Geotécnia**

Reflexiona lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuales de las siguientes opciones se relacionan con los objetivos del SGSST:

a.	Prevenir lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo
b.	Proteger y promover la salud
c.	Mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo
~~d.~~	Todas las anteriores

2. Identifique qué lesiones puede sufrir durante la realización de sus labores

a.	Quemadura por calor	~~d.~~	Migrañas	g.	Dolor de espalda
b.	Fractura - Esguince	e.	caída de altura	h.	aplastamiento
~~c.~~	Rasquina en ojos	f.	Mareos	~~i.~~	Infecciones(enfermedades virales)

3. Enumere cuatro (4) normas que Usted debe cumplir para que no se accidente ni se enferme en el trabajo.

a) Cumplir con el programa de órden y aseo

b) Participar de las capacitaciones SST

c) Dar soporte al profesional SST en el SGSST

d) Respetar las senales y demarcaciones que indiquen peligro, cuidado, piso mojado, no pase, etc

4.Señale los riesgos a los que está expuesto en su trabajo:

caídas y golpes

5. Indique qué hacer en caso de presentarse un AT : reportarlo de manera inmediata al profesional SST

Recuerde, todos somos responsables de la seguridad al interior de la empresa.





FIRMA DEL TRABAJADOR	**ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN**
CC 79154597	**CC 52223234**

MC ARQUITECTOS	**FORMATO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN/REINDUCCIÓN** **CONTRATO-IDRD-SG-4266-2024 REALIZAR LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TECNICOS DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA PARA LA ADECUACION DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMON BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO**	**Fecha: 15/01/2025** **V1**

NOMBRE: ANDRÉS CABRERA P.	**CEDULA: 80.087.073**
AREA/SECCION: consultoría	**CARGO: DIRECTOR**

Reflexiona lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuales de las siguientes opciones se relacionan con los objetivos del SGSST:

a.	Prevenir lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo
b.	Proteger y promover la salud
c.	Mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo
~~d.~~	Todas las anteriores

2. Identifique qué lesiones puede sufrir durante la realización de sus labores

a.	Quemadura por calor	~~d.~~	Migrañas	g.	Dolor de espalda
b.	Fractura - Esguince	e.	caída de altura	h.	aplastamiento
~~c.~~	Rasquina en ojos	f.	Mareos	~~i.~~	Infecciones(enfermedades virales)

3. Enumere cuatro (4) normas que Usted debe cumplir para que no se accidente ni se enferme en el trabajo.

a) Cumplir con el programa de órden y aseo

b) Participar de las capacitaciones SST

c) Dar soporte al profesional SST en el SGSST

d) Respetar las senales y demarcaciones que indiquen peligro, cuidado, piso mojado, no pase, etc

4.Señale los riesgos a los que está expuesto en su trabajo:

Tropiezos y caidas al mismo nivel, riesgos posturales, por afecciones de virus, dolor de cabeza, fatiga visual, dolor de muneca, incendio

5. Indique qué hacer en caso de presentarse un AT : reportarlo de manera inmediata al profesional SST

ARL: SURA

Recuerde, todos somos responsables de la seguridad al interior de la empresa.





FIRMA DEL TRABAJADOR	**ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN**
CC 80.087.073	**CC 52223234**

MC ARQUITECTOS	**FORMATO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN/REINDUCCIÓN** **CONTRATO-IDRD-SG-4266-2024 REALIZAR LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TECNICOS DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA PARA LA ADECUACION DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMON BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO**	**Fecha: 15/01/2025** **V1**

NOMBRE: Diana Carolina Rojas Sanchez	**CEDULA: 53905075**
AREA/SECCION: consultoría	**CARGO: Arquitectura**

Reflexiona lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuales de las siguientes opciones se relacionan con los objetivos del SGSST:

a.	Prevenir lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo
b.	Proteger y promover la salud
c.	Mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo
~~d.~~	Todas las anteriores

2. Identifique qué lesiones puede sufrir durante la realización de sus labores

a.	Quemadura por calor	~~d.~~	Migrañas	g.	Dolor de espalda
b.	Fractura - Esguince	e.	caída de altura	h.	aplastamiento
~~c.~~	Rasquina en ojos	f.	Mareos	~~i.~~	Infecciones(enfermedades virales)

3. Enumere cuatro (4) normas que Usted debe cumplir para que no se accidente ni se enferme en el trabajo.

Cumplir el SGSST

Leer las senales que indiquen peligro o cuidado

Participar de las capacitaciones

Avisar si me accidento

4.Señale los riesgos a los que está expuesto en su trabajo:

Mantener postura adecuada y no correr durante el trabajo

5. Indique qué hacer en caso de presentarse un AT : reportarlo de manera inmediata al profesional SST

Recuerde, todos somos responsables de la seguridad al interior de la empresa.

Diana Rojas S.



FIRMA DEL TRABAJADOR	**ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN**
CC 53905075	**CC 52223234**

MC ARQUITECTOS	**FORMATO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN/REINDUCCIÓN** **CONTRATO-IDRD-SG-4266-2024 REALIZAR LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TECNICOS DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA PARA LA ADECUACION DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMON BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO**	**Fecha: 15/01/2025** **V1**

NOMBRE: Eliécer Alfonso Arévalo	**CEDULA: 80236962**
AREA/SECCION: consultoría	**CARGO: Calidad**

Reflexiona lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuales de las siguientes opciones se relacionan con los objetivos del SGSST:

a.	Prevenir lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo
b.	Proteger y promover la salud
c.	Mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo
~~d.~~	Todas las anteriores

2. Identifique qué lesiones puede sufrir durante la realización de sus labores

a.	Quemadura por calor	~~d.~~	Migrañas	g.	Dolor de espalda
b.	Fractura - Esguince	e.	caída de altura	h.	aplastamiento
~~c.~~	Rasquina en ojos	f.	Mareos	~~i.~~	Infecciones(enfermedades virales)

3. Enumere cuatro (4) normas que Usted debe cumplir para que no se accidente ni se enferme en el trabajo.

Ser ordenado

Caminar con cuidado para no caerse

usar las herramientas adecuadas para cada trabajo

avisar las cosas peligrosas que vea

4.Señale los riesgos a los que está expuesto en su trabajo:

caerme por obstáculos o desorden en el piso

5. Indique qué hacer en caso de presentarse un AT : reportarlo de manera inmediata al profesional SST

Recuerde, todos somos responsables de la seguridad al interior de la empresa.





FIRMA DEL TRABAJADOR	**ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN**
CC 80236962	**CC 52223234**

MC ARQUITECTOS	**FORMATO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN/REINDUCCIÓN** **CONTRATO-IDRD-SG-4266-2024 REALIZAR LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TECNICOS DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA PARA LA ADECUACION DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMON BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO**	**Fecha: 15/01/2025** **V1**

NOMBRE: Ivan Fernando Cañón Celis	**CEDULA: 1015420265**
AREA/SECCION: consultoría	**CARGO: forestal**

Reflexiona lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuales de las siguientes opciones se relacionan con los objetivos del SGSST:

a.	Prevenir lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo
b.	Proteger y promover la salud
c.	Mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo
~~d.~~	Todas las anteriores

2. Identifique qué lesiones puede sufrir durante la realización de sus labores

a.	Quemadura por calor	~~d.~~	Migrañas	g.	Dolor de espalda
b.	Fractura - Esguince	e.	caída de altura	h.	aplastamiento
~~c.~~	Rasquina en ojos	f.	Mareos	~~i.~~	Infecciones(enfermedades virales)

3. Enumere cuatro (4) normas que Usted debe cumplir para que no se accidente ni se enferme en el trabajo.

mantener orden y aseo

hacer pausas activas de mi trabajo

no correr

Asistir a las capacitacioens SST

4.Señale los riesgos a los que está expuesto en su trabajo:

Caídas, malas posturas, gripas

5. Indique qué hacer en caso de presentarse un AT : reportarlo de manera inmediata al profesional SST

Recuerde, todos somos responsables de la seguridad al interior de la empresa.





FIRMA DEL TRABAJADOR	**ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN**
CC 1015420265	**CC 52223234**

MC ARQUITECTOS	**FORMATO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN/REINDUCCIÓN** **CONTRATO-IDRD-SG-4266-2024 REALIZAR LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TECNICOS DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA PARA LA ADECUACION DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMON BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO**	**Fecha: 15/01/2025** **V1**

NOMBRE: Francy Alejandra Becerra Fiallo	**CEDULA: 1022344450**
AREA/SECCION: consultoría	**CARGO: Social**

Reflexiona lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuales de las siguientes opciones se relacionan con los objetivos del SGSST:

a.	Prevenir lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo
b.	Proteger y promover la salud
c.	Mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo
~~d.~~	Todas las anteriores

a.	Quemadura por calor	~~d.~~	Migrañas	g.	Dolor de espalda
b.	Fractura - Esguince	e.	caída de altura	h.	aplastamiento
~~c.~~	Rasquina en ojos	f.	Mareos	~~i.~~	Infecciones(enfermedades virales)

3. Enumere cuatro (4) normas que Usted debe cumplir para que no se accidente ni se enferme en el trabajo.

Hacer pausas activas
No estar cerca de personas con gripa
Avisar si está obstruido el piso o zonas de circulación
Poner atención en el trabajo para no caerse

4.Señale los riesgos a los que está expuesto en su trabajo:

Gripas, incendio, dolores en el cuerpo por no hacer pausas activas

5. Indique qué hacer en caso de presentarse un AT : avisar a la encargada de la seguridad e higiene

Recuerde, todos somos responsables de la seguridad al interior de la empresa.





FIRMA DEL TRABAJADOR	**ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN**
CC 1022344450	**CC 52223234**

MC ARQUITECTOS	**FORMATO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN/REINDUCCIÓN** **CONTRATO-IDRD-SG-4266-2024 REALIZAR LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TECNICOS DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA PARA LA ADECUACION DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMON BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO**	**Fecha: 15/01/2025** **V1**

NOMBRE: Germán Mauricio Fonseca	**CEDULA: 74375696**
AREA/SECCION: consultoría	**CARGO: Urbanismo**

Reflexiona lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuales de las siguientes opciones se relacionan con los objetivos del SGSST:

a.	Prevenir lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo
b.	Proteger y promover la salud
c.	Mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo
~~d.~~	Todas las anteriores

2. Identifique qué lesiones puede sufrir durante la realización de sus labores

a.	Quemadura por calor	~~d.~~	Migrañas	g.	Dolor de espalda
b.	Fractura - Esguince	e.	caída de altura	h.	aplastamiento
~~c.~~	Rasquina en ojos	f.	Mareos	~~i.~~	Infecciones(enfermedades virales)

3. Enumere cuatro (4) normas que Usted debe cumplir para que no se accidente ni se enferme en el trabajo.

Participar de las capacitaciones

Ayudar al SST en lo que solicite

Tener orden

Hacer pausas durante el trabajo

4.Señale los riesgos a los que está expuesto en su trabajo:

caídas, enfermedades pulmonares por polvo, incendio

5. Indique qué hacer en caso de presentarse un AT : avisar a la SST

Recuerde, todos somos responsables de la seguridad al interior de la empresa.





FIRMA DEL TRABAJADOR	**ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN**
CC 74375696	**CC 52223234**

MC ARQUITECTOS	**FORMATO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN/REINDUCCIÓN** **CONTRATO-IDRD-SG-4266-2024 REALIZAR LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TECNICOS DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA PARA LA ADECUACION DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMON BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO**	**Fecha: 15/01/2025** **V1**

NOMBRE: Hector Emilio Zapata Castro	**CEDULA: 79730102**
AREA/SECCION: consultoría	**CARGO: Cadenero**

Reflexiona lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuales de las siguientes opciones se relacionan con los objetivos del SGSST:

a.	Prevenir lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo
b.	Proteger y promover la salud
c.	Mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo
~~d.~~	Todas las anteriores

a.	Quemadura por calor	~~d.~~	Migrañas	g.	Dolor de espalda
b.	Fractura - Esguince	e.	caída de altura	h.	aplastamiento
~~c.~~	Rasquina en ojos	f.	Mareos	~~i.~~	Infecciones(enfermedades virales)

3. Enumere cuatro (4) normas que Usted debe cumplir para que no se accidente ni se enferme en el trabajo.

usar las herramientas adecuadas

no correr durante el trabajo

no trabajar en campo con rayos

hacer pausas activas

4.Señale los riesgos a los que está expuesto en su trabajo:

caídas, lesiones en el cuerpo por golpes o por posturas malas

5. Indique qué hacer en caso de presentarse un AT : reportarlo de manera inmediata al profesional SST

Recuerde, todos somos responsables de la seguridad al interior de la empresa.





FIRMA DEL TRABAJADOR	**ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN**
CC 79730102	**CC 52223234**

MC ARQUITECTOS	**FORMATO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN/REINDUCCIÓN** **CONTRATO-IDRD-SG-4266-2024 REALIZAR LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TECNICOS DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA PARA LA ADECUACION DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMON BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO**	**Fecha: 15/01/2025** **V1**

NOMBRE: Hellen Quiroga Mora	**CEDULA: 52117192**
AREA/SECCION: consultoría	**CARGO: Bienes muebles**

Reflexiona lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuales de las siguientes opciones se relacionan con los objetivos del SGSST:

a.	Prevenir lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo
b.	Proteger y promover la salud
c.	Mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo
~~d.~~	Todas las anteriores

a.	Quemadura por calor	~~d.~~	Migrañas	g.	Dolor de espalda
b.	Fractura - Esguince	e.	caída de altura	h.	aplastamiento
~~c.~~	Rasquina en ojos	f.	Mareos	~~i.~~	Infecciones(enfermedades virales)

3. Enumere cuatro (4) normas que Usted debe cumplir para que no se accidente ni se enferme en el trabajo.

Respetar las senales
Respetar las rutas de emergencia
Trabajar con cuidado para no caerse
Reportar si me accidento

4.Señale los riesgos a los que está expuesto en su trabajo:

incendio, caídas, golpes

5. Indique qué hacer en caso de presentarse un AT : avisar al jefe o SST

Recuerde, todos somos responsables de la seguridad al interior de la empresa.





FIRMA DEL TRABAJADOR	**ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN**
CC 52117192	**CC 52223234**

MC ARQUITECTOS	**FORMATO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN/REINDUCCIÓN** **CONTRATO-IDRD-SG-4266-2024 REALIZAR LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TECNICOS DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA PARA LA ADECUACION DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMON BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO**	**Fecha: 15/01/2025** **V1**

NOMBRE: Juan Guillermo	**CEDULA:** 1088272565
AREA/SECCION: consultoría	**CARGO: Estructura**

Reflexiona lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuales de las siguientes opciones se relacionan con los objetivos del SGSST:

a.	Prevenir lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo
b.	Proteger y promover la salud
c.	Mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo
~~d.~~	Todas las anteriores

2. Identifique qué lesiones puede sufrir durante la realización de sus labores

a.	Quemadura por calor	~~d.~~	Migrañas	g.	Dolor de espalda
b.	Fractura - Esguince	e.	caída de altura	h.	aplastamiento
~~c.~~	Rasquina en ojos	f.	Mareos	~~i.~~	Infecciones(enfermedades virales)

3. Enumere cuatro (4) normas que Usted debe cumplir para que no se accidente ni se enferme en el trabajo.

Tener orden y aseo

No correr

Trabajar teniendo cuidado y atención

Cumplir las normas de evacuación

4.Señale los riesgos a los que está expuesto en su trabajo:

dolroes en el cuerpo, caídas, enfermedades resporaotrias por polvo

5. Indique qué hacer en caso de presentarse un AT : avisar al profesional SST

Recuerde, todos somos responsables de la seguridad al interior de la empresa.





FIRMA DEL TRABAJADOR	**ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN**
CC 1088272565	**CC** **52223234**

MC ARQUITECTOS	**FORMATO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN/REINDUCCIÓN** **CONTRATO-IDRD-SG-4266-2024 REALIZAR LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TECNICOS DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA PARA LA ADECUACION DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMON BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO**	**Fecha: 15/01/2025** **V1**

NOMBRE: Laura Lizarazo	**CEDULA: 1024518623**
AREA/SECCION: consultoría	**CARGO : SST**

Reflexiona lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuales de las siguientes opciones se relacionan con los objetivos del SGSST:

a.	Prevenir lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo
b.	Proteger y promover la salud
c.	Mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo
~~d.~~	Todas las anteriores

2. Identifique qué lesiones puede sufrir durante la realización de sus labores

a.	Quemadura por calor	~~d.~~	Migrañas	g.	Dolor de espalda
b.	Fractura - Esguince	e.	caída de altura	h.	aplastamiento
~~c.~~	Rasquina en ojos	f.	Mareos	~~i.~~	Infecciones(enfermedades virales)

3. Enumere cuatro (4) normas que Usted debe cumplir para que no se accidente ni se enferme en el trabajo.

a) Cumplir con el programa de órden y aseo

b) Participar de las capacitaciones SST

c) Dar soporte al profesional SST en el SGSST

d) Respetar las senales y demarcaciones que indiquen peligro, cuidado, piso mojado, no pase, etc

4.Señale los riesgos a los que está expuesto en su trabajo:

Caídas, malas posturas, químicos, incendio

5. Indique qué hacer en caso de presentarse un AT : reportarlo de manera inmediata al profesional SST

Recuerde, todos somos responsables de la seguridad al interior de la empresa.





FIRMA DEL TRABAJADOR	**ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN**
CC 1024518623	**CC 52223234**

MC ARQUITECTOS	**FORMATO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN/REINDUCCIÓN** **CONTRATO-IDRD-SG-4266-2024 REALIZAR LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TECNICOS DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA PARA LA ADECUACION DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMON BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO**	**Fecha: 15/01/2025** **V1**

NOMBRE: Mario Barragán Aguilar	**CEDULA: 80242054**
AREA/SECCION: consultoría	**Señalética**

Reflexiona lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuales de las siguientes opciones se relacionan con los objetivos del SGSST:

a.	Prevenir lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo
b.	Proteger y promover la salud
c.	Mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo
~~d.~~	Todas las anteriores

2. Identifique qué lesiones puede sufrir durante la realización de sus labores

a.	Quemadura por calor	~~d.~~	Migrañas	g.	Dolor de espalda
b.	Fractura - Esguince	e.	caída de altura	h.	aplastamiento
~~c.~~	Rasquina en ojos	f.	Mareos	~~i.~~	Infecciones(enfermedades virales)

3. Enumere cuatro (4) normas que Usted debe cumplir para que no se accidente ni se enferme en el trabajo.

a) Cumplir con el programa de órden y aseo

b) Participar de las capacitaciones SST

c) Dar soporte al profesional SST

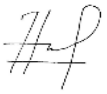
d) Respetar las senales

4.Señale los riesgos a los que está expuesto en su trabajo:

malas posturas, incendios, tropezones

5. Indique qué hacer en caso de presentarse un AT : reportarlo de manera inmediata al profesional SST

Recuerde, todos somos responsables de la seguridad al interior de la empresa.





FIRMA DEL TRABAJADOR	**ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN**
CC 80242054	**CC 52223234**

MC ARQUITECTOS	**FORMATO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN/REINDUCCIÓN** **CONTRATO-IDRD-SG-4266-2024 REALIZAR LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TECNICOS DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA PARA LA ADECUACION DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMON BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO**	**Fecha: 15/01/2025** **V1**

NOMBRE: Mario Raul Cabrera	**CEDULA: 7434052**
AREA/SECCION: consultoría	**Paisajismo**

Reflexiona lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuales de las siguientes opciones se relacionan con los objetivos del SGSST:

a.	Prevenir lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo
b.	Proteger y promover la salud
c.	Mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo
~~d.~~	Todas las anteriores

2. Identifique qué lesiones puede sufrir durante la realización de sus labores

a.	Quemadura por calor	~~d.~~	Migrañas	g.	Dolor de espalda
b.	Fractura - Esguince	e.	caída de altura	h.	aplastamiento
~~c.~~	Rasquina en ojos	f.	Mareos	~~i.~~	Infecciones(enfermedades virales)

3. Enumere cuatro (4) normas que Usted debe cumplir para que no se accidente ni se enferme en el trabajo.

a) Orden y aseo

b) Participar de las capacitaciones SST

c) Ayiudar al profesional SST

d) Respetar lasdemarcaciones

4.Señale los riesgos a los que está expuesto en su trabajo:

caídas, tropezones, dolores musculares por malas posturas

5. Indique qué hacer en caso de presentarse un AT : reportarlo al profesional SST

Recuerde, todos somos responsables de la seguridad al interior de la empresa.





FIRMA DEL TRABAJADOR	**ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN**
CC 7434052	**CC 52223234**

MC ARQUITECTOS	**FORMATO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN/REINDUCCIÓN** **CONTRATO-IDRD-SG-4266-2024 REALIZAR LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TECNICOS DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA PARA LA ADECUACION DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMON BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO**	**Fecha: 15/01/2025** **V1**

NOMBRE: Miguel Eduardo Mora Quevedo	**CEDULA: 2000011964**
AREA/SECCION: consultoría	**CARGO; Eléctrico**

Reflexiona lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuales de las siguientes opciones se relacionan con los objetivos del SGSST:

a.	Prevenir lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo
b.	Proteger y promover la salud
c.	Mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo
~~d.~~	Todas las anteriores

2. Identifique qué lesiones puede sufrir durante la realización de sus labores

a.	Quemadura por calor	~~d.~~	Migrañas	g.	Dolor de espalda
b.	Fractura - Esguince	e.	caída de altura	h.	aplastamiento
~~c.~~	Rasquina en ojos	f.	Mareos	~~i.~~	Infecciones(enfermedades virales)

3. Enumere cuatro (4) normas que Usted debe cumplir para que no se accidente ni se enferme en el trabajo.

Respetar senales

Aviar si me accidento

Respetar demarcaciones

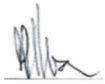
Avisar condiciones inseguras

4.Señale los riesgos a los que está expuesto en su trabajo:

Malas posturas y dolores en el cuerpo, incendio, robo

5. Indique qué hacer en caso de presentarse un AT : avisar al profesional SST

Recuerde, todos somos responsables de la seguridad al interior de la empresa.





FIRMA DEL TRABAJADOR	**ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN**
CC 2000011964	**CC 52223234**

MC ARQUITECTOS	**FORMATO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN/REINDUCCIÓN** **CONTRATO-IDRD-SG-4266-2024 REALIZAR LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TECNICOS DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA PARA LA ADECUACION DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMON BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO**	**Fecha: 15/01/2025** **V1**

NOMBRE: Deisy Natali Vanegas Bautista	**CEDULA: 1073233578**
AREA/SECCION: consultoría	**CARGO: Biología**

Reflexiona lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuales de las siguientes opciones se relacionan con los objetivos del SGSST:

a.	Prevenir lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo
b.	Proteger y promover la salud
c.	Mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo
~~d.~~	Todas las anteriores

2. Identifique qué lesiones puede sufrir durante la realización de sus labores

a.	Quemadura por calor	~~d.~~	Migrañas	g.	Dolor de espalda
b.	Fractura - Esguince	e.	caída de altura	h.	aplastamiento
~~c.~~	Rasquina en ojos	f.	Mareos	~~i.~~	Infecciones(enfermedades virales)

3. Enumere cuatro (4) normas que Usted debe cumplir para que no se accidente ni se enferme en el trabajo.

a) Cumplir con el programa de órden y aseo

b) Participar de las capacitaciones SST

c) Dar soporte al profesional SST en el SGSST

d) Respetar las senales y demarcaciones que indiquen peligro, cuidado, piso mojado, no pase, etc

4.Señale los riesgos a los que está expuesto en su trabajo:

Caidas, malas posturas, químicos por polvos..

5. Indique qué hacer en caso de presentarse un AT : reportarlo de manera inmediata al profesional SST

Recuerde, todos somos responsables de la seguridad al interior de la empresa.

Deisy Vanegas

FIRMA DEL TRABAJADOR	**ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN**
CC 1073233578	**CC 52223234**

MC ARQUITECTOS	**FORMATO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN/REINDUCCIÓN** **CONTRATO-IDRD-SG-4266-2024 REALIZAR LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TECNICOS DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA PARA LA ADECUACION DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMON BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO**	**Fecha: 15/01/2025** **V1**

NOMBRE:Nicolás Pinzón Polania	**CEDULA: 1020786032**
AREA/SECCION: consultoría	**CARGO: Presupuesto**

Reflexiona lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuales de las siguientes opciones se relacionan con los objetivos del SGSST:

a.	Prevenir lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo
b.	Proteger y promover la salud
c.	Mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo
~~d.~~	Todas las anteriores

2. Identifique qué lesiones puede sufrir durante la realización de sus labores

a.	Quemadura por calor	~~d.~~	Migrañas	g.	Dolor de espalda
b.	Fractura - Esguince	e.	caída de altura	h.	aplastamiento
~~c.~~	Rasquina en ojos	f.	Mareos	~~i.~~	Infecciones(enfermedades virales)

3. Enumere cuatro (4) normas que Usted debe cumplir para que no se accidente ni se enferme en el trabajo.

Reportar condiciones inseguras
Reportar piso mojado
Cumplir las senales
Cumplir las demarcaciones

4.Señale los riesgos a los que está expuesto en su trabajo:

Químicos por polvos, virus por gripas

5. Indique qué hacer en caso de presentarse un AT : reportarlo al profesional SST

Recuerde, todos somos responsables de la seguridad al interior de la empresa.





FIRMA DEL TRABAJADOR	**ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN**
CC 1020786032	**CC 52223234**

MC ARQUITECTOS	**FORMATO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN/REINDUCCIÓN** **CONTRATO-IDRD-SG-4266-2024 REALIZAR LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TECNICOS DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA PARA LA ADECUACION DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMON BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO**	**Fecha: 15/01/2025** **V1**

NOMBRE: Paola Andrea Pachon Briñez	**CEDULA: 1073604418**
AREA/SECCION: consultoría	**CARGO: Hidrosanitario**

Reflexiona lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuales de las siguientes opciones se relacionan con los objetivos del SGSST:

a.	Prevenir lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo
b.	Proteger y promover la salud
c.	Mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo
~~d.~~	Todas las anteriores

2. Identifique qué lesiones puede sufrir durante la realización de sus labores

a.	Quemadura por calor	~~d.~~	Migrañas	g.	Dolor de espalda
b.	Fractura - Esguince	e.	caída de altura	h.	aplastamiento
~~c.~~	Rasquina en ojos	f.	Mareos	~~i.~~	Infecciones(enfermedades virales)

3. Enumere cuatro (4) normas que Usted debe cumplir para que no se accidente ni se enferme en el trabajo.

Reportar actos inseguros

Reportar condiciones inseguras

Cumplir SGSST

Asistir a capacitaciones

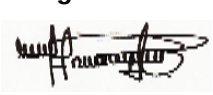
4.Señale los riesgos a los que está expuesto en su trabajo:

Incendio, golpes, caídas

5. Indique qué hacer en caso de presentarse un AT :avisar al profesional SST

Recuerde, todos somos responsables de la seguridad al interior de la empresa.





FIRMA DEL TRABAJADOR	**ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN**
CC 1073604418	**CC 52223234**

MC ARQUITECTOS	**FORMATO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN/REINDUCCIÓN** **CONTRATO-IDRD-SG-4266-2024 REALIZAR LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TECNICOS DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA PARA LA ADECUACION DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMON BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO**	**Fecha: 15/01/2025** **V1**

NOMBRE: Willians Mauricio Beltran Cadena	**CEDULA: 79563001**
AREA/SECCION: consultoría	**CARGO: TOPOGRAFO**

Reflexiona lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuales de las siguientes opciones se relacionan con los objetivos del SGSST:

a.	Prevenir lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo
b.	Proteger y promover la salud
c.	Mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo
~~d.~~	Todas las anteriores

2. Identifique qué lesiones puede sufrir durante la realización de sus labores

a.	Quemadura por calor	~~d.~~	Migrañas	g.	Dolor de espalda
b.	Fractura - Esguince	e.	caída de altura	h.	aplastamiento
~~c.~~	Rasquina en ojos	f.	Mareos	~~i.~~	Infecciones(enfermedades virales)

3. Enumere cuatro (4) normas que Usted debe cumplir para que no se accidente ni se enferme en el trabajo.

Cumplir orden y aseo
Cumplir senales
Reportar condiciones inseguras
Asistir a capacitaciones

4.Señale los riesgos a los que está expuesto en su trabajo:

Caídas, tropezones, resbalones, malas posturas

5. Indique qué hacer en caso de presentarse un AT : reportarlo al profesional SST

Recuerde, todos somos responsables de la seguridad al interior de la empresa.





FIRMA DEL TRABAJADOR	**ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN**
CC 79563001	**CC 52223234**

MC ARQUITECTOS	**FORMATO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN/REINDUCCIÓN** **CONTRATO-IDRD-SG-4266-2024 REALIZAR LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TECNICOS DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA PARA LA ADECUACION DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMON BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO**	**Fecha: 15/01/2025** **V1**

NOMBRE: Wilson Javier Castañeda Garzón	**CEDULA: 80108051**
AREA/SECCION: consultoría	**CARGO: Gestión de riesgos**

Reflexiona lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

1. Señale cuales de las siguientes opciones se relacionan con los objetivos del SGSST:

a.	Prevenir lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo
b.	Proteger y promover la salud
c.	Mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo
~~d.~~	Todas las anteriores

a.	Quemadura por calor	~~d.~~	Migrañas	g.	Dolor de espalda
b.	Fractura - Esguince	e.	caída de altura	h.	aplastamiento
~~c.~~	Rasquina en ojos	f.	Mareos	~~i.~~	Infecciones(enfermedades virales)

3. Enumere cuatro (4) normas que Usted debe cumplir para que no se accidente ni se enferme en el trabajo.

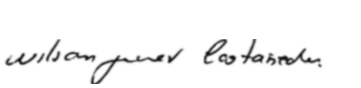
Cumplir con el programa de órden y aseo
Asistir a las capacitaciones SST
Informar piso rebaloso
Informar condiciones inseguras

4.Señale los riesgos a los que está expuesto en su trabajo:

troepzones, caídas, golpes

5. Indique qué hacer en caso de presentarse un AT : reportarlo de manera inmediata al profesional SST

Recuerde, todos somos responsables de la seguridad al interior de la empresa.





FIRMA DEL TRABAJADOR	**ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN**
CC 80108051	**CC 52223234**

Anexo 10. Examenes ocupacionales consultoría

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA NORTE 106 **DIRECCIÓN:**Autopista Norte # 106-93, Pasadena **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 6017464727 - 6017562592 **EMAIL:** citas.norte1@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:** 2025-03-17

Nombres y apellidos: DIANA CAROLINA ROJAS SANCHEZ **CC:** 1000269811
Fecha de nacimiento: 06/07/1982 **Edad:** 43 **Sexo:** FEMENINO
Empresa: MC ARQUITECTOS S A **Fecha ingreso:** 2025-03-17 / 07:05:52
Empresa usuaria: **Fecha salida:** 2025-03-17 / 07:08:08
Cargo: ARQUITECTA SENIOR



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

RECOMENDACIONES:
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA:

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
CONDICIÓN VISUAL:

RESTRICCIONES:
TIPO RESTRICCIÓN: NO

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

DIANA CAROLINA RIPOLL RAMOS
RM: 19856
Firma y sello del médico

Diana Rojas S

DIANA CAROLINA ROJAS SANCHEZ
CC: 53905075
Firma del paciente

Sedes Bogotá:

Sede principal - Sede Centro - Sede Norte 106 - Sede Norte 86 - Sede Norte 83 - Sede Occidente 1 - Sede Occidente 2 - Sede Occidente 3 - Sede Sur - Sede Sur 2 - Sede Zona Franca

Sedes nacionales:

Barranquilla - Buenaventura - Bucaramanga - Cajicá - Cali - Cartagena - Ibagué - Medellín La América - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Motería - Manizales - Pereira - Santa Marta - Villavicencio

Salud Ocupacional Los Andes

SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES LTDA.
Código Prestador: 110010653704
Nit: 830029102-0
Dirección: Carrera 11A N° 97-37
Telefono: 7560686
Email: conceptos@soandes.co
SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

Información General

No. ingreso	349740	**Empresa Contratante**	PARTICULARES
Nombre	ELIECER ALFONSO AREVALO MUÑOZ	**Empresa a Laborar**	MC ARQUITECTOS
Cargo	DIRECTOR	**Tipo de Examen**	PRE - INGRESO
CC	80236962	**Sede**	CHICO
Fecha Ingreso	2025-03-07 09:29:56	**Fecha Salida**	2025-03-07 10:16:20



Examenes Complementarios

Paraclinicos | **Laboratorio Clínico** | **Vacunas**

- EMO Pre Ingreso

Certificación de Aptitud

Apto para Desempeñar Cargo

Concepto de acuerdo al énfasis

OSTEOMUSCULAR | REALIZADO

Recomendaciones Generales

- Control periódico por Promoción y Prevención por EPS
- Control periódico ocupacional
- Hábitos nutricionales saludables
- Ejercicio regular 3 veces / semana
- Control nutricional en EPS

Recomendaciones Especificas Trabajador

Realizar pausas activas durante su jornada laboral.

Recomendaciones Especificas Empresa

Incluir en programas de vigilancia de acuerdo a los riesgos laborales prioritarios para el cargo definidos en la matriz de riesgos de la empresa.

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERÍDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO

Profesional: DIANA MARCELA GUTIERREZ SIABATTO
CC: 52798539
Registro médico: 52798539
Licencia N°: 4666 de 29/04/2019

Firma del trabajador: ELIECER ALFONSO AREVALO MUÑOZ
CC: 80236962

https://armyweb.soandes.co
Si usted necesita verificar la autenticidad de este concepto, envíenos su solicitud al correo: conceptos@soandes.co
PBX: (1)756 0686 / www.soandes.co

GRUPO EMPRESARIAL SERVIR S.A.S.

901.120.583-5

IPS SERVIR

Certificado de Aptitud Laboral
INGRESO
TRABAJO EN ALTURAS



Fecha: 10/Sep/2022, **Hora:** 07:06:55 a.m.
Apellido: CAÑON CELIS **Nombre:** IVAN FERNANDO
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1015420265
Empresa: Particular
Cargo: PROFESIONAL SIG
Direccion: CLL 33 # 34 79 TO 6 APT 603
Telefono: **Celular:** 3214377013 **Email:** **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: Soacha- cundinamarca

HC: # 43589
Edad: 31 años
Sexo: Masculino ♂
Nacim: 04/Nov/1990
Rh: O+

Examenes Realizados

Audiometria, enfasis alturas, Examen Medico Ocupacional Basico, Glicemia, optometría, Osteomuscular, Perfil lipídico

Concepto

Apto Para Trabajos En Alturas
Apto para el cargo

Recomendaciones

Uso de Elementos de Proteccion Personal
Higiene Postural
Pausas Activas
Otras: * ACATAR LAS RECOMENDACIONES DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA.
* USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION SEGUN SU FUNCION LABORAR.
* SE SUGIERE CONTROL ANUAL, CONTINUAR CON HIGIENE AUDITIVA, USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION AUDITIVA (COPAS Y/O INSERCION) * * REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE 30 MIN TRES VECES POR SEMANA/DIETA BALANCEADA/MANTENER UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE.
* CONTINUAR EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES TENIENDO EN CUENTA LO DEFINIDO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

Observaciones

*PACIENTE QUE, A LA FECHA, NO PRESENTA SIGNOS NI SÍNTOMAS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA.

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social, el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa por tal motivo,**la autenticidad del contenido de este cerificado se puede verificar a través de nuestros canales de contacto grupoempresarialservir@gmail.com y confirmando el código QR** ,el titular o la empresa que tiene acceso a este documento se responsabiliza legalmente por cualquier alteración en su contenido .**VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE CERTIFICADO .**

Tatiana Martin
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M 8526/2015
LIC.S.O. 3594/2016

LADY MARTIN.
MEDICO ESPECIALISTA S.O.
Lic. de S.O #: 3594/2016
Registro #: 8526/2015

IVAN FERNANDO CAÑON CELIS
CC 1015420265

Huella Digital

Cra. 9 No. 12 - 44 Soacha
Tel.: 900 21 46
Cel: 312 511 87 55
E-mail: grupoempresarialservir@gmail.com
comercial@servirips.com

GÓMEZ ASOCIADOS
SALUD OCUPACIONAL S.A.S.

Nit. 900388069-8
Licencia: 5461 de 30/11/2020
PBX: 9261915
Dirección: Cra 47 No. 91 – 39 Interior 1, Bogotá
www.gomezasociadosltda.com

CONCEPTO DE APTITUD EN SEGUNDA INSTANCIA

Paciente: FRANCY ALEJANDRA BECERRA FIALLO
Identificación: CC 1022344450
Sexo: F Fecha de Nacimiento: 1988-02-13 Edad: 37 A
Dirección
Teléfono:
Empresa: INDEPENDIENTE
Empresa en misión: M.C ARQUITECTOS S.A
Actividad económica:



EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO RIESGO ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS

Orden No.: 00423962 Fecha apertura: 20250423 08:11:15
Fecha cierre: 20250423 09:55:13
Realizado en: Santa Fe de Bogotá

Cargo u Oficio: PROFESIONAL SOCIAL

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 2346 de 2007 y la Resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las fines legales pertinentes.

EXAMENES REALIZADOS

PULSOXIMETRIA,CREATININA,GLICEMIA,NITROGENO UREICO (BUN),SGOT,SGPT,AUDIOMETRIA,ESPIROMETRIA,EVALUACION PSICOLOGICA (Test),OPTOMETRIA,PERFIL LIPIDICO,EXAMEN MEDICO PARA TRABAJO EN ALTURAS

*RECOMENDACIONES GENERALES

Control médico periódico.
Control optométrico periódico.
Control audiológico periódico.
Pausas activas.
Higiene postural.
Uso de corrección visual permanente.

RECOMENDACION EN AUDIOMETRIA

CONTROL PERIODICO.

RECOMENDACION EN ESPIROMETRIA

Control 6 meses.

RECOMENDACION EN OPTOMETRIA

Control Optometrico Periodico.
Uso de Rx Optica Permanentes.

*RESTRICCIONES LABORALES

NO DEBE REALIZAR LABORES EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS.

*CONCEPTO DE APTITUD LABORAL: APTO PARA TRABAJAR EN SUPERFICIE

Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: KAREN LORENA GUTIERREZ MORENO
Especialidad: ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Licencia S.O.: 5229 DE 2019 Registro No.: 1075242745

Firma del Paciente
Tipo y No. Id: CC 1022344450

Centro Médico de Especialistas Independientes "MEDICAL CENTER"

SERVICIO SOCIAL C.S/Olaya

CARR 21 # 24-80. SUR. OLAYA /Teléf. CM: 3143352462 / NIT: 18590065-3.



CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL ENFASIS EN ALTURA.

RESOLUCIONES 2346 DEL 2007 y 3673 del 2008.

PRE-OCUPACIONAL INGRESO	OCUPACIONAL PERIÓDICO	POST OCUPACIONAL O EGRES.
X		

BOGOTÁ DC 10 DE FEBRERO DEL 2025. CONVENIO:ATS INGENIERIA GEOMATICA NIT:900401223-1 CARGO:CADENERO 1

TRABAJADOR:HECTOR EMILIO ZAPATA CASTRO /IDENTIFICACIÓN: 79.730.102/ EDAD:48 AÑOS/ SEXO: M

EXAMEN REALIZADO: *Ocupacional de INGRESO y de aptitud física para trabajar.*

FINALIDAD DEL EXAMEN: *Establecer el estado de salud del trabajador de acuerdo con los factores de riesgo a los cuales estará expuesto en el cargo a desempeñar.*

SERVICIO: CONSULTA OCUPACIONAL

SEDE/ORDEN:2683/005598

RESULTADO DE EXAMENES PARACLÍNICOS:

1. AUDIOMETRÍA (ESCALA DE LARSEN)				NORMAL			HEMOCLASIFICACION	O+
2. ESPIROMETRÍA (KNUDSON)				NORMAL			PSICOTEST DE ALTURA	NORMAL
3. OPTOMETRIA (OPTEC-2000)				AV DL Y DC 20/20 AO			PRUEBAS NEUROLOGICAS	NORMAL
4. GLICEMIA				NORMAL			OSTEOMUSCULAR	NORMAL
5. CUADRO H - P. LIPIDICO (COLEST- TRIG)				NORMAL			ELECTROCARDIOGRAMA	NORMAL
6.V/F	F/C	65 L/M	PESO	69 Kg	ESTATURA	170CM	T/A	120/80 mmHg

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA:

ALTERACIÓN	CONDICIONES O INTERVENCIONES PARA LIMITAR EL DAÑO	TEMPORAL	*PERMANENTE*
1. VISUAL	NINGUNA		
2. CARDV	NINGUNA		
3. AUDITIVO	NINGUNA		

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL:

1. APTO PARA TRABAJAR EN ALTURA Y ESPACIOS CONFINADOS SIN RESTRICCIONES	X
2. APTO CON RESTRICCIONES	
3. NO APTO	
4. APLAZADO	

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS/USO DE MEDIAS ANTIVARICE PREVENTIVO.
SE SUGIERE RALIZAR AUDIOMETRIA Y OPTOMETRIA OCUPACIONAL UNA VEZ AL AÑO.
USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
OBSERVACION: NO MANIFIESTA SIGNOS Y SINTOMAS RELACIONADOS CON EL SINDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO(SRAS-COV-2)
NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES IDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID-19 SEGÚN CIRCULAR 030 DEL 8 DE MAYO DEL 2020.

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

He comprendido el propósito, beneficios, interpretación y riesgos del examen médico que me van a practicar, garantizo que las respuestas suministradas por mí en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de la información, los autorizo para que den a conocer por cualquier medio la información registrada a la persona o entidad, contemplada en la legislación actual vigente. Hago constar con mi firma, que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

CONFIDENCIALIDAD

El presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de Salud Ocupacional de la empresa contratante del servicio. En concordancia con la RESOLUCION 2346 de julio de 2007, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento.

Dr: JOSE E OLIVERA MESA MEDICO OCUPACIONAL RM: 88099 Y OCUPACIONAL RM 88099	FIRMA DEL TRABAJADOR CC: 79 730 102	HUELLA INDICE DERECHO

Dr. José E. Olivera M.
MEDICINA GENERAL

Centro Médico de Especialistas
Independientes "MEDICAL CENTER"
SERVICIO SOCIAL C.S/Olaya.
CARR 21 # 24-80. SUR. OLAYA /Teléf. CM: 3143352462 NIT 18590065-3

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL.

EXAMEN FISICO:
Paciente normo lineo, orientado en tiempo espacio y persona que deambula sin dificultad, refiere buen estado general, se siente bien y realiza sus necesidades fisiológicas sin dificultad.
Vacunación actualizada para Covid -19.

Mucosas: Normo coloreadas y húmedas.

TCS: No infiltrado.

Aparato Respiratorio: MV- normal no estertores FR: 18 x min.

Aparato Cardiovascular: Ruidos cardiacos audibles rítmicos y bien golpeados, no soplos
Fc: 65 x min. TA: 120/80 mmHg.

Abdomen: Plano, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no tumoración no visceromegalia.

(SOMA): **SISTEMA OSTEOMUSCULAR: Cabeza: cara y cráneo de aspecto y configuración normales. Cuello corto sin adenomegalias. Extremidades superiores e inferiores sin alteraciones.**
No atrofias o hipertrofias, fuerza muscular conservada.
Maniobra de tinel y phanel negativa.

Visiometria: Ambas conjuntivas palpebrales sin alteraciones, conducto naso-lacrimal integro, no opacidades de córnea o cristalino, agudeza visual 20/20.

SNC: Sin alteraciones; no signos meníngeos.
- ✓ Rombert – Simple y Sensibilizado (Negativos)
- ✓ Estrella de Babinsky (Negativo)
- ✓ Porción Vestibular del VIII Par Craneal, sin alteraciones.

***Impresión Diagnostica*: Paciente sano.**
NOTA: Paciente clínicamente sano, sin limitaciones, apto para desempeñar cualquier tipo de trabajo

CONCLUSIONES

1. APTO PARA DESEMPEÑAR SU CARGO	**SI (X)**	**NO ( )**
2. APTO PARA LABORAR EN ALTURAS	**SI (X)**	**NO ( )**

Dr. JOSE E OLIVERA MESA MEDICO OCUPACIONAL RM: 88099 MEDICO GENERAL Y OCUPACIONAL RMP.88099	FIRMA DEL TRABAJADOR CC: 79730202	HUELLA INDICE DERECHO



MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL S.A.S
NIT 900.889.250-5
Profesionales de Salud Ocupacional
CRA 77 33 A 06 SUR. Barrio Kennedy Central.
3828143 - 3015473361

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

No. 7320

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO
11 **DIA**	9 **MES**	2024 **AÑO**	**BOGOTÁ (BOGOTÁ,COLOMBIA)** CIUDAD	**EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS**

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

INDEPENDIENTE	**INDEPENDIENTE**
NOMBRE DE LA EMPRESA	NIT

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN CC. CEDULA DE CIUDADANÍA, CE. CEDULA DE EXTRANJERÍA, TI. TARJETA DE IDENTIDAD, PT. PASAPORTE)

HELLEN QUIROGA MORA	GENERO	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	
APELLIDOS Y NOMBRES	**FEMENINO**	**51 AÑOS**	**C.C** TIPO	**52117192** NÚMERO

CARGO

RESTAURADORA DE BIENES MUEBLES

CONCEPTO:

APTO SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA TRABAJAR EN ALTURAS

OBSERVACIONES:

NINGUNA

RESTRICCIONES LABORALES	**TIPO**	**RECOMENDACIONES**
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

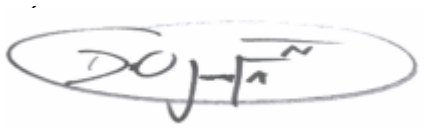
EL CONCEPTO DE APTITUD SE DEFINIÓ A PARTIR DE LOS SIGUIENTES EXÁMENES PRACTICADOS

- EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
- OPTOMETRÍA
- PERFIL LIPÍDICO
- OSTEOMUSCULAR (PRUEBA VESTIBULAR, FUERZA MUSCULAR)
- AUDIOMETRIA
- GLICEMIA

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

1. CAPACITACIÓN EN EJECUCIÓN SEGURA DE SUS TAREAS.
2. HÁBITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLES.
3. AUTOCUIDADO.
4. HIGIENE POSTURAL (ERGONOMIA).
5. PAUSAS ACTIVAS.
6. CAPACITACIÓN EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.
7. CUIDADO, HIGIENE, PROTECCIÓN AMBIENTAL Y RESPIRATORIA, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL, ASI COMO PARA LAS ENFERMEDADES ENDÉMICAS DE LA ZONA DONDE LABORE

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor abajo mencionado a realizar mi examen médico registrado en este documento. El doctor abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría indada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado.Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento



PROFESIONAL: OSCAR JAVIER RUIZ NEGRETTE

ASPIRANTE O TRABAJADOR
FIRMA

REGISTRO 1798-1990 2552 SST.

HELLEN QUIROGA MORA

CC 52117192

MEDIPAZ IPS

NIT. 830.136.311-5

MEDIPAZ IPS

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

(TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS)

FECHA: 06/10/2024

TIPO DE EXAMEN: **INGRESO** [X] **PERIODICO** [ ] **RETIRO** [ ]

INFORMACION GENERAL:

NOMBRE DEL TRABAJADOR: JUAN GUILLERMO ARDILA VALENCIA **Sexo:** [M]

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.C. [X] **T.I.** [ ] **C.E** [ ] **NUMERO:** 1.088.272.565 **Edad:** 35 AÑOS

EPS: Suramericana **Cargo:** Director Estructural

EMPRESA: PARTICULAR **NIT:** 901232267-3

RESULTADO EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

EXÁMEN REALIZADO	RESULTADO	OBSERVACIONES
GLICEMIA	NORMAL	
PERFIL LIPIDICO	NORMAL	
PSICOTEST DE ALTURAS	NORMAL	
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL	
AUDIOMETRIA (ESCALA LARSEN)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL	
ESPIROMETRIA (KNUDSON)	SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL	
VISIOMETRIA (OPTEC-2000)	SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL	
PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS	SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL	
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS EN ALTURAS	SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL	

HEMOCLASIFICACION	A +	**ESTATURA**	1.77 CM	**PESO**	80 KG

CONCLUSIONES

1. RECOMENDACIONES: Remisión EPS – IPS **SI** [ ] **NO** [X] **Tratamiento:** **SI** [ ] **NO** [X] **¿Cuál?**_____

2. Otras Recomendaciones: REALIZAR PAUSA ACTIVA, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, HÁBITOS DE HIGIENE POSTURALES ADECUADOS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL, AUDITIVA Y PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL, SEGUIR PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO SEGURO-CAPACITACIONES SEGÚN CARGO, HACER PERIÓDICAMENTE LOS EXÁMENES DE VALORACIÓN OCUPACIONAL.

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL OFICIO

EXAMEN DE INGRESO
APTO PARA EL CARGO [X] **APTO PARA TRABAJAR ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS** [X] **APTO CON RESTRICCIONES** [ ]
NO APTO [ ]
OBSERVACIONES:
EXAMEN PERIODICO
APTO PARA CONTINUAR DESEMPEÑANDO EL CARGO **SI** [ ] **NO** [ ] **REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL** **SI** [ ] **NO** [ ]
APTO PARA TRABAJAR ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS [ ]
OBSERVACIONES:
EXAMEN DE EGRESO
¿Se encuentran alteraciones clínicas con respecto al examen de ingreso? **SI** [ ] **NO** [ ] **CUAL:**
¿Estas alteraciones afectan la futura capacidad laboral del trabajador? **SI** [ ] **NO** [ ]

RECOMENDACIONES: USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.

NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES SEGUN CIRCULAR 030 DEL 2020.

Valoración médica ***ocupacional y paraclínicos según resolución N° 4272 de 2021 El examinado CERTIFICA que no omitió ningún dato sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta.***

Responsable: Dra. Karen Liseth Ibañez Hernández
Medico esp. En salud ocupacional
RM: 1144147508
Universidad libre de Cali
Licencia salud ocupacional
1436-19
Cali

FIRMA DEL ESPECIALISTA

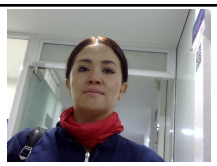
Declaración de CONFIDENCIALIDAD: el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de salud Ocupacional. En constancia con la RESOLUCIÓN 2346 de julio de 2017, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento

Nit. 900388069-8
Licencia: 5461 de 30/11/2020
PBX: 9261915
Dirección: Cra 47 No. 91 – 39 Interior 1, **Bogotá**
www.gomezasociadosltda.com

CONCEPTO DE APTITUD

Paciente: LAURA ANGELICA LIZARAZO ESCOBAR
Sexo: F Fecha de Nacimiento: 1991-06-08 Edad: 32 A
Dirección
Empresa: VERTISUB COLOMBIA SAS
Empresa en misión: VERTISUB COLOMBIA SAS
Actividad económica:

Identificación: CC 1024518623
Teléfono:



EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO RIESGO ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS

Orden No.: 00425288 Fecha apertura: 20240509 06:22:50
Fecha cierre: 20240509 08:23:17
Realizado en: Santa Fe de Bogotá

Cargo u Oficio: DIRECTOR CERM GESTOR SST

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 2346 de 2007 y la Resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las fines legales pertinentes.

EXAMENES REALIZADOS

PULSOXIMETRIA,CREATININA,GLICEMIA,NITROGENO UREICO (BUN),SGOT,SGPT,AUDIOMETRIA,ESPIROMETRIA,PRUEBA PSICO - SENSOMETRICA ,EVALUACION PSICOLOGICA (Test),OPTOMETRIA,PERFIL LIPIDICO,EXAMEN MEDICO PARA TRABAJO EN ALTURAS

RECOMENDACIONES LABORALES	MANEJO POR EPS	MANEJO POR ARL	HABITOS Y ESTILOS DE VIDA	INCLUIR EN PVE
Control médico periodico. Control optometrico periodico. Higiene postural Pausas activas cada 2 horas	No.	No.	No.	No.

RECOMENDACION EN AUDIOMETRIA

CONTROL PERIODICO.

RECOMENDACION EN ESPIROMETRIA

Control anual.

RECOMENDACION EN OPTOMETRIA

Control Optometrico Periodico.

RESTRICCIONES LABORALES

No.

CONCEPTO DE APTITUD: SIN RESTRICCION PARA LABORES EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS

APTITUD PARA TAREAS ESPECIFICAS: SIN RESTRICCION PARA CONDUCIR

Lorena Garcia

Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: LORENA JULIETH GARCIA SIERRA
Especialidad: ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SALUD OCUPACIONAL
Licencia S.O.: 11161 de 20/09/2017 Registro No.: 255510/2011

Firma del Paciente
Tipo y No. Id: CC 1024518623

Salud Ocupacional y Medicina General

Carlos Bernal Sierra NIT 80086785-3

Carrera 8 # 12 - 21 oficina 501 - Bogotá

Cel. 312 454 8354



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 4.520

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
20 DÍA	01 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

CABRERA PINZON MARIO ANDRES	Genero: MASCULINO	Edad: 42 AÑOS 0 MESES 16 DÍAS	Documento de Identificación: CC (Tipo) 80087073 (Número)
Apellidos y Nombres	Teléfonos		

Cargo
GERENTE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) **N/A**

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : MEDICINA GENERALA ANUAL	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: BERNAL SIERRA CARLOS EDUARDO

R. M.: 86140 -2010 L.S.O.: 5128

Código de Seguridad
A367G1M4520

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CABRERA PINZON MARIO ANDRES

CC: 80087073

Cendiatra

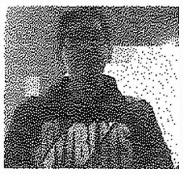
CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA NORTE 106 | **DIRECCIÓN:**Autopista Norte # 106-93, Pasadena | **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 6017464727 - 6017562592 | **EMAIL:** citas.norte1@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2023-09-15

Nombres y apellidos: MARIO ANDRES BARRAGAN AGUILAR
Fecha de nacimiento: 11/03/1982
Empresa: INDEPENDIENTE
Empresa usuaria:
Cargo: INDEPENDIENTE

CC: 80242054
Edad: 41
Sexo: MASCULINO
Fecha ingreso: 2023-09-15 / 12:13:32
Fecha salida: 2023-09-15 / 12:16:58



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

RECOMENDACIONES:
NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA:

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
CONDICIÓN VISUAL:

RESTRICCIONES:
TIPO RESTRICCIÓN: NO

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

DIANA CAROLINA RIPOLL RAMOS
RM: 19856
Firma y sello del médico

MARIO ANDRES BARRAGAN AGUILAR
CC: 80242054
Firma del paciente

CM54 CHAPINERO

Centro Médico 54
especialistas en salud ocupacional

CRA. 13 # 49 - 15 PISO 2, TELEFONO:3403402,
FAX:3231186, BOGOTA

CERTIFICADO DE APTITUD PARA EXAMEN INGRESO

BOGOTA, Junio 17 de 2023



NOMBRE DEL ASPIRANTE	MARIO RAUL CABRERA MANRIQUE
CEDULA	7434052
CARGO	GERENTE
HORA DE APERTURA HISTORIA CLINICA	07:42
HORA CIERRE HISTORIA CLINICA	10:02
EMPRESA CLIENTE/SUBCLIENTE	MC ARQUITECTOS S.A.
EXAMENES	TRIGLICERIDO, EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL, COLESTEROL TOTAL, GLICEMIA, VESTIBULAR, AUDIOMETRIA, VISIOMETRIA
AYUDAS DIAGNOSTICAS PRACTICADAS	**TRIGLICERIDO**:NORMAL, **COLESTEROL TOTAL**:NORMAL, **GLICEMIA**:NORMAL, **VESTIBULAR**:NORMAL, **AUDIOMETRIA**:NORMAL, **VISIOMETRIA**:ACEPTABLE PARA EL CARGO

HACEMOS CONSTAR QUE, EN LA FECHA EXAMINAMOS AL ASPIRANTE SUSCRITO, CON EL SIGUIENTE CONCEPTO FINAL, DE ACUERDO AL CARGO.

APTO (A) PARA TRABAJO

Restricciones
USO DE GAFAS PARA VISION DE CERCA

Observaciones
[INGRESAR A PVE, EXAMENES: VISUAL]

PAUSAS ACTIVAS, USO EPP, HABITOS DE VIDA SALUDABLES, EJERCICIO FRECUENTE, VALORACION POR EPS

JUAN JOSE REATIGA HERNANDEZ
REGISTRO MEDICO No 14791
LICENCIA SALUD OCUPACIONAL 4261/2006

De conformidad con lo contemplado en las resoluciones 2346 de 2007, 1918 de 2009 y 1409 de 2012, El presente documento, forma parte de la historia clínica ocupacional y su custodia y disponibilidad para los fines legales pertinentes será responsabilidad de nuestra institución.

CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL BOYACÁ
UNIDAD MUNICIPAL DUITAMA

NIT: 800044364-7

CONTACTOS
7610659 - 3108521096
duitama@cruzrojacolombiana.org
Carrera 16 A # 10 - 26
Duitama (Boyacá)

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL



PACIENTE: GERMAN MAURICIO FONSECA BARRERA			**GÉNERO:** Masculino
TIPO IDENTIFICACIÓN: CC	**NÚMERO IDENTIFICACIÓN:** 74375696	**FECHA NACIMIENTO:** 20/06/1980	**EDAD:** 42 año(s) 11 mes(es) 12 día(s)
EMPRESA CONTRATANTE: UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA			**TIPO EXAMEN:** Ingreso
CARGO DESEMPEÑAR: ARQUITECTO	**JORNADA TRABAJO:** Diurno		**FECHA:** 01/06/2023

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

1. RECOMENDACIONES GENERALES

							Ninguna
	1.1. Remisión a EPS		1.3. Completar esquema vacunación		1.5. Suspender tabaquismo		1.7. Control de peso y nutrición
	1.2. Continuar manejo médico	X	1.4. Inicio o continuar actividad física		1.6. Reducir consumo de alcohol		1.8. Otras

2. RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

							Ninguna
	2.1. Calificación de origen		2.4. Ingreso programa vigilancia epidemiológica	X	2.7. Pausas activas	X	2.9. Uso diario de bloqueador solar
	2.2. Recomendaciones para el manejo de cargas	X	2.5. Uso de elementos de protección personal	X	2.8. Uso de corrección visual		2.10. Otros
	2.3. Seguimiento por ARL	X	2.6. Pautas ergonómicas				

3. RESTRICCIONES

						X	No Aplica
	3.1. Trabajo en alturas > 1.5 mts		3.4. Trabajos en temperaturas bajas		3.7. Trabajo en espacios confinados		3.10. Cargas
	3.2. Trabajo en altitudes > 2.500 mts		3.5. Trabajo en temperaturas altas		3.8. Para conducción de vehículos		3.11. Viajes
	3.3. Trabajos en ambientes hiperbáricos		3.6. Trabajos con riesgo eléctrico		3.9. Manipulación de alimentos		3.12. Otros

4. CONCEPTO MÉDICO

Tipo Examen: _X_ Ingreso ___ Periódico ___ Retiro ___ Post Incapacidad ___ Cambio Cargo ___ Trabajos Especiales

X	Concepto Sin Restricciones para el cargo	Sin Restricciones para trabajo eléctrico	Requiere evaluar reubicación laboral	Sin restricción para continuar su labor actual
	Concepto Con Restricciones para el cargo (ver restricciones)	Sin Restricciones para trabajo en temperaturas extremas	Requiere nueva valoración	Sin diagnóstico de enfermedad laboral
	Aplazado	Sin Restricciones para trabajo en espacios confinados	Satisfactorio	Presenta patologías que requieren calificación de origen EPS / ARL
	Sin Restricciones para manipulación de alimentos	Sin Restricciones para Conducción de Vehículos / Operación de Maquinaria	Enfermedades de origen común	Secuela de accidente de trabajo / enfermedad laboral
	Sin Restricciones para trabajo en alturas			

5. EXÁMENES REALIZADOS

	Examen Físico	Rx Tórax	Perfil Lipídico	TSH	Frotis Faringeo
X	Examen Físico con Énfasis Osteomuscular	Rx Columna Lumbo Sacra	Perfil Hepático	Serología	KOH Uñas
	Audiometría	Cuadro Hemático	Perfil Renal	Ácido Úrico	Coprológico
	Optometría	Glicemia	Frotis Sangre Periférica	Tamizaje Drogas	Baciloscopia
	Espirometría	Electrocardiograma	Hemoclasificación	Alcohol	Psicología
	Visiometría	Parcial de Orina	Espermograma	Colinesterasa	Otro

6. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

1. CONTINUAR CON USO DE GAFAS PERMANENTES.
2. VALORADO SIN EXAMENES.

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada el día de hoy y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante. El paciente firmó la historia clínica como constancia de haber comprendido las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre su estado de salud y de recibir la información que puede obtener la copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

FUNCIONARIO RESPONSABLE:

Dra. Nubia Patricia Cuy
Especialista en Salud Ocupacional
RM: 13026-12

NUBIA PATRICIA CUY BARON
Medicina especializada, Medicina Ocupacional
Registro Profesional: 13026-12

PACIENTE:

GERMAN MAURICIO FONSECA BARRERA



Nawan Soft
www.nawansoft.com

Powered by CamScanner

OCUPACIONAL SALUD

NIT. 4512476-3

CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL



FECHA: 10 DE ENERO 2025

NOMBRE: MIGUEL EDUARDO MORA QUEVEDO

CC/ID: 2000011964

Tipo de Examen: INGRESO: [ ] PERIÓDICO: [X] TRABAJO EN ALTURAS [X]

INFORMACION GENERA

EMPRESA: EV MAS S.A.S

NIT: 900975240-1 CARGO: INGENIERO ELECTRICISTA

RESULTADO EXÁMENES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

OPTOMETRÍA	NORMAL	COLESTEROL SI
ESPIROMETRÍA	NORMAL	TRIGLICERIDOS SI
ELECTROCARDIOGRAMA	NORMAL	GLICEMIA SI
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL	QUÍMICA PARÁMETROS NORMALES SI
HEMOCLASIFICACIÓN **O+**	**ESTATURA: 1,72 /PESO: 90KL**	AUDIOMETRÍA NORMAL

CONCLUSIONES

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL OFICIO

EXÁMEN DE INGRESO	SI	NO	EXÁMEN PERIÓDICO	SI	NO
APTO SIN RESTRICCIONES			APTO PARA SEGUIR DESEMPEÑANDO EL CARGO	X	
APLAZADO			REQUIERE DE RESTRICCIONES DE ACTIVIDADES		X
APTO CON RESTRICCIONES			REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL TEMPORAL		X
EXÁMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL			REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL PERMANENTE		X
APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS			PRESENTA ALTERACIÓN EN SALUD		X
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	**X**		REMISIÓN A EPS		X

EXÁMEN DE RETIRO	SI	NO
e encuentran alteraciones clínicas con respecto al examen de ingreso?		**X**
Estas alteran la futura capacidad laboral del trabajador?		**X**

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRABAJADOR

Autorizo al doctor(a) mencionado(a) a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento, me han informado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido que analizar los beneficios y la interpretación de limitación y riesgo del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas de proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por este examen son completas y verídicas, la información registrada en este documento para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido lo anterior y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Se autoriza al trabajador para laborar, en alturas y espacios confinados según resultados del cuestionario, valorización médica ocupacional y paraclínicos según resolución N° 4272 del 23 de Julio de 2021

SI(X) NO( )

PACIENTE APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS (SI)

Javier Moreno Ramos
Especialista en Salud Ocupacional
Licencia RM 3235/2017

FIRMA DEL MÉDICO

FIRMA DEL PACIENTE

Transv. 74F No. 40B-06
Cel.: 313 892 4481
asesoria@ocupacionalsalud.com
Verificaciones:
www.ocupacionalsalud.com

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



EXÁMENES PARA:
SALUD OCUPACIONAL
LABORATORIO CLÍNICO
LICENCIA DE CONDUCCIÓN

CRC PROFESIONALES DE LA SALUD VILLA MAYOR
NIT: 900708180-2

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1073233578-68055

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	23/09/2024 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	DEISY NATALY VANEGAS BAUTISTA	**Identificación:**	1073233578
Género	FEMENINO **Edad:** 35	**Teléfono**	**Móvil:** 3028667428
Fecha Nacimiento:	06/11/1988	**Cargo:**	BIOLOGA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	SANITAS S.A.
Dirección	CLL 23 11 C 03 SAN GABRIEL	**ARL:**	SEGUROS BOLIVAR S.A.
Escolaridad:	ESPECIALIZACION	**AFP:**	COLPENSIONES
Empresa	PARTICULAR		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL

ENFASIS CARDIOVASCULAR: ADECUADO FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA, SIN EVIDENCIA DE ALTERACIONES.
ENFASIS MUSCULO-ESQUELETICO: ADECUADO FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA, SIN EVIDENCIA DE ALTERACIONES.
ENFASIS DERMATOLÓGICO: ADECUADO FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA, SIN EVIDENCIA DE ALTERACIONES DE PIEL FANERAS.
ENFASIS RESPIRATORIO: ADECUADO FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA, SIN EVIDENCIA DE ALTERACIONES.
HIGIENE POSTURAL, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS.
DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS. EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA 1 HORA AL DÍA.

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

Observaciones: ESTE EXAMEN SE REALIZA EN CONDICIONES DE REPOSO. NO SE EVIDENCIA LIMITACIÓN O RIESGO PARA QUE EL TRABAJADOR REALICE MOVIMIENTOS REPETITIVOS PROLONGADOS. EVALUACION CON ENFASIS EN ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

Información de Remisiones

NO

En la fecha, yo, mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a la IPS para realizarme los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales y a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el Informe de Condiciones de Salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a la IPS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos. Las respuestas dadas por mi están completas y son verídicas. Firmo para constancia.

Dr. Alexei Rodríguez Bernal
Médico Especialista SST
RM. 1024455
Lic. SO. 346 12/01/2023

CRC PROFESIONALES DE LA SALUD VILLA MAYOR SAS
Nit. 900.708.180 - 2
Transv. 35 # 32B - 36 Sur
Tels. 713 86 36 - 861 45 05

ALEXEI RODRIGUEZ BERNAL
346 12/01/2023 1024455
Médico Especialista en Salud Laboral

DEISY NATALY VANEGAS BAUTISTA 1073233578
Firma y cédula del Paciente

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

Dirreción: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: contactenos@cendiatra.com

Cendiatra

SEDE	CENDIATRA NORTE 86	**DIRECCIÓN**	Bogotá D.C. Autopista Norte No. 86 - 65 , Barrio Polo Club
TELÉFONO	7680025 - 3904798	**EMAIL**	citas.norte86@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2022-08-26	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	NICOLAS PINZON POLANIA			Identificación CC	Nro 1020786032
Fecha de Nacimiento	1993-10-16	**Edad**	28	**Sexo**	M
Empresa	MC ARQUITECTOS S A				
Cargo	DIRECTOR DE PRESUPUESTO				
Fecha Ingreso	2022-08-26 07:24:14	**Fecha Salida**	2022-08-26 07:33:32		

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

CONCEPTO_DE_APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD — SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

OTRAS: — NO PRESENTA

SE_SUGIERE_CONTROL_PROGRAMAS_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA

OTROS — NO PRESENTA

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

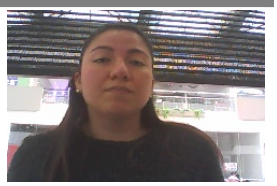
Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

Dra. T. Johanna Yepes G.
Médico Especialista RL/SST
Licencia No. 6347

TARIN JOHANNA YEPES GUERRERO
RM: 52140749
Firma y sello del médico

NICOLAS PINZON POLANIA
CC 1020786032
Firma del trabajador

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



FisioKine IPS
Especialistas en seguridad y salud en el trabajo

FISIOKINE IPS SAS
NIT: 900952226-7

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1073604418-123861

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	30 oct. 2023 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	PERIODICO
Paciente:	PAOLA ANDREA PACHON BRIEZ	**Identificación:**	1073604418
Género	FEMENINO **Edad:** 31	**Teléfono**	NO REPORTA **Móvil:** 3114462808
Fecha Nacimiento:	13/07/1992	**Cargo:**	COORDINADOR (A)
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	CARRERA 106 A # 7 F 29	**ARL:**	
Escolaridad:	PROFESIONAL	**AFP:**	PORVENIR S.A.
Empresa	INGENIERIA CONSTRUCCIONES Y DISEÑOS SAS	**Área: No Reporta**	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
OPTOMETRIA	ACTUAALIZAR X
EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES, EJERCICIO MODERADO AL MENOS 3 VECES X SEMANA, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, VX X NUTRICION EPS., ENFASIS EN EL USO PERMANENTE DE FORMULA VISUAL ACTUALIZADA DURANTE LA JORNADA LABORAL, USO DE CORRECCIÓN VISUAL PARA LEER Y AL LABORAR

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO SATISFACTORIO ,PUEDE CONTINUAR CON SUS FUNCIONES

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

Información de Remisiones

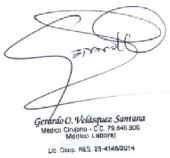
NO

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE.

'OBSERVACIÓN

CONSIDERACIONES ESPECIALES DE HISTORIA OCUPACIONAL EN PANDEMIA POR EL CORONAVIRUS:
La presente evaluación médica ocupacional que se realiza durante la pandemia por COVID 19, se lleva a cabo de forma integral, teniendo en cuenta la encuesta de síntomas, presencia de signos y síntomas respiratorios agudos y verificación de antecedentes de patología o condiciones que lo enmarquen en una población de manejo especial o de mayor riesgo de complicación en caso de sufrir la infección, en concordancia con lo que establecen las resoluciones 464 y 666 de 2020 y lo definido en la circular No 30 de 2020, del ministerio de salud y protección social"cualquier hallazgo significativo encontrado en relación a la actual problemática de salud pública se ampliará en el certificado médico, con el objeto de definir su estado e implicaciones ocupacionales. Esta valoración no garantiza que a futuro el trabajador no padezca la enfermedad. En caso de presentar algún síntoma al respecto será pertinente realizar una nueva valoración médica en su entidad de salud.Por todo lo anterior se recomienda implementar las medidas generales y específicas según proceso productivo y sector económico, en el marco del programa de bioseguridad de cada empresa y en atención a los lineamientos de autoridades competentes como ministerio de trabajo y seguridad social.
Es de vital importancia para protegernos del coronavirus:
-Lavar nuestra manos regularmente con abundante agua y jabón
-Usar tapabocas permanentemente
-Evitar tocarse la cara después de tener contacto con superficies contaminadas o personas enfermas
-Limpiar constantemente las superficies con las que tenemos contacto
-Mantener una distancia NO inferior a 1 metro y medio
-No salude de beso ni de la mano evite el contacto físico
-Descargue el aplicativo CORONAPP-COLOMBIA para recibir información personalizada.
-Si tiene los siguientes síntomas : fiebre,tos,dificultad para respirar,dolor para tragar notifiquelo a su empleador y a su EPS. Es ideal que se aisle preventivamente.

CONSENTIMIENTO INFORMADO
Las Evaluaciones Medicas Ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las prueba complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que si he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, Autorizo a la IPS. Para realizarme lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometría, audiometría, optometría/visiometría, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales; y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes. Certifico que he suministrado información clara, completa y veraz sobre mi estado de salud.'



GERARDO VELASQUEZ SANTANA

Médico Especialista en Salud Laboral 46450-96 SALUD META 25-4146/20

PAOLA ANDREA PACHON BRIEZ 1073604418

Firma y cédula del Paciente

Certificado de Aptitud Laboral
Periodico



Fecha: 17/Jul/2024, **Hora:** 06:41:59 a.m.
Apellido: URIBE SARDIÑA **Nombre:** ALFONSO
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 79154597
Empresa: ALFONSO URIBE S & CIA S A
Cargo: GERENTE GENERAL
Direccion: AV KR 72 236 35
Telefono: 3153595944 **Celular:** 3153595944 **Email:** **Estado Civil:** Casado
Ciudad: BOGOTA D.C. - SUBA
IPS que Atendio: VIDASEGUTIDAD, **Ciudad de Atención:** BOGOTA D.C. - USAQUÉN

HC: # 42253
Edad: 62 años
Sexo: Masculino ♂
Nacim: 01/Jul/1962
Rh: O+

.

Examenes Realizados

Audiometria tamiz	Optometria	Espirometria	Glicemia	Perfil lipidico	Examen medico ocupacional enfasis osteomuscular y altura

Recomendaciones Especificas

S.V.E.

* énfasis en protección auditiva
* Corrección óptica permanente
* Seguimiento pve salud auditiva

Estilo de Vida Saludable

Medicas

Laborales

* Cumplir con todas las capacitaciones y certificaciones de ley para trabajo en alturas (resolución 4272 de 2021)
* Condicionado al uso de corrección visual para labores, control de optometria anual
* Valoración ocupacional periódica

Concepto

☑ Paciente puede realizar actividades del cargo

☑ Paciente puede realizar trabajos en alturas

DR. OSCAR DAZA MESTRE
Médico Especialista en Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo
RM 055316
LIC 375 de 23/01/2021

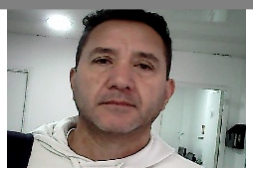
Oscar jose daza mestre
Medico ocupacional
Lic. de S.O #: 375-23/01/2021
Registro #: 055316/2014

Alfonso uribe sardiña
CC 79154597



Huella
Digital

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



BIENESTAR Y SALUD EMPRESARIAL SAS
NIT: 900462772-4

OSTEOMUSCULAR
Certificado de aptitud: 79563001-187356

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	12 nov. 2024 - BOGOTA D.C - BOGOTA, DISTRITO CAPITAL	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	WILLIANS MAURICIO BELTRAN CADENA	**Identificación:**	79563001
Género	MASCULINO **Edad:** 53	**Teléfono**	NO REPORTA **Móvil:** 3108119770
Fecha Nacimiento:	18/02/1971	**Cargo:**	PILOTO
Estado Civil:	CASADO(A)	**EPS:**	FAMISANAR
Dirección	CRR 65 22A 43	**ARL:**	SURA
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	**AFP:**	COLPENSIONES
Empresa	SMART SALUD SAS		
		AREA: OPERATIVA	
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	ATS INGENIERIA SAS		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	REALIZADO
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL
MEDICINA OCUPACIONAL	PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA. VALORACION OTORRINOLARINGOLOGIA EN SU EPS. UTILIZAR PROTECCION AUDITIVA EN CASO DE ESTAR EXPUESTO A RUIDO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA EL CARGO

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

VISUAL		PPyP
NUTRICIÓN	-	PPyP
AUDITIVO	-	PPyP

Información de Remisiones

OPTOMETRÍA
OTORRINOLARINGOLOGIA

'En la fecha, yo, mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna í-ndole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clí-nicos y paraclí-nicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a la IPS para realizarme los exámenes clí-nicos y paraclí-nicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales y a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el Informe de Condiciones de Salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a la IPS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos. Las respuestas dadas por mi están completas y son verí-dicas. Firmo para constancia.

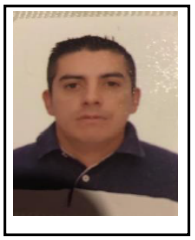
Nota: Dando cumplimiento a las disposiciones legales , Ley 1581 de 2012 (protección de datos personales), Ley 1266 de 2008 (Habeas Data) y Ley 1273 de 2009 (Protección de la Información y de los datos), declaro en mi calidad de usuario de la IPS BIENESTAR Y SALUD EMPRESARIAL - BYSE, que he sido informado y conozco de manera clara y expresa la finalidad con que se recopilan mis datos y autorizo expresamente a que la presente entidad conozca, actualice , corrija o suprima la información entregada, por lo que los datos recopilados serán tratados de manera confidencial y exclusivamente para los propósitos relacionados con los trámites y servicios que presta la entidad'

Médico Especialista en Salud Laboral
JORGE ENRIQUE GOMEZ TABARES
LSO4553 DE 2023 RM80425418

Firma y cédula del Paciente
WILLIANS MAURICIO BELTRAN CADENA
79563001

REYVELT
MEDICINA ESPECIALIZADA
Cuidamos De Tu Salud Laboral!

Nit: 900.868.701-5
SEDE NORTE: Cll. 85 A No 22-32
SEDE SUR: Cra. 60 No 11-14 L 4-5
Teléfonos: 7 020903 - 3 001465 - 7 435740
comercial@reyvelt.com - info@reyvelt.com
www.reyvelt.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 194.947

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
29 DÍA	12 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

WILSON JAVIER CASTAÑEDA GARZON	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	43 AÑOS 5 MESES 1 DÍAS	CC	80108051
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
PROFESIONAL DE GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CONDICIÓN DE SALUD ADECUADA PARA DESEMPEÑAR LOS REQUERIMIENTOS DE LA TAREA Y DEL PERFIL DEL CARGO.

Observaciones: *NO APLICA*

SI	APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

OPTOMETRIA OCUPACIONAL	✓	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	✓
AUDIOMETRIA OCUPACIONAL	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓

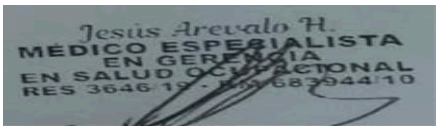
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN PROLONGADA		PRACTICAR HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA EN SU EPS		

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

- EVITAR EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS O DE SUSTANCIAS QUE AFECTEN LA HABILIDAD AL VOLANTE.
- REVISAR DE MANERA PERIÓDICA EL ESTADO DEL VEHÍCULO.
- USAR GAFAS CON FILTRO UV PARA EVITAR ALTERACIÓN Y CANSANCIO VISUAL POR RADIACIONES SOLARES.
- REALIZAR PAUSAS ACTIVAS QUE LE PERMITAN DISMINUIR LA TENSIÓN DE LAS ARTICULACIONES Y LOS MÚSCULOS.
- CAMBIÉ CONSTANTEMENTE EL PUNTO DE ENFOQUÉ SOBRE LA CARRETERA, ESTO IMPIDE EL MAREO Y LA SENSACIÓN DE SUEÑO.
- CONDUZCA PREFERIBLEMENTE CON LA VENTANILLA CERRADA.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma: 

Nombre: AREVALO HERNANDEZ JESUS DAVID

R. M.: 723457330 **L.S.O.:** 3646/08/2019

Código de Seguridad
J652P1V194947

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: WILSON JAVIER CASTAÑEDA

CC: 80108051

Anexo 10.1. Seguimiento EMO interventoria

SOLIUN	SEGUIMIENTO DE EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES	Código	SST-FR-010
		Versión	1
		Fecha elaboración:	27/01/2025

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FECHA DE EXAMEN	TIPO DE EXAMEN	CONCEPTO	RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES	RESTRICCIONES LABORALES	PROGRAMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	ACCIÓN	SEGUIMIENTO
1	Edna Cepeda	Directa interventoria	22/11/2023	PERIODICO	SATISFACTORIO PUEDE CONTINUAR DESEMPAÑANDO SU LABOR	ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:: MEDICINA GENERAL VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: ANUAL	NINGUNA	CONDICIÓN VISUAL: PREVENCIÓN DE ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES:	NINGUNA	PROFESIONAL VINCULADO POR PRESTACION DE SERVICIOS VIGENCIA EXAMEN TRES AÑOS VENCIMIENTO: 22/1/2026
2	Carlos Figueroa	Especialista transito	11/12/2023	PERIODICO	SATISFACTORIO	NINGUNA	NINGUNA	CONTINUAR CON USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTES , SE RECOMIENDA ACTUALIZARLAS CONTROL ANUAL	NINGUNA	PROFESIONAL ADMINISTRATIVO VIGENCIA EXAMEN DOS AÑOS VENCIMIENTO: 11/12/2025
3	Carlos Vasquez	Especialista en urbanismo	18/03/2024	PRE INGRESO	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	VALORACIÓN OPTOMÉTRICA:	NINGUNA	CONDICIÓN VISUAL	NINGUNA	PROFESIONAL VINCULADO POR PRESTACION DE SERVICIOS VIGENCIA EXAMEN TRES AÑOS VENCIMIENTO: 18/03/2027
4	Gustvao Barreto	Especialista en paisajismo	18/06/2024	INGRESO	APTO	1. HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA 2. PAUSAS ACTIVAS DE DESCANSO 3 EJERCICIO 4. CONTROL PERIODICO EPS 5. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL 6. USO DE CORRECCION VISUAL	NINGUNA	NO PRESENTA	NINGUNA	PROFESIONAL VINCULADO POR PRESTACION DE SERVICIOS VIGENCIA EXAMEN TRES AÑOS VENCIMIENTO: 18/06/2027
5	Jeison Delgado	Profesional costos y presupuestos	23/10/2024	PERIODICO	SATISFACTORIO	NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA: DIETA BALANCEADA	NINGUNA	CONDICIÓN VISUAL: ANUAL	NINGUNA	PROFESIONAL ADMINISTRATIVO VIGENCIA EXAMEN DOS AÑOS VENCIMIENTO: 24/10/2026
6	Jesus Coronado	Apoyo costos y presupuestos	16/02/2024	PRE INGRESO	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	NINGUNA	NINGUNA	NO PRESENTA	NINGUNA	PROFESIONAL ADMINISTRATIVO VIGENCIA EXAMEN DOS AÑOS VENCIMIENTO: 16/02/2026
7	Jhon Echeverry	Conductor	2/12/2023	PRE INGRESO	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR: 1- VALORACIÓN POR NUTRICIÓN POR SU EPS NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA: 2- EJERCICIO FISICO FRECUENTE 3- DIETA BALANCEADA VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: CONTROL ANUAL OTRAS: 1- USO DE CORRECCION VISUAL	NINGUNA	CONDICIÓN VISUAL: CARDIOVASCULAR:	NINGUNA	PROFESIONAL ADMINISTRATIVO VIGENCIA EXAMEN DOS AÑOS VENCIMIENTO: 2/12/2025
8	Jhon Forigua	Especialista forestal	5/04/2024	PRE INGRESO	CONDICIONES ADECUADAS PARA DESEMPEÑAR EL CARGO	NINGUNA	NO APLICA	NO PRESENTA	NINGUNA	PROFESIONAL VINCULADO POR PRESTACION DE SERVICIOS VIGENCIA EXAMEN TRES AÑOS VENCIMIENTO: 5/04/2027
9	Juan Carlos Ramirez Solano	Topografo	22/10/2024	PERIODICO	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:	NINGUNA	NO PRESENTA	NINGUNA	PROFESIONAL OPERATIVO VIGENCIA EXAMEN 1 AÑO VENCIMIENTO: 22/11/2025
10	Laura Catalina Gomez	Apoyo coordinacion	11/12/2023	PERIODICO	SATISFACTORIO	NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA: DIETA Y EJERCICIO. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: CONTROL ANUAL OPTOMETRIA POR EPS.	NINGUNA	CONDICIÓN VISUAL: CARDIOVASCULAR:	NINGUNA	PROFESIONAL ADMINISTRATIVO VIGENCIA EXAMEN DOS AÑOS VENCIMIENTO: 11/12/2025
11	Linda Ximena Robayo	Especialista gestion del riesgo	21/10/2024	PRE OCUPACIONAL	NO PRESENTA RESTRICCIÓN	1. HIGIENE POSTURAL DE ACUERDO AL CARGO A DESEMPEÑAR 2. CAPACITAR EN HIGIENE POSTURAL Y CUIDADOS DE ESPALDA 3. EL EMPLEADOR DEBE DE MANERA PERIÓDICA INSPECCIONAR PUESTO DE TRABAJO 4. EJECUTAR UN ADECUADO PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS Y PASIVAS DE MANERA PERIÓDICA DURANTE LA JORNADA LABORAL 5. CAPACITACIÓN EN LA PREVENCIÓN DE RIESGOS PROPIOS DEL TRABAJO, EN NOTIFICAR CUALQUIER INCIDENTE O ACCIDENTE LABORAL Y ACATAR RECOMENDACIONES DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA 6. ADOPTAR ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, EJERCICIO, DIETA BALANCEADA EN FIBRA, FRUTAS, VEGETALES, BAJA EN AZUCARES, CARBOHIDRATOS Y GRASAS 7. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO AL CARGO A DESEMPEÑAR	NINGUNA	NO PRESENTA	NINGUNA	PROFESIONAL VINCULADO POR PRESTACION DE SERVICIOS VIGENCIA EXAMEN TRES AÑOS VENCIMIENTO: 21/10/2027
12	Luis Rodriguez	Diseñador señaletica	4/03/2025	PRE INGRESO	APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: CONTROL ANUAL POR EPS	NINGUNA	CONDICIÓN VISUAL	NINGUNA	PROFESIONAL ADMINISTRATIVO VIGENCIA EXAMEN DOS AÑOS VENCIMIENTO: 04/03/2027

13	Mario Rodriguez	Especialista hidraulico	31/05/2024	PRE INGRESO	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	ESTILO DE VIDA SALUDABLE USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	NINGUNA	NO PRESENTA	NINGUNA	PROFESIONAL VINCULADO POR PRESTACION DE SERVICIOS VIGENCIA EXAMEN TRES AÑOS VENCIMIENTO: 31/05/2027
14	Natali Espinosa	Apoyo componente ambiental	10/09/2022	PRE INGRESO	APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	CONDICIÓN VISUAL	NINGUNA	VALORACIÓN OPTOMETRIA: USO CORRECCIÓN OPTICA	NINGUNA	PROFESIONAL VINCULADO POR PRESTACION DE SERVICIOS VIGENCIA EXAMEN TRES AÑOS VENCIMIENTO: 31/05/2027
15	Raul Delgado	Especialista geotecnia	13/03/2023	PERIODICO	SATISFACTORIO PUEDE CONTINUAR DESEMPAÑANDO SU LABOR	NUTRICIONALES – CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA VALORACION OPTOMETRICA VALORACION EPS, ESPECIALIDAD- CONTROL EPS	NINGUNA	CONDICION VISUAL CARDIOVASCULAR	NINGUNA	PROFESIONAL VINCULADO POR PRESTACION DE SERVICIOS VIGENCIA EXAMEN TRES AÑOS VENCIMIENTO: 13/03/2026
16	Rosario Cardenas	Profesional social	23/10/2024	PERIODICO	SATISFACTORIO	NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA VALORACIÓN OPTOMÉTRICA	NINGUNA	CONDICION VISUAL CONDICION AUDITIVA	NINGUNA	PROFESIONAL OPERATIVO VIGENCIA EXAMEN 1 AÑO VENCIMIENTO: 23/10/2026
17	Ruben Marquez	Cadenero	9/01/2025	PERIODICO	SATISFACTORIO	NINGUNA	NINGUNA	NO PRESENTA	NINGUNA	PROFESIONAL OPERATIVO VIGENCIA EXAMEN 1 AÑO VENCIMIENTO: 09-01-2026
18	Sofia Fernandez	Especialista SST	23/10/2024	PERIODICO	SATISFACTORIO	ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR MEDICO TRATANTE VALORACIÓN OPTOMÉTRICA:	NINGUNA	CONDICION VISUAL CARDIOVASCULAR	NINGUNA	PROFESIONAL OPERATIVO VIGENCIA EXAMEN 1 AÑO VENCIMIENTO: 23/10/2026
19	Vianney Leaño	Especialista calidad	30/01/2023	PRE INGRESO	APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	VALORACION OPTOMETRIA	NINGUNA	CONDICIÓN VISUAL	NINGUNA	PROFESIONAL VINCULADO POR PRESTACION DE SERVICIOS VIGENCIA EXAMEN TRES AÑOS VENCIMIENTO: 30/01/2026
20	Yaneth Duarte	Especialista ambiental	9/04/2025	PERIODICO	SATISFACTORIO	ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:: CONTROLES CON MEDICOS TRATANTES	NINGUNA	NO PRESENTA	NINGUNA	PROFESIONAL OPERATIVO VIGENCIA EXAMEN 1 AÑO VENCIMIENTO: 09/04/2026
21	Yenny Paola Reyes	Especialista electrica	22/11/2023	PERIODICO	SATISFACTORIO PUEDE CONTINUAR DESEMPAÑANDO SU LABOR	NINGUNA	NINGUNA	NO PRESENTA	NINGUNA	PROFESIONAL VINCULADO POR PRESTACION DE SERVICIOS VIGENCIA EXAMEN TRES AÑOS VENCIMIENTO: 22/11/2026

Anexo 11. Aclaración profesional contractual

MCA429-2025-2502PSB-273
Bogotá D.C., junio 3 de 2025

Ingeniero
Raul Orlando Delgado Cabiativa
Representante Legal de Interventoría SOLIUN S.A.S
Proyectos2@soliunsas.com
Carrera70C N° 48 – 55 Bogotá D.C

Ref.: CONTRATO DE CONSULTORÍA IDRD-SG-4266-2024- ESTUDIOS Y DISEÑOS TÉCNICOS DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA DE LA ADECUACIÓN DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMÓN BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO

Asunto: PROFESIONAL CONTRACTUAL SG SST Y OBSERVACIONES INFORME SST No. 4

Respetado ingeniero:

Por medio de la presente informamos que la ingeniera Viviana Rodríguez es la profesional que realiza el apoyo SST a la empresa que represento, MC Arquitectos; indistintamente a que existan contratos entre la empresa y el IDRD o no. Por esta razón aparecen y seguirán apareciendo en las actas del COPASST y del comité de convivencia la firma de la ingeniera.

Por otro lado, como es sabido por ustedes, para el contrato del asunto tenemos a la profesional contractual SG SST Laura Lizarazo. Hemos incorporado a la profesional Lizarazo en las actividades de inducción del informe SGSST No. 4 y en adelante dicha profesional será la única encargada de capacitaciones e inducciones para este contrato específico; es decir, todo lo relacionado con el personal del contrato 4266-2024, seguirá firmando la profesional contractual Laura Lizarazo.

Sin otro particular, me despido

cordialmente,

MARIO ANDRES CABRERA PINZON
Gerente General

SOLIUN

Proyectos 2 <proyectos2@soliunsas.com>

IDRD-4310-2024-387 - Solicitud estado de vinculacion profesional SST de apoyo

1 mensaje

Proyectos 2 <proyectos2@soliunsas.com> 5 de junio de 2025, 10:34
Para: Andrés Riveros Beltrán <ariveros@mcarquitectos.com>, Andres Cabrera <acabrera@mcarquitectos.com>, Angela Hernández <ahernandez@mcarquitectos.com>

Cordial saludo

Se remite oficio referido en el asunto.

Sin otro particular

--
CORDIALMENTE:

SOLIUN

DEPARTAMENTO
DE PROYECTOS

Tel: (031) 765 3016. Cel: 301 3942384.
Cra. 70 C # 48-55, Bogotá D.C. / www.soliunsas.com

AVISO LEGAL
Este mensaje es confidencial, puede contener información privilegiada y no puede ser usado ni divulgado por personas distintas de su destinatario. Si obtiene esta transmisión por error, por favor destruya su contenido y avise a su remitente. Está prohibida su retención, utilización o divulgación con cualquier propósito. Este mensaje ha sido sometido a programas antivirus. No obstante, SOLIUN S.A.S, no asume ninguna responsabilidad por eventuales daños generados por el uso de este material, siendo responsabilidad del destinatario verificar con sus propios medios la existencia de virus u otros defectos.

IDRD-4310-2024-387 - Solicitud estado de vinculacion profesional SST de apoyo.pdf
139K

IDRD-4310-2024-387

Bogotá D. C., 05 de junio de 2025

Señores:
MC ARQUITECTOS S.A.
Atn. MARIO ANDRÉS CABRERA PINZÓN
Representante legal
Carrera 11a No. 94ª - 31 Oficina 402 - Acabrera@mcarquitectos.com
La ciudad

Referencia: Contrato No. IDRD-SG-4266-2024, cuyo objeto es **"REALIZAR LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TÉCNICOS DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA PARA LA ADECUACIÓN DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMÓN BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO."**

Asunto: **Solicitud estado de vinculación profesional SST de apoyo**

Cordial saludo

Por medio de la presente y de acuerdo a las observaciones realizadas por la profesional SST de la entidad contratante, solicitamos de manera atenta se informe el estado de la vinculación de la profesional Viviana Rodríguez con la consultoría, ya que desde la entidad solicitan incluir a la profesional en el reporte de personal que desarrolla actividades en el contrato de la referencia.

De acuerdo a lo anterior solicitamos se remita los siguientes documentos de ingreso:

- Planilla de seguridad social de los periodo de marzo, abril y mayo de 2025 donde se evidencia pago de ARL, EPS y PENSIONES.
- Examen médico de ingreso
- Soporte de inducción

Muchas gracias y quedamos atentos a su respuesta

Sin otro particular,

ING. RAUL ORLANDO DELGADO CABIATIVA
REPRESENTANTE LEGAL

Anexos: N/A
Con copia: N/A
Elaboró: SF
Revisó: N/A

SOLIUN

Proyectos 2 <proyectos2@soliunsas.com>

IDRD-4310-2024-396- Solicitud respuesta comunicado IDRD-4310-2024-387 Solicitud estado de vinculacion profesional SST de apoyo

1 mensaje

Proyectos 2 <proyectos2@soliunsas.com> 12 de junio de 2025, 11:32
Para: Angela Hernández <ahernandez@mcarquitectos.com>, Andrés Riveros Beltrán <ariveros@mcarquitectos.com>, Andres Cabrera <acabrera@mcarquitectos.com>

Cordial saludo

Se remite oficio referido en el asunto.

Sin otro particular
--
CORDIALMENTE:

SOLIUN
DEPARTAMENTO DE PROYECTOS
Tel: (031) 765 3016. Cel: 301 3942384.
Cra. 70 C # 48-55, Bogotá D.C. / www.soliunsas.com

AVISO LEGAL
Este mensaje es confidencial, puede contener información privilegiada y no puede ser usado ni divulgado por personas distintas de su destinatario. Si obtiene esta transmisión por error, por favor destruya su contenido y avise a su remitente. Está prohibida su retención, utilización o divulgación con cualquier propósito. Este mensaje ha sido sometido a programas antivirus. No obstante, SOLIUN S.A.S, no asume ninguna responsabilidad por eventuales daños generados por el uso de este material, siendo responsabilidad del destinatario verificar con sus propios medios la existencia de virus u otros defectos.

IDRD-4310-2024-396- Solicitud respuesta comunicado IDRD-4310-2024-387 Solicitud estado de vinculacion profesional SST de apoyo.pdf
170K

IDRD-4310-2024-396

Bogotá D. C., 12 de junio de 2025

Señores:
MC ARQUITECTOS S.A.
Atn. MARIO ANDRÉS CABRERA PINZÓN
Representante legal
Carrera 11a No. 94ª - 31 Oficina 402 - Acabrera@mcarquitectos.com
La ciudad

Referencia: Contrato No. IDRD-SG-4266-2024, cuyo objeto es **"REALIZAR LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS TÉCNICOS DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA PARA LA ADECUACIÓN DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMÓN BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO."**

Asunto: **Solicitud respuesta comunicado IDRD-4310-2024-387 Solicitud estado de vinculación profesional SST de apoyo**

Por medio de la presente se recuerda al consultor MC ARQUITECTOS S.A que a la fecha de hoy no hemos recibidos respuesta relacionada al comunicado **IDRD-4310-2024-387** remitido el pasado **jueves 05 de junio de 2025,** por favor agradecemos su pronta respuesta.

A continuación, relacionamos la información solicitada previamente.

De acuerdo a las observaciones realizadas por la profesional SST de la entidad contratante, solicitamos de manera atenta se informe el estado de la vinculación de la profesional Viviana Rodríguez con la consultoría, ya que desde la entidad solicitan incluir a la profesional en el reporte de personal que desarrolla actividades en el contrato de la referencia.

De acuerdo a lo anterior solicitamos se remita los siguientes documentos de ingreso:

- *Planilla de seguridad social de los periodos de marzo, abril y mayo de 2025 donde se evidencia pago de ARL, EPS y PENSIONES.*
- *Examen médico de ingreso*
- *Soporte de inducción*

Sin otro particular,

ING. RAUL ORLANDO DELGADO CABIATIVA
REPRESENTANTE LEGAL

Anexos: N/A
Con copia: N/A
Elaboró: SF
Revisó: N/A

MCA475-2025-2502PSB-293
Bogotá D.C., 16 de junio de 2025

Ingeniero
Raul Orlando Delgado Cubiativa
Representante Legal de Interventoría
SOLIUN S.A.S
Proyectos2@soliunsas.com
Carrera 70C N° 48 – 55
Bogotá D.C

Ref: CONTRATO DE CONSULTORÍA IDRD-SG-4266-2024- ESTUDIOS Y DISEÑOS TÉCNICOS DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA DE LA ADECUACIÓN DE LA PLAZA DE EVENTOS DEL PARQUE METROPOLITANO SIMÓN BOLÍVAR EN LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO UBICADA EN EL SECTOR CENTRAL DEL PARQUE, EL CUAL ESTÁ REGISTRADO CON EL CÓDIGO IDRD 13-089 EN EL SISTEMA DISTRITAL DE PARQUES, Y SE ENCUENTRA UBICADO ENTRE LA CARRERA 60 Y 68 CON CALLES 53 Y 64 (CHIP AAA0055TREA) DE LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO.

Asunto: RESPUESTA OFICIO IDRD-4310-2024-387 - Solicitud estado de vinculación profesional SST de apoyo

Respetado Ingeniero:

Respecto de la información que solicita acerca del estado de vinculación de la profesional Viviana Rodríguez con la consultoría objeto del presente contrato; comunico que dicha profesional no realiza actividades para el contrato IDRD-SG-4266-2024, su apoyo profesional es a las actividades generales SST de MC Arquitectos y no realiza actividades específicas para el citado contrato, tampoco se encuentra contractualmente ni propuesta ni aprobada como profesional a ser reportada ni ante el IDRD ni ante la interventoría.

Sin otro particular, me despido cordialmente,

Quedamos atentos a las observaciones o solitudes las cuales serán atendidas de manera inmediata.

Cordialmente,

MARIO ANDRES CABRERA PINZON
Gerente General