INFORME TÉCNICO DE OBRA
LH CONSTRUCCIONES CIVILES SAS
CONTRATO DE OBRA CF-CO-003-2025
CUADRO DONDE SE RELACIONA EL PERSONAL PROPUESTO Y LAS PLANILLAS DE SEGURIDAD APORTADAS PARA EL PERIODO REPORTADO

Fecha de informe	25/04/2025	PLANILLAS CONTRATISTA	RELACIÓN PLANILLAS APORTES PARAFISCALES											
			feb-25				mar-25				abr-25			
			SALUD	PENSIÓN	RIESGOS	CCF	SALUD	PENSIÓN	RIESGOS	CCF	SALUD	PENSIÓN	RIESGOS	CCF
RL CONTRATISTA 1	Obdulio La Rotta Garcia	LH CONSTRUCCIONES CIVILES S.A.S.	Planilla No.:		9482065217		Planilla No.:		9484086254		Planilla No.:		9484897253	
	C.C. 6765982													

EQUIPO	Periodos trabajados	IBC (AFECTADO POR EL % DE DEDICACIÓN)	feb-25				mar-25				abr-25			
			SALUD	PENSIÓN	RIESGOS	CCF	SALUD	PENSIÓN	RIESGOS	CCF	SALUD	PENSIÓN	RIESGOS	CCF
OBDULIO LA ROTTA GARCIA	De: Marzo 2025	$ 1,423,500.00	Planilla No.:				Planilla No.:		7975189941		Planilla No.:		7975211791	
Director de obra	A: Mayo 2025													
PUBLIO JOSE URRUTIA BAQUERO	De: Marzo 2025	$ 1,423,500.00	Planilla No.:				Planilla No.:		9484086254		Planilla No.:		9484897253	
Residente de obra	A: Mayo 2025													

INFORME TÉCNICO DE OBRA
LH CONSTRUCCIONES CIVILES SAS
CONTRATO DE OBRA CF-CO-003-2025

DIANA YULIETH OVALLE AGUILERA	De: Marzo 2025	$ 1,423,500.00	Planilla No.:				Planilla No.:		7959600710		Planilla No.:		7964897020	
Profesional SST	A: Mayo 2025													
MIGUEL FABIAN BUITRAGO JEREZ	De: Marzo 2025	$ 1,423,500.00	Planilla No.:				Planilla No.:		9484086254		Planilla No.:		9484897253	
Empleado	A: Mayo 2025													
VICTOR MANUEL GIL MATAMOROS	De: Marzo 2025	$ 1,423,500.00	Planilla No.:				Planilla No.:		9484086254		Planilla No.:		9484897253	
Empleado	A: Mayo 2025													
ORLANDO BUITRAGO SAAVEDRA	De: Marzo 2025	$ 1,423,500.00	Planilla No.:				Planilla No.:		9484086254		Planilla No.:		9484897253	
Empleado	A: Mayo 2025													
PEDRO JOSE MARTINEZ BAMBASICA	De: Marzo 2025	$ 1,423,500.00	Planilla No.:				Planilla No.:		9484086254		Planilla No.:		9484897253	

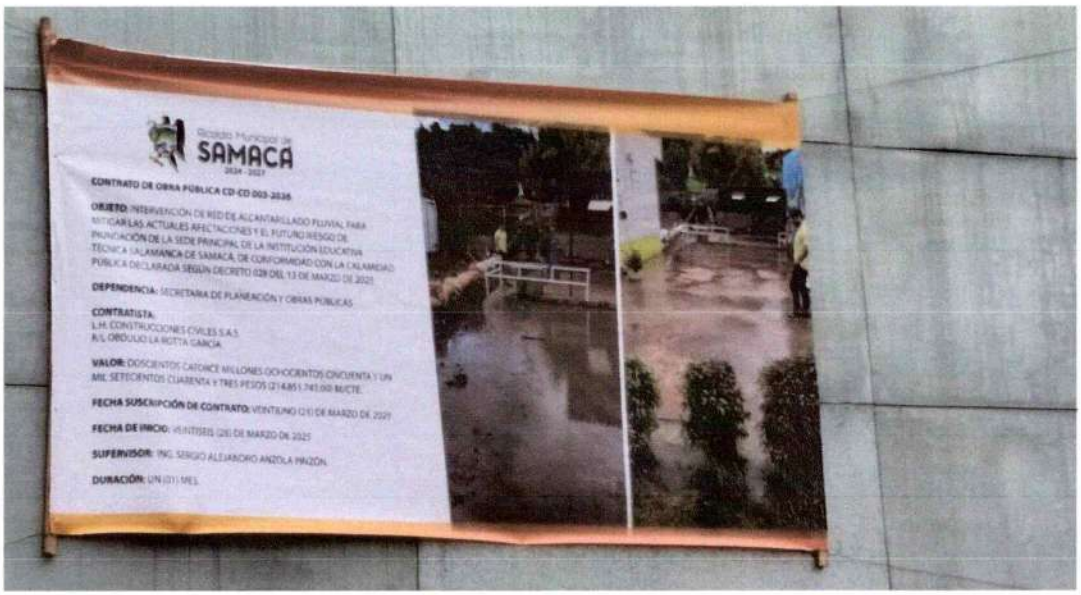
INFORME TÉCNICO DE OBRA
LH CONSTRUCCIONES CIVILES SAS
CONTRATO DE OBRA CF-CO-003-2025

Empleado	A: Mayo 2025														
GERMAN RODRIGUEZ ESPITIA	De: Marzo 2025	$ 1,423,500.00	Planilla No.:					Planilla No.:		9484086254		Planilla No.:		9484897253	
Empleado	A: Mayo 2025														
TEODORO ROJAS MARTINEZ	De: Marzo 2025	$ 1,423,500.00	Planilla No.:					Planilla No.:		9484086254		Planilla No.:		9484897253	
Empleado	A: Mayo 2025														

INFORME TÉCNICO DE OBRA
LH CONSTRUCCIONES CIVILES SAS
CONTRATO DE OBRA CF-CO-003-2025

INSTALACION DE VALLA INFORMATIVA DEL CONTRATO

Se hizo la instalación de la valla informativa del contrato de acuerdo al diseño presentado por parte de la entidad contratante, teniendo en cuenta las dimensiones de acuerdo al monto del contrato.





INFORME TÉCNICO DE OBRA
LH CONSTRUCCIONES CIVILES SAS
CONTRATO DE OBRA CF-CO-003-2025

CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES Y/O ACTIVIDADES (seguimiento técnico, administrativo y financiero del contrato)

OBLIGACIÓN No. 1

DESCRIPCIÓN	ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO.	% CUMPLIMIENTO
Revisar la minuta del contrato, planos constructivos, estudios y diseños, memorias de diseño, presupuesto, especificaciones técnicas y/o demás documentos de orden legal y técnico que hagan parte del proyecto. En el caso de no contar con la información que garantice la calidad y funcionalidad de las obras, y considerando la naturaleza del contrato y modalidad contractual, deberá contar con el personal profesional especializado que asegure la calidad de las obras realizando en atención al debido proceso, los ajustes correspondientes, conceptos y certificaciones de calidad a través de los correspondientes memoriales de responsabilidad	Se hizo seguimiento del contrato de acuerdo a los planos y diseños presentados, además se cuenta con el personal idóneo para la ejecución de las obras.	100%

OBLIGACIÓN No. 2:

DESCRIPCIÓN	ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO.	% CUMPLIMIENTO
Seguir las recomendaciones que el interventor/Supervisor del contrato realice, siempre que estas no estén en contravía de los alcances y objeto del contrato y siempre que las mismas no impliquen variaciones al objeto contractual.	Se han tenido en cuenta las recomendaciones impartidas por el supervisor de la obra.	100%

OBLIGACIÓN No. 3:

DESCRIPCIÓN	ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO.	% CUMPLIMIENTO
Informar con la debida antelación al interventor o supervisor para que este a su vez comunique a la supervisión todo accidente o incidente de trabajo. El CONTRATISTA deberá informar al interventor/Supervisor dentro del plazo y en forma establecida a continuación, acerca de cualquier accidente que ocurra con relación a la ejecución del contrato y que ocasione muerte o prejuicio a cualquier persona o	No se presentó ningún incidente y/o accidente en el transcurso de la obra.	100%

daño a la propiedad y en todos los casos de enfermedad profesional que ocurra con relación a la ejecución del contrato, EL CONTRATISTA tendrá un plazo de veinticuatro (24) horas para suministrar el informe de los datos que exija el MUNICIPIO o el INTERVENTOR/supervisor. El informe incluirá, al menos la siguiente información 1. Lugar, fecha y hora del accidente. 2. Nombre del accidentado 3. Estado civil y edad. 4. Oficio que desempeña y su experiencia, actividad que realizaba en el momento del accidente 5. Indicar si hubo lesión 6. Clase de lesión sufrida 7. Posibles causas del accidente 8. Tratamiento recibido y concepto medico ARL.		

OBLIGACIÓN No. 4

DESCRIPCIÓN	ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO.	% CUMPLIMIENTO
Antes de proceder con las obras, se deberá realizar y suscribir acta de socialización con el (los) beneficiario (s) y levantar la respectiva acta de vecindad. La socialización debe incluir como mínimo la descripción de las actividades a desarrollar, el cronograma de obra y los compromisos necesarios de las partes durante la obra. De igual manera, en conjunto con interventoría y los propietarios, se debe realizar las respectivas actas de vecindad de las edificaciones aledañas.	Se adelantó acta de socialización, se le informo a la comunidad el alcance de los trabajos programados.	100%

OBLIGACIÓN No. 5:

DESCRIPCIÓN	ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO.	% CUMPLIMIENTO
Al finalizar las obras y previo a liquidación, se deberá realizar y suscribir acta de entrega a la comunidad vinculando las personas relacionadas en las actas de vecindad y demás veedores, vecinos y/o líderes del sector. La entrega debe incluir como mínimo la descripción de las actividades desarrolladas y la aceptación de las partes.	Se hizo entrega de las obras adelantadas a la Señora Rectora del Colegio y la comunidad, suscribiendo actas de vecindad con los predios colindantes al proyecto.	100%

OBLIGACIÓN No. 6:

DESCRIPCIÓN	ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO.	% CUMPLIMIENTO
Cada documento suscrito durante la ejecución del contrato, deberá ser debidamente radicado en el MUNICIPIO en formato original y debidamente firmado por quienes intervinieron en el acto.	Se hizo solicitud de prórroga en tiempo y adicional en el costo del proyecto, aprobado por la Administración Municipal.	100%

OBLIGACIÓN No. 7

DESCRIPCIÓN	ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO.	% CUMPLIMIENTO
Cumplir con el avance de obra actualizado en el marco del plazo de ejecución del contrato,	Se cumplió con el tiempo estipulado en el contrato incluida la prorroga solicitada por el contratista.	100%

OBLIGACIÓN No. 8:

DESCRIPCIÓN	ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO.	% CUMPLIMIENTO
Promover la contratación de la mano de obra no calificada de la población vulnerable de la región.	El personal de obra no calificado fue enteramente contratado con personas de la región.	100%

OBLIGACIÓN No. 9

DESCRIPCIÓN	ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO.	% CUMPLIMIENTO
Informar oportunamente al interventor/Supervisor del contrato sobre las imposibilidades, irregularidades o dificultades que se presenten en el proceso contractual y de ejecución de la obra.	No se presentó ninguna dificultad en la ejecución del contrato.	100%

OBLIGACIÓN No. 10:

DESCRIPCIÓN	ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO.	% CUMPLIMIENTO
Cumplir con las instrucciones que le imparta el interventor/Supervisor y demás obligaciones que se deriven de la Ley, reglamento o lineamientos vigentes o que se expidan con posterioridad y que contemplen	Se cumplió con las instrucciones dadas por el supervisor de la Obra.	100%

DESCRIPCIÓN	ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO.	% CUMPLIMIENTO
aspectos relativos a la ejecución del objeto contratado.		

OBLIGACIÓN No. 11:

DESCRIPCIÓN	ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO.	% CUMPLIMIENTO
Bitácora: Se contará con una bitácora en donde el contratista y la Interventoría, deberán dejar anotado todo lo que sucede en la misma cada día (resumen de obra con indicaciones). En esta bitácora se dejarán consignadas todas las ordenes, instrucciones y acuerdos entre el contratista y la Interventoría, estado del clima entre otros. La bitácora es el conducto formal y regular para registrar las observaciones y recomendaciones impartidas. Su uso es obligatorio y solo tendrán derecho a usarla, el representante del contratista, el interventor y el representante del MUNICIPIO. Una vez terminada la obra, esta bitácora deberá ser entregada al MUNICIPIO para su custodia al suscribirse el acta de recibo final de Obra.	Se llevó la bitácora de Obra en la cual se hicieron las anotaciones referentes al avance diario de la misma.	100%

OBLIGACIÓN No. 12

DESCRIPCIÓN	ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO.	% CUMPLIMIENTO
Presencia en Obra: El contratista deberá controlar la permanencia de los frentes de obra de todo el personal requerido y ofrecido en su propuesta. Si por algún motivo se programan trabajos en horas nocturnas, feriados, domingos o en horas no laborales, deberá contarse con la presencia del Residente.	En obra siempre existio la presencia del Ingeniero Residente en representación del contratista.	100%

OBLIGACIÓN No. 13:

DESCRIPCIÓN	ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO.	% CUMPLIMIENTO
Reuniones y Actas de Obra: Convocar y/o asistir a Comités Técnicos cuando lo considere conveniente y/o cuando la	Se realizó comité de obra en la oficina del contratista para dar inicio a las labores y comités	100%

supervisión o la interventoría lo convoquen y/o requieran. Con la periodicidad en el sitio y hora previamente establecidos se harán reuniones donde se acordarán y detallarán los trabajos correspondientes. A estas reuniones deberán asistir: representante del contratista, la interventoría y/o el supervisor o delegado del MUNICIPIO cuando se requiera. De cada reunión se levantará un acta y será firmada por los que intervinieron en ella. Quincenalmente y en las fechas indicadas por el MUNICIPIO deberá presentarse un acta de avance de obra correspondiente. Todas las actas deben estar firmadas y aceptadas por la interventoría y el contratista. Se verificará estrictamente que las obras cumplan con lo establecido en los términos del contrato. El proponente elegido deberá cumplir con estos requisitos y en cualquier momento deberá demostrar el cumplimiento de los mismos	mensuales en obra para hacer un informe del avance de los trabajos junto con la Supervicion.	

OBLIGACIÓN No. 14:

DESCRIPCIÓN	ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO.	% CUMPLIMIENTO
No se cancelará obra ejecutada por el contratista que se haya iniciado y ejecutado sin la autorización expresa por parte de la interventoría y/o que las cantidades no están incluidas en la minuta del contrato o consignadas en acta u otrosí correspondiente en atención al debido proceso. Esta autorización deberá estar consignada en la bitácora correspondiente y copia de la misma deberá ser enviada al MUNICIPIO.	En el transcurso de la obra se vio la necesidad de implementar ítems no previstos en la ejecución del contrato, para lo cual se solicitó por parte del contratista la respectiva aprobación.	100%

OBLIGACIÓN No. 15

DESCRIPCIÓN	ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO.	% CUMPLIMIENTO
No realizar modificación de cantidades y/o ejecución de ítems adicionales, sin previa autorización del interventor del contrato, para lo cual se debe solicitar comité técnico y realizar las respectivas actas o formalizaciones en atención al debido proceso. Las consecuencias presupuestales	Se presentó al supervisor modificación en las cantidades e ítem no previstos, aprobados de manera oportuna por la supervisión.	100%

de cualquier modificación realizada sin previa autorización de la interventoría, supervisión y/o municipio, según aplique, serán responsabilidad del contratista. Las modificaciones permisibles deben limitarse a las disponibilidades presupuestales y estar directamente relacionadas con el objeto contractual. Adicionalmente, deben ser concertadas y aprobadas mediante acta suscrita con el (los) beneficiario (s) y el interventor antes de proceder.		

OBLIGACIÓN No. 16:

DESCRIPCIÓN	ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO.	% CUMPLIMIENTO
. Obras adicionales: Cuando por algún motivo se vaya a ejecutar una actividad no prevista en el contrato, previamente y de común acuerdo entre INTERVENTORÍA y el CONTRATISTA se convendrán los precios, la forma de pago y las especificaciones correspondientes a través de una modificación o acta técnica del contrato y aprobada por Área Jurídica del MUNICIPIO en atención al debido proceso. Por ningún motivo se ejecutarán los trabajos sin haber sido previamente aprobados entre las partes. En todo caso, si el proponente elegido ejecuta trabajos sin antes acordar el precio respectivo, serán a riesgo propio y por esta razón no podrá hacer ninguna reclamación posterior.	Se solicitó la aprobación de ítems no previstos en la ejecución del contrato, previa presentación de análisis de precios unitarios y cantidades a ejecutar, una vez aprobados se procede a ejecutarlos.	100%

OBLIGACIÓN No. 17:

DESCRIPCIÓN	ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO.	% CUMPLIMIENTO
Cuando se presenten inconsistencias y/o dudas técnicas en cuanto a cantidades contractuales, programación de obra, materiales, especificaciones técnicas, alcances y/o demás aspectos que puedan atentar contra la calidad, cumplimiento y/o estabilidad de las obras, se debe reportar de inmediato a interventoría para que en su	No se presentó ningún tipo de inconsistencia o dudas técnicas en la ejecución del contrato.	100%

competencia se realicen las consultas y/o ajustes necesarios que garanticen la calidad de las obras. Las decisiones tomadas al respecto deben quedar plasmadas en actas de comité y bitácoras, y deben ser legalizadas ante la entidad de acuerdo al debido proceso cuando aplique.		

OBLIGACIÓN No. 18:

DESCRIPCIÓN	ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO.	% CUMPLIMIENTO
El proponente elegido deberá cumplir con todas las disposiciones sobre seguridad social que haya emitido el Ministerio de Protección Social, así como las normas vigentes relacionadas. Deberá tener especial cuidado para salvaguardar la integridad física de los trabajadores y de la comunidad directa e indirectamente afectada y deberá adjuntar a cada acta de obra un informe al respecto. Cuando la interventoría establezca que existe incumplimiento en este aspecto por parte del proponente elegido informará, en primera instancia al MUNICIPIO para efecto de las sanciones previstas por incumplimiento.	Se adelantó la afiliación del personal presente en la ejecución del contrato.	100%

OBLIGACIÓN No. 19:

DESCRIPCIÓN	ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO.	% CUMPLIMIENTO
Mantener debidamente señalizados cada uno de los frentes de trabajo tanto en jornada laboral, como en jornadas no laborales, registrando en bitácora hora de cierre y estado de señalización y emplear las señales y medidas de seguridad apropiadas y utilizar adecuadamente los equipos o vehículos requeridos por la obra	Se hizo cerramiento del sitio de trabajo teniendo en cuenta que se trata de una institución educativa, cuando se trabajó fuera de las instalaciones se utilizó cinta de protección y señales de tránsito.	100%

OBLIGACIÓN No. 20:

DESCRIPCIÓN	ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO.	% CUMPLIMIENTO
Dotar con y obligar el uso de los elementos de protección personal y seguridad industrial requeridos, a todos los trabajadores en obra,	Se hizo entrega desde el primer día de los elementos de protección personal a todos	100%

quienes deberán estar afiliados por el contratista a seguridad social, pensión, riesgos profesionales y demás de la planilla integral que la ley exige. Durante la ejecución del contrato. EL CONTRATISTA en todo momento proveerá los recursos que sean necesarios para garantizar la higiene, salubridad y seguridad en todas las instalaciones de la obra, la de sus empleados o trabajadores, subcontratistas, proveedores y en general.	los trabajadores y se llevó a cabo seguimiento del cumplimiento durante toda la ejecución del contrato.	

OBLIGACIÓN No. 21:

DESCRIPCIÓN	ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO.	% CUMPLIMIENTO
Cumplir con la normatividad vigente relacionada con las áreas ambientales, de seguridad industrial y salud ocupacional, y garantizar la calidad en las obras mediante el plan de gestión integral de obras que él mismo realice siguiendo los lineamientos de dicho documento.	No se hizo ninguna afectación ambiental en la zona de trabajo.	100%

OBLIGACIÓN No. 22:

DESCRIPCIÓN	ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO.	% CUMPLIMIENTO
Ejecutar, organizar los trabajos y adoptar las precauciones suficientes para asegurar la protección del público y de los trabajadores de la obra y reducir los riesgos y peligros a que ellos puedan estar expuestos.	Como se dijo anteriormente se hizo cerramiento en lona verde de las áreas de trabajo, así se evitó el ingreso de personas ajenas a la obra.	100%

OBLIGACIÓN No. 23:

DESCRIPCIÓN	ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO.	% CUMPLIMIENTO
Responder por todo daño que se cause a bienes, al personal que se utilice y a terceros en la ejecución del contrato. El contratista debe asumir la responsabilidad de daños y accidentes a trabajadores y/o a terceros que se puedan generar durante la ejecución de las obras y realizar las acciones de ley correspondientes para mitigar cualquier situación presentada. De	No se presentó ningún daño al personal de la obra o a terceros ni a bienes muebles e inmuebles.	100%

igual manera, deberá responder por los daños realizados a los bienes muebles e inmuebles de los propietarios de las edificaciones aledañas, generados como consecuencias de las obras sin el debido control y/o procedimiento.		

OBLIGACIÓN No. 24:

DESCRIPCIÓN	ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO.	% CUMPLIMIENTO
Cumplir con la adopción de las medidas de seguridad e higiene requeridas para proporcionar a sus trabajadores las condiciones de seguridad indispensables para la conservación de la salud y la vida y disminuir los riesgos profesionales durante la ejecución de la obra. EL CONTRATISTA impondrá a sus empleados, trabajadores, subcontratistas, proveedores y en general a todas las personas relacionadas con la ejecución del contrato, el cumplimiento de todas las condiciones relativas a higiene, salubridad, prevención de accidentes y medidas de seguridad, Deberá existir una persona encargada por parte de EL CONTRATISTA para el cumplimiento de todas las medidas de seguridad y los forzará a cumplirlas	La Institución Educativa cedió al contratista un salón y unidad sanitaria para el uso del personal de la obra.	100%

OBLIGACIÓN No. 25:

DESCRIPCIÓN	ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO.	% CUMPLIMIENTO
Durante la ejecución del contrato el Interventor/Supervisor le podrá ordenar al contratista cualquier medida adicional que considere conveniente o necesaria para garantizar la prevención de accidentes y este deberá proceder de conformidad. En caso de peligro inminente se podrá obviar la notificación escrita y ordenar que ese ejecute inmediatamente las acciones correctivas que considere necesarias. EL CONTRATISTA para estos casos no tendrá derecho a reconocimiento de indemnización alguna.	No se presentó ningún incidente y/o accidente en el transcurso de la ejecución del contrato.	100%

OBLIGACIÓN No. 26:

DESCRIPCIÓN	ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO.	% CUMPLIMIENTO
Mantener debidamente organizado un archivo con toda la información utilizada y elaborada durante la ejecución del contrato de obra, tales como correspondencia o correos electrónicos cruzados, planos, requerimientos, actas de reuniones, instrucciones impartidas, y demás documentos necesarios para el control físico y financiero del contrato de obra, relacionando en general toda la información que se refiera al desarrollo de los mismos.	Se cuenta con una oficina donde se maneja toda la información y correspondencia de la obra.	100%

OBLIGACIÓN No. 27:

DESCRIPCIÓN	ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO.	% CUMPLIMIENTO
Ejecutar las obras en los sitios señalados por el MUNICIPIO, cumpliendo con el presupuesto para cada intervención, de acuerdo con las especificaciones técnicas, programación de obra, materiales, alcances y/o demás aspectos. El contratista se debe ceñir a las especificaciones técnicas, de acuerdo a los diseños y/o normas que apliquen a cada actividad que hace parte de este tipo de proyectos.	El sitio de ejecución de la obra está totalmente definido por la Administración Municipal, cumpliendo con las cantidades de obra presupuestadas, especificaciones técnicas y materiales requeridos.	100%

OBLIGACIÓN No. 28:

DESCRIPCIÓN	ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO.	% CUMPLIMIENTO
Brindar la colaboración en su condición de Ejecutor para el cumplimiento del objeto contractual, poniendo a su disposición bajo su autonomía, toda su infraestructura física, administrativa, técnica y logística que se requiera para el desarrollo de todas las actividades necesarias.	Se contó con el equipo necesario y personal calificado en el desarrollo de todas las actividades de la obra.	100%

OBLIGACIÓN No. 29:

DESCRIPCIÓN	ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO.	% CUMPLIMIENTO

Realizar el registro fotográfico del avance de la ejecución, procurando mostrar el antes y después de la obra realizada; así mismo, donde se evidencie los productos nuevos instalados.	Se lleva un registro fotográfico a diario de todas las actividades desarrolladas.	100%

OBLIGACIÓN No. 30:

DESCRIPCIÓN	ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO.	% CUMPLIMIENTO
Entregar las áreas intervenidas en perfecto estado de limpieza y aseo.	En el transcurso del desarrollo de la obra se hicieron jornadas de aseo, terminada la obra se adelantó aseo general de todas las áreas.	100%

OBLIGACIÓN No. 31:

DESCRIPCIÓN	ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO.	% CUMPLIMIENTO
Presentar informe mensual de avance de las obras.	Se presentaron informes mensuales de acuerdo a la ejecución del contrato	100%

OBLIGACIÓN No. 32:

DESCRIPCIÓN	ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO.	% CUMPLIMIENTO
Durante y previa liquidación del contrato, el contratista debe garantizar que el expediente físico contractual, así como el digital, se encuentre debidamente organizado, foliado y escaneado en su totalidad (Según aplique tipo de archivo), para efectos de archivo, control, vigilancia, informes a entes de control, entre otros.	Se presentaron todos los informes en físico y digital requerido por el supervisor para la liquidación del contrato.	100%

OBLIGACIÓN No. 33:

DESCRIPCIÓN	ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO.	% CUMPLIMIENTO
Garantizar el cumplimiento del objeto del contrato con las obras debidamente terminadas y dispuestas para el uso de la comunidad.	Se entregó a satisfacción de la comunidad y la Administración Municipal de las obras objeto del contrato.	100%

OBLIGACIÓN No. 34:

DESCRIPCIÓN	ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO.	% CUMPLIMIENTO
Presentar oportunamente la información solicitada por la supervisión, interventoría, el departamento, la nación y/o los entes de control.	Se entregó a la Administración Municipal y Supervisor de la obra de toda la información pertinente al contrato.	100%

OBLIGACIÓN No. 35:

DESCRIPCIÓN	ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO.	% CUMPLIMIENTO
Suministrar e instalar durante el tiempo que dure la obra la valla informativa de acuerdo a los requerimientos del MUNICIPIO, la cual deberá ser instalada a más tardar dentro de los 10 días calendario, contados a partir del acta de iniciación de la obra según modelo de la entidad.	Se instaló la valla informativa para dar comienzo a la ejecución del contrato de acuerdo al diseño presentado por la entidad contratante.	100%

OBLIGACIÓN No. 36:

DESCRIPCIÓN	ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO.	% CUMPLIMIENTO
Tener al día la información sobre la nómina del personal a su cargo, además del listado de subcontratistas que tuviese para el desarrollo del objeto contractual, para garantizar que el personal se encuentra afiliado a los sistemas de seguridad social, pensión, riesgos profesionales y demás de la planilla integral que la ley ordena	Se cuenta con los servicios de una persona (SSTT) encargada de tener al día todo lo referente a las afiliaciones y pago de la seguridad social.	100%

OBLIGACIÓN No. 37:

DESCRIPCIÓN	ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO.	% CUMPLIMIENTO
Contratar y mantener al personal mínimo señalado en la propuesta técnica. Cualquier cambio de personal deberá previamente ser avalado por la INTERVENTORÍA.	A lo largo de toda la ejecución del contrato se contó con el mismo personal idóneo para el desarrollo de la obra.	100%

OBLIGACIÓN No. 38:

DESCRIPCIÓN	ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO.	% CUMPLIMIENTO
Controlar e informar periódicamente a la entidad sobre el avance del objeto contratado con base en el plazo del mismo, así como proponer las acciones y los ajustes periódicos que sean necesarios para dar cumplimiento a dicho contrato.	Se le informo al Supervisor de la obra de forma permanente sobre el avance de la obra, cumpliendo con los tiempos estipulados en el contrato.	100%

OBLIGACIÓN No. 39:

DESCRIPCIÓN	ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO.	% CUMPLIMIENTO
Cumplir las demás obligaciones que resulten de la ejecución del contrato y las demás que por ley o contrato le corresponda.	Se cumplió con todas las obligaciones adquiridas en la ejecución del contrato.	100%

OBLIGACIÓN No. 40:

DESCRIPCIÓN	ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO.	% CUMPLIMIENTO
El incumplimiento de una de estas obligaciones será reportado a la Oficina jurídica de la entidad, para que se determinen las sanciones correspondientes.	Se dio cumplimiento con todas las obligaciones adquiridas.	100%

1. PRELIMINARES Y MANEJO DE AGUAS

1.01 LOCALIZACIÓN Y REPLANTEO REDES HASTA H=50 cm

Se realizó la localización y replanteo para la ubicación de la tubería de alcantarillado, desarenador, disipador y las demás obras adicionales.

ACTIVIDAD	UNIDAD
LOCALIZACIÓN Y REPLANTEO REDES HASTA H=50 cm	M2

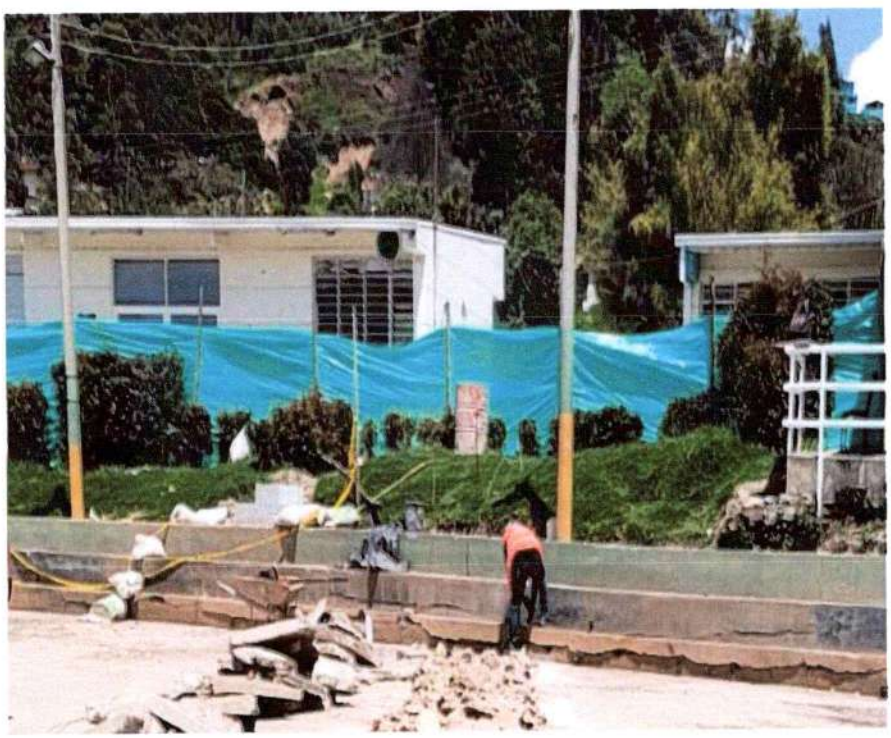


LOCALIZACIÓN Y REPLANTEO REDES HASTA H=50 cm

1.02 CERRAMIENTO EN VARA ROLLIZA Y LONA H=1.50 M. DISTANCIA ENTRE POSTES 2 M

Fue necesario realizar el cerramiento teniendo en cuenta las profundidades de excavación y como precaución ante el tránsito de personas.

ACTIVIDAD	UNIDAD
CERRAMIENTO EN VARA ROLLIZA Y LONA H=1.50 M . DISTANCIA ENTRE POSTES 2 M	M



CERRAMIENTO EN VARA ROLLIZA Y LONA H=1.50 M. DISTANCIA ENTRE POSTES 2 M

1. MEJORAMIENTO ESTRUCTURA ENTRADA

2.01 EXCAVACION MANUAL EN MATERIAL COMUN

Se realiza excavación manual para preparar el sitio de la estructura de entrada.

ACTIVIDAD	UNIDAD
EXCAVACION MANUAL EN MATERIAL COMUN	M3





EXCAVACION MANUAL EN MATERIAL COMUN

2.02 BASE EN MATERIAL DE AFIRMADO COMPACTADO

Se prepara el terreno con afirmado compactado que sirve como base para los concretos de piso de la estructura de entrada.

ACTIVIDAD	UNIDAD
BASE EN MATERIAL DE AFIRMADO COMPACTADO	M3





BASE EN MATERIAL DE AFIRMADO COMPACTADO

2.03 CONCRETO SIMPLE DE 21 MPa - (3000 PSI) IMPERMEABILIZADO PARA PLACAS PISOS

Se instala el concreto de pisos para reducir la erosión del drenaje y el control del caudal.

ACTIVIDAD	UNIDAD
2.03 CONCRETO SIMPLE DE 21 MPa - (3000 PSI) IMPERMEABILIZADO PARA PLACAS PISOS COMPACTADO	M3





CONCRETO SIMPLE DE 21 MPa - (3000 PSI) IMPERMEABILIZADO PARA PLACAS PISOS

2.04 CONCRETO SIMPLE DE 21 MPa - (3000 PSI) IMPERMEABILIZADO PARA MUROS

Se realiza la construcción para darle capacidad hidráulica a la estructura de entrada.

ACTIVIDAD	UNIDAD
CONCRETO SIMPLE DE 21 MPa - (3000 PSI) IMPERMEABILIZADO PARA MUROS	M3





CONCRETO SIMPLE DE 21 MPa - (3000 PSI) IMPERMEABILIZADO PARA MUROS

2.05 SUMINISTRO E INSTALACION DE CONCRETO CICLOPEO DE 17.5 MPA (2500), 40% RAJON PARA ELEVACIONES

Se construye el concreto ciclópeo para proteger y dar soporte a la entrada de la estructura de entrada.

ACTIVIDAD	UNIDAD
SUMINISTRO E INSTALACION DE CONCRETO CICLOPEO DE 17.5 MPA (2500) , 40% RAJON PARA ELEVACIONES	M3





SUMINISTRO E INSTALACION DE CONCRETO CICLOPEO DE 17.5 MPA (2500) , 40% RAJON PARA ELEVACIONES

2.06 SUMINISTRO FIGURADA Y AMARRE DE ACERO 60000 PSI 420 MPa

Se suministra e instala acero con el fin de confinar las estructuras de concreto y dar capacidad ante la retracción y fraguado.

ACTIVIDAD	UNIDAD
SUMINISTRO FIGURADA Y AMARRE DE ACERO 60000 PSI 420 MPa	KG





SUMINISTRO FIGURADA Y AMARRE DE ACERO DE 60000 PSI

3. CONSTRUCCIÓN DE SUMIDERO CON DESARENADOR

3.01 EXCAVACION MANUAL EN MATERIAL COMUN

Se realiza excavación manual para preparar el sitio del desarenador.

ACTIVIDAD	UNIDAD
EXCAVACION MANUAL EN MATERIAL COMUN	M3





EXCAVACION MANUAL EN MATERIAL COMUN

3.02 EXCAVACIONES MECANICAS VARIAS EN MATERIAL COMUN SECO

Se realiza excavación mecánica de acuerdo a la geometría del desarenador.

ACTIVIDAD	UNIDAD
EXCAVACIONES MECANICAS VARIAS EN MATERIAL COMUN SECO	M3





EXCAVACIONES MECANICAS VARIAS EN MATERIAL COMUN SECO

3.03 BASE EN MATERIAL DE AFIRMADO COMPACTADO

Se prepara el terreno con afirmado compactado que sirve como base para los concretos de piso del desarenador.

ACTIVIDAD	UNIDAD
BASE EN MATERIAL DE AFIRMADO COMPACTADO	M3





BASE EN MATERIAL DE AFIRMADO COMPACTADO

3.04 CONCRETO SIMPLE DE 21 MPa - (3000 PSI) IMPERMEABILIZADO PARA PLACAS PISOS

Se instala el concreto de pisos para reducir la erosión del drenaje y el control del caudal.

ACTIVIDAD	UNIDAD
CONCRETO SIMPLE DE 21 MPa - (3000 PSI) IMPERMEABILIZADO PARA PLACAS PISOS	M3





CONCRETO SIMPLE DE 21 MPa - (3000 PSI) IMPERMEABILIZADO PARA PLACAS PISOS

3.05 CONCRETO SIMPLE DE 21 MPa - (3000 PSI) IMPERMEABILIZADO PARA MUROS

Se realiza la construcción para darle capacidad hidráulica a la estructura de entrada.

ACTIVIDAD	UNIDAD
CONCRETO SIMPLE DE 21 MPa - (3000 PSI) IMPERMEABILIZADO PARA MUROS	M3





CONCRETO SIMPLE DE 21 MPa - (3000 PSI) IMPERMEABILIZADO PARA MUROS

3.07 SUMINISTRO FIGURADA Y AMARRE DE ACERO 60000 PSI 420 MPa

Se suministra e instala acero con el fin de confinar las estructuras de concreto y dar capacidad ante la retracción y fraguado.

ACTIVIDAD	UNIDAD
SUMINISTRO FIGURADA Y AMARRE DE ACERO 60000 PSI 420 MPa	KG





SUMINISTRO FIGURADA Y AMARRE DE ACERO 60000 PSI 420 MPa

4. LINEA DE CONDUCCIÓN DE AGUAS LLUVIAS

4.01 EXCAVACION MANUAL EN MATERIAL COMUN

Esta actividad consistió en la perfilación y arreglo de la sección de la zanja.

ACTIVIDAD	UNIDAD
EXCAVACION MANUAL EN MATERIAL COMUN	M3





EXCAVACION MANUAL EN MATERIAL COMUN

4.02 EXCAVACIONES MECANICAS VARIAS EN MATERIAL COMUN SECO

Las mayores excavaciones se dan por que se tiene un material orgánico con una saturación alta debido al taponamiento de las tuberías de la alcantarilla de la vía y del alcantarillado pluvial y sanitario del colegio.

ACTIVIDAD	UNIDAD
EXCAVACIONES MECANICAS VARIAS EN MATERIAL COMUN SECO	M3



EXCAVACIONES MECANICAS VARIAS EN MATERIAL COMUN SECO

4.03 ENTIBADOS EN MADERA TIPO 2 PARA EXCAVACIONES 1 A 7 USOS

Se realizó el entibado teniendo en cuenta la profundidad y la complejidad del suelo al tratarse de un material orgánico sin soporte.

ACTIVIDAD	UNIDAD
ENTIBADOS EN MADERA TIPO 2 PARA EXCAVACIONES 1 A 7 USOS	M2





ENTIBADOS EN MADERA TIPO 2 PARA EXCAVACIONES

4.04 RELLENO PARA REDES EN GRAVILLA DE 3/4 y 1/2 (SUMINISTRO, EXTENDIDO, HUMEDECIMIENTO Y COMPACTACION)

Se realizó el relleno para redes en gravilla de 3/4 de pulgada para conformar la base y el atraque hasta la mitad de la tubería de alcantarillado.

ACTIVIDAD	UNIDAD
RELLENO PARA REDES EN GRAVILLA DE 3/4 , 1/2 (SUMINISTRO, EXTENDIDO, HUMEDECIMIENTO Y COMPACTACION)	M3



RELLENO PARA REDES EN GRAVILLA DE 3/4 , 1/2 (SUMINISTRO, EXTENDIDO, HUMEDECIMIENTO Y COMPACTACION)

4.05 RELLENO PARA REDES EN ARENA DE PEÑA (SUMINISTRO, EXTENDIDO, HUMEDECIMIENTO Y COMPACTACION)

El relleno para redes en arena de peña fue realizado para culminar con el proceso de cubrir la tubería de alcantarillado.

ACTIVIDAD	UNIDAD
RELLENO PARA REDES EN ARENA DE PEÑA (SUMINISTRO, EXTENDIDO, HUMEDECIMIENTO Y COMPACTACION)	M3



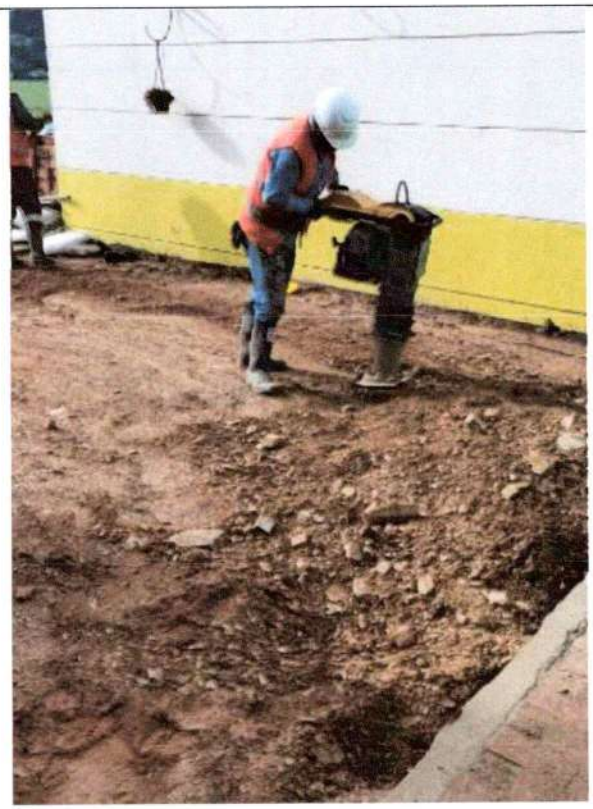


RELLENO PARA REDES EN ARENA DE PEÑA (SUMINISTRO, EXTENDIDO, HUMEDECIMIENTO Y COMPACTACION)

4.06 BASE EN MATERIAL DE AFIRMADO COMPACTADO

Este material se utilizó para mejoramiento de piso, dándole estabilidad y superficie plana y nivelada a la instalación de los adoquines.

ACTIVIDAD	UNIDAD
BASE EN MATERIAL DE AFIRMADO COMPACTADO	M3



BASE EN MATERIAL DE AFIRMADO COMPACTADO

4.07 DEMOLICIÓN PLACA DE PISO E= 10 cm.

Para el proceso de excavación de la tubería de alcantarillado fue necesario demoler las placas existentes en la cancha de baloncesto, igualmente en las escaleras de la misma.

ACTIVIDAD	UNIDAD
DEMOLICIÓN PLACA DE PISO E= 10 cm	M2



DEMOLICIÓN PLACA DE PISO E= 10 cm

4.08 PLACA BASE EN CONCRETO E= 10 CM 2500 PSI

La placa base en concreto de 2500 psi y espesor de 10 cm corresponde a dos categorías:

- Cancha de fútbol del colegio
- Reparación escaleras de la cancha de fútbol del colegio

ACTIVIDAD	UNIDAD
PLACA BASE EN CONCRETO E= 10 CM 2500 PSI	M2





PLACA BASE EN CONCRETO E= 10 CM 2500 PSI

4.09 DESMONTE ADOQUIN PREFABRICADO

El desmonte del adoquín fue necesario para las actividades de excavación para la línea de alcantarillado.

ACTIVIDAD	UNIDAD
DESMONTE ADOQUIN PREFABRICADO	M2



DESMONTE ADOQUIN PREFABRICADO

4.10 ADOQUIN DE GRES

Se realizó el suministro e instalación del adoquín en algunas áreas de la intervención.

ACTIVIDAD	UNIDAD
ADOQUIN DE GRES	M2

.





ADOQUIN DE GRES

4.13 CARGUE Y TRANSPORTE DE MATERIALES SUELTOS, PRODUCTO DE SOBRANTES Y/O DERRUMBES (INCLUYE ACARREO LIBRE)

En esta actividad fue necesario retirar todo el material de excavación debido a que era material orgánico y saturado.

ACTIVIDAD	UNIDAD
CARGUE Y TRANSPORTE DE MATERIALES SUELTOS, PRODUCTO DE SOBRANTES Y/O DERRUMBES (INCLUYE ACARREO LIBRE)	M3





CARGUE Y TRANSPORTE DE MATERIALES SUELTOS

4.14 POZO DE INSPECCIÓN, DIÁMETRO INTERIOR 1.2 M, 1.50 < H < 2.00

Pozo de inspección necesario para hacer la limpieza y mantenimiento de los diferentes tramos de alcantarillado.

ACTIVIDAD	UNIDAD
POZO DE INSPECCIÓN, DIÁMETRO INTERIOR 1.2 M, 1.50 < H < 2.00	UND





POZO DE INSPECCIÓN, DIÁMETRO INTERIOR 1.2 M, 1.50 < H < 2.00

4.15 POZO DE INSPECCIÓN, DIÁMETRO INTERIOR 1.5 M, 2.5 < H < 3.5

Pozos de inspección necesarios para hacer la limpieza y mantenimiento de los diferentes tramos de alcantarillado.

ACTIVIDAD	UNIDAD
POZO DE INSPECCIÓN, DIÁMETRO INTERIOR 1.5 M, 2.5 < H < 3.5	UND



POZO DE INSPECCIÓN, DIÁMETRO INTERIOR 1.5 M, 2.5 < H < 3.5

4.16 SUMINISTRO E INSTALACIÓN TUBERÍA DE ALCANTARILLADO PVC NOVALOC D= 36"

Tubería de 36 pulgadas para darle una mayor capacidad de desagüe producto de la escorrentía de agua lluvias.

ACTIVIDAD	UNIDAD
SUMINISTRO E INSTALACIÓN TUBERÍA DE ALCANTARILLADO PVC NOVALOC D= 36"	ML





SUMINISTRO E INSTALACIÓN TUBERÍA DE ALCANTARILLADO PVC NOVALOC D= 36"

4.17 INSTALACIÓN DE TUBERÍA DE ALCANTARILLADO PVC D=36"

Tubería de 36 pulgadas para darle una mayor capacidad de desagüe producto de la escorrentía de agua lluvias.

ACTIVIDAD	UNIDAD
INSTALACIÓN DE TUBERÍA DE ALCANTARILLADO PVC D=36"	ML



INSTALACIÓN DE TUBERÍA DE ALCANTARILLADO PVC D=36"

4.18 SUMINISTRO E INSTALACIÓN TUBERÍA DE ALCANTARILLADO PVC D= 6"

Fue necesario construir una red paralela en tubería de 6" conectada al pozo de inspección N° 2 para evacuar las aguas lluvias y aguas de alcantarillado existentes en la red anterior.

ACTIVIDAD	UNIDAD
SUMINISTRO E INSTALACIÓN TUBERÍA DE ALCANTARILLADO PVC D= 6"	ML





SUMINISTRO E INSTALACIÓN TUBERÍA DE ALCANTARILLADO PVC D= 6"

4.19 DEMOLICIÓN CONCRETO CICLOPEO (INCLUYE RETIRO)

Se realizó la demolición del concreto ciclópeo ubicado en la entrada del alcantarillado por debajo del cerramiento para darle cabida al tubo de 36 pulgadas

ACTIVIDAD	UNIDAD
DEMOLICIÓN CONCRETO CICLOPEO (INCLUYE RETIRO)	M3





DEMOLICIÓN CONCRETO CICLOPEO (INCLUYE RETIRO)

4.20 BORDILLO DE 8 X 15 CM FUNDIDO EN CONCRETO

Bordillo en concreto reforzado para dar confinamiento al adoquín instalado.

ACTIVIDAD	UNIDAD
BORDILLO DE 8 X 15 CM FUNDIDO EN CONCRETO	ML





BORDILLO DE 8 X 15 CM FUNDIDO EN CONCRETO

4.21 CORTE DE PAVIMENTO RÍGIDO PARA ZANJAS DE ACUEDUCTO, ALCANTARILLADO Y GAS

Se realizó el corte del pavimento rígido en la cancha del colegio con las dimensiones de excavación necesarias para la instalación de tubería de alcantarillado de 36".

ACTIVIDAD	UNIDAD
CORTE DE PAVIMENTO RÍGIDO PARA ZANJAS DE ACUEDUCTO, ALCANTARILLADO Y GAS	M3



CORTE DE PAVIMENTO RÍGIDO PARA ZANJAS DE ACUEDUCTO, ALCANTARILLADO Y GAS

5. CABEZAL DE SALIDA

5.01 EXCAVACION MANUAL EN MATERIAL COMUN

Excavación en material común para darle espacio al tubo de salida de 36 pulgadas hacia la quebrada

ACTIVIDAD	UNIDAD
EXCAVACION MANUAL EN MATERIAL COMUN	M3



EXCAVACION MANUAL EN MATERIAL COMUN

5.03 BASE EN MATERIAL DE AFIRMADO COMPACTADO

Base en material de afirmado compactado para darle soporte a la instalación de la tubería.

ACTIVIDAD	UNIDAD
BASE EN MATERIAL DE AFIRMADO COMPACTADO	M3



BASE EN MATERIAL DE AFIRMADO COMPACTADO

5.04 CONCRETO SIMPLE DE 21 MPa - (3000 PSI) IMPERMEABILIZADO PARA PLACAS PISOS

Se instala el concreto de pisos para reducir la erosión del drenaje y el control del caudal.

ACTIVIDAD	UNIDAD
CONCRETO SIMPLE DE 21 MPa - (3000 PSI) IMPERMEABILIZADO PARA PLACAS PISOS	M3





CONCRETO SIMPLE DE 21 MPa - (3000 PSI) IMPERMEABILIZADO PARA PLACAS PISOS

324

5.05 CONCRETO SIMPLE DE 21 MPa - (3000 PSI) IMPERMEABILIZADO PARA MUROS

Se construyeron muros en concreto reforzado para dar protección a la tubería de salida en caso de una corriente fuerte en la quebrada.

ACTIVIDAD	UNIDAD
CONCRETO SIMPLE DE 21 MPa - (3000 PSI) IMPERMEABILIZADO PARA MUROS	M3





CONCRETO SIMPLE DE 21 MPa - (3000 PSI) IMPERMEABILIZADO PARA MUROS

5.06 SUMINISTRO FIGURADA Y AMARRE DE ACERO 60000 PSI 420 MPa

Acero de refuerzo para estructura de salida de la tubería que entrega a la quebrada.

ACTIVIDAD	UNIDAD
SUMINISTRO FIGURADA Y AMARRE DE ACERO 60000 PSI 420 MPa	KG





SUMINISTRO FIGURADA Y AMARRE DE ACERO 60000 PSI 420 MPa

5.07 SUMINISTRO E INSTALACION DE CONCRETO CICLOPEO DE 17.5 MPA (2500), 40% RAJON PARA ELEVACIONES

Actividad adelantada para reemplazar al ciclópeo previamente demolido debajo de la estructura del cerramiento.

ACTIVIDAD	UNIDAD
SUMINISTRO E INSTALACION DE CONCRETO CICLOPEO DE 17.5 MPA (2500) , 40% RAJON PARA ELEVACIONES	M3



SUMINISTRO E INSTALACION DE CONCRETO CICLOPEO

INFORME TÉCNICO DE OBRA
LH CONSTRUCCIONES CIVILES SAS
CONTRATO DE OBRA CF-CO-003-2025

Anexos:

- Planillas pagadas del período
- Cuadro de seguimiento de la seguridad social
- Copia de la bitácora
- Certificado de Revisoría Fiscal y documentos del contador público
- Certificados de calidad
- Pólizas correspondientes al período

OBDULIO LA ROTTA GARCIA **Director de obra**	**PUBLIO JOSE URRUTIA BAQUERO** **Residente de obra**
DIANA YULIETH OVALLE AGUILERA **Profesional SST**	

LH NIT. 820.003.824 - 5 construcciones civiles s.a.s. ingenieros constructores y constructores de obras civiles y ambientales	**FORMATO INFORME DEL COMPONENTE DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**	**Código:** FT-SST-062 **Fecha:** 13/06/2020 **Versión:** 001 Página **1** de **5**

INFORME DEL COMPONENTE DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

PROYECTO:

INTERVENCIÓN DE LA RED DE ALCANTARILLADO PLUVIAL PARA MITIGAR LAS ACTUALES AFECTACIONES Y EL FUTURO DEL RIESGO DE INUNDACIÓN DE LA SEDE PRINCIPAL DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÉCNICA SALAMANCA DE SAMACÁ, DE CONFORMIDAD CON LA CALAMIDAD PÚBLICA DECLARADASÉGUN DECRETO 028 DEL 13 DE MARZO DE 2025

BOYACÁ

MUNICIPIO: SAMACÁ, BOYACÁ.

No. Contrato CD-CO-003-2025

PERIODO
DEL 26 DE MARZO DE 2025 AL 25 DE ABRIL DE 2025

LH CONSTRUCCIONES CIVILES S.A.S.

COMPONENTE DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

A continuación, se presenta lo relacionado con el componente de Seguridad y Salud en el Trabajo para el reporte correspondiente a Seguridad y Salud en el trabajo del contrato de obra **Contrato CD-CO-003-2025** con el objeto: INTERVENCIÓN DE LA RED DE ALCANTARILLADO PLUVIAL PARA MITIGAR LAS ACTUALES AFECTACIONES Y EL FUTURO DEL RIESGO DE INUNDACIÓN DE LA SEDE PRINCIPAL DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÉCNICA SALAMANCA DE SAMACÁ, DE CONFORMIDAD CON LA CALAMIDAD PÚBLICA DECLARADASÉGUN DECRETO 028 DEL 13 DE MARZO DE 2025.

El presente documentos es confidencial y se mantiene para uso exclusivo del proyecto, su reserva para personas ajenas a ***L&H CONSTRUCCIONES CIVILES SAS*** que no hayan sido aprobadas por el director de obra.

1. **Exámenes Médicos Ocupacionales**
   Se realizaron los exámenes médicos ocupacionales de ingreso al personal ver anexo N° 4. Exámenes Médicos Ocupacionales.

2. **Entrega de Dotación y EPP al personal**
   Se dotó al personal operativo de obra con sus elementos de protección personal y dotación como son , gafas de seguridad, protección auditiva de inserción, tapabocas industrial , guantes, casco de seguridad, , chaleco reflectivo Ver anexo N° 5. Registro de Entrega de EPP.

3. **Inducción a labores**
   Se realizó la respectiva inducción general de ingreso a la empresa, se encuentra establecida la divulgación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo correspondiente a la empresa, el registro de la realización de dicha actividad se encuentra en el anexo N° 6. Registro de Inducción y/o reinducción.

4. **Reporte de actividades de alto riesgo (Trabajo en Altura y/o Confinamiento)**
   Durante el periodo se realizó servicios de excavación, instalación de tubería, rellenos en material selección, retiro de tierra, construcción de pozos de inspección, instalación de adoquines, arreglo de cancha de baloncesto.

5. **Reporte de accidentes**
   Durante este periodo se presentaron cero (0) accidentes y/o incidentes laborales o de tránsito como lo refleja el cuadro resumen, que se muestra a continuación.

6. Reporte de actividades de alto riesgo (Trabajo en Altura y/o Confinamiento)

Durante el periodo se tendrá en cuenta el desarrollo de las actividades de alto riesgo cuando aplique.

7. Reporte de accidentes

Durante el periodo se consolidarán los accidentes y/o incidentes laborales o de tránsito en caso de presentarse tal como lo refleja el cuadro resumen, que se muestra a continuación.

Tabla reporte de accidentes

Descripción	Periodo	Cantidad
N° Accidentes de Trabajo	Marzo-Abril Año 2025	Cero (0)
N° Accidente de Tránsito	Marzo-Abril Año 2025	Cero (0)
Días de capacidad por accidentes laborales	Marzo-Abril Año 2025	Cero (0)

8. Inspecciones de Obra

En este periodo se realizó inspección de las actividades ejecutadas en obra, inspección a condiciones de seguridad, señalización uso adecuado de EPP,Ver anexo N°7 inspección locativa, anexo 8 inspección de EPP

9. Reporte sobre el estado de los equipos para la atención de primeros auxilios y emergencias.

En obra se encuentra botiquín, extintor y camilla rígida, los cuales fueron inspeccionados respectivamente ver anexo N° 9. Inspecciones Equipo para atención de emergencias.

10. Reporte de los equipos empleados en el proyecto

En la obra se encuentran varias herramientas de trabajo, de las cuales se realiza inventario al inicio y al final de la obra; así mismo el seguimiento de estas en las inspecciones realizadas ver anexo No 10 Formato de Herramientas e inspecciones de equipos.

11. Reporte de Capacitaciones

Durante el periodo y teniendo en cuenta el plan de trabajo y el plan de capacitación, se llevaron a cabo las capacitaciones programadas en obra, anexo N° 11 registros de asistencia a las capacitaciones

12. Situaciones de emergencias

Durante la ejecución del contrato no se presentaron situaciones de emergencia, por eventos naturales, tecnológicos o sociales.

13. Reporte Actualización de riesgos y peligros

Dentro del desarrollo del proyecto no se han identificado riesgos adicionales asociados a las actividades desarrolladas.

14. Reporte de estándares mínimos y auto evaluación del sistema de Gestión de seguridad y salud en el trabajo.

En cumplimiento del decreto 1072 de 2015 y resolución 0312 de 2019, se realiza a cabo la autoevaluación de estándares mínimos y ante el ministerio de trabajo. Ver anexo 11 informe de autoevaluación. Anexo 13. Reporte ante el ministerio de trabajo

332

Anexos

- *N° 1. Listado de del personal contratado*
- *N° 2. Afiliaciones del Personal*
- *N° 3. Planillas de Pago de Seguridad Social.*
- *N° 4. Exámenes Médicos Ocupacionales*
- *N° 5. Registro de Entrega de EPP*
- *N° 6. Registro de Inducción y/o reinducción*
- *Nº 7. Inspección locativa*
- *N° 8. Inspección de EPP*
- *N° 9. Inspección Equipo para atención de emergencias, inspección de botiquín, camilla y extintor.*
- *N° 10. Inspección e inventario de herramientas empleadas en el proyecto*
- *N° 11 Registros de asistencia a las capacitaciones*
- *N° 12 Informe de autoevaluación*
- *Nº 13. Reporte ante el ministerio de trabajo Constancia y resultados de autoevaluación de estándares mínimos*
- *No.14 Hoja de vida del encargado, Licencia de Salud Ocupacional y Curso de 20 horas del SG-SST.*

Elaboro:

Diana Yuliett Ovalle Aguilera
Lic. Res.1293 del 30/01/2018
Secretaría de Salud Distrital

Diana Yuliett Ovalle Aguilera
Teléfono: 8271717
Celular: 314 4817281
Email:consultorias.sgssta@gmail.com



Perfil

Ingeniera ambiental, especialista en gerencia en salud ocupacional, con amplia experiencia en el diseño, implementación y mantenimiento de sistemas de gestión en SSTA. Coordine el proceso de sistemas integrados específicamente en HSE para el sector manufacturero-metalmecánico en diferentes centros de trabajo.

He apoyado procesos de implementación de la guía RUC en un laboratorio ambiental. Soy una persona amable, paciente y comunicativa. Tengo muy buenas relaciones interpersonales, responsable, respetuosa, colaboradora, honesta, activa, con capacidad de liderazgo, emprendedora, dinámica, ágil, compañerista, cumplidora de sus deberes y aprendo

rápidamente.Facilitando la interacción con colaboradores, directivos, contratistas y clientes. El trabajo que realizo se caracteriza por ser dinámico, práctico, organizado, cumpliendo las expectativas y necesidades propias de cada organización.

Educación

Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional, Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca. Resolución 1293 del 30 Enero de 2018.

Ingeniera Ambiental, Universidad Nacional Abierta y a Distancia –UNAD, Abril de 2016, Bogotá D.C., Colombia. TP No. 25238-331155CND

Auditor SG SST, Decreto 1072, Resolución 0312, ISO 45000. Held at Grupo Elite Organizacional Ltda,16/11/2019 inicio- finaliza 19/02/2020., Bogotá, Colombia. **(40 Horas)**

Auditor interno bajo la norma ISO 9001:2015. Correa & Rivera Asociados SAS. Mayo 2019.Bogotá, Colombia (32 Horas)

49 Congreso de Seguridad, Salud y Ambiente. Consejo Colombiano de Seguridad. Participación como Ponente: Reducción de la accidentalidad mediante la implementación del programa de seguridad basada en el comportamiento. Junio 23 de 2016.

Experiencia Laboral

UNAD-Universidad Nacional Abierta y a Distancia
Representante de egresados comité curricular cadena Ambiental
Funciones Realizadas:
El Comité Currícular es el organismo encargado de apoyar la gestión de los programas de pregrado y posgrado de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia – UNAD, que por medio del artículo 80 del Reglamento Académico busca promover su permanente actualización en busca del mejoramiento continuo.

Fecha De Ingreso: Enero 2019

Gerente: Fabian Forero
Teléfono: 318-7163032

G&L Seguridad y Salud en el Trabajo S.A.S
Asesoría y capacitación
Funciones Realizadas:

Actividades asesoría y capacitación en temas: Movilidad segura y seguridad vial con promedio mensual de horas de capacitación dictada de 8 horas

Fecha De Ingreso: Enero 2022

Gerente: Liliana Larotta
Teléfono: 315-8829971

SAFT DE COLOMBIA SAS
PROFESIONAL ASESOR SSTA
Funciones Realizadas:
Asesorías SG-SSTA: Diseño, Implementación, Seguimiento y Mejora continua, bajo el ciclo PHVA. Investigación de accidentes, capacitaciones en modalidad virtual y presencial.

Fecha De Ingreso: Mayo 23 de 2022

Gerente: Anuar Echeverri
Teléfono: 311-2268521

Asesor externo:

Sointcar SAS

SG-SSTA: Diseño, Implementación, Seguimiento y Mejora continua, bajo el ciclo PHVA. Investigación de accidentes, capacitaciones.
Fecha De Inicio: abril de 2018 **Fecha De Retiro:** junio 2022 **Gerente:** Fernando Bernal Huertas**Teléfono:** 316-3514137

Agregados Santa lucia

Apoyo a capacitaciones y elaboración de documentación ambiental para proyectos mineros.
Fecha De Inicio: mayo de
2018**Fecha De Retiro:**
Actualmente**Gerente:**
Claudia Hoyos **Teléfono:**
311-2366801

Natural Alliance

SG-SSTA: Diseño, Implementación, Seguimiento y Mejora continua, bajo el ciclo PHVA. Auditorías a los diferentes sistemas, acompañamiento a trabajos de alturas y permisos de trabajo respectivos.
Fecha De Inicio: septiembre de
2018**Fecha De Retiro:**
Actualmente **Gerente:** Mónica
Muñoz
Teléfono: 321-2359506

MANUFACTURAS SAS MATECSA ANALISTA HSE
Funciones Realizadas:

Seguimiento y ejecución de Indicadores al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo y ambiente. Encargado del SG-SSTA en las sedes de Malambo, Yumbo, Girardota y Funza.
Participar en el seguimiento de las actividades de capacitación del personal e inducción al SG- SSTA. Inspecciones de seguridad, seguimiento Matriz de acciones correctivas y preventivas del SG-SSTA.
Seguimientos médicos, apoyo a las actividades programadas en el programa de vigilancia epidemiológica –PVE, aislamientos preventivos a los colaboradores producto del covid 19. Análisis de ausentismo, indicadores de accidentalidad, presentación de informes gerenciales del SG-SSTA; Apoyo en programación y ejecución de Actividades de acuerdo con lo establecido en el plan de trabajo anual del SG-SSTA.

Apoyo en la implementación del Plan Estratégico de seguridad vial-PESV
Direccionar el proceso con respecto a la Estructuración documental del sistema, de acuerdo con el PHVA, Decreto 1072 de 2015.Reporte a las diferentes entidades ambientales, medición de huella de carbono.
Fecha De Ingreso: Mayo 21 de 2018-Abril 24 de 2022

Jefe Inmediato: Yina Cortes

Teléfono: 8269753 ext. 43112, 3143935191

SAFT DE COLOMBIA SAS
ASESOR DE HSEQ PARA EL PROYECTO IBM DE COLOMBIA.
Funciones Realizadas:

Seguimiento y ejecución de Indicadores al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo.
Realizar capacitación al personal nuevo inducción al SG-SSTA y reinducción.Apoyo y seguimiento de actividades del SG-SSTA para auditoria RUC
Elaboración de material para divulgación de campaña internas, capacitaciones, correspondientes al SG-SSTA
Inspecciones de seguridad y su respectivo informe de campo
Participar en el seguimiento de las actividades de capacitación del personal e inducción al SG- SSTA
Apoyo en programación y ejecución de Actividades de IHS (Integral Healt Service)

Fecha De Ingreso: Agosto 23 de 2016 - Mayo 18 de 2018

Jefe Inmediato: Anuar Echeverri
Teléfono: 311-2268521

ANTEK S.A.S
Cargo: Asistente H.S.E.Q

Funciones Realizadas: Hacer parte del control de la documentación del sistema de salud ocupacional, seguridad, ambiente y del sistema de gestión de calidad.
Participar en la atención de auditorías a los sistemas de H.S.E.Q., las inquietudes de los clientes y las revisiones de la alta dirección.
Acompañamiento en los Programas de Gestión Integral: ISO 14001, ISO 9001, ISO 18000, ISO 17025.
Participar en el seguimiento de las actividades de capacitación del personal y de divulgación de procedimientos y velar por su oportuna ejecución.
Integrante activa del COPASST, Secretaria del Comité, desarrollo de actividades lúdicas en temasde capacitación para los programas de prevención en Salud Ocupacional o que se requieran, Inspecciones locativas, seguimiento a las Fichas de Reporte de Condiciones Inseguras y Riesgo al Ambiente.
Encargada de los Programas de Orden y Aseo, Programa de Observación de Comportamiento Seguro y Programa de caídas a nivel. (Inspecciones, Seguimientos y cumplimiento del Ciclo PHVA)
Programación de Capacitaciones a nivel Bogotá y Nacional. Apoyo a las actividades del Departamento de Gestión Ambiental. Divulgación de información dentro de la compañía.

Fecha De Ingreso: Marzo 01 de 2011-Agosto 23 de 2016
Jefe Inmediato: Sergio González
Teléfono: 311-8486146

Habilidades y conocimientos

- Auditor SG SST, Decreto 1072, Resolución 0312, ISO 45000
- Análisis de indicadores ambientales, medición de huella de carbono.
- Implementación de Sistemas de Gestión ambiental y documentación en general.
- Tareas de alto riesgo: alturas, izajes, trabajos en caliente, espacios confinados.
- Decreto 1072/2015, Resolución 312/2019 y legislación en SST
- Normas ISO 9001, 14001 y 45001. Guía RUC
- Microsoft office Word, Excel, Power Point

Idiomas

Idiomas Español, proficiencia como nativo

Referencias

Disponibles según requerimiento

UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA

ACTA DE GRADO 53

En Bogotá D.C., República de Colombia, el doce (12) de enero de dos mil dieciocho (2018), se reunieron en el Centro de Convenciones Gonzalo Jiménez de Quesada: la Rectora, doctora Olga Lucía Díaz Villamizar; la Decana de la Facultad de Ciencias Sociales, doctora Patricia Duque Cajamarca y la Secretaria General de la Universidad, doctora Patricia Inés Ortiz Valencia, con el fin de presidir la ceremonia de grado de:

DIANA YULIETT OVALLE AGUILERA
C.C. 1073230379 de Mosquera

Quien terminó sus estudios, cumplió los requisitos de Ley y los Reglamentos de la Universidad. En testimonio de ello la Institución le otorgó el título de **ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SALUD OCUPACIONAL.**

Resolución 828 del 13 de marzo de 1996, expedida por el Ministerio de Educación Nacional.

Previo juramento se entregó el diploma a la graduanda.

(Fdo.) La Rectora, Olga Lucía Díaz Villamizar
(Fdo.) La Decana de la Facultad, Patricia Duque Cajamarca
(Fdo.) La Secretaria General, Patricia Inés Ortiz Valencia

En constancia, firma la presente acta

LA SECRETARIA GENERAL,

PATRICIA INÉS ORTIZ VALENCIA

Registro Diploma: ***22070*** *Libro No. 19 – 12 de enero de 2018*

Magda A.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

DIANA YULIETT OVALLE AGUILERA

Con Cedula de Ciudadania No. 1.073.230.379

Cursó y aprobó la acción de Formación

SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST

con una duración de 50 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Dosquebradas, a los veintiseis (26) días del mes de abril de dos mil dieciseis (2016)

Firmado Digitalmente por
JHON FREDDY AMAYA TABORDA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

JHON FREDDY AMAYA TABORDA
SUBDIRECTOR
CENTRO DE DISEÑO E INNOVACIÓN TECNOLOGICA INDUSTRIAL
REGIONAL RISARALDA

34396256 - 26/04/2016
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9223001161298CC1073230379C.

337

sura

ARL

La República de Colombia, el Ministerio de Trabajo y ARL SURA

CERTIFICA QUE

DIANA YULIETT OVALLE AGUILERA

C1073230379

HA FINALIZADO CORRECTAMENTE LA FORMACIÓN

ACTUALIZACIÓN VIRTUAL SGSST (20 HORAS)

HORAS CERTIFICADAS

20

En testimonio de lo anterior, se firma el presente el
16 de noviembre de 2021
Registro Certificado de Oferente de Seguros de Riesgos Laborales Suramericana S.A. RCO-0003.

o1veUKOy80

338

ACCIT
American Council of Certification, Inspections and Training

339

CERTIFICATE OF SUCCESSFUL COMPLETION
THIS CERTIFIES THAT

DIANA YULIETT OVALLE AGUILERA

ID 1073230379

Completed successfully the Coordinator and Consultant Certification course, passing the exam and different standards workshops

ISO 45001:2018, Decreto 1072 y Resolución 0312

Occupational Health and Safety Management System

40 Hours
Held at Grupo Elite Organizacional Ltda
Colombia - Latinoamerica
it started 16/11/2019 - finished 19/02/2020

GRUPO ELITE ORGANIZACIONAL

ID 900.353.432-8
Colombia

Lina Marcela Monroy
000857/P/13337
Course Manager

ACT333

ACCIT ACCIT ACCIT ACCIT ACCIT ACCIT ACCIT ACCIT

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

DIRECCIÓN DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD

RESOLUCION No 1293 de 30/01/2018

"Por la cual se Concede Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo"

LA DIRECTORA DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales conferidas en los artículos 23 de la ley 1562 de 2012 y 1o. de la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social y en especial por las que le confiere el Decreto 507 del 6 de noviembre de 2013 de la Alcaldía Mayor de Bogotá y

CONSIDERANDO

Que el (la) señor(a) DIANA YULIETT OVALLE AGUILERA, Identificado(a) con CC 1073230379 de MOSQUERA, ha solicitado Licencia para prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo como persona natural.

Que el peticionario ha presentado la documentación necesaria, exigida por el literal A del Artículo Segundo de la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Que revisada la solicitud presentada con su documentación anexa y verificado el cumplimiento de los requisitos exigidos por la Resolución No. 4502 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social para el otorgamiento de la licencia de salud ocupacional, se considera procedente la expedición de licencia solicitada.

En mérito de lo expuesto, la Directora de Calidad de Servicios de Salud de la Secretaría Distrital de Salud

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Conceder Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo a DIANA YULIETT OVALLE AGUILERA, Identificado(a) con CC 1073230379 de MOSQUERA, como INGENIERO AMBIENTAL ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SALUD OCUPACIONAL.

ARTICULO SEGUNDO: La licencia otorgada comprende la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo en las siguientes áreas o campos de acción:

- INGENIERÍA AMBIENTAL EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
- HIGIENE INDUSTRIAL
- SEGURIDAD INDUSTRIAL
- EDUCACION Y CAPACITACION
- INVESTIGACION EN AREA TECNICA
- INVESTIGACION EN ACCIDENTES DE TRABAJO DE ACUERDO CON SU COMPETENCIA
- DISEÑO, ADMINISTRACION Y EJECUCION DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL

ODL

TRABAJO

ARTÍCULO TERCERO: La presente Licencia se concede por término de diez (10) años, es de carácter personal e intransferible, tendrá validez en todo el territorio nacional y puede solicitarse su renovación, por un término igual, en cualquier Secretaría Seccional o Distrital del país.

ARTICULO CUARTO: Cuando el titular de la licencia modifique alguna de las condiciones acreditadas en el momento de su obtención, deberá informar tal hecho a la Dirección de Calidad de Servicios de Salud - Subdirección Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud de esta Secretaría de Salud, a fin de que se proceda a modificar la resolución por la cual se otorgó la licencia. En caso contrario incurrirá en las sanciones previstas en las normas legales vigentes.

ARTICULO QUINTO: El titular de la licencia deberá dar estricto cumplimiento a las normas que regulan la materia, en especial a la Ley 1562 de 2012, Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 y demás normas que la modifiquen o adicionen.

ARTICULO SEXTO: Notificar personalmente esta Resolución a DIANA YULIETT OVALLE AGUILERA informándole que de conformidad con el artículo 74 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011) contra la misma proceden los recursos de reposición y en subsidio apelación, los cuales podrá interponer ante esta Secretaría, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación de este acto administrativo.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Bogotá D.C. a los 30/01/2018

Original Firmado Por
Rosmira Mosquera Padilla
ROSMIRA MOSQUERA PADILLA
Directora de Calidad de Servicios de Salud

Elaboró: [illegible]
Revisó: Clara Helena Villanueva Herrera
Aprobó: Rosmira Mosquera Padilla

Bogotá D.C. Febrero 9/2018
A la fecha notifique personalmente al señor (a) Diana Yuliett Ovalle A
C.C # 1033230379 Mosquera
Teléfono 314 461 7281
Correo yulietthoa@gmail.com
Firma

341

REPÚBLICA DE COLOMBIA

COPNIA

Consejo Profesional Nacional de Ingeniería

Matrícula Profesional No.

25238-331155 CND

Fecha de Expedición: **13/05/2016**

Nombre:

DIANA YULIETT

OVALLE AGUILERA

Cédula:

C.C. 1073230379

Profesión:

INGENIERO AMBIENTAL

Institución:

UNIVERSIDAD NACIONAL

ABIERTA Y A DISTANCIA - UNAD



LISTADO EMPLEADOS EN OBRA			
No.	**NOMBRE COMPLETO**	**CARGO**	**CÉDULA**
1	BUITRAGO JEREZ MIGUEL FABIAN	OPERADOR RETROEXCAVADORA	1,056,482,029
2	RODRIGUEZ ESPITIA GERMAN	AUXILIAR DE CONSTRUCCIÓN	4,235,314
3	ROJAS MARTINEZ TEODORO	AUXILIAR DE CONSTRUCCIÓN	4,292,853
4	BUITRAGO ORLANDO	OFICIAL	80,368,230
5	MARTINEZ PEDRO JOSÉ	MAESTRO DE OBRA	6,768,349
6	URRUTIA BUITRAGO PUBLIO JOSE	ING. RESIDENTE	6,768,357

343

SOLICITUD PARA AFILIACIÓN DE TRABAJADORES DEPENDIENTES

Proceso: Subsidio y Aportes

comfaboy unidos para crecer

Por medio de la presente solicito a la Caja de Compensación Familiar de Boyacá "COMFABOY" la Afiliación del Trabajador dependiente con beneficiarios.

CIUDAD: | FECHA: Día 27 | Mes 3 | Año 25 | Uso Exclusivo de Comfaboy: Código Empresa:

I. DATOS DEL EMPLEADOR:

RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA O NOMBRE DEL EMPLEADOR: LH CONSTRUCCIONES CIVILES SAS | NIT. / C.C. / C.E. 820.003.826-5

II. DATOS DEL TRABAJADOR:

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	DOCUMENTO: C.C. [X] C.E. [ ] T.I. [ ] P.E.P. [ ] P.P.T. [ ] No.
GIL	MATAMOROS	VICTOR MANUEL	74 356 876

DIRECCIÓN RESIDENCIA	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO FIJO
VDA SALAMANCA	SAMACA	BOYACA	22 / 06 / 73	

ESTADO CIVIL: SOLTERO [ ] CASADO [ ] UNIÓN LIBRE [X] SEPARADO [ ] VIUDO [ ] CELULAR: 3142193779.

ORIENTACIÓN SEXUAL: HETEROSEXUAL [ ] HOMOSEXUAL [ ] BISEXUAL [ ] INFORMACIÓN NO DISPONIBLE [ ]

NIVEL ACADÉMICO: BÁSICA PRIMARIA [ ] SECUNDARIA [ ] TÉCNICO [ ] TECNOLÓGICO [ ] PREGRADO [ ] POSTGRADO [ ]

CORREO ELECTRÓNICO: lhconstruccionesciviles09@hotmail.com. | TIPO DE DISCAPACIDAD:

CONTRATO: INDEFINIDO	TÉRMINO FIJO	TIEMPO PARCIAL	FECHA INGRESO	DÍA	MES	AÑO	CIUDAD DONDE TRABAJA
[ ]	[X]	[ ]		26	03	25	SAMACA

INGRESO MENSUAL ($): 1423500 | HORAS LABORADAS MES: 192 | ES VENDEDOR: SÍ [ ] NO [X]

ES PROPIETARIO DE: VIVIENDA [ ] LOTE [ ] NINGUNO [X] ARRIENDO [ ] | SU PROPIEDAD ESTÁ UBICADA EN EL SECTOR: URBANO [ ] RURAL [X]

HA RECIBIDO SUBSIDIO DE VIVIENDA DE INTERÉS SOCIAL DE COMFABOY Y/O DE OTRA ENTIDAD? SÍ [ ] NO [X]

III. DATOS OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA (DILIGENCIAR ÚNICAMENTE TRABAJADORES DOMÉSTICOS):

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	NIT	HORAS LABORADAS MES	CAJA DE COMPENSACIÓN POR LA CUAL RECIBE CUOTA MONETARIA	SALARIO MES

IV. DATOS CÓNYUGE O COMPAÑERA(O) ACTUAL:

PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRES:	DOCUMENTO: C.C. [ ] C.E. [ ] T.I. [ ] P.E.P. [ ] P.P.T. [ ] No.
DIRECCIÓN	CIUDAD	DEPARTAMENTO	CELULAR
TRABAJA: SÍ [ ] NO [ ]	SI TRABAJA REGISTRE NOMBRE EMPRESA:		SALARIO MENSUAL:
CONVIVE: SÍ [ ] NO [ ]	CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADA(O)		

V. DATOS HIJOS, HERMANOS Y PADRES A CARGO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	GÉNERO M	GÉNERO F	DOCUMENTO IDENTIDAD Tipo (1*)	DOCUMENTO IDENTIDAD NÚMERO	FECHA NACIMIENTO Día	Mes	Año	PARENTESCO HIJO	HIJASTRO	HERMANO	PADRE	GRADO ESCOLARIDAD (2*)	NÚMERO DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN PADRE (3*)

1*. INDIQUE EL NÚMERO DE DOCUMENTO CON LAS SIGLAS: CC (Cédula de Ciudadanía) CE (Cédula de Extranjería) TI (Tarjeta de Identidad) PEP (Permiso Especial de Permanencia) NUIP (Número Único de Identificacion Personal)

2*. INDIQUE GRADO DE ESCOLARIDAD CON LAS SIGLAS: N (Ninguno), P (Primaria), B (Bachillerato), T(Técnica), PR (Profesional), O(Otro)

3*. REGISTRE EL NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO DE LOS HIJOS DIFERENTE AL TRABAJADOR APORTANTE.

comfaboy RECEPCIÓN AFILIACIÓN 27 MAR 2025 QUE PRESTA USUARIO AFILIADO

SI ES BENEFICIARIO DE CUOTA MONETARIA:

ENTIDAD BANCARIA: | No. DE CUENTA | CUENTA DE AHORROS [ ] CUENTA CORRIENTE [ ]

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

La Caja de Compensación Familiar de Boyacá COMFABOY, identificada con el NIT. 891800213-8 domiciliada y ubicada en Tunja - Colombia en la dirección carrera 10 # 16-81, teléfono 608 744 1515 extensión 1220 y página web: www.comfaboy.com.co, declara que como responsable de la información protege los datos suministrados por afiliados, colaboradores, proveedores, terceros, usuarios y otros interesados, en virtud de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, su Decreto reglamentario 1377 de 2013, e informa a éstas que los datos personales serán utilizados en los términos dados en la autorización por su titular.

Autorizo a COMFABOY, sobre la cual manifiesto conocer que cuenta con la prestación de servicios de vivienda, salud, educación y cultura, recreación y turismo, crédito social, aportes y subsidio y mecanismo de protección al cesante, para cumplir con las finalidades y las funciones asignadas establecidas en la normatividad, 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, a sus aliados comerciales estratégicos, para que éstos sean incorporados en una base de datos 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 eventos, campañas, promociones o concursos de carácter comercial y publicitario," evaluar la calidad del servicio, realizar estudios o investigaciones de mercado, realizar la preinscripción o inscripción al listado de proveedores y la comercialización de servicios y productos. Se informa que la base de datos en la que se encuentran sus datos personales es tratada cumpliendo con las medidas de seguridad definidas en la política de tratamiento de datos responsabilidad de COMFABOY. Las anteriores finalidades se podrán realizar a través de medios físicos, electrónicos o telefónicos. Por lo anterior, autorizo el envío de comunicaciones utilizando mis datos de contactos, 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.

Usted podrá consultar la "Política Tratamiento de Datos Personales" en www.comfaboy.com.co. Para resolver dudas e inquietudes relacionadas con el tratamiento de los datos, presentar sus solicitudes y/o ejercer sus derechos puede escribirnos al correo **protecciondatos@comfaboy.com.co**, o hacerlo en cualquiera de nuestras sedes. Así mismo, COMFABOY le informa que sus derechos como titular de datos personales son: (i) Acceder en forma gratuita a los datos proporcionados que hayan sido objeto de tratamiento. (ii) Conocer, actualizar y rectificar su información frente a datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos cuyo tratamiento esté prohibido o no haya sido autorizado. (iii) Solicitar prueba de la autorización otorgada. (iv) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) quejas por infracciones a lo dispuesto en la normatividad vigente. (v) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato, siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos. (vi) Abstenerse de responder las preguntas sobre datos sensibles. Leído lo anterior, declaro ser el titular de la información. Al diligenciar y firmar este formulario autorizo expresamente de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informado a COMFABOY, para el tratamiento de los datos personales suministrados por mi persona dentro de las finalidades legales, contractuales, comerciales aquí contempladas. Indicando que es completo, confiable, exacto y verídico.

Declaro que la información que se ha consignado en el presente formulario es veraz y se autorizo a la Caja de Compensación Familiar de Boyacá – Comfaboy a que verifique la información en cualquier momento y a deducir de mi subsidio familiar en dinero los valores que me hayan dispuesto sin tener derecho a él, por este concepto o por el reporte inoportuno de las novedades.

Le recordamos que los subsidios monetarios puestos a su disposición y no cobrados, prescriben a los tres (3) años (Ley 21 de 1.982 Artículo 6).

El procedimiento de prescripción de cuota monetaria lo podrá consultar en la página web www.comfaboy.org

Victor Manuel Matamoros.

FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR

ESPACIO RESERVADO PARA COMFABOY

Observaciones:	Cantidad de Folios:

RECIBIDO

VIGILADO SuperSubsidio

Hacienda

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 25/03/2025

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	820003826
Nombre:	L H CONSTRUCCIONES CIVILES SAS		
Dirección:	CRA 12 21-50		
Departamento:	BOYACA	**Municipio:**	TUNJA
Correo electrónico:	lhconstruccionesciviles09@hotmail.com		
Teléfono:	7403570	**Tarifa:**	6,96000
Actividad Económica:	5411101 CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN DE TODO TIPO DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, CASAS Y EDIFICIOS, MONTAJE DE CUBIERTAS METÁLICAS, PUERTAS, VENTANAS, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS, REFORMA O RENOVACIÓN DE ESTRUCTURAS RESIDENCIALE		

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Documento Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC - 6765982	OBDULIO LA ROTTA GARCIA

DATOS AFILIADOS RADICADOS

#	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	2025-01-033-135944	26/03/2025	CC 74356876	VICTOR MANUEL GIL MATAMOROS	5	6,96000	Dependiente

OBSERVACIONES

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

Cordial saludo,

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

GIL MATAMOROS VICTOR MANUEL.

CEDULA 74356876 x

COLCHBIANO COLCHBA BOYACA TUNJA 2 2 0 E 1973

POSITIVA PORVENIR 1423500.

3209124660

BOYACA SAMACA. VDA SALAMANCA

LA CONSTRUCCIONES CIVILES SAS NIT 820.003.826-5

CRA 12#21-50 3112366801 lasconstrucciones civiles04@hotmail.com. BOYACA TUNJA

26032025

Received from Counsel Cpl/57

ALLD
MAR 2025



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 4.292.853
ROJAS MARTINEZ

APELLIDOS
TEODORO

NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 28-DIC-1969
VENTAQUEMADA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

06-ABR-1988 VENTAQUEMADA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

348

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 25/03/2025

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	820003826
Nombre:	L H CONSTRUCCIONES CIVILES SAS		
Dirección:	CRA 12 21-50		
Departamento:	BOYACA	**Municipio:**	TUNJA
Correo electrónico:	lhconstruccionesciviles09@hotmail.com		
Teléfono:	7403570	**Tarifa:**	6,96000
Actividad Económica:	5411101 CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN DE TODO TIPO DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, CASAS Y EDIFICIOS, MONTAJE DE CUBIERTAS METÁLICAS, PUERTAS, VENTANAS, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS, REFORMA O RENOVACIÓN DE ESTRUCTURAS RESIDENCIALE		

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Documento Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC - 6765982	OBDULIO LA ROTTA GARCIA

DATOS AFILIADOS RADICADOS

#	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	2025-01-033-134297	26/03/2025	CC 4292853	TEODORO ROJAS MARTINEZ	5	6,96000	Dependiente

OBSERVACIONES

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

Cordial saludo,

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

349

Hacienda

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **TEODORO ROJAS MARTINEZ** identificado con **CC** No. **4292853**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
L H CONSTRUCCIONES CIVILES SAS - NI. 820003826	**Fecha de inicio de cobertura :** 26/03/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501013636356.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 26 días del mes de marzo de 2025.

Cordialmente,

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

* 01B 00000000 *

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva EPS

ROJAS HARTINEZ TEODORO

x

4.292.853

COLOMBIANO COLOMBIA BOYACA VENTAQUEMADA x 28 DIC 1969.

POSITIVA

PORVENIR 1423500 TIERRA NEGRA.

3124175277 BOYACA.

VENTAQUEMADA TIERRA NEGRA

Lit const

SUCCIONES Civiles SAS

In construccionesciviles@hotmail.com BOYACA TUNJA

351

SOLICITUD PARA AFILIACIÓN DE TRABAJADORES DEPENDIENTES

Proceso: Subsidio y Aportes

comfaboy unidos para crecer

Por medio de la presente solicito a la Caja de Compensación Familiar de Boyacá "COMFABOY" la Afiliación del Trabajador dependiente con beneficiarios.

CIUDAD: | FECHA: Día 27 | Mes 3 | Año 25

Uso Exclusivo de Comfaboy: Código Empresa:

I. DATOS DEL EMPLEADOR:

RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA O NOMBRE DEL EMPLEADOR: LH CONSTRUCCIONES CIVILES SAS. | NIT / CC / CE: 820.003.826-5

II. DATOS DEL TRABAJADOR:

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	DOCUMENTO: C.C. [x] C.E. [ ] T.I. [ ] P.E.P. [ ] P.P.T. [ ] No.
ROJAS.	MARTINEZ.	TEODORA	4.292.852

DIRECCIÓN RESIDENCIA	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO FIJO
TIERRA NEGRA	VENTAQUEMADA	BOYACA	28 12 64	

ESTADO CIVIL: SOLTERO [ ] CASADO [ ] UNIÓN LIBRE [x] SEPARADO [ ] VIUDO [ ] CELULAR: 3124175297.

ORIENTACIÓN SEXUAL: HETEROSEXUAL [x] HOMOSEXUAL [ ] BISEXUAL [ ] INFORMACIÓN NO DISPONIBLE [ ]

NIVEL ACADÉMICO: BÁSICA PRIMARIA [ ] SECUNDARIA [ ] TÉCNICO [ ] TECNOLÓGICO [ ] PREGRADO [ ] POSTGRADO [ ]

CORREO ELECTRÓNICO: lhconstrucccionesciviles09@hotmail.com | TIPO DE DISCAPACIDAD:

CONTRATO: INDEFINIDO [ ]	TÉRMINO FIJO [x]	TIEMPO PARCIAL [ ]	FECHA INGRESO: DÍA 26	MES 3	AÑO 25	CIUDAD DONDE TRABAJA
						SAMACA.

INGRESO MENSUAL ($): 1423500 | HORAS LABORADAS MES: 192 | ES VENDEDOR: SÍ [ ] NO [x]

ES PROPIETARIO DE: VIVIENDA [ ] LOTE [ ] NINGUNO [ ] ARRIENDO [x] | SU PROPIEDAD ESTÁ UBICADA EN EL SECTOR: URBANO [ ] RURAL [x]

HA RECIBIDO SUBSIDIO DE VIVIENDA DE INTERÉS SOCIAL DE COMFABOY Y/O DE OTRA ENTIDAD? SÍ [ ] NO [x]

III. DATOS OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA "DILIGENCIAR ÚNICAMENTE TRABAJADORES DOMÉSTICOS"

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	NIT	HORAS LABORADAS MES	CAJA DE COMPENSACIÓN POR LA CUAL RECIBE CUOTA MONETARIA	SALARIO MES

IV. DATOS CÓNYUGE O COMPAÑERA(O) ACTUAL

PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRES:	DOCUMENTO: C.C. [ ] C.E. [ ] T.I. [ ] P.E.P. [ ] P.P.T. [ ] No.
DIRECCIÓN	CIUDAD	DEPARTAMENTO	CELULAR
TRABAJA: SÍ [ ] NO [ ]	SI TRABAJA REGISTRE NOMBRE EMPRESA:		SALARIO MENSUAL:
CONVIVE: SÍ [ ] NO [ ]	CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADA(O)		

V. DATOS HIJOS, HERMANOS Y PADRES A CARGO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	GÉNERO M	GÉNERO F	DOCUMENTO IDENTIDAD Tipo (1*)	DOCUMENTO IDENTIDAD NÚMERO	FECHA NACIMIENTO Día	FECHA NACIMIENTO Mes	FECHA NACIMIENTO Año	PARENTESCO HIJO	PARENTESCO HIJASTRO	PARENTESCO HERMANO	PARENTESCO PADRE	GRADO ESCOLARIDAD (2*)	NÚMERO DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN PADRE (3*)

1*. RELACIONE EL NÚMERO DE DOCUMENTO CON LAS SIGLAS: CC (Cédula de Ciudadanía) CE (Cédula de Extranjería) TI (Tarjeta de Identidad) PEP (Permiso Especial de Permanencia) NUIP (Número Único de Identificación Personal)
2*. RELACIONE GRADO DE ESCOLARIDAD CON LAS SIGLAS: N (Ninguno), P (Primaria), B (Bachillerato), T(Técnico), PR (Profesional), O(Otro)
3*. REGISTRE EL NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO DE LOS HIJOS DIFERENTE AL TRABAJADOR APORTANTE.

RECIBIDO 27 MAR 2025

SI ES BENEFICIARIO DE CUOTA MONETARIA

ENTIDAD BANCARIA:	No. DE CUENTA	CUENTA DE AHORROS [x]	CUENTA CORRIENTE [ ]

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

La Caja de Compensación Familiar de Boyacá COMFABOY, identificada con el NIT. 891800213-8 domiciliada y ubicada en Tunja - Colombia en la dirección carrera 10 # 16-81, teléfono 608 744 1515 extensión 1220 y página web: www.comfaboy.com.co, declara que como responsable de la información protege los datos suministrados por afiliados, colaboradores, proveedores, terceros, usuarios y otros interesados, en virtud de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, su Decreto reglamentario 1377 de 2013, e informa a éstos que los datos personales serán utilizados en los términos dados en la autorización por su titular.

Autoriza a COMFABOY, sobre la cual manifiesto conocer que cuenta con la prestación de servicios de vivienda, salud, educación y cultura, recreación y turismo, crédito social, aportes y subsidio y mecanismo de protección al cesante, para cumplir con las finalidades y las funciones asignadas establecidas en la normatividad, 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, a sus aliados comerciales estratégicos, para que éstos sean incorporados en una base de datos 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 eventos, campañas, promociones o concursos de carácter comercial y publicitario," evaluar la calidad del servicio, realizar estudios o investigaciones de mercado, realizar la preinscripción o inscripción al listado de proveedores y la comercialización de servicios y productos. Se informa que la base de datos en la que se encuentran sus datos personales es tratada cumpliendo con las medidas de seguridad definidas en la política de tratamiento de datos responsabilidad de COMFABOY. Las anteriores finalidades se podrán realizar a través de medios físicos, electrónicos o telefónicos. Por lo anterior, autoriza el envío de comunicaciones utilizando mis datos de contactos, 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.

Usted podrá consultar la "Política Tratamiento de Datos Personales" en www.comfaboy.com.co. Para resolver dudas e inquietudes relacionadas con el tratamiento de los datos, presentar sus solicitudes y/o ejercer sus derechos puede escribirnos al correo protecciondatos@comfaboy.com.co, o hacerlo en cualquiera de nuestras sedes. Así mismo, COMFABOY le informa que sus derechos como titular de datos personales son: (i) Acceder en forma gratuita a los datos proporcionados que hayan sido objeto de tratamiento. (ii) Conocer, actualizar y rectificar su información frente a datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos cuyo tratamiento esté prohibido o no haya sido autorizado. (iii) Solicitar prueba de la autorización otorgada. (iv) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) quejas por infracciones a lo dispuesto en la normatividad vigente. (v) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato, siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos. (vi) Abstenerse de responder las preguntas sobre datos sensibles. Leído lo anterior, declaro ser el titular de la información. Al diligenciar y firmar este formulario autorizo expresamente de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada a COMFABOY, para el tratamiento de los datos personales suministrados por mi persona dentro de las finalidades legales, contractuales, comerciales aquí contempladas, indicando que es completa, confiable, exacta y verídica.

Declaro que la información que se ha condensado en el presente formulario es veraz y se autoriza a la Caja de Compensación Familiar de Boyacá – Comfaboy a que verifique la información en cualquier momento y a deducir de mi subsidio familiar en dinero los valores que me hayan dispuesto sin tener derecho a él, por este concepto o por el reporte inoportuno de las novedades.

Le recordamos que los subsidios monetarios puestos a su disposición y no cobrados, prescriben a los tres (3) años (Ley 21 de 1982 Artículo 6).
El procedimiento de prescripción de cuota monetaria lo podrá consultar en la página web www.comfaboy.org

Teodoro Rojas.
FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR

ESPACIO RESERVADO PARA COMFABOY

Observaciones:	Cantidad de Folios:

RECIBIDO

VIGILADO SuperSubsidio

F-12-274 / Versión 13 / 10-04-2024 — Original: Depto. Aportes y Subsidios Copia: Empleador



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 6768348
MARTINEZ BAMBASICA
APELLIDOS
PEDRO JOSE
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 15-ENE-1963
TOCA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
24-MAR-1981 TUNJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-0700100-33098521-M-0006768348-20020401
0001402091A 02 105438340

353

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 25/03/2025

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	820003826
Nombre:	L H CONSTRUCCIONES CIVILES SAS		
Dirección:	CRA 12 21-50		
Departamento:	BOYACA	**Municipio:**	TUNJA
Correo electrónico:	lhconstruccionesciviles09@hotmail.com		
Teléfono:	7403570	**Tarifa:**	6,96000
Actividad Económica:	5411101 CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN DE TODO TIPO DE EDIFICIOS RESIDENCIALES: CASAS Y EDIFICIOS, MONTAJE DE CUBIERTAS METÁLICAS, PUERTAS, VENTANAS, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS, REFORMA O RENOVACIÓN DE ESTRUCTURAS RESIDENCIALE		

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Documento Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC - 6765982	OBDULIO LA ROTTA GARCIA

DATOS AFILIADOS RADICADOS

#	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	2025-01-033-134773	26/03/2025	CC 6768348	PEDRO JOSE MARTINEZ BAMBASICA	5	6,96000	Dependiente

OBSERVACIONES

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

Cordial saludo,

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

Positiva Compañía de Seguros S.A. | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Ortiz de Pinto | Rafael Valencia Supelano | defensordelconsumidor@positivagov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502 Bogotá | +57 (601) 410 8414 | Lunes a Viernes 8:00 a.m. - 6:00 p.m. | El Defensor resolverá las quejas a las que actuará como Conciliador ante Positiva. Más información: https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor. Puede interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autoregulación.

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

Positiva Compañía de Seguros | @PositivaCol | @positivacol | Positivaseguros

www.positiva.gov.co

354

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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

Fecha de Radicación

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

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

A. AFILIACIÓN

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

5. Apellidos y nombres			
Primer apellido: HARTNEZ.	Segundo apellido: BARBASICA	Primer nombre: PEDRO	Segundo nombre: JOSE

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CEDULA	6768348	Femenino [ ] Masculino X	15 01 1963

III - DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
	Tipo: Condición:		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotización - IBC
POSITIVA	COLPENSIONES	1423500

18. Residencia	Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico
	CL 7E # 19-30	-	3142193779	

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
TUNJA	Urbana X Rural [ ]		BOYACA.

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

19. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

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

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

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

Datos complementarios

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

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

Selección de la I.P.S. Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de Aportante o Pagador (A registrar por la E.P.S.)
LA CONSTRUCCION CIVILES SAS.	X	820.003.826-5	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono Fijo	Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
Cra 12 # 21-50	7403570	laconstruccionesciviles09@hotmail.com	TUNJA	BOYACA

V. REPORTE DE NOVEDADES

10. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

21. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
MARTINEZ	BAMBASICA	PEDRO	JOSE

22. Tipo de documento de identidad	23. Número del documento de identidad	Sexo: Femenino	Sexo: Masculino	41. Fecha de Radicación	42. Fecha
	6768348		X		

43. EPS Anterior	44. Motivo de Traslado — Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El Empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
Pedro Jose Martinez	

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de Ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación

70. Datos funcionario que realiza la validación: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones:

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

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

356

SOLICITUD PARA AFILIACIÓN DE TRABAJADORES DEPENDIENTES

Proceso: Subsidio y Aportes

comfaboy unidos para crecer

Por medio de la presente solicito a la Caja de Compensación Familiar de Boyacá "COMFABOY" la Afiliación del Trabajador dependiente con beneficiarios.

CIUDAD: | FECHA: Día 27 | Mes 3 | Año 25

Uso Exclusivo de Comfaboy
Código Empresa:

I. DATOS DEL EMPLEADOR:

RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA O NOMBRE DEL EMPLEADOR: LH CONSTRUCCIONES CIVILES SAS | NIT. / C.C. / C.E. 820.003.826-5

II. DATOS DEL TRABAJADOR:

PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRES:	DOCUMENTO: C.C. [x] C.E. [ ] T.I. [ ] P.E.P. [ ] P.P.T. [ ] No.
HARTINEZ	BAMBASICA	PEDRO JOSE	6.768.348.

DIRECCIÓN RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA:	DEPARTAMENTO:	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO FIJO:
V. TEA 19-30	TUNJA	BOYACA	15 01 68	

ESTADO CIVIL: SOLTERO [ ] CASADO [ ] UNIÓN LIBRE [ ] SEPARADO [ ] VIUDO [ ] CELULAR: 3142193779

ORIENTACIÓN SEXUAL: HETEROSEXUAL [x] HOMOSEXUAL [ ] BISEXUAL [ ] INFORMACIÓN NO DISPONIBLE [ ]

NIVEL ACADÉMICO: BÁSICA PRIMARIA [ ] SECUNDARIA [x] TÉCNICO [ ] TECNOLÓGICO [ ] PREGRADO [ ] POSTGRADO [ ]

CORREO ELECTRÓNICO: lh construcciones civiles 09@hotmail.com | TIPO DE DISCAPACIDAD:

CONTRATO: INDEFINIDO [ ]	TÉRMINO FIJO [x]	TIEMPO PARCIAL [ ]	FECHA INGRESO	DÍA	MES	AÑO	CIUDAD DONDE TRABAJA
				26	03	25	SAMACA.

INGRESO MENSUAL ($): 1423500 | HORAS LABORADAS MES: 192 | ES VENDEDOR: SÍ [ ] NO [x]

ES PROPIETARIO DE: VIVIENDA [x] LOTE [ ] NINGUNO [ ] ARRIENDO [ ] | SU PROPIEDAD ESTÁ UBICADA EN EL SECTOR: URBANO [x] RURAL [ ]

HA RECIBIDO SUBSIDIO DE VIVIENDA DE INTERÉS SOCIAL DE COMFABOY Y/O DE OTRA ENTIDAD? SÍ [ ] NO [x]

III. DATOS OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA "DILIGENCIAR ÚNICAMENTE TRABAJADORES DOMÉSTICOS"

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	NIT	HORAS LABORADAS MES	CAJA DE COMPENSACIÓN POR LA CUAL RECIBE CUOTA MONETARIA	SALARIO MES

IV. DATOS CÓNYUGE O COMPAÑERA(O) ACTUAL

PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRES:	DOCUMENTO: C.C. [ ] C.E. [ ] T.I. [ ] P.E.P. [ ] P.P.T. [ ] No.

DIRECCIÓN	CIUDAD	DEPARTAMENTO	CELULAR

TRABAJA: SÍ [ ] NO [ ]	SÍ TRABAJA REGISTRE NOMBRE EMPRESA:	SALARIO MENSUAL:
CONVIVE: SÍ [ ] NO [ ]	CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADA(O)	

V. DATOS HIJOS, HERMANOS Y PADRES A CARGO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	GÉNERO M	GÉNERO F	DOCUMENTO IDENTIDAD Tipo (1*)	DOCUMENTO IDENTIDAD NÚMERO	FECHA NACIMIENTO Día	Mes	Año	PARENTESCO HIJO	HIJASTRO	HERMANO	PADRE	GRADO ESCOLARIDAD (2*)	NÚMERO DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN PADRE (3*)

RECIBIDO APORTES Y SUBSIDIO MANIZALES TUNJA 27 MAR 2025 AFILIACION

QUE PERTENECE A No. C.C. 6768348

1*. INDIQUE EL NÚMERO DE DOCUMENTO CON LAS SIGLAS: CC (Cédula de Ciudadanía) CE (Cédula de Extranjería) TI (Tarjeta de Identidad) PEP (Permiso Especial de Permanencia) NUIP (Número Único de Identificación Personal)
2*. INDIQUE GRADO DE ESCOLARIDAD CON LAS SIGLAS: N (Ninguno), P (Primaria), B (Bachillerato), T(Técnico), PR (Profesional), O(Otro)
3*. REGISTRE EL NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO DE LOS HIJOS DIFERENTE AL TRABAJADOR APORTANTE.

SI ES BENEFICIARIO DE CUOTA MONETARIA

ENTIDAD BANCARIA: | No. DE CUENTA | CUENTA DE AHORROS [ ] CUENTA CORRIENTE [ ]

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

La Caja de Compensación Familiar de Boyacá COMFABOY, identificada con el NIT. 891800213-8 domiciliada y ubicada en Tunja - Colombia en la dirección carrera 10 # 16-81, teléfono 608 744 1515 extensión 1220 y página web: www.comfaboy.com.co, declara que como responsable de la información protege los datos suministrados por afiliados, colaboradores, proveedores, terceros, usuarios y otras interesados, en virtud de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, su Decreto reglamentario 1377 de 2013, e informa a éstos que los datos personales serán utilizados en los términos dados en la autorización por su titular.

Autorizo a COMFABOY, sobre la cual manifiesto conocer que cuenta con la prestación de servicios de vivienda, salud, educación y cultura, recreación y turismo, crédito social, aportes y subsidio y mecanismo de protección al cesante, para cumplir con las finalidades y las funciones asignadas establecidas en la normatividad, 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 los cuales tengan participación accionario o de capital o entidades vinculadas, a sus aliados comerciales estratégicos, para que éstos sean incorporados en una base de datos 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 eventos, campañas, promociones o concursos de carácter comercial y publicitario, evaluar la calidad del servicio, realizar estudios o investigaciones de mercado, realizar la preinscripción e inscripción al listado de proveedores y la comercialización de servicios y productos. Se informa que la base de datos en la que se encuentran sus datos personales es tratada cumpliendo con las medidas de seguridad definidas en la política de tratamiento de datos responsabilidad de COMFABOY. Las anteriores finalidades se podrán realizar a través de medios físicos, electrónicos o telefónicos. Por lo anterior, autorizo el envío de comunicaciones utilizando mis datos de contactos, 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.

Usted podrá consultar la "Política Tratamiento de Datos Personales" en www.comfaboy.com.co. Para resolver dudas e inquietudes relacionadas con el tratamiento de los datos, presentar sus solicitudes y/o ejercer sus derechos puede escribirnos al correo protecciondatos@comfaboy.com.co, o hacerlo en cualquiera de nuestras sedes. Así mismo, COMFABOY le informa que sus derechos como titular de datos personales son: (i) Acceder en forma gratuita a los datos proporcionados que hayan sido objeto de tratamiento. (ii) Conocer, actualizar y rectificar su información frente a datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos cuyo tratamiento esté prohibido o no haya sido autorizado. (iii) Solicitar prueba de la autorización otorgada. (iv) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) quejas por infracciones a lo dispuesto en la normatividad vigente. (v) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato, siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos. (vi) Abstenerse de responder las preguntas sobre datos sensibles. Leído lo anterior, declaro ser el titular de la información. Al diligenciar y firmar este formulario autorizo expresamente de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada a COMFABOY, para el tratamiento de los datos personales suministrados por mi persona dentro de las finalidades legales, contractuales, comerciales aquí contempladas, indicando que es completa, confiable, exacta y verídica.

Declaro que la información que se ha consignado en el presente formulario es verazy se autoriza a la Caja de Compensación Familiar de Boyacá – Comfaboy a que verifique la información en cualquier momento y a deducir de mi subsidio familiar en dinero los valores que me hayan dispuesto sin tener derecho a él, por este concepto o por el reporte inoportuno de las novedades.

Le recordamos que los subsidios monetarios puestos a su disposición y no cobrados, prescriben a los tres (3) años (Ley 21 de 1.982 Artículo 6).

El procedimiento de prescripción de cuota monetaria lo podrá consultar en la página web www.comfaboy.org

Pedro Jose Martinez B.
FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR

ESPACIO RESERVADO PARA COMFABOY

Observaciones:	Cantidad de Folios:

RECIBIDO

VIGILADO Supersubsidio

357

Hacienda

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **PEDRO JOSE MARTINEZ BAMBASICA** identificado con **CC** No. **6768348**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
L H CONSTRUCCIONES CIVILES SAS - NI. 820003826	**Fecha de inicio de cobertura :** 26/03/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501013636417.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 26 días del mes de marzo de 2025.

Cordialmente,

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 6.768.357
URRUTIA BAQUERO
APELLIDOS
PUBLIO JOSE
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 11-AGO-1959
TUNJA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.66 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
24-MAR-1981 TUNJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00161640-M-0006768357-20090707 0013158204A 1 1160100691

359

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **PUBLIO JOSE URRUTIA BAQUERO** identificado con **CC** No. **6768357**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
L H CONSTRUCCIONES CIVILES SAS - NI. 820003826	**Fecha de inicio de cobertura :** 02/04/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20250101414998.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 1 días del mes de abril de 2025.

Cordialmente,

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.056.801.408

CASTILLO CASTIBLANCO
APELLIDOS

JOSE LUIS
NOMBRES

José Luis Castillo
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 21-NOV-1991
SAMACA
(BOYACÁ)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO

13-ENE-2010 SAMACA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-0723500-00854464-M-1056801408-20161008 0051753780A 1 46718627



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.056.482.029
BUITRAGO JEREZ
APELLIDOS
MIGUEL FABIAN
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 06-ABR-2004
SACHICA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.74 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
22-JUN-2022 SACHICA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
INDICE DERECHO

362

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

cajacopi epsi

Página 1

I. DATOS DEL TRÁMITE

No. de radicación: 0404202S

RADICADO CORRESPONDENCIA
SEDE: BOYACA No. Hora: 4
FECHA RADICACIÓN 11-ABR
Para su estudio y implementación, favor acercarse a cualquiera de nuestras sedes.

II. DATOS BÁSICOS DEL COTIZANTE (Diligencie a cabalidad el formulario)

Buitrago	Jerez	Miguel	Fabian
CC	1056482029	06042004	Hombre

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

Positiva	Porvenir	2'200.000
Vereda Quebrada Arriba	3227049027	miguelfabianbuitragojerez@gmail.com
Sachica x	Quebrada Arriba	Boyaca

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS INTEGRANTES DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos de identificación de los beneficiarios y de los cónyuges o compañeros permanentes

Jerez Buitrago	Rodriguez Alba	Alicia Luis	del Carmen Eduardo	
CC	24010717 4232687	x	x	01-12-1945 29-03-1978

Datos de los padres

pd						
pd						
Vereda Quebrada Arriba		x	Sachica	Boyaca		3227049027
Vereda Quebrada Arriba		x	Sachica	Boyaca		3227049027

Datos del cónyuge o compañero permanente

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

LH CONSTRUCCIONES CIVILES	NIT	820.003.826-3
Cra 12 #21-50	7403674	Lhconstruccionescivilesoa@hotmail.com TUNJA BOYACA.

363

SOLICITUD PARA AFILIACIÓN DE TRABAJADORES DEPENDIENTES

Proceso: Subsidio y Aportes

comfaboy
unidos para crecer

Por medio de la presente solicito a la Caja de Compensación Familiar de Boyacá "COMFABOY" la Afiliación del Trabajador dependiente con beneficiarios.

CIUDAD: | FECHA: Día 4 | Mes 1 | Año 25

Uso Exclusivo de Comfaboy:
Código Empresa:

I. DATOS DEL EMPLEADOR:

RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA O NOMBRE DEL EMPLEADOR: JH CONSTRUCCIONES CIVILES SAS | NIT. / CC / C.E.: 900 003 826-5

II. DATOS DEL TRABAJADOR:

PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRES:	DOCUMENTO: C.C. [X] C.E. [ ] T.I. [ ] P.E.P. [ ] P.P.T. [ ] No.
BUITRAGO	JEREZ	MIGUEL FABIAN	1056 482 029

DIRECCIÓN RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA:	DEPARTAMENTO:	FECHA DE NACIMIENTO:	TELÉFONO FIJO:
QUEBRADA ARRIBA	SACHICA	BOYACA	6 4 04	

ESTADO CIVIL: SOLTERO [X] CASADO [ ] UNIÓN LIBRE [ ] SEPARADO [ ] VIUDO [ ] CELULAR: 3227049027

ORIENTACIÓN SEXUAL: HETEROSEXUAL [X] HOMOSEXUAL [ ] BISEXUAL [ ] INFORMACIÓN NO DISPONIBLE [ ]

NIVEL ACADÉMICO: BÁSICA PRIMARIA [X] SECUNDARIA [ ] TÉCNICO [ ] TECNOLÓGICO [ ] PREGRADO [ ] POSTGRADO [ ]

CORREO ELECTRÓNICO: Uhconstruccionesciviles09@hotmail.com | TIPO DE DISCAPACIDAD:

CONTRATO: INDEFINIDO	TÉRMINO FIJO	TIEMPO PARCIAL	FECHA INGRESO	DÍA	MES	AÑO	CIUDAD DONDE TRABAJA
[ ]	[X]	[ ]		1	4	25	SACHICA

INGRESO MENSUAL ($): 1423500 | HORAS LABORADAS MES: 192 | ES VENDEDOR: SÍ [ ] NO [F]

ES PROPIETARIO DE: VIVIENDA [ ] LOTE [ ] NINGUNO [ ] ARRIENDO [X] | SU PROPIEDAD ESTÁ UBICADA EN EL SECTOR: URBANO [ ] RURAL [X]

HA RECIBIDO SUBSIDIO DE VIVIENDA DE INTERÉS SOCIAL DE COMFABOY Y/O DE OTRA ENTIDAD? SÍ [ ] NO [5]

III. DATOS OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA "DILIGENCIAR ÚNICAMENTE TRABAJADORES DOMÉSTICOS"

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	NIT	HORAS LABORADAS MES	CAJA DE COMPENSACIÓN POR LA CUAL RECIBE CUOTA MONETARIA	SALARIO MES

IV. DATOS CÓNYUGE O COMPAÑERA(O) ACTUAL

PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRES:	DOCUMENTO: C.C. [ ] C.E. [ ] T.I. [ ] P.E.P. [ ] P.P.T. [ ] No.

DIRECCIÓN	CIUDAD	DEPARTAMENTO	CELULAR

TRABAJA: SÍ [ ] NO [ ]	SI TRABAJA REGISTRE NOMBRE EMPRESA:	SALARIO MENSUAL:
CONVIVE: SÍ [ ] NO [ ]	CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTA AFILIADA(O)	

V. DATOS HIJOS, HERMANOS Y PADRES A CARGO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	GÉNERO M	GÉNERO F	DOCUMENTO IDENTIDAD Tipo (1*)	DOCUMENTO IDENTIDAD NÚMERO	ESCOLARIDAD (2*)	PARENTESCO PADRE	PARENTESCO MADRE	PARENTESCO HIJO	PARENTESCO HERMANO	NÚMERO DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN PADRE (3*)

comfaboy Caja de Compensación Familiar
RECIBO DE DOCUMENTACIÓN APORTES Y SUBSIDIO
TUNJA VENTANILLA 5
NÚMERO
Día 04 Mes ABR Año 2025
QUE PERTENECE AL TRABAJADOR AFILIADO
No. C.C.
FIRMA DEL TRABAJADOR COMFABOY QUE RECIBE

1*. INDIQUE EL NÚMERO DE DOCUMENTO CON LAS SIGLAS: CC (Cédula de Ciudadanía) CE (Cédula de Extranjería) TI (Tarjeta de Identidad) PEP (Permiso Especial de Permanencia) NUIP (Número Único de Identificación Personal)
2*. INDIQUE GRADO DE ESCOLARIDAD CON LAS SIGLAS: N (Ninguna), P (Primaria), B (Bachillerato), TT (Técnico), PR (Profesional), O (Otra)
3*. REGISTRE EL NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO DE LOS HIJOS DIFERENTE AL TRABAJADOR APORTANTE.

SI ES BENEFICIARIO DE CUOTA MONETARIA

ENTIDAD BANCARIA:	No. DE CUENTA	CUENTA DE AHORROS [ ]	CUENTA CORRIENTE [ ]

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

La Caja de Compensación Familiar de Boyacá COMFABOY, identificada con el NIT. 891800213-8 domiciliada y ubicada en Tunja - Colombia en la dirección carrera 10 # 16-82, teléfono 608 744 1515 extensión 1220 y página web: www.comfaboyacom.co, declara que como responsable de la información protege los datos suministrados por afiliados, colaboradores, proveedores, terceros, usuarios y demás interesados, en virtud de la dispuesta en la Ley 1581 de 2012, su Decreto reglamentario 1377 de 2013, e informa a estos que los datos personales serán utilizados en los términos, dados en la autorización por su titular.

Autorizo a COMFABOY, para la cual manifiesto conocer que cuenta con la prestación de servicios de vivienda, salud, educación y cultura, recreación y turismo, crédito social, ahorros y subsidio y mecanismos de protección al cesante, para cumplir con las finalidades y las funciones asignadas, establecidas en la normatividad, 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, su cono para brindarle dichos datos de manera total o parcial a las personas jurídicas en las cuales tengan participación accionaria o de capital o entidades vinculadas, o sus aliados comerciales estratégicos, para que estos sean incorporados en una base de datos 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 ofertas, campañas, promociones o concursos de carácter comercial y publicitario, evaluar la calidad del servicio, realizar estudios e investigaciones de mercado, realizar la prestación o inscripción al Fondo de proveedores y la comercialización de servicios y productos. Se informa que la base de datos en la que se encuentran sus datos personales es tratada cumpliendo con las medidas de seguridad definidas en la política de tratamiento de datos responsabilidad de COMFABOY. Las anteriores finalidades se podrán realizar a través de medios físicos, electrónicos o telefónicos. Por la 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.

Usted podrá consultar la **"Política Tratamiento de Datos Personales"** en **www.comfaboy.com.co**. Para resolver cualquier inquietudes relacionadas con el tratamiento de los datos, presentar sus solicitudes y/o ejercer sus derechos gratuitamente al correo **protecciondedatos@comfaboycom.co**, o hacerlo en cualquiera de nuestras sedes. Así mismo COMFABOY le informa que sus derechos como titular de datos personales son: i) Acceder en forma gratuita a los datos proporcionados que reposen sobre su persona. (ii) Conocer, actualizar y rectificar su información frente a datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos cuyo tratamiento esté prohibido o no haya sido autorizado. (iii) Solicitar prueba de la autorización otorgada. (iv) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) quejas por infracciones a la dispuesta en la normatividad vigente. (v) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato, siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos. (vi) Abstenerse de responder las preguntas sobre datos sensibles. Estos le asistirá, debido ser el titular de la información. Al diligenciar y firmar este formulario autorizo expresamente de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada a COMFABOY, para el tratamiento de los datos personales suministradas por mi persona dentro de las finalidades legales, contractuales, comerciales aquí contempladas, indicando que es completa, confiable, exacta y verídica.

Declaro que la información que se ha consignado en el presente formulario es veraz y se autoriza a la caja de Compensación Familiar de Boyacá – Comfaboy a que verifique la información en cualquier momento y a deducir de mi sueldo y cancelar en dinero los valores que me hayan abonado sin tener derecho a él, por este concepto o por el reparto inoportuno de las novedades.

Le recordamos que los asesores, mensajeros, puestos a nuestra disposición y no autorizados, prescriben a los tres (3) años (Ley 21 de 1982 Artículo 8).

El procedimiento de prescripción de cuota monetaria lo podrá consultar en la página web www.Comfaboy.org

miguel F Buitrago J.
FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR

ESPACIO RESERVADO PARA COMFABOY

Observaciones:	Cantidad de Folios:

RECIBIDO

364

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

80.368.230
BUITRAGO SAAVEDRA

ORLANDO





FECHA DE NACIMIENTO 25-ENE-1968
SAMACA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
11-DIC-1986 USME
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A 0723500-00982448-M-0080368230-20180227 0059639805A 1 9905531458

Vereda el Hatito
Colpensiones
Nueva EPS.

365

Hacienda

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **ORLANDO BUITRAGO SAAVEDRA** identificado con CC No. **80368230**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
L H CONSTRUCCIONES CIVILES SAS - NI. 820003826	**Fecha de inicio de cobertura :** 25/08/2021 **Estado Afiliación:** INACTIVO **Fecha de Retiro:** 07/01/2022 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501013636496.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 26 días del mes de marzo de 2025.

Cordialmente,

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

366

SOLICITUD PARA AFILIACIÓN DE TRABAJADORES DEPENDIENTES

Proceso: Subsidio y Aportes

comfaboy unidos para crecer

Por medio de la presente solicito a la Caja de Compensación Familiar de Boyacá "COMFABOY" la Afiliación del Trabajador dependiente con beneficiarios.

CIUDAD: | FECHA: Día 27 | Mes 3 | Año 25

Uso Exclusivo de Comfaboy — Código Empresa:

I. DATOS DEL EMPLEADOR:

RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA O NOMBRE DEL EMPLEADOR: L.H CONSTRUCCIONES CIVILES SAS — NIT. / C.C. / C.E.: 820.003.826-5.

II. DATOS DEL TRABAJADOR:

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	DOCUMENTO: C.C. [X] C.E. [ ] T.I. [ ] P.E.P. [ ] P.P.T. [ ] No.
BUITRAGO	SAAVEDRA	ORLANDO	80 368 230

DIRECCIÓN RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA:	DEPARTAMENTO:	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO FIJO:
VDA PARATO CENTRO	SAMACA	BOYACA.	25 | 01 | 68	

ESTADO CIVIL: SOLTERO [X] CASADO [ ] UNIÓN LIBRE [ ] SEPARADO [ ] VIUDO [ ] — CELULAR: 3115225206.

ORIENTACIÓN SEXUAL: HETEROSEXUAL [X] HOMOSEXUAL [ ] BISEXUAL [ ] INFORMACIÓN NO DISPONIBLE [ ]

NIVEL ACADÉMICO: BÁSICA PRIMARIA [X] SECUNDARIA [ ] TÉCNICO [ ] TECNOLÓGICO [ ] PREGRADO [ ] POSTGRADO [ ]

CORREO ELECTRÓNICO: lhconstruccionesciviles09@hotmail.com — TIPO DE DISCAPACIDAD:

CONTRATO: INDEFINIDO [ ] TÉRMINO FIJO [X] TIEMPO PARCIAL [ ] — FECHA INGRESO: DÍA 26 | MES 3 | AÑO 25 — CIUDAD DONDE TRABAJA: SAMACA.

INGRESO MENSUAL ($): 1423500 — HORAS LABORADAS MES: 192. — ES VENDEDOR: SÍ [ ] NO [X]

ES PROPIETARIO DE: VIVIENDA [ ] LOTE [ ] NINGUNO [ ] ARRIENDO [X] — SU PROPIEDAD ESTÁ UBICADA EN EL SECTOR: URBANO [ ] RURAL [X]

HA RECIBIDO SUBSIDIO DE VIVIENDA DE INTERÉS SOCIAL DE COMFABOY Y/O DE OTRA ENTIDAD? SÍ [ ] NO [X]

III. DATOS OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA *DILIGENCIAR ÚNICAMENTE TRABAJADORES DOMÉSTICOS*

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	NIT	HORAS LABORADAS MES	CAJA DE COMPENSACIÓN POR LA CUAL RECIBE CUOTA MONETARIA	SALARIO MES

IV. DATOS CÓNYUGE O COMPAÑERA(O) ACTUAL:

PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRES:	DOCUMENTO: C.C. [ ] C.E. [ ] T.I. [ ] P.E.P. [ ] P.P.T. [ ] No.
DIRECCIÓN	CIUDAD	DEPARTAMENTO	CELULAR
TRABAJA: SÍ [ ] NO [ ]	SI TRABAJA REGISTRE NOMBRE EMPRESA:		SALARIO MENSUAL:
CONVIVE: SÍ [ ] NO [ ]	CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADA(O)		

V. DATOS HIJOS, HERMANOS Y PADRES A CARGO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	GÉNERO M	GÉNERO F	DOCUMENTO IDENTIDAD Tipo (1*)	DOCUMENTO IDENTIDAD NÚMERO	FECHA NACIMIENTO DÍA	FECHA NACIMIENTO MES	FECHA NACIMIENTO AÑO	PARENTESCO HIJO(A)	PARENTESCO HERMANO(A)	PARENTESCO PADRE	GRADO ESCOLARIDAD (2*)	NÚMERO DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN PADRE (3*)

RECIBIDO 27 MAR 2025 QUE PERTENECE AL TRABAJADOR AFILIADO No. C.C. 74

1*. INDIQUE EL NÚMERO DE DOCUMENTO CON LAS SIGLAS: CC (Cédula de Ciudadanía) CE (Cédula de Extranjería) TI (Tarjeta de Identidad) PEP (Permiso Especial de Permanencia) NUIP (Número Único de Identificación Personal)

2*. INDIQUE GRADO DE ESCOLARIDAD CON LAS SIGLAS: N (Ninguna), P (Primaria), B (Bachillerato), T(Técnica), PR (Profesional), O(Otro)

3*. REGISTRE EL NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO DE LOS HIJOS, DIFERENTE AL TRABAJADOR APORTANTE.

SI ES BENEFICIARIO DE CUOTA MONETARIA

ENTIDAD BANCARIA: | No. DE CUENTA | CUENTA DE AHORROS [ ] CUENTA CORRIENTE [ ]

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

La Caja de Compensación Familiar de Boyacá COMFABOY, identificada con el NIT. 891800213-6 domiciliada y ubicada en Tunja - Colombia en la dirección carrera 10 # 16-81, teléfono 608 744 1515 extensión 1220 y página web: www.comfaboy.com.co, declara que como responsable de la información protege los datos suministrados por afiliados, colaboradores, proveedores, terceros, usuarios y otros interesados, en virtud de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, su Decreto reglamentario 1377 de 2013, e informa a éstos que los datos personales serán utilizados en los términos dados en la autorización por su titular.

Autorizo a COMFABOY, sobre la cual manifiesto conocer que cuenta con la prestación de servicios de vivienda, salud, educación y cultura, recreación y turismo, crédito social, aportes y subsidio y mecanismo de protección al cesante, para cumplir con las finalidades y las funciones asignadas establecidas en la normatividad, 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, a sus aliadas comerciales estratégicas, para que éstas sean incorporadas en una base de datos 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 eventos, campañas, promociones o concursos de carácter comercial y publicitario," evaluar la calidad del servicio, realizar estudios o investigaciones de mercado, realizar la preinscripción o inscripción al listado de proveedores y la comercialización de servicios y productos. Se informa que la base de datos en la que se encuentran sus datos personales es tratado cumpliendo con las medidas de seguridad definidos en la política de tratamiento de datos responsabilidad de COMFABOY. Las anteriores finalidades se podrán realizar a través de medios físicos, electrónicos o telefónicos. Por lo anterior, autorizo el envío de comunicaciones utilizando mis datos de contactos, 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.

Usted podrá consultar la "Política Tratamiento de Datos Personales" en www.comfaboy.com.co. Para resolver dudas e inquietudes relacionadas con el tratamiento de los datos, presentar sus solicitudes y/o ejercer sus derechos puede escribirnos al correo protecciondatos@comfaboy.com.co, o hacerlo en cualquiera de nuestras sedes. Así mismo, COMFABOY le informa que sus derechos como titular de datos personales son: (I) Acceder en forma gratuita a los datos proporcionados que hayan sido objeto de tratamiento. (II) Conocer, actualizar y rectificar su información frente a datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos cuyo tratamiento esté prohibido o no haya sido autorizado. (III) Solicitar prueba de la autorización otorgada. (IV) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) quejas por infracciones a lo dispuesto en la normatividad vigente. (V) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato, siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos. (VI) Abstenerse de responder las preguntas sobre datos sensibles. Leído lo anterior, declaro ser el titular de la información. Al diligenciar y firmar este formulario autorizo expresamente de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informado a COMFABOY, para el tratamiento de los datos personales suministrados por mi persona dentro de las finalidades legales, contractuales, comerciales aquí contempladas, indicando que es completa, confiable, exacta y verídica.

Declaro que la información que se ha condensado en el presente formulario es veraz y se autoriza a la Caja de Compensación Familiar de Boyacá – Comfaboy a que verifique la información en cualquier momento y a deducir de mi subsidio familiar en dinero los valores que me hayan dispuesto sin tener derecho a él, por este concepto o por el reporte inoportuno de las novedades.

Le recordamos que los subsidios monetarios puestos a su disposición y no cobrados, prescriben a los tres (3) años (Ley 21 de 1.982 Artículo 8).

El procedimiento de prescripción de cuota monetaria la podrá consultar en la página web www.comfaboy.org

Orlando Buitrago
FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR

ESPACIO RESERVADO PARA COMFABOY

Observaciones: | Cantidad de Folios:

RECIBIDO

VIGILADO Supersubsidio

367

* 01B 00000000 *

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
NIT 900.156.264-2

FECHA DE RADICACIÓN

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN / B. REPORTE DE NOVEDADES
2. RÉGIMEN: A. Contributivo / B. Subsidiado
3. TIPO DE AFILIACIÓN
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI / NO
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante / B. Cabeza de Familia / C. Beneficiario / D. Afiliado adicional
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente / B. Independiente / C. Pensionado
7. CÓDIGO

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
BUITRAGO	SAAVEDRA	ORLANDO	

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: X — 10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 80 368 230 — 11. SEXO BIOLÓGICO: X — 12. SEXO IDENTIFICACIÓN: Cuál?

13. NACIONALIDAD: COLOMBIANA — 14. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA BOYACA SAMACA — 15. FECHA NACIMIENTO: 25 01 1968

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA — 17. COMUNIDAD INDÍGENA — 18. DISCAPACIDAD SI / NO — CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD — 19. SISBEN: SI / NO — 20. CLASIFICACIÓN SISBÉN — NIVEL — GRUPO — 21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL — 22. ARL: POSITIVA.

23. AFP: PORVENIR — 24. IBC: 1.423 500 — 25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA — 26. RESIDENCIA: DIRECCIÓN: VDA PARAMO CENTRO

TELÉFONO FIJO — TELÉFONO CELULAR — CORREO ELECTRÓNICO — DEPARTAMENTO

MUNICIPIO/DISTRITO: SAMACA — LOCALIDAD/COMUNA: VDA EL LLANITO — ZONA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 30. SEXO BIOLÓGICO — 31. SEXO IDENTIFICACIÓN Cuál?

32. NACIONALIDAD — 33. LUGAR DE NACIMIENTO — 34. FECHA NACIMIENTO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD
B1				
B2				
B3				
B4				

Datos complementarios del beneficiario — 51. Datos de residencia — ZONA

TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR — CORREO ELECTRÓNICO — 52. IPS

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES NO INDEPENDIENTES POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

55. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: LH CONSTRUCCIONES CIVILES SA — 56. Tipo documento de identificación — 57. NÚMERO: 820 003 826 -5

58. Ubicación: Cra 12 # 21-50 — Lhconstruccionescivilese@hotmail.com — BOYACA — TUNJA

B. REPORTE DE NOVEDADES

59. TIPO DE NOVEDAD

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
BUITRAGO	SAAVEDRA	ORLANDO	

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T — NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 80 368 230 — 62. SEXO BIOLÓGICO: X — SEXO IDENTIFICACIÓN: Cuál?

64. FECHA NACIMIENTO: 25 01 1968 — 65. EPS ANTERIOR — 66. FECHA DE NOVEDAD — 67. MOTIVO DE TRASLADO

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

IX. FIRMAS

Orlando Buitrago

X. ANEXOS

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

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

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

94. APELLIDOS Y NOMBRES

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 95. FIRMA DEL FUNCIONARIO — 96. FECHA DE RADICACIÓN — 97. FECHA DE VALIDACIÓN

OBSERVACIONES

368

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

Autorización de mensajes de texto.

Yo Orlando Beltrago Saavedra identificado (a) con X número 80368230 de Samaca declaro que:

1 ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del cotizante? SI X No

2 ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara el trámite de la tutela? SI X No

3 ¿Leyó el contenido de la carta de Derechos y deberes del afiliado y del cotizante? SI X No

4 ¿Leyo el contenido de la carta de desempeño de la EPS? SI X No

5 ¿Si tuvo alguna duda sobre el cuidado de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? SI X No

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. _____

y/o correo electrónico _____

SI ☐ No ☐

Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico: SI ☐ No ☐

Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el micrositio Web http://www.nuevaeps.com.co/carta-derechosdeberes

Estando impresiones para ser cargadas con el plenario SI ☐ NO ☐

Declaración preliminar de corresponde a: Declaro que convivo con el (la) cotizante _____ identificado(a) con _____ No. _____ desde el día _____ del año _____

Cordialmente

Firma: Orlando Beltrago

Tipo ID: _____ No. ID _____

Fecha de Solicitud _____

Dirección: VDA paramo centro

Tel: _____ Municipio: Samaca.

Departamento: Boyaca

Huella

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma: _____

Tipo ID: _____ No. ID: _____

Fecha (dd/mm/aaaa): _____

Dirección: _____

Tel: _____ Municipio: _____

Departamento: _____

Huella

Autorizaciones

En virtud de la presente comparto, autorizo expresamente y suficiente a lo dispuesto en los artículos 15 y 16 de la Ley 80 de 1990, a NUEVA EPS S.A. para que me solicite información en forma de imágenes de datos, a través de mecanismos como sistemas de riesgo, servicio y controles mediante los cuales, relacionado con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la calidad de afiliado de cotizante.

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien esta entregue, para que actualice, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

- Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento de forma gratuita de la Ley 1581 de 2012 y los demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros datos, ante parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento está expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
- Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
- Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
- Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Revocar la autorización y solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A. a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Página web: www.nuevaeps.co

Regimen Contributivo:
Línea Gratuita: 01 8000 954400
Línea de atención en Bogotá: (601) 307 7022

Regimen Subsidiado:
Línea Gratuita: 01 8000 95 2000
Línea de atención en Bogotá: (601) 307 7051

Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Conmutador: (601) 419 3000
Dirección Administrativa: Carrera 85K No. 46A – 66 Piso 2

En mi calidad de titular de la información suministrada en este formato así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, autorizo a NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud del Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Habeas Data", dicho tratamiento podrá incluir la transmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de mi misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA	SI / NO	RESOLUTOR HOROSEGUARIO	SI / NO
			$				

Nivel de Escolaridad: Ninguno ☐ Bachillerato ☐ Técnico ☐ Profesional ☐ Otro ☐ Primaria ☐ Básica Incompleta (Básica Básica Básica) ☐ Básica Profesional ☐ Especialización ☐ Básica Básica ☐ Básica Básica ☐ Básica Básica (Básica Básica Básica) ☐ Básica Básica ☐ Básica Básica ☐

Posición Ocupacional: Patrón/Empleador ☐ Contratista ☐ Trabajo por su Cuenta ☐

Inicio Contrato: _____ Fin Contrato: _____

SOLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO: Nombre del Tercero _____ Tipo de Identificación del Tercero que realiza el Aporte _____

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CODIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 4.235.314
RODRIGUEZ ESPITIA
APELLIDOS
GERMAN
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 14-DIC-1967
SAMACA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO
07-ABR-1987 SAMACA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-0723500-00261656-M-0004235314-20101022 0024498401A 1 28537778

370

Hacienda

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **GERMAN RODRIGUEZ ESPITIA** identificado con **CC** No. **4235314**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
L H CONSTRUCCIONES CIVILES SAS - NI. 820003826	**Fecha de inicio de cobertura :** 26/03/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501013636401.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 26 días del mes de marzo de 2025.

Cordialmente,

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

371

SOLICITUD PARA AFILIACIÓN DE TRABAJADORES DEPENDIENTES

Proceso: Subsidio y Aportes

comfaboy unidos para crecer

Por medio de la presente solicito a la Caja de Compensación Familiar de Boyacá "COMFABOY" la Afiliación del Trabajador dependiente con beneficiarios.

CIUDAD | FECHA: Día 27 | Mes 3 | Año 25

Uso Exclusivo de Comfaboy: Código Empresa:

I. DATOS DEL EMPLEADOR:

RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA O NOMBRE DEL EMPLEADOR: LH CONSTRUCCIONES CIVILES SAS | NIT. / C.C. / C.E. 820.003.826-5

II. DATOS DEL TRABAJADOR:

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	DOCUMENTO: C.C. [X] C.E. [ ] T.I. [ ] P.E.P. [ ] P.P.T. [ ] No.
RODRIGUEZ	ESPITIA	GERMAN	4.235.314

DIRECCIÓN RESIDENCIA	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO FIJO
VDA RUCITICAL ACTO	SAMACA	BOYACA	04 / 08 / 67	

ESTADO CIVIL: SOLTERO [X] CASADO [ ] UNIÓN LIBRE [ ] SEPARADO [ ] VIUDO [ ] CELULAR:

ORIENTACIÓN SEXUAL: HETEROSEXUAL [X] HOMOSEXUAL [ ] BISEXUAL [ ] INFORMACIÓN NO DISPONIBLE [ ]

NIVEL ACADÉMICO: BÁSICA PRIMARIA [X] SECUNDARIA [ ] TÉCNICO [ ] TECNOLÓGICO [ ] PREGRADO [ ] POSTGRADO [ ]

CORREO ELECTRÓNICO: hconstruccionesciviles09@hotmail.com. TIPO DE DISCAPACIDAD:

CONTRATO: INDEFINIDO	TÉRMINO FIJO	TIEMPO PARCIAL	FECHA INGRESO	DÍA	MES	AÑO	CIUDAD DONDE TRABAJA
[ ]	[X]	[ ]		26	3	25	SAMACA.

INGRESO MENSUAL ($): 1423 500. HORAS LABORADAS MES: 192. ES VENDEDOR: SÍ [ ] NO [X]

ES PROPIETARIO DE: VIVIENDA [ ] LOTE [ ] NINGUNO [ ] ARRIENDO [X] SU PROPIEDAD ESTÁ UBICADA EN EL SECTOR: URBANO [ ] RURAL [X]

HA RECIBIDO SUBSIDIO DE VIVIENDA DE INTERÉS SOCIAL DE COMFABOY Y/O DE OTRA ENTIDAD? SÍ [ ] NO [X]

III. DATOS OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA "DILIGENCIAR ÚNICAMENTE TRABAJADORES DOMÉSTICOS"

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	NIT	HORAS LABORADAS MES	CAJA DE COMPENSACIÓN POR LA CUAL RECIBE CUOTA MONETARIA	SALARIO MES

IV. DATOS CÓNYUGE O COMPAÑERA(O) ACTUAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	DOCUMENTO: C.C. [ ] C.E. [ ] T.I. [ ] P.E.P. [ ] P.P.T. [ ] No.

DIRECCIÓN	CIUDAD	DEPARTAMENTO	CELULAR

TRABAJA: SÍ [ ] NO [ ]	SI TRABAJA REGISTRE NOMBRE EMPRESA:	SALARIO MENSUAL:
CONVIVE: SÍ [ ] NO [ ]	CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADA(O)	

V. DATOS HIJOS, HERMANOS Y PADRES A CARGO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	GÉNERO M	GÉNERO F	DOCUMENTO IDENTIDAD Tipo (1*)	DOCUMENTO IDENTIDAD NÚMERO	FECHA NACIMIENTO Día	FECHA NACIMIENTO Mes	FECHA NACIMIENTO Año	PARENTESCO HIJO	PARENTESCO HIJASTRO	PARENTESCO HERMANO	PARENTESCO PADRE	GRADO ESCOLARIDAD (2*)	NÚMERO DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN PADRE (3*)

comfaboy APORTES Y SUBSIDIO TUMBAVENTANILLA RECIBIDO DE DOCUMENTACIÓN 27 MAR 2025 QUE PERTENECE A LA EMPRESA AFILIADA

1*. INDIQUE EL NÚMERO DE DOCUMENTO CON LAS SIGLAS: CC (Cédula de Ciudadanía) CE (Cédula de Extranjería) TI (Tarjeta de Identidad) PEP (Permiso Especial de Permanencia) NUIP (Número Único de Identificación Personal)

2*. INDIQUE GRADO DE ESCOLARIDAD CON LAS SIGLAS: N (Ninguno), P (Primaria), B (Bachillerato), T(Técnico), PR (Profesional), O(Otro) Si Cela

3*. REGISTRE EL NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO DE LOS HIJOS, DIFERENTE AL TRABAJADOR APORTANTE

SI ES BENEFICIARIO DE CUOTA MONETARIA

ENTIDAD BANCARIA:	No. DE CUENTA	CUENTA DE AHORROS [ ]	CUENTA CORRIENTE [ ]

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

La Caja de Compensación Familiar de Boyacá COMFABOY, identificada con el NIT. 891800213-8 domiciliada y ubicada en Tunja - Colombia en la dirección carrera 10 # 16-81, teléfono 608 744 1515 extensión 1220 y página web: www.comfaboy.com.co, declara que como responsable de la información protege los datos suministrados por afiliados, colaboradores, proveedores, terceros, usuarios y otros interesados, en virtud de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, su Decreto reglamentario 1377 de 2013, e informa a datos que los datos personales serán utilizados en los términos dados en la autorización por su titular.

Autorizo a COMFABOY, sobre lo cual manifiesto conocer que cuenta con la prestación de servicios de vivienda, salud, educación y cultura, recreación y turismo, crédito social, aportes y subsidio y mecanismo de protección al cesante, para cumplir con las finalidades y las funciones asignadas establecidas en la normatividad, 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, o sus aliados comerciales estratégicos, para que éstos sean incorporados en una base de datos 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 eventos, campañas, promociones o concursos de carácter comercial y publicitario," evaluar la calidad del servicio, realizar estudios o investigaciones de mercado, realizar la preinscripción e inscripción al listado de proveedores y la comercialización de servicios y productos. Se informa que la base de datos en la que se encuentran sus datos personales es tratada cumpliendo con las medidas de seguridad definidas en la política de tratamiento de datos responsabilidad de COMFABOY. Las anteriores finalidades se podrán realizar a través de medios físicos, electrónicos o telefónicos. Por lo anterior, autorizo el envío de comunicaciones utilizando mis datos de contactos, 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.

Usted podrá consultar la **"Política Tratamiento de Datos Personales"** en www.comfaboy.com.co. Para resolver dudas e inquietudes relacionadas con el tratamiento de los datos, presentar sus solicitudes y/o ejercer sus derechos puede escribirnos al correo protecciondedatos@comfaboy.com.co, o hacerlo en cualquiera de nuestras sedes. Así mismo, COMFABOY le informa que sus derechos como titular de datos personales son: (i) Acceder en forma gratuita a los datos proporcionados que hayan sido objeto de tratamiento. (ii) Conocer, actualizar y rectificar su información frente a datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos cuyo tratamiento esté prohibido o no haya sido autorizado. (iii) Solicitar prueba de la autorización otorgada. (iv) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) quejas por infracciones a lo dispuesto en la normatividad vigente. (v) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato, siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos. (vi) Abstenerse de responder las preguntas sobre datos sensibles. Leído lo anterior, declaro ser el titular de la información. Al diligenciar y firmar este formulario autorizo expresamente de manera libre, previo, voluntario y debidamente informado a COMFABOY, para el tratamiento de los datos personales suministrados por mí persona dentro de las finalidades legales, contractuales, comerciales aquí contempladas, indicando que es completa, confiable, exacta y verídica.

Declaro que la información que se ha condensado en el presente formulario es veraz y se autoriza a la Caja de Compensación Familiar de Boyacá – Comfaboy a que verifique la información en cualquier momento y a deducir de mi subsidio familiar en dinero los valores que me hayan dispuesto sin tener derecho a él, por este concepto o por el reporte inoportuno de las novedades.

Le recordamos que los subsidios monetarios puestos a su disposición y no cobrados, prescriben a los tres (3) años (Ley 21 de 1.982 Artículo 8).

El procedimiento de prescripción de cuota monetaria lo podrá consultar en la página web www.comfaboy.org

German Rodriguez
FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR

ESPACIO RESERVADO PARA COMFABOY

Observaciones:	Cantidad de Folios:

RECIBIDO

VIGILADO Supersubsidio

372

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar

NIT 830.003.564-7

9011914336

9011914336

29101671

27 03 2025

X

A. AFILIACIÓN B. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o padre de familia)

4. Apellidos y nombres			
	RODRIGUEZ	ESPITIA	GERMAN

7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento		
CC	4235314	X	14	12	1967

11. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A

17. Ingreso base de cotización: $1.423.500

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

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

34. Razón social o apellidos y nombres	35. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones reportado por la EPS		
LH CONSTRUCCIONES SAS	NT	820003826			
39. Dirección	7437451		TUNJA	BOYACA	
CR 12 N 21 50					

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

X

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación					
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento		
			26	03	2025

42. EPS anterior 44. Motivo de retiro 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

VIII. FIRMAS

IX. ANEXOS

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial 67. Código del DIVIPOLA 68. Fecha de radicación 69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	OBSERVACIONES
		CARGO: OBRERO DE CONSTRUCCION

71. Firma del funcionario

Cambio Empleo

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRAMITE — 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. Afiliación B. Reporte de Novedades	A. Individual - Cotizante o cabeza de familia - Beneficiario o afiliado adicional B. Conyuge C. Institucional D. De oficio	A. Contributivo B. Subsidiado	SI NO	A. Cotizante B. Cabeza de familia C. Beneficiario D. Afiliado adicional	A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado	(a reportar por la EPS)

A. AFILIACION — II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres			
RODRIGUEZ	ESPITIA.	GERMAN.	

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CED.	4735314		x	COLOMBIANO.

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
SAMACO	COLOMBIA	BOYACA	SAMACA.	14 12 1967.

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	Categoría discapacidad	19. Tiene encuesta SISBEN	20. Clasificación SISBEN	21. Grupo de población especial
		SI NO		SI NO	Nivel Grupo	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
POSITIVA	COLPENSIONES.	1423500	

26. Residencia: VDA RUCUTICAL ALTO 7403570 3115225206

Cabecera Municipal | Rural Disperso | Centro Poblado | Resto Rural

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO 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 del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino Masculino	F M Otro Cual	

33. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento
				D D M M A A A A

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. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN	48. Clasificación SISBEN	49. Discapacidad	50. INCAPACIDAD PERMANENTE
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

374

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

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

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

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

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

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

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

Firma del Afiliado: German Rodriguez

Nombres y Apellidos: German Rodriguez Espitia Identificación: 4.235.314

AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS – LEY 1805 DE 2016

De acuerdo con lo definido en el artículo 4 de la Ley 1805, manifiesto a continuación que mi voluntad de ser donante de órganos y tejidos es:

SI NO

Firma del Afiliado:

Nombres y Apellidos: Identificación:

Artículo 15. Los menores de edad podrán ser donantes de órganos y tejidos, siempre y cuando sus representantes legales expresen su consentimiento informando para la donación de órganos y/o tejidos dentro de las (8) ocho horas siguientes a la concurrencia de la muerte cerebral. El médico responsable deberá informarles sus derechos y los beneficios de la donación.

FIRMA A RUEGO

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

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

Firmante a Ruego:

Nombres y Apellidos _____
Identificación _____
Edad _____
Dirección de Domicilio _____

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

Huella

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 820003826	5	LH CONSTRUCCIONES CIVILES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	KR 12 21 50	TUNJA-BOYACA	7403570	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-05	1450784258	9484897253	E	2025/05/08	2025/05/02	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$2,620,700

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)					$7,449,650	$1,192,200			$10,296,650	$412,200			$10,296,650	$412,200			$10,296,650	$603,900		$0	$0
Centro de Trabajo: ADMINISTRACION (2 Afiliados)					$1,755,650	$281,000			$1,755,650	$70,300			$1,755,650	$70,300			$1,755,650	$9,300		$0	$0
Ciudad: TUNJA Depto: BOYACA (2 Afiliados)					$1,755,650	$281,000			$1,755,650	$70,300			$1,755,650	$70,300			$1,755,650	$9,300		$0	$0
1	CC 1056482029	BUITRAGO JEREZ MIGUEL FABIAN	230301	30	$1,423,500	$227,800	CCFC55	30	$1,423,500	$57,000	CCF10	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$7,500	30	$0	$0
2	CC 7435676	GIL MATAMOROS VICTOR MANUEL	230301	7	$332,150	$53,200	ESSC24	7	$332,150	$13,300	CCF10	7	$332,150	$13,300	14-23	7	$332,150	$1,800	7	$0	$0
Centro de Trabajo: RIESGO 5 (6 Afiliados)					$5,694,000	$911,200			$8,541,000	$342,000			$8,541,000	$342,000			$8,541,000	$594,600		$0	$0
Ciudad: TUNJA Depto: BOYACA (6 Afiliados)					$5,694,000	$911,200			$8,541,000	$342,000			$8,541,000	$342,000			$8,541,000	$594,600		$0	$0
3	CC 80368230	BUITRAGO SAAVEDRA ORLANDO	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS041	30	$1,423,500	$57,000	CCF10	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
4	CC 6768348	MARTINEZ BAMBASICA PEDRO JOSE	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$57,000	CCF10	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
5	CC 4235314	RODRIGUEZ ESPITIA GERMAN	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$57,000	CCF10	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
6	CC 6756179	RODRIGUEZ SANCHEZ HUGO LEON		0	$0	$0	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF10	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
7	CC 4292853	ROJAS MARTINEZ TEODORO	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS041	30	$1,423,500	$57,000	CCF10	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
8	CC 6768357	URRUTIA BAQUERO PUBLIO JOSE		0	$0	$0	EPS005	30	$1,423,500	$57,000	CCF10	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
Total		**Afiliados(8)**			$7,449,650	$1,192,200			$10,296,650	$412,200			$10,296,650	$412,200			$10,296,650	$603,900		$0	$0

2025/05/13 10:05 AM

345

aportes en línea

Resumen [illegible] tal de Pag[illegible]

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 820003826	5	LM CONSTRUCCIONES CIVILES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	KR 12 21 90	TUNJA-BOYACA	7433535	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-05	1450784258	0484847253	E	2025/05/08	2025/05/02	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$2,630,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				6	$1,192,200	$0	$0	$1,192,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	2	$455,600	$0	$0	$455,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	4	$736,600	$0	$0	$736,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				8	$603,900	$0	$0	$603,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	8	$603,900	$0	$0	$603,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				8	$412,300	$0	$0	$412,300
COMFABOY	CCF10	891,800,213	8	8	$412,300	$0	$0	$412,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 6)				8	$412,300	$0	$0	$412,300
CAJACOPI	CCFC55	901,543,211	6	1	$57,000	$0	$0	$57,000
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	1	$13,300	$0	$0	$13,300
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$57,000	$0	$0	$57,000
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	2	$114,000	$0	$0	$114,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$57,000	$0	$0	$57,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	2	$114,000	$0	$0	$114,000
TOTAL				8	$2,630,700	$0	$0	$2,630,700

2025/05/11 10:09 AM

enlinea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 820003826	5	LH CONSTRUCCIONES CIVILES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	KR 12 21 50	TUNJA-BOYACA	7403570	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-04	1384714585	9484086254	E	2025/04/07	2025/04/03	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$748,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO						PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (8 Afiliados)						**$1,708,200**	**$273,600**			**$3,416,400**	**$136,800**			**$3,416,400**	**$136,800**			**$3,416,400**	**$201,600**		**$0**	**$0**
Centro de Trabajo: ADMINISTRACION (2 Afiliados)						$569,400	$91,200			$569,400	$22,800			$569,400	$22,800			$569,400	$3,000		$0	$0
Ciudad: TUNJA Depto: BOYACA (2 Afiliados)						$569,400	$91,200			$569,400	$22,800			$569,400	$22,800			$569,400	$3,000		$0	$0
1	CC	1056482029	BUITRAGO MIGUEL	230301	6	$284,700	$45,600	CCFC55	6	$284,700	$11,400	CCF10	6	$284,700	$11,400	14-23	6	$284,700	$1,500	6	$0	$0
2	CC	74356876	GIL VICTOR	230301	6	$284,700	$45,600	ESSC24	6	$284,700	$11,400	CCF10	6	$284,700	$11,400	14-23	6	$284,700	$1,500	6	$0	$0
Centro de Trabajo: RIESGO 5 (6 Afiliados)						$1,138,800	$182,400			$2,847,000	$114,000			$2,847,000	$114,000			$2,847,000	$198,600		$0	$0
Ciudad: TUNJA Depto: BOYACA (6 Afiliados)						$1,138,800	$182,400			$2,847,000	$114,000			$2,847,000	$114,000			$2,847,000	$198,600		$0	$0
3	CC	80368230	BUITRAGO ORLANDO	230301	6	$284,700	$45,600	EPS041	6	$284,700	$11,400	CCF10	6	$284,700	$11,400	14-23	6	$284,700	$19,900	6	$0	$0
4	CC	6768348	MARTINEZ PEDRO	25-14	6	$284,700	$45,600	EPS005	6	$284,700	$11,400	CCF10	6	$284,700	$11,400	14-23	6	$284,700	$19,900	6	$0	$0
5	CC	4235314	RODRIGUEZ GERMAN	25-14	6	$284,700	$45,600	EPS017	6	$284,700	$11,400	CCF10	6	$284,700	$11,400	14-23	6	$284,700	$19,900	6	$0	$0
6	CC	6756179	RODRIGUEZ HUGO		0	$0	$0	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF10	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
7	CC	4292853	ROJAS TEODORO	230301	6	$284,700	$45,600	EPS041	6	$284,700	$11,400	CCF10	6	$284,700	$11,400	14-23	6	$284,700	$19,900	6	$0	$0
8	CC	6768357	URRUTIA PUBLIO		0	$0	$0	EPS005	6	$284,700	$11,400	CCF10	6	$284,700	$11,400	14-23	6	$284,700	$19,900	6	$0	$0
Total	**Afiliados(8)**					$1,708,200	$273,600			$3,416,400	$136,800			$3,416,400	$136,800			$3,416,400	$201,600		$0	$0

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 820003826	5	LH CONSTRUCCIONES CIVILES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	KR 12 21 50	TUNJA-BOYACA	7403570	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-04	1384714585	9484086254	E	2025/04/07	2025/04/03	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$748,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				6	$273,600	$0	$0	$273,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	2	$91,200	$0	$0	$91,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	4	$182,400	$0	$0	$182,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				8	$201,600	$0	$0	$201,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	8	$201,600	$0	$0	$201,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				8	$136,800	$0	$0	$136,800
COMFABOY	CCF10	891,800,213	8	8	$136,800	$0	$0	$136,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 6)				8	$136,800	$0	$0	$136,800
CAJACOPI	CCFC55	901,543,211	6	1	$11,400	$0	$0	$11,400
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	1	$11,400	$0	$0	$11,400
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$11,400	$0	$0	$11,400
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	2	$22,800	$0	$0	$22,800
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$57,000	$0	$0	$57,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	2	$22,800	$0	$0	$22,800
TOTAL				8	$748,800	$0	$0	$748,800

CLÍNICA LABORAL SAGUIL S.A.S.
Licencia de Salud Ocupacional Res. 25-0442 del 20/05/2019
NIT: 901.258.116-2
Ubaté, Cundinamarca | **Samacá, Boyacá**
Dir: Cll 8 # 8-103 | **Dir:** Cll 6 # 4-80 of. 302
Tel: 855 2613 - **Cel:** 313 453 5980 | **Cel:** 322 718 6701
Correo: info@clinicasaguil.com | **Correo:** infosamaca@clinicasaguil.com
www.clinicasaguil.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 54.537

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
23 DÍA	04 MES	2025 AÑO	SAMACÁ (BOYACÁ, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

L.H. CONSTRUCCIONES CIVILES S.A.S.	L.H. CONSTRUCCIONES CIVILES S.A.S
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)

ROJAS MARTINEZ TEODORO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	55 AÑOS 4 MESES 9 DÍAS	CC (Tipo)	4292853 (Número)
Apellidos y Nombres				

Cargo
AUXILIAR DE CONSTRUCCION

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
APTO CON HALLAZGOS CLINICOS O PARACLINICOS QUE AMERITAN VALORACION POR EPS

Observaciones: *CIRUGIA GENERAL*

N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR(CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL)	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
SE ENTREGA FORMATO DE REMISIÓN A EPS : CIRUGIA GENERAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE RECOMIENDA REALIZAR EXAMENES PERIODICOS OCUPACIONALES. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL. MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, BAJOS EN HARINAS GRASAS Y AZUCARES.-AL EXAMEN FISICO PACIENTE PRESENTA HALLAZGOS QUE REQUIERE VALORACION POR CIRUGIA GENERAL EN EPS.-APTO CON HALLAZGOS

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

Dr. Jacinto Rodriguez Amado
Médico Cirujano ONL.C.C. 4234006
E.S.E. S.G. UPTC Res.1678

Firma:

Nombre: RODRIGUEZ AMADO JACINTO

R. M.: 4234006 **L.S.O.:** 1678

Código de Seguridad
V543B1H54537

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: ROJAS MARTINEZ TEODORO

CC: 4292853

378

CLÍNICA LABORAL SAGUIL S.A.S.
Licencia de Salud Ocupacional Res. 25-0442 del 20/05/2019
NIT: 901.258.116-2
Ubaté, Cundinamarca | **Samacá, Boyacá**
Dir: Cll 8 # 8-103 | **Dir:** Cll 6 # 4-80 of. 302
Tel: 855 2613 - **Cel:** 313 453 5980 | **Cel:** 322 718 6701
Correo: info@clinicasaguil.com | **Correo:** infosamaca@clinicasaguil.com
www.clinicasaguil.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 54.535

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
23 DÍA	04 MES	2025 AÑO	SAMACÁ (BOYACÁ, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

L.H. CONSTRUCCIONES CIVILES S.A.S.	L.H. CONSTRUCCIONES CIVILES S.A.S
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)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
RODRIGUEZ ESPITIA GERMAN	MASCULINO	57 AÑOS 4 MESES 24 DÍAS	CC (Tipo)	4235314 (Número)

Cargo
AUXILIAR DE CONSTRUCCION

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
APTO: SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

N/A | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR(CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL)	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE RECOMIENDA REALIZAR EXAMENES PERIODICOS OCUPACIONALES. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL. MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, BAJOS EN HARINAS GRASAS Y AZUCARES.-AL EXAMEN FISICO PACIENTE EN BUEN ESTADO DE SALUD.-APTO PARA EL CARGO

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

Dr. Jacinto Rodriguez Amado
Médico Cirujano UN. C.C. 4234006
E.S.P. S.O. UPTC Res.1678

Firma:

Nombre: RODRIGUEZ AMADO JACINTO

R. M.: 4234006 **L.S.O.:** 1678

Código de Seguridad
J543P1V54535

Aspirante o Trabajador

germán Rodriguez 4235314

Firma:

Nombre: RODRIGUEZ ESPITIA GERMAN

CC: 4235314

CLÍNICA LABORAL SAGUIL S.A.S.
Licencia de Salud Ocupacional Res. 25-0442 del 20/05/2019
NIT: 901.258.116-2
Ubaté, Cundinamarca | **Samacá, Boyacá**
Dir: Cll 8 # 8-103 | **Dir:** Cll 6 # 4-80 of. 302
Tel: 855 2613 - **Cel:** 313 453 5980 | **Cel:** 322 718 6701
Correo: info@clinicasaguil.com | **Correo:** infosamaca@clinicasaguil.com
www.clinicasaguil.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 54.534

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
23 DÍA	04 MES	2025 AÑO	SAMACÁ (BOYACÁ, COLOMBIA) Ciudad	**EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR**

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
L.H. CONSTRUCCIONES CIVILES S.A.S.	**L.H. CONSTRUCCIONES CIVILES S.A.S**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
BUITRAGO JEREZ MIGUEL FABIAN	MASCULINO	21 AÑOS 1 MESES 1 DÍAS	CC (Tipo)	1056482029 (Número)

Cargo
OPERADOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
APTO: SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

N/A | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR(CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL)	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE RECOMIENDA REALIZAR EXAMENES PERIODICOS OCUPACIONALES. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL. MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, BAJOS EN HARINAS GRASAS Y AZUCARES.-AL EXAMEN FISICO PACIENTE EN BUEN ESTADO DE SALUD.-APTO PARA EL CARGO

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

Dr. Jacinto Rodriguez Amado
Médico Cirujano UN.(C.C. 4234006
E.S.P. S.O. UPTC Res.1678

Firma:

Nombre: RODRIGUEZ AMADO JACINTO

R. M.: 4234006 **L.S.O.:** 1678

Código de Seguridad
U543A1G54534

Aspirante o Trabajador

M BUITRAGO JEREZ MIGUEL FABIAN
1056482029

Firma:

Nombre: BUITRAGO JEREZ MIGUEL FABIAN

CC: 1056482029

VIRREY SOLIS I.P.S.

HISTORIA CLINICA

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombre: WILMER ALEXANDER QUIROGA BELTRAN
Fecha de Nacimiento: 09/20/1986
Edad: 35 Años - **Sexo:** Masculino
Teléfono Residencia: 8271717
Aseguradora: SALUD TOTAL EPS

Contrato: 87075640 (Documento: 1070944624)
Dirección Residencia: CR 5 8 26 TO 6 AP 602
Ciudad Residencia: Mosquera
Tipo de Vinculación: REGIMEN CONTRIBUTIVO

Consulta del miércoles, 22 de junio de 2022 11:52 AM en VS CASTELLANA CAV

Nombre del Profesional: Paula Andrea Guevara Martinez - MEDICINA GENERAL (Registro No. 1070957956)
Número de Autorización: 32894-2228825941
Tipo de Consulta: CONSULTA EXTERNA CONSULTA MEDICINA GENERAL ATENCION TELECONSULTA -TELEORIENTACION

Identificación

Datos de la Consulta
Fecha de la Consulta: 06/22/2022 11:52:00
Tipo de Consulta: De Primera Vez
?Acepta consulta por Telemedicina?: Si
Consulta de segundo concepto: No
Datos Complementarios
Datos del Paciente
Edad: 35 Raza: Mestiza Escolaridad: Secundaria
Estado Civil : Soltero Ocupación: OPERADOR DE CALDEROS Y OTROS RECIPIENTES A PRESION
Actualizar dirección?: No
Responsable del Usuario
Nombre: MARIA QUIROGA
Parentesco: Madre
Teléfono: 3204766166
Acompañante
Nombre: Ninguno
Teléfono: 3204766166

Anamnesis

Anamnesis
Motivo de Consulta: "MI PAREJA SALIO CON VPH "
Enfermedad Actual: SE REALIZA CONSULTA MEDICA POR TELEORIENTACION
PACIENTE DE 35 AÑOS CONSULTA PARA VALORACION POR UROLOGIA REFIERE PAREJA SEXUAL PRESENTAR VPH, REFIER NO PRESENTAR LESIONES ANIVEL DE REGION GENITAL NI SINTOMAS URINARIOS NIEGA FIEBRE NIEGA ALGUA SINTOMATOLOGIA

Temperatura subjetiva: Normal Escala Dolor: 0 Clasificación Dolor: Sin Dolor Sospecha Enfermedad Prof: No
Revisión Por Sistemas
Tos Mayor de 15 días: No
Sintomático de Piel: No
Organos de los Sentidos : No Refiere
Cardiopulmonar: NO REFIERE DIFICULTAD RESPIRATORIA NO EQUIVALENTES ANGINOSOS
Gastrointestinal: HABITO INTESTINAL ADECUADO
Genitourinario: DIURESIS POSITIVAS
Osteomuscular: No Refiere
Neurológico: NO ALTERACION NEUROLOGICA
Endocrino: No Refiere
Linfoinmunohematopoyético : No Refiere
Vascular Periférico : No Refiere
Piel y Faneras: NO REFIERE LESIONES
Mental: No Refiere

Antecedentes

Alergias
Causa de Alergia:
Ninguna

VIRREY SOLIS IPS

Alergias
Fecha Dilig. Causa de Alergia:
06/22/2022
Ant. farmacoterapéutico (SFT):
Antecedentes Personales
Refiere Nuevos: Si
Patológicos: NIEGA ... Dr(a). Paula Andrea Guevara Martinez (06/22/2022 11:52:03)
Hipertensión Arterial: No Hipertensión Arterial.: No Aplica
Hospitalarios: NIEGA ... Dr(a). Paula Andrea Guevara Martinez (06/22/2022 11:52:03)
Tóxicos: Fuma 1 cigarrillo dia, bebe ocasionalmente. ... Dr(a). Paula Andrea Guevara Martinez (06/22/2022 11:52:03)
Alérgicos: NIEGA ... Dr(a). Paula Andrea Guevara Martinez (06/22/2022 11:52:03)
Hipersensib. MC: NIEGA ...
Farmacológicos: IBUPROFENO POR DOLOR .... Dr(a). Paula Andrea Guevara Martinez (06/22/2022 11:52:03)
Ocupacionales: OPERARIO DE CARGA. .. Dr(a). Paula Andrea Guevara Martinez (06/22/2022 11:52:03)
Venereos: NIEGA ... Dr(a). Paula Andrea Guevara Martinez (06/22/2022 11:52:03)
Quirúrgicos: NIEGA ... Dr(a). Paula Andrea Guevara Martinez (06/22/2022 11:52:03)
Transfusionales: NIEGA ... Dr(a). Paula Andrea Guevara Martinez (06/22/2022 11:52:03)
Traumáticos: NIEGA ... Dr(a). Paula Andrea Guevara Martinez (06/22/2022 11:52:03)
Perinatales: NIEGA .... Dr(a). Paula Andrea Guevara Martinez (06/22/2022 11:52:03)
Sicosociales: VIVE EN MOSQUERA CON ESPOSA ... Dr(a). Paula Andrea Guevara Martinez (06/22/2022 11:52:03)
Alimentarios: DIETA CORRIENTE ... Dr(a). Paula Andrea Guevara Martinez (06/22/2022 11:52:03)
Inmunológicos: NO REIFERE ... Dr(a). Paula Andrea Guevara Martinez (06/22/2022 11:52:03)
Factores de Riesgo: No Interés en Salud : No
Maltrato o Violencia?: No
Factores de Riesgo
Enf de Transmisión Sexual
Uso de Preservativo: Si
Paraclínicos de Red:
CORREO:ALEXQUIROGA2086@GMAIL.COM

Compromiso órgano blanco: Sin compromiso de órgano blanco
Tabaquismo
Tabaquismo: No Fumador (a)
Exp Pasiva a Tabaco: No
Antecedentes Familiares
Madre: NIEGA ... Dr(a). Paula Andrea Guevara Martinez (06/22/2022 11:52:03)
Padre: ABUELO DM . Dr(a). Paula Andrea Guevara Martinez (06/22/2022 11:52:03)
Hermanos: NIEGA ... Dr(a). Paula Andrea Guevara Martinez (06/22/2022 11:52:03)
Vacunación
Estado vacunación Covid: En proceso
COVID-19 1 dosis: ASTRAZENECA. Fecha COVID 1 dosis: 08/18/2021
COVID-19 2 dosis: PENDIENTE.

Salud Sexual Hombre

Salud Sexual Hombre
Espermarca: 13 Inicio Relaciones sexuales: No
Sexualmente Activo: No
Espermograma de Control: No Aplica

Pruebas Dx

Laboratorios
Glicemia: 0 Fecha Gl:
HbGl: 0
Potasio: 0

381

VIRREY SOLIS

Laboratorios

Microalbuminuria: 0

Laboratorios ERC 3 a 5

Fosforo Sérico: 0

Albumina: 0

Espirometria

Espirometria: No Espirometria:

Estudio función renal

Estudio 1

Edad 1-1:

Peso 1-1:

Creatinina 1-1:

Creatinina 1-2:

Creatinina 1-3:

Relación albuminuria/creatinuria 1-1: 0

Proteinas en PO 1: -1

Análisis y Manejo

Análisis y Manejo

Análisis y Plan de Manejo:

PACIENTE DE 35 AÑOS CON CUADRO CLINICO DESCRITO ASINTOMATICO POR LO ANTERIOR SE SOLICITA PERFIL INFECCIOSO , PARACLINICOS CARDIOVASCULARES SE REALIZA ORDEN DE PARACLINICOS POR FORMATO DE CONTINGENCIA POR NO PARAMETRIZACION DE CIUDAD DE REMISION CONTROL CON RESULTADOS SE EXPLICA CONDUCTA MEDICA REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

Síntomas Covid-19: Ninguno

Interconsulta ambulatoria: No

Finalidad Consulta:

NO APLICA

Adherencia al Tto: Si Describa Adherencia tto: alexquiroga2086@gmail.com
- Se actualizan antecedentes farmacologicos y alergicos
- Se revisa que no existan interacciones y/o contraindicaciones con los medicamentos que toma el usuario y con la medicina actual
- Se registran los cambios realizados a la formulación en la historia clinica
- Se explica al usuario efectos adversos de los medicamentos.

Causa Externa: Enfermedad General ?Tipifica discapacidad?: No

Dias de Incapacidad: 0 Estadio IRC: No Aplica Sospecha de Hipotiroidismo: No

Reporte RAM a Medicamento: No Rep Probl Asoc a Dispositivo: No

Recomendaciones: ALIMENTACION BALANCEADA RICA EN FRUTAS Y VERDURAS, NO GRASAS, NO FRITOS, BAJO EN SAL, HARINAS Y AZUCAR. NO CAFÉ. HACER EJERCICIO DIARIAMENTE, EVITAR SEDENTARISMO, LAVADOS MANOS ANTES DE CADA COMIDA Y LUEGO DE IR AL BAÑO O REALIZAR SUS NECESIDADES FISIOLOGICAS, ADECUADA RECOLECCION DE BASURAS, CUIDADOS EN CASA, HIDRATACION, HERVIR EL AGUA, ADECUADA HIGIENE PERSONAL, EVITAR SITUACIONES DE ESTRÉS, EVITAR CONSUMO DE CIGARRILO Y ALCOHOL. NO CITRICOS.

La información brindada al paciente es entendida : Si Información brindada al paciente: SI PRESENTA FIEBRE, DOLOR EN EL PECHO, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DETERIORO DEL ESTADO GENERAL DE SALUD, FIEBRE, PÉRDIDA DE LA CONSCIENCIA, SI HABLA INCOHERENCIAS, PIERDE FUERZA DE ALGUNA EXTREMIDAD, SE ADORMECE ALGUNA PARTE DEL CUERPO DEBE ASISTIR A URGENCIAS.

Activar ficha Covid19 : No

Generar certificado aislamiento: No Cierre seguimiento Covid19: No

Sospecha cáncer?: No

Formulación NO POS en Linea

?Formulo tecnologia NO POS en linea?: No No. de Prescripción:

DIAGNOSTICO: (Z11.3) EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA INFECCIONES DE TRANSMISION PREDOMINANTEMENTE SEXUAL

Tipo de Dx:CONFIRMADO NUEVO Clase de Dx:INICIAL (CONSULTA)

CONDUCTAS:

1. REMISION

VIRREY SOLIS IPS

1. Tipo de Consulta: Consulta externa CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL

DIAGNOSTICO: (Z13.8) EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA OTRAS ENFERMEDADES Y TRASTORNOS ESPECIFICADOS

Tipo de Dx:CONFIRMADO NUEVO — Clase de Dx:INICIAL (CONSULTA)

DIAGNOSTICO: (Z83.3) HISTORIA FAMILIAR DE DIABETES MELLITUS

Tipo de Dx:CONFIRMADO NUEVO — Clase de Dx:INICIAL (CONSULTA)

Paula Andrea Guevara Martinez
MEDICINA GENERAL
Tipo de Identificación: Cedula de Ciudadania
Numero de Identificación: 1070957956
Registro Profesional: 1070957956
Código Institucional: 1361000195

FORMATO ENTREGA DE EPP

Código: [illegible]
Fecha: 19/05/2025
Versión: 01
Página: 1 de 1

CIUDAD/MUNICIPIO: Samaca
LUGAR DE TRABAJO: Colegio Samaca (Sutamonca)
ÁREA: Operativa.
INSPECTOR: Diana Ortiz

No.	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CARGO	CABEZA	PROTECCIÓN VISUAL			PROTECCIÓN AUDITIVA		PROTECCIÓN RESPIRATORIA			PROTECCIÓN MANOS				PROTECCIÓN PIES		CUERPO			OTRO EPP:		ENTREGA		FECHA	FIRMA DEL TRABAJADOR Nota: Recibo los EPP, las instrucciones de uso, y me responsabilizo del cuidado y uso de los mismos.
			Casco	Gafas de seguridad	Gafas para soldar	Careta para soldar	Protector auditivo de inserción	Protector Auditivo de copa	Tapabocas Industrial	Tapabocas Químico	Tapabocas de Tela	Guantes de carnaza	Guantes de vaqueta	Guantes de nitrilo tipo examen	Guantes de trabajo Flexibles	Botas de seguridad en cuero con punteira	Botas de seguridad en caucho con punteira	Vestido de labor (camisa y pantalón)	Chaleco reflectivo	Impermeable			Inicial	Reposición		
1	Pedro Martinez	Maestro	X						X						X		X		X						26-03-2025	
2	Germán Rodriguez	Ayud	X						X						X		X		X						26-03-2025	
3	Orlando Buitrago	Oficial	X						X						X		X		X						26-03-2025	
4	Teodoro Rojas	Oficial	X						X						X		X		X						26-03-2025	
5	Victor Gil	Ayudante	X						X						X		X		X						26-03-2025	Victor Gil
6	Miguel Buitrago	Retro	X						X						X		X		X						26-03-2025	Miguel Buitrago.
7																										
8																										
9																										
10																										
11																										
12																										
13																										
14																										
15																										
16																										
17																										
18																										

382

Powered by CamScanner

	FORMATO REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: 11 SST 017 Fecha: 12/03/2020 Versión: 001 Página 1 de 1

REGISTRO INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FECHA: 04 21 22 INDUCCIÓN [X] REINDUCCIÓN [ ]

NOMBRE: Pedro José Martínez CEDULA: 1143183779

AREA/SECCION: CARGO:

ENCARGADO DE LA INDUCCION: contratista

Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra compañía las políticas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas y así promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador, se le socializarán los siguientes temas

* Reglamento Interno de Trabajo
* Sistema y periodicidad de pago
* Manejo y acceso a los servicios de seguridad social
* Conceptos basicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
* Explicacion del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.
* Entrega y explicacion de las ESTANDARES GENERALES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO de la empresa
* Procedimientos para tareas de alto riesgo.
* Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa.

BIOLÓGICO	FÍSICO	CONDICIONES DE SEGURIDAD
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	
FENOMEROS NATURALES	QUÍMICO	

Yo como trabajador de LH CONSTRUCCIONES CIVILES S.A.S., estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor.

Duración de la inducción: 1 hora

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estándares, procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo

Firma del Trabajador
C.C. 6768398

Inspector de SST
C.C. 1077230379.

Powered by CamScanner

	FORMATO REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: FT-SST-017
		Fecha: 12/03/2020
		Versión: 001
		Página 1 de 1

REGISTRO INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FECHA: Abril 20 / 2025 INDUCCIÓN [X] REINDUCCIÓN [ ]

NOMBRE: Mario Jose Urrutia B CEDULA: 6768357

AREA/SECCION: CARGO: Ing Residente

ENCARGADO DE LA INDUCCION:

Con el proposito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra compañia las politicas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas y asi promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador, se le socializaran los siguientes temas

* Reglamento Interno de Trabajo
* Sistema y periodicidad de pago
* Manejo y acceso a los servicios de seguridad social
* Conceptos basicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
* Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.
* Entrega y explicación de las ESTANDARES GENERALES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO de la empresa.
* Procedimientos para tareas de alto riesgo.
* Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa.

BIOLÓGICO	FÍSICO	CONDICIONES DE SEGURIDAD
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	
FENOMEROS NATURALES	QUÍMICO	

Yo como trabajador de LH CONSTRUCCIONES CIVILES S.A.S., estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor.

Duración de la inducción: 1 hora

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, asi mismo los estándares, procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo

Firma del Trabajador
C.C. 6.768357

Inspector de SST
C.C. 1073230379.

Powered by CamScanner

384

	FORMATO REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: FT-SST-017 Fecha: 12/09/2023 Versión: 001 Página 1 de 1

REGISTRO INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FECHA 03-26 del 2025 INDUCCIÓN [X] REINDUCCIÓN [ ]

NOMBRE Orlando Buitrago CEDULA 80.368.230

AREA/SECCION Operativo CARGO Oficial

ENCARGADO DE LA INDUCCION Diana Cuellar Marzo 26/25

OBJETIVO GENERAL

Con el proposito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra compañía las politicas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas y así promover y preservar la salud de los trabajadores en la inducción al nuevo trabajador se le socializarán los siguientes temas

* Reglamento Interno de Trabajo
* Sistema y periodicidad de pago
* Manejo y acceso a los servicios de seguridad social
* Conceptos básicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
* Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL
* Entrega y explicación de las ESTANDARES GENERALES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO de la empresa
* Procedimientos para tareas de alto riesgo
* Divulgacion factores de riesgo al interior de la empresa.

BIOLÓGICO	FÍSICO	CONDICIONES DE SEGURIDAD
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	
FENOMEROS NATURALES	QUÍMICO	

Yo como trabajador de LH CONSTRUCCIONES CIVILES S.A.S., estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor.

Duración de la inducción: 1 hora.

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estándares, procedimientos generales de Segurdad y Salud en el Trabajo de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo

Firma del Trabajador
C.C.

Inspector de SST
C.C. 80368230

Powered by CamScanner

	FORMATO REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: FT-SST-017 Fecha: 12/03/2020 Versión: 001 Página 1 de 1

REGISTRO INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FECHA: 26 / 03 / 25 INDUCCIÓN: [X] REINDUCCIÓN: [ ]

NOMBRE: Jeudon Rojas M CEDULA: 4.292.853

AREA/SECCION: CARGO:

ENCARGADO DE LA INDUCCION: Diana Calle 26 Marzo/2025.

OBJETIVO GENERAL

Con el proposito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra compañía las politicas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas y así promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le socializarán los siguientes temas

* Reglamento Interno de Trabajo
* Sistema y periodicidad de pago
* Manejo y acceso a los servicios de seguridad social
* Conceptos básicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
* Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.
* Entrega y explicación de las ESTANDARES GENERALES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO de la empresa.
* Procedimientos para tareas de alto riesgo.
* Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa.

BIOLÓGICO	FÍSICO	CONDICIONES DE SEGURIDAD
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	
FENOMEROS NATURALES	QUÍMICO	

Yo como trabajador de LH CONSTRUCCIONES CIVILES S.A.S., estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor.

Duración de la inducción: 1 Hora.

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estándares, procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa. me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo

Firma del Trabajador
C.C 4292853

Inspector de SST
C.C. 1073230371.

Powered by CamScanner

	FORMATO REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: FT-SST-017 Fecha: 1/2/03/2020 Versión: 001 Página 1 de 1

REGISTRO INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FECHA: 06/03/2025 INDUCCIÓN: [X] REINDUCCIÓN: [ ]

NOMBRE: [illegible] CEDULA: 4.235.314

AREA/SECCION: Operativo. CARGO: Aux. Construcción.

ENCARGADO DE LA INDUCCION: Diana Ovalle

OBJETIVO GENERAL

Con el proposito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra compañía las politicas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas y asi promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le socializarán los siguientes temas

* Reglamento Interno de Trabajo
* Sistema y periodicidad de pago
* Manejo y acceso a los servicios de seguridad social
* Conceptos básicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
* Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.
* Entrega y explicacion de las ESTANDARES GENERALES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO de la empresa
* Procedimientos para tareas de alto riesgo.
* Divulgacion factores de riesgo al interior de la empresa.

BIOLÓGICO	FÍSICO	CONDICIONES DE SEGURIDAD
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	
FENOMEROS NATURALES	QUÍMICO	

Yo como trabajador de LH CONSTRUCCIONES CIVILES S.A.S., estoy comprometido con las normas y procedimientos de segundad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor.

Duracion de la inducción: 1 hora

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estándares, procedimientos generales de Segundad y Salud en el Trabajo de la empresa. me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo

Firma del Trabajador
c.c. 4235314

Inspector de SST
c.c. 1073230.379.

Powered by CamScanner

	FORMATO REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: FT-SST-017 Fecha: 12/03/2020 Versión: 001 Pagina 1 de 1

REGISTRO INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FECHA: 26/03/2021 INDUCCION: [X] REINDUCCIÓN: [ ]

NOMBRE: [illegible] CEDULA: 1056.982089.

AREA/SECCION: Operativo. CARGO: Operativo

ENCARGADO DE LA INDUCCION: Diana Cuello

OBJETIVO GENERAL

Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra compañía las políticas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas y así promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le socializaran los siguientes temas:

* Reglamento Interno de Trabajo
* Sistema y periodicidad de pago
* Manejo y acceso a los servicios de seguridad social
* Conceptos básicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
* Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.
* Entrega y explicación de las ESTANDARES GENERALES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO de la empresa.
* Procedimientos para tareas de alto riesgo.
* Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa.

BIOLÓGICO	FÍSICO	CONDICIONES DE SEGURIDAD
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	
FENOMEROS NATURALES	QUÍMICO	

Yo como trabajador de LH CONSTRUCCIONES CIVILES S.A.S., estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor.

Duración de la inducción: 1hora.

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estándares, procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo

[illegible]
Firma del Trabajador
C.C. 1056482029

Inspector de SST
C.C. 1073230379.

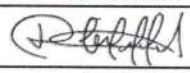
Powered by CamScanner

LH construcciones civiles s.a.s. Ingenieros constructores y constructores de obras civiles y ambientales	**FORMATO INSPECCIÓN LOCATIVA**	**Código:** FT-SST-035 **Fecha:** 03/04/2020 **Versión:** 001 Página 1 de 1

Fecha de la Inspección: 26 de marzo de 2025	**Lugar de Trabajo:** Colegio Salamanca
Ciudad/Municipio: Samaca	**Área:** Operativa

Ítem	Aspectos a inspeccionar	Si	No	N/A	Observaciones
1	***SEÑALIZACIÓN***				
1.1	Las rutas de evacuación se encuentran señalizadas	x			
1.2	Las salidas de emergencia se encuentran señalizadas	x			
1.3	Los elementos de atención de emergencia se encuentran señalizados	x			
1.4	La señalización es clara, legible y se encuentra en buen estado	x			
2	***ORDEN Y ASEO***				
2.1	Las áreas de trabajo están ordenadas y aseadas	x			
2.2	Los elementos se encuentran bien dispuestos en archivos o estantes	x			
2.3	Se realiza un adecuado almacenamiento temporal de residuos y desechos.	x			
2.4	Existen recipientes para disposición de residuos	x			
2.5	Se realiza un adecuada disposición final de residuos y desechos.	x			
2.6	Servicios sanitarios en buen estado y limpieza.	x			
2.7	Hay agua, papel higiénico, jabón, toallas y papeleras con tapa.	x			
2.8	El nivel de iluminación es adecuado	x			
2.9	La ventilación es adecuada	x			
3	***INSTALACIONES ELÉCTRICAS***				
3.1	Ausencia de empalmes defectuosos		x		
3.2	No existen cables sueltos en el piso	x			
3.3	Los interruptores y tomacorrientes se encuentran en buen estado	x			
3.4	Los bombillos y luminarias funcionan adecuadamente	x			
3.5	Tomas o multitomas recargadas	x			
4	***EQUIPO DE EMERGENCIA***				
4.1	Se cuenta con botiquines en un número suficiente	x			
4.2	Se cuenta con extintores en un número suficiente y carga vigente	x			
4.3	Se cuenta con las Hojas de Seguridad de los productos químicos utilizados.	x			
4.4	Se cuenta con un sistema de alarma en caso de emergencia	x			
5	***HERRAMIENTAS***				
5.1	Las herramientas están hechas de material resistente, de acuerdo al uso	x			
5.2	Se encuentra herramienta abandonada en lugares por donde transiten personas		x		
5.3	Las herramientas que usan electricidad están siendo utilizadas adecuadamente	x			
5.4	Se realizan revisiones periódicas de herramientas	x			

5.5	Las condiciones de limpieza de las herramientas es la adecuada	x			
5.6	Se cuenta con un sitio de almacenamiento adecuado para las herramientas	x			
5.7	se ven trabajadores que carguen mas de 50 Kg		x		
6	***ERGONOMÍA***				
6.1	Espacio de trabajo adecuado (para miembros inferiores, desplazamientos y salidas del puesto de trabajo)	x			
6.2	El puesto de trabajo con computadores están configuradas para evitar posturas incómodas y satisfacer las necesidades individuales de los trabajadores.	x			
6.3	Los empleados pueden evitar estar de pie o sentados durante largos periodos de tiempo.	x			
6.4	Silla en buenas condiciones, espaldar, asiento, patas o base	x			
6.5	Se dispone de carretillas para el transporte de herramienta en caso de ser necesario	x			

Inspeccionó:	
Nombre:	**Diana Ovalle**
Firma:	
Cargo:	**Asesor externo del SG-SST**

LH construcciones civiles s.a.s. ingenieros constructores y constructores de obras civiles y ambientales	**FORMATO INSPECCIÓN LOCATIVA**	**Código:** FT-SST-035 **Fecha:** 03/04/2020 **Versión:** 001 Página 1 de 1

Fecha de la Inspección: 21 de abril de 2025	**Lugar de Trabajo:** Colegio Salamanca
Ciudad/Municipio: Samaca	**Área:** Operativa

Ítem	Aspectos a inspeccionar	Si	No	N/A	Observaciones
1	***SEÑALIZACIÓN***				
1.1	Las rutas de evacuación se encuentran señalizadas	x			
1.2	Las salidas de emergencia se encuentran señalizadas	x			
1.3	Los elementos de atención de emergencia se encuentran señalizados	x			
1.4	La señalización es clara, legible y se encuentra en buen estado	x			
2	***ORDEN Y ASEO***				
2.1	Las áreas de trabajo están ordenadas y aseadas	x			
2.2	Los elementos se encuentran bien dispuestos en archivos o estantes	x			
2.3	Se realiza un adecuado almacenamiento temporal de residuos y desechos.	x			
2.4	Existen recipientes para disposición de residuos	x			
2.5	Se realiza un adecuada disposición final de residuos y desechos.	x			
2.6	Servicios sanitarios en buen estado y limpieza.	x			
2.7	Hay agua, papel higiénico, jabón, toallas y papeleras con tapa.	x			
2.8	El nivel de iluminación es adecuado	x			
2.9	La ventilación es adecuada	x			
3	***INSTALACIONES ELÉCTRICAS***				
3.1	Ausencia de empalmes defectuosos		x		
3.2	No existen cables sueltos en el piso	x			
3.3	Los interruptores y tomacorrientes se encuentran en buen estado	x			
3.4	Los bombillos y luminarias funcionan adecuadamente	x			
3.5	Tomas o multitomas recargadas	x			
4	***EQUIPO DE EMERGENCIA***				
4.1	Se cuenta con botiquines en un número suficiente	x			
4.2	Se cuenta con extintores en un número suficiente y carga vigente	x			
4.3	Se cuenta con las Hojas de Seguridad de los productos químicos utilizados.	x			
4.4	Se cuenta con un sistema de alarma en caso de emergencia	x			
5	***HERRAMIENTAS***				
5.1	Las herramientas están hechas de material resistente, de acuerdo al uso	x			
5.2	Se encuentra herramienta abandonada en lugares por donde transiten personas		x		
5.3	Las herramientas que usan electricidad están siendo utilizadas adecuadamente	x			
5.4	Se realizan revisiones periódicas de herramientas	x			

5.5	Las condiciones de limpieza de las herramientas es la adecuada	x			
5.6	Se cuenta con un sitio de almacenamiento adecuado para las herramientas	x			
5.7	se ven trabajadores que carguen mas de 50 Kg		x		
6	***ERGONOMÍA***				
6.1	Espacio de trabajo adecuado (para miembros inferiores, desplazamientos y salidas del puesto de trabajo)	x			
6.2	El puesto de trabajo con computadores están configuradas para evitar posturas incómodas y satisfacer las necesidades individuales de los trabajadores.	x			
6.3	Los empleados pueden evitar estar de pie o sentados durante largos periodos de tiempo.	x			
6.4	Silla en buenas condiciones, espaldar, asiento, patas o base	x			
6.5	Se dispone de carretillas para el transporte de herramienta en caso de ser necesario	x			

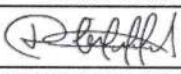
Inspeccionó:	
Nombre:	**Diana Ovalle**
Firma:	
Cargo:	**Asesor externo del SG-SST**

LH construcciones civiles s.a.s. ingenieros constructores y constructores de obras civiles y ambientales	**FORMATO INSPECCIÓN LOCATIVA**	**Código:** FT-SST-035
		Fecha: 03/04/2020
		Versión: 001
		Página 1 de 1

Fecha de la Inspección: 15 de mayo de 2025	**Lugar de Trabajo:** Colegio Salamanca
Ciudad/Municipio: Samaca	**Área:** Operativa

Ítem	Aspectos a inspeccionar	Si	No	N/A	Observaciones
1	***SEÑALIZACIÓN***				
1.1	Las rutas de evacuación se encuentran señalizadas	x			
1.2	Las salidas de emergencia se encuentran señalizadas	x			
1.3	Los elementos de atención de emergencia se encuentran señalizados	x			
1.4	La señalización es clara, legible y se encuentra en buen estado	x			
2	***ORDEN Y ASEO***				
2.1	Las áreas de trabajo están ordenadas y aseadas	x			
2.2	Los elementos se encuentran bien dispuestos en archivos o estantes	x			
2.3	Se realiza un adecuado almacenamiento temporal de residuos y desechos.	x			
2.4	Existen recipientes para disposición de residuos	x			
2.5	Se realiza un adecuada disposición final de residuos y desechos.	x			
2.6	Servicios sanitarios en buen estado y limpieza.	x			
2.7	Hay agua, papel higiénico, jabón, toallas y papeleras con tapa.	x			
2.8	El nivel de iluminación es adecuado	x			
2.9	La ventilación es adecuada	x			
3	***INSTALACIONES ELÉCTRICAS***				
3.1	Ausencia de empalmes defectuosos		x		
3.2	No existen cables sueltos en el piso	x			
3.3	Los interruptores y tomacorrientes se encuentran en buen estado	x			
3.4	Los bombillos y luminarias funcionan adecuadamente	x			
3.5	Tomas o multitomas recargadas	x			
4	***EQUIPO DE EMERGENCIA***				
4.1	Se cuenta con botiquines en un número suficiente	x			
4.2	Se cuenta con extintores en un número suficiente y carga vigente	x			
4.3	Se cuenta con las Hojas de Seguridad de los productos químicos utilizados.	x			
4.4	Se cuenta con un sistema de alarma en caso de emergencia	x			
5	***HERRAMIENTAS***				
5.1	Las herramientas están hechas de material resistente, de acuerdo al uso	x			
5.2	Se encuentra herramienta abandonada en lugares por donde transiten personas		x		
5.3	Las herramientas que usan electricidad están siendo utilizadas adecuadamente	x			
5.4	Se realizan revisiones periódicas de herramientas	x			

5.5	Las condiciones de limpieza de las herramientas es la adecuada	x			
5.6	Se cuenta con un sitio de almacenamiento adecuado para las herramientas	x			
5.7	se ven trabajadores que carguen mas de 50 Kg		x		
6	***ERGONOMÍA***				
6.1	Espacio de trabajo adecuado (para miembros inferiores, desplazamientos y salidas del puesto de trabajo)	x			
6.2	El puesto de trabajo con computadores están configuradas para evitar posturas incómodas y satisfacer las necesidades individuales de los trabajadores.	x			
6.3	Los empleados pueden evitar estar de pie o sentados durante largos periodos de tiempo.	x			
6.4	Silla en buenas condiciones, espaldar, asiento, patas o base	x			
6.5	Se dispone de carretillas para el transporte de herramienta en caso de ser necesario	x			

Inspeccionó:	
Nombre:	**Diana Ovalle**
Firma:	
Cargo:	**Asesor externo del SG-SST**

FORMATO INSPECCIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Codigo: FT-SST-033
Fecha: 2/04/2020
Version: 001
Pagina 1 de 1

Departamento: Boyaca
Ciudad/Municipio: Samaca
Lugar de Trabajo: Colegio Jamaica (Salamanca)

Área: Operativa
Inspector: Diana Ovalle

No	NOMBRE COMPLETO	CASCO		GUANTES		PROTECCION RESPIRATORIA		TAPAOIDOS		GAFAS		CHALECO		VESTIDO DE LABOR		BOTAS		Otro_____		FECHA	MEDIDAS DE CONTROL	FIRMA
		USO	ESTADO	USO	ESTADO	USO	ESTADO	USO	ESTADO	USO	ESTADO	USO	ESTADO	USO	ESTADO	USO	ESTADO	USO	ESTADO			
1	Eudoro Rojas	B	✓	B	✓	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	B	Cinta	B	✓	B	✓			21-04-2025		
2	Miguel Buitrago	B	✓	B	✓	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	B	✓			21-04-2025		
3	Orlando Buitrago	B	✓	B	✓	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	B	✓	B	✓	B	✓			21-04-2025		
4	German Rodriguez	B	✓	B	✓	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	B	✓	B	✓	B	✓			21-04-2025		
5	Pedro Martinez	B	✓	B	✓	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	B	✓	B	✓			21-04-2025		
6	Pablo Urrutia	B	✓	B	✓	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	B	✓	B	✓			21-04-2025		
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						

INSTRUCCIONES.

USO: (SI) El trabajador SI usa el EPP (NO) El trabajador NO usa el EPP

ESTADO: (B) Bueno (M) Malo (NR) No Requiere

MEDIDAS DE CONTROL: (1) Instruccion, (2) Motivacion, (3) Cambio de EPP.

COMENTARIOS: Botas de Caucho se recomienda punta de acero

Diana Yulest Ovalle Aguilera

NOMBRE Y FIRMA DEL INSPECTOR:

Pablo Jose Urrutia B. 6768357.

390

Powered by CamScanner

LH	FORMATO INSPECCIÓN BOTIQUÍN Y CAMILLA	Código: FT-SST-037
		Fecha: 4/04/2020
		Versión 001
		Página 1 de 1

LUGAR DE TRABAJO: Colegio Salamanca - Boyacá.
ÁREA: Obra / Operativa.

ELEMENTO	CANTIDAD	FECHA DE VENCIMIENTO	CUMPLE SI	CUMPLE NO	CUMPLE N/A	OBSERVACIÓN
ANTISEPTICOS						
ALCOHOL ANTISEPTICO FRASCO POR 275 ml	Unidad	12/06/2025	✓			
YODOPOVIDONA (JABÓN QUIRURGICO)	Frasco x 120 ml	12/06/2025	✓			
EQUIPOS						
FONENDOSCOPIO	Unidad	N/A	✓			
TENSIÓMETRO	Unidad	N/A	✓			
TERMÓMETRO DE MERCURIO O DIGITAL.	Unidad	N/A	✓			
MATERIAL DE CURACIÓN						
ALGODÓN	Bolsa	12/07/2025	✓			
APLICADORES	Bolsa	N/A	✓			
APÓSITO o COMPRESAS NO ESTÉRILES	Unidad	12/07/2025	✓			
BAJALENGUAS	Paquete x 20	12/08/2025	✓			
CURAS	Caja	12/06/2025	✓			
ESPARADRAPO DE TELA ROLLO 4".	Unidad	12/08/2025	✓			
GASAS ESTÉRILES	Paquete x 3	30/10/2025	✓			
GASAS LIMPIAS PAQUETE.	Paquete x 20	30/10/2025	✓			
GUANTES DE LÁTEX PARA EXAMEN.	Caja por 100	30/12/2025	✓			
MICROPORE ROLLO	Unidad	30/12/2025	✓			
SOLUCIÓN SALINA 250 cc o 500 cc.	Unidad X 2	30/01/2027	✓			
TAPABOCAS	Caja X 50	30/01/2027	✓			
VENDA DE ALGODÓN 3 X 5 YARDAS.	Unidad	30/10/2025	✓			
VENDA DE ALGODÓN 5 X 5 YARDAS.	Unidad	30/10/2025	✓			
VENDA ELÁSTICA 2 X 5 YARDAS.	Unidad	30/10/2025	✓			
VENDA ELÁSTICA 3 X 5 YARDAS.	Unidad X 2	30/10/2025	✓			
VENDA ELÁSTICA 5 X 5 YARDAS	Unidad	30/01/2027	✓			
JERINGAS	Unidad	30/01/2027				
MEDICAMENTOS						
SULFADIAZINA DE PLATA	Frasco				✓	
INSUMOS ADICIONALES						
BOLSAS PLÁSTICAS (ROJAS Y VERDES)	Unidad	N/A	✓			
MANUAL DE PRIMEROS AUXILIOS	Unidad	N/A	✓			
TIJERAS DE TRAUMA	Unidad	N/A	✓			
VASOS DESECHABLES	Unidad	N/A.	✓			
INSPECCIÓN CAMILLA						
CAMILLA RIGIDA	Unidad	N/A	✓			
SEÑALIZACIÓN	Unidad	N/A	✓			
CORREAS DE SEGURIDAD	Unidad	N/A	✓			
SUJETADORES PARA AGARRE	Unidad	N/A	✓			
JUEGO DE INMOVILIZADORES DE MIEMBRO INFERIOR Y SUPERIOR	Unidad	N/A	✓			

RESPONSABLE (NOMBRE Y FIRMA)	Pablo Viviana B.	FECHA DE INSPECCION	MES	DIA	AÑO
			4	21	2025.

Powered by CamScanner

LH	**FORMATO INSPECCIÓN EXTINTOR**	Código: FT SST 038 Fecha: 04/04/2020 Versión: 001 Página 1 de 1

CIUDAD/MUNICIPIO	Samaca.
LUGAR DE TRABAJO	Colegio Salamanca / Boyacá
ÁREA	Oficina

TIPO DE EXTINTOR	Multipropósito
FECHA DE RECARGA	Octubre 2024
FECHA DE VENCIMIENTO	Octubre 2025.
CAPACIDAD	5 libras

No	FECHA DE INSPECCIÓN	ESTADO DEL EXTINTOR										OBSERVACIONES
		MANÓMETRO	PASADOR DE SEGURIDAD	MANGUERA y BOQUILLA	MANIJA DE DESCARGUE	CILINDRO	PINTURA	RÓTULO DEL EXTINTOR	SEÑALIZACIÓN	ACCESO	VISIBILIDAD	
1	21-04-2025	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	No tiene Manguera
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: B: BUENO R: REGULAR M: MALO

RESPONSABLE (NOMBRE Y FIRMA)	1073.230.374

Powered by CamScanner


EXTINTOR
MULTIPROPOSIT
USELO EN TODA CLASE DE INCENDIO
A Madera - Papel Telas - Algodón
B Liquidos inflamables
C Equipos Electronicos
IMPORTANTE:
CAPACIDAD 5 LIBRAS
INSTRUCCIONES DE MANEJO
FULMINAR COLOMBIA S.A.S.
EXTINTORES & FUMIGACIONES
BOYACÁ - CUNDINAMARCA
321 380 3316
FULMINAR COLOMBIA S.A.S
servicioalcliente@fulminar.com.co
fulminarcolombiasas
www.fulminar.com.co
CARGA
2024
2025
ENE FEB MAR ABR MAY JUN JUL AGO SEP OCT

392


PRIMEROS
AUXILIOS

	FORMATO INSPECCIÓN HERRAMIENTAS	Codigo: FT-SST-035 Fecha: 4/04/2025 Version: 001 Pagina 1 de 1

FECHA INSPECCIÓN: 21 : 04 : 2025
LUGAR DE TRABAJO: Colegio Salamanca
AREA INSPECCIONADA:

ITEM	DESCRIPCIÓN	ESTADO		
A	**HERRAMIENTAS MANUALES**	SI	NO	N/A
1	Se usa la adecuada al trabajo	X		
2	Se encuentran en buen estado	X		
3	Se guardan y portan adecuadamente	X		
4	Los mangos de madera no presentan astillas, ni fisuras y están firmemente adheridos	X		
5	Las palas se encuentran en buen estado	X		
6	Las carretillas presentan deterioro		X	
6	Otra			X
B	**HERRAMIENTAS DE CORTE**	SI	NO	N/A
1	Los cinceles presentan su cabeza tipo hongo			X
2	Los cinceles se encuentran afilados			X
3	Las segueras están correctamente instaladas y no presentan defectos	X		
4	La cuchilla y/o bisturí se encuentra en buen estado	X		
5	Las quijadas y el tornillo de sujeción de los alicates se encuentran en buenas condiciones	X		
6	Los serruchos disponen de empuñadura y sus dientes están completos	X		
7	Otra			X
C	**HERRAMIENTAS DE GOLPE**	SI	NO	N/A
1	Se emplea la herramienta adecuada según la labor	X		
2	Sus caras y bordes están en buen estado	X		
3	Su mango no está quebrado, astillado ni flojo		X	
4	Otra			X
D	**HERRAMIENTAS DE TORSION - LLAVES**	SI	NO	N/A
1	El dentado de las quijadas están en buen estado			X
2	Se observan en la llave huellas o partes flojas			X
3	Las llaves presentan sus mordazas abiertas o deterioradas			X
4	La punta y cabo de los destornilladores se encuentran en buen estado	X		
5	Otra			X
E	**HERRAMIENTAS ELECTRICAS**	SI	NO	N/A
1	Las herramientas son las adecuadas según la actividad a realizar	X		
2	Se emplean los elementos de protección personal de acuerdo con la herramienta empleada	X		
3	Están limpias y lubricadas	X		
4	El cable y enchufe no presentan daños	X	X	
5	Presenta ruidos extraños		X	
6	Presenta goteo de fluidos		X	
7	El estado en general es bueno	X		
8	El taladros tiene el mandril con golpes		X	
9	Las brocas se encuentran en buen estado	X		
10	El taladro cuenta con la llave de ajuste	X		
11	Se observa deterioro en las roscas o tornillo en las ruedas abrasivas		X	
12	Se almacenan en sitios adecuados	X		
13	Otra			X

OBSERVACIONES _____

RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
NOMBRE

FIRMA

Powered by CamScanner

	FORMATO INSPECCIÓN MAQUINARIA	Código: [illegible]
		Fecha: 4/04/2023
		Versión: 001
		Página 1 de 1

CIUDAD/MUNICIPIO	Samaca	MAQUINARIA	Retroexcavadora Oruga
LUGAR DE TRABAJO	Colegio Salamanca	NOMBRE OPERADOR	Miguel Jaret
FECHA INSPECCIÓN	21-04-23	MARCA	Komatsu

DESCRIPCIÓN		ESTADO B	ESTADO M	ESTADO N/A	OBSERVACIONES
LUCES	De trabajo delanteras	X			
	De trabajo traseras	X			
	Direccionales delanteras				
	Direccionales traseras			X	
	De stop y señal trasera			X	
CABINA	Protección antivuelco				
	Cinturon de seguridad	X			
	Extintor de incendio	X			
	Asiento en buen estado	X			
	Control ingreso humo (tubo de escape)	X			
	Alarma de retroceso	X			
	Escaleras y apoyos de acceso	X			
	Espejos laterales	X			
	Pedales en buen estado	X			
	Palancas de mando en buen estado	X			
ESTADO MECÁNICO	Control de fugas hidráulicas	X			
	Estado de pasadores	X			
	Gatos estabilizadores	X			
	Mecanismo de giro (Brazo)	X			
	Orugas tensionadas	X			
	Función hidráulica	X			
	Freno de servicio	X			
	Freno de emergencia	X			
	Mangueras	X			
	Compartimento del motor				
	Dirección				
	Mandos	X			
LLANTAS	En buen estado, sin abultamientos o cortes	X			
	Huellas en buen estado	X			

ESTADO: **BUENO (B)** **MALO (M)** **NO APLICA (N/A)**

FUERA DE SERVICIO: **SI** [ ] **NO** [ ]

Miguel Fabian
FIRMA OPERADOR MAQUINARIA

Publio Urrutia B.
RESPONSABLE INSPECCIÓN

Powered by CamScanner

	FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA	Código: FT-SST-018
		Fecha: 16/03/2020
		Versión: 001
		Pagina 1 de 1

Ciudad / Centro de Trabajo	Lugar	DD	MM	AA
Samaca - Boyaca	Colegio Salamanca.	21	04	2025

ACTIVIDAD REALIZADA		TEMAS TRATADOS
Charla de seguridad		1. Orden y Aseo
Reuniones de SST / Operativas		2. Riesgo mecánico y mantenimiento 3. Higiene postural
Seminario / Taller / Curso		4. Cuidado de manos
Capacitación especifica al cargo	X	5. Pausas activas 6. Uso adecuado y mantenimiento de EPP
Otra		7. Divulgación lección aprendida

No	Nombre del Trabajador	Cédula de Ciudadania	Cargo	Firma
1	Juan Reyes	1122535114	Aseo	
2	Erlando Buitrago	80368230	maestro	
3	Miguel Fernando Buitrago	1056482029	Operador	
4	Sandra Rojas	4292855	Ayudante	
5	Pedro Jose Martin B	6.768348	Maestro	
6	Publio Jose Arrutia B	6.768357	Ing Residente	
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				

Observaciones:

Diana Ovalle 1073230374

Persona responsable de la actividad

Powered by CS Ca

EVALUACIÓN CAPACITACIÓN

NOMBRE:	C.C. No: 473.314
TEMA: 3137757	FECHA: 04-21-2025

Lea detenidamente cada pregunta y responda.

1. ¿Por Qué es importante el orden y el aseo en el sitio de trabajo?
   a. Me ayuda a realizar la labor de manera segura
   b. Reduce la accidentalidad
   c. Prevención de lesiones e incidentes en el sitio de trabajo
   (X) Todas las anteriores

2. ¿Qué es un Elemento de protección personal?
   a. Un Elemento que el trabajador debe guardar en su casillero durante su jornada de trabajo
   (X) Son elementos , equipos, dispositivos o vestimenta, destinados a ser utilizados por el trabajador, con el fin de protegerlo contra posibles daños a su salud o su integridad física, derivados de la exposición de peligros en el lugar d trabajo
   c. Son los elementos para levantar una carga
   d. Ninguna de las anteriores

3. ¿Por qué debo Utilizar los elementos de protección personal?
   (X) Para prevenir las lesiones en los lugares de trabajo
   b. Para protegerme de los peligros presentes en el desarrollo de las actividades laborales
   c. Porque han sido diseñados para protegerme de factores de riesgo en el desarrollo de mis funciones
   (X) Todas las anteriores

4. ¿Contra qué lesiones debemos proteger nuestras manos?
   a. Quemaduras/Abrasiones
   b. Pinchaduras
   c. Amputaciones
   d. Cortes y Fracturas
   (X) Todas las anteriores

5. ¿Qué aspectos debo tener en cuenta para tener buenos hábitos de orden y aseo?
   (X) Tener lo necesario para el desarrollo de la labor
   b. Cada cosa en su lugar respecto al almacenamiento de materiales
   c. Hacer la disposición de los artículos que no sean útiles en el desarrollo de la tarea X
   d. Todas las anteriores

Firma del colaborador	Cargo	Nombre del capacitador	Nota de la evaluación
	Auxiliar		4.5

Powered by CamScanner

EVALUACIÓN CAPACITACIÓN

NOMBRE: Eduardo Buitrago	C.C. No: 80368230
TEMA: Orden y Aseo, Riesgo Mecánico EPP, Hig Postural, Cuidado Manos, Pausas.	FECHA: 27 del 2025

Lea detenidamente cada pregunta y responda.

¿Por Qué es importante el orden y el aseo en el sitio de trabajo?
a. Me ayuda a realizar la labor de manera segura
b. Reduce la accidentalidad
c. Prevención de lesiones e incidentes en el sitio de trabajo
(X) Todas las anteriores

2. ¿Qué es un Elemento de protección personal?

a. Un Elemento que el trabajador debe guardar en su casillero durante su jornada de trabajo
b. Son elementos , equipos, dispositivos o vestimenta, destinados a ser utilizados por el trabajador, con el fin de protegerlo contra posibles daños a su salud o su integridad física, derivados de la exposición de peligros en el lugar d trabajo
c. Son los elementos para levantar una carga
d. Ninguna de las anteriores

3. ¿Por qué debo Utilizar los elementos de protección personal?

a. Para prevenir las lesiones en los lugares de trabajo
b. Para protegerme de los peligros presentes en el desarrollo de las actividades laborales
c. Porque han sido diseñados para protegerme de factores de riesgo en el desarrollo de mis funciones
(X) Todas las anteriores

4. ¿Contra qué lesiones debemos proteger nuestras manos?

a. Quemaduras/Abrasiones
b. Pinchaduras
c. Amputaciones
d. Cortes y Fracturas
(X) Todas las anteriores

5. ¿Qué aspectos debo tener en cuenta para tener buenos hábitos de orden y aseo?

a. Tener lo necesario para el desarrollo de la labor
b. Cada cosa en su lugar respecto al almacenamiento de materiales
c. Hacer la disposición de los artículos que no sean útiles en el desarrollo de la tarea
(X) Todas las anteriores

Firma del colaborador	Cargo	Nombre del capacitador	Nota de la evaluación
Eduardo Buitrago	Operativo	Dicsa Ochoa	4.5.

Powered by CamScanner

EVALUACIÓN CAPACITACIÓN

NOMBRE:	C.C. No:
Miguel Fabian	1036482029
TEMA: Orden y Aseo, Riesgo Mecanico, EPP Hig Postural, Cuidado Manos, Pausas.	FECHA: 21-04-2025

Lea detenidamente cada pregunta y responda.

¿Por Qué es importante el orden y el aseo en el sitio de trabajo?

- Me ayuda a realizar la labor de manera segura
- b. Reduce la accidentalidad
- c. Prevención de lesiones e incidentes en el sitio de trabajo
- (X) Todas las anteriores

2. ¿Qué es un Elemento de protección personal?

a. Un Elemento que el trabajador debe guardar en su casillero durante su jornada de trabajo
(X) Son elementos , equipos, dispositivos o vestimenta, destinados a ser utilizados por el trabajador, con el fin de protegerlo contra posibles daños a su salud o su integridad física, derivados de la exposición de peligros en el lugar d trabajo
c. Son los elementos para levantar una carga
d. Ninguna de las anteriores

3. ¿Por qué debo Utilizar los elementos de protección personal?

a. Para prevenir las lesiones en los lugares de trabajo
- Para protegerme de los peligros presentes en el desarrollo de las actividades laborales
c. Porque han sido diseñados para protegerme de factores de riesgo en el desarrollo de mis funciones
(X) Todas las anteriores

4. ¿Contra qué lesiones debemos proteger nuestras manos?

a. Quemaduras/Abrasiones
b. Pinchaduras
c. Amputaciones
- Cortes y Fracturas
(X) Todas las anteriores

5. ¿Qué aspectos debo tener en cuenta para tener buenos hábitos de orden y aseo?

a. Tener lo necesario para el desarrollo de la labor
- Cada cosa en su lugar respecto al almacenamiento de materiales
c. Hacer la disposición de los artículos que no sean útiles en el desarrollo de la tarea
d. Todas las anteriores

Miguel Fabian	Operador	4.5.	
Firma del colaborador	Cargo	Nombre del capacitador	Nota de la evaluación

Powered by CamScanner

EVALUACIÓN CAPACITACIÓN

NOMBRE:	C.C. No:
Jeison Ayala	4242153
TEMA: Orden y Aseo, Riesgo Mecanico, EPP, Hig Postural, Circulato Manos, Pausas.	FECHA: 04 / 12 / 25

Lea detenidamente cada pregunta y responda.

¿Por Qué es importante el orden y el aseo en el sitio de trabajo?

a. Me ayuda a realizar la labor de manera segura
b. Reduce la accidentalidad
c. Prevención de lesiones e incidentes en el sitio de trabajo
X Todas las anteriores

2. ¿Qué es un Elemento de protección personal?

a. Un Elemento que el trabajador debe guardar en su casillero durante su jornada de trabajo
X Son elementos , equipos, dispositivos o vestimenta, destinados a ser utilizados por el trabajador, con el fin de protegerlo contra posibles daños a su salud o su integridad física, derivados de la exposición de peligros en el lugar d trabajo
c. Son los elementos para levantar una carga
d. Ninguna de las anteriores

3. ¿Por qué debo Utilizar los elementos de protección personal?

a. Para prevenir las lesiones en los lugares de trabajo
b. Para protegerme de los peligros presentes en el desarrollo de las actividades laborales
c. Porque han sido diseñados para protegerme de factores de riesgo en el desarrollo de mis funciones
X Todas las anteriores

4. ¿Contra qué lesiones debemos proteger nuestras manos?

a. Quemaduras/Abrasiones
b. Pinchaduras
c. Amputaciones
d. Cortes y Fracturas
X Todas las anteriores

5. ¿Qué aspectos debo tener en cuenta para tener buenos hábitos de orden y aseo?

X Tener lo necesario para el desarrollo de la labor
b. Cada cosa en su lugar respecto al almacenamiento de materiales
c. Hacer la disposición de los artículos que no sean útiles en el desarrollo de la tarea
X Todas las anteriores

Firma del colaborador	Cargo	Nombre del capacitador	Nota de la evaluación
	Aydante	Diana Ovalle	5.0

Powered by CamScanner

EVALUACIÓN CAPACITACIÓN

NOMBRE: Pedro Jose Martinez B	C.C. No: 6.768.348
TEMA: Orden y aseo, riesgo mecánico, EPP, Hig. Postural Cuidado de manos y pausas activas	FECHA: 21 de abril de 2025

Lea detenidamente cada pregunta y responda.

1. ¿Por Qué es importante el orden y el aseo en el sitio de trabajo?
a. Me ayuda a realizar la labor de manera segura
b. Reduce la accidentalidad
c. Prevención de lesiones e incidentes en el sitio de trabajo
d. Todas las anteriores

2. ¿Qué es un Elemento de protección personal?

a. Un Elemento que el trabajador debe guardar en su casillero durante su jornada de trabajo
b. Son elementos , equipos, dispositivos o vestimenta, destinados a ser utilizados por el trabajador, con el fin de prot contra posibles daños a su salud o su integridad física, derivados de la exposición de peligros en el lugar de trabajo
c. Son los elementos para levantar una carga
d. Ninguna de las anteriores

3. ¿Por qué debo Utilizar los elementos de protección personal?

a. Para prevenir las lesiones en los lugares de trabajo
b. Para protegerme de los peligros presentes en el desarrollo de las actividades laborales
c. Porque han sido diseñados para protegerme de factores de riesgo en el desarrollo de mis funciones
d. Todas las anteriores

4. ¿Contra qué lesiones debemos proteger nuestras manos?

a. Quemaduras/Abrasiones
b. Pinchaduras
c. Amputaciones
d. Cortes y Fracturas
d. Todas las anteriores

5. ¿Qué aspectos debo tener en cuenta para tener buenos hábitos de orden y aseo?

a. Tener lo necesario para el desarrollo de la labor
b. Cada cosa en su lugar respecto al almacenamiento de materiales
c. Hacer la disposición de los artículos que no sean útiles en el desarrollo de la tarea
d. Todas las anteriores

Firma del colaborador	Cargo	Nombre del capacitador	Nota de la evaluación
	Maestro	Diana Ovalle	5.0

EVALUACIÓN CAPACITACIÓN

NOMBRE: Publio Jose Urrutia B	C.C. No: 6.768.357
TEMA: Orden y aseo, riesgo mecánico, EPP, Hig. Postural Cuidado de manos y pausas activas	FECHA: 21 de abril de 2025

Lea detenidamente cada pregunta y responda.

2. ¿Por Qué es importante el orden y el aseo en el sitio de trabajo?
e. Me ayuda a realizar la labor de manera segura
f. Reduce la accidentalidad
g. Prevención de lesiones e incidentes en el sitio de trabajo
h. Todas las anteriores

2. ¿Qué es un Elemento de protección personal?

a. Un Elemento que el trabajador debe guardar en su casillero durante su jornada de trabajo
b. Son elementos , equipos, dispositivos o vestimenta, destinados a ser utilizados por el trabajador, con el fin de proteg contra posibles daños a su salud o su integridad física, derivados de la exposición de peligros en el lugar de trabajo
c. Son los elementos para levantar una carga
d. Ninguna de las anteriores

5. ¿Por qué debo Utilizar los elementos de protección personal?

a. Para prevenir las lesiones en los lugares de trabajo
b. Para protegerme de los peligros presentes en el desarrollo de las actividades laborales
c. Porque han sido diseñados para protegerme de factores de riesgo en el desarrollo de mis funciones
d. Todas las anteriores

6. ¿Contra qué lesiones debemos proteger nuestras manos?

a. Quemaduras/Abrasiones
b. Pinchaduras
c. Amputaciones
d. Cortes y Fracturas
d. Todas las anteriores

5. ¿Qué aspectos debo tener en cuenta para tener buenos hábitos de orden y aseo?

a. Tener lo necesario para el desarrollo de la labor
b. Cada cosa en su lugar respecto al almacenamiento de materiales
c. Hacer la disposición de los artículos que no sean útiles en el desarrollo de la tarea
d. Todas las anteriores



Firma del colaborador	Cargo	Nombre del capacitador	Nota de la evaluación
	Ing. Residente	Diana Ovalle	5.0

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

ACUSE RECIBIDO

Positiva Compañía de Seguros S.A., acusa recibido de la empresa **L H CONSTRUCCIONES CIVILES SAS** identificada con **NI 820003826**, la presentación del Plan de Mejora con los resultados de los Estándares Mínimos vigencia **2024** del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST conforme al capítulo **III** de la Resolución 0312 de 2019, obteniendo un resultado del **99%**, **ACEPTABLE**.

Fecha de presentación ARL: **24/12/2024**

Número de Consecutivo: **141900**

Fecha de informe	25/04/2025	PLANILLAS CONTRATISTA	RELACIÓN PLANILLAS APORTES PARAFISCALES											
			feb-25				mar-25				abr-25			
			SALUD	PENSIÓN	RIESGOS	CCF	SALUD	PENSIÓN	RIESGOS	CCF	SALUD	PENSIÓN	RIESGOS	CCF
RL CONTRATISTA 1	Obdulio La Rotta Garcia		Planilla No.:		9482065217		Planilla No.:		9484086254		Planilla No.:		9484897253	
	C.C. 6765982	LH CONSTRUCCIONES CIVILES S.A.S.												

EQUIPO	Periodos trabajados	Salario base cotización (Salario propuesto)	40% Salario base	IBC (AFECTADO POR EL % DE DEDICACIÓN)	Salud (12,5%)	Pensión (16%)	ARL (%)	feb-25				mar-25				abr-25			
			40%		12.50%	16.00%	6.96%	SALUD	PENSIÓN	RIESGOS	CCF	SALUD	PENSIÓN	RIESGOS	CCF	SALUD	PENSIÓN	RIESGOS	CCF
OBDULIO LA ROTTA GARCIA	De: Marzo 2025	$ 1,423,500.00	$ 1,423,500.00	$ 1,423,500.00	$ 177,937.50	$ 227,760.00	$ 99,075.60	Planilla No.:				Planilla No.:		7975189941		Planilla No.:		7975211791	
Director de obra	A: Mayo 2025																		
PUBLIO JOSE URRUTIA BAQUERO	De: Marzo 2025	$ 1,423,501.00	$ 1,423,500.00	$ 1,423,500.00	$ 177,937.50	$ 227,760.00	$ 99,075.60	Planilla No.:				Planilla No.:		9484086254		Planilla No.:		9484897253	
Residente de obra	A: Mayo 2025																		
DIANA YULIETH OVALLE AGUILERA	De: Marzo 2025	$ 1,423,502.00	$ 1,423,500.00	$ 1,423,500.00	$ 177,937.50	$ 227,760.00	$ 99,075.60	Planilla No.:				Planilla No.:		7959600710		Planilla No.:		7964897020	
Profesional SST	A: Mayo 2025																		
MIGUEL FABIAN BUITRAGO JEREZ	De: Marzo 2025	$ 1,423,503.00	$ 1,423,500.00	$ 1,423,500.00	$ 177,937.50	$ 227,760.00	$ 99,075.60	Planilla No.:				Planilla No.:		9484086254		Planilla No.:		9484897253	
Empleado	A: Mayo 2025																		
VICTOR MANUEL GIL MATAMOROS	De: Marzo 2025	$ 1,423,504.00	$ 1,423,500.00	$ 1,423,500.00	$ 177,937.50	$ 227,760.00	$ 99,075.60	Planilla No.:				Planilla No.:		9484086254		Planilla No.:		9484897253	
Empleado	A: Mayo 2025																		
ORLANDO BUITRAGO SAAVEDRA	De: Marzo 2025	$ 1,423,505.00	$ 1,423,500.00	$ 1,423,500.00	$ 177,937.50	$ 227,760.00	$ 99,075.60	Planilla No.:				Planilla No.:		9484086254		Planilla No.:		9484897253	
Empleado	A: Mayo 2025																		
PEDRO JOSE MARTINEZ BAMBASICA	De: Marzo 2025	$ 1,423,506.00	$ 1,423,500.00	$ 1,423,500.00	$ 177,937.50	$ 227,760.00	$ 99,075.60	Planilla No.:				Planilla No.:		9484086254		Planilla No.:		9484897253	
Empleado	A: Mayo 2025																		
GERMAN RODRIGUEZ ESPITIA	De: Marzo 2025	$ 1,423,507.00	$ 1,423,500.00	$ 1,423,500.00	$ 177,937.50	$ 227,760.00	$ 99,075.60	Planilla No.:				Planilla No.:		9484086254		Planilla No.:		9484897253	
Empleado	A: Mayo 2025																		
TEODORO ROJAS MARTINEZ	De: Marzo 2025	$ 1,423,508.00	$ 1,423,500.00	$ 1,423,500.00	$ 177,937.50	$ 227,760.00	$ 99,075.60	Planilla No.:				Planilla No.:		9484086254		Planilla No.:		9484897253	
Empleado	A: Mayo 2025																		

Revisó:	
Firma:	
Nombre:	OBDULIO LA ROTTA GARCÍA
Cargo:	DIRECTOR DE OBRA

Aprobó	
Firma:	
Nombre:	SERGIO ALEJANDRO ANZOLA PINZON
Cargo:	SUPERVISOR

PLANILLAS

DIRECTOR DE OBRA

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

BBVA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	6765982
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			OBDULIO LA ROTTA GARCIA
CIUDAD/MUNICIPIO:	TUNJA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CRA 12 # 21 - 50	TELÉFONO:	7437451
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Alquiler y arrendamiento de vehículos automotores.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**7975189941**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	marzo	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:			55				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/06/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1553579259

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 29.700	$ 0	$ 1.100	$ 0	$ 29.700	$ 1.100	$ 0	$ 30.800
SUBTOTALES:													**$ 29.700**	**$ 1.100**	**$ 0**	**$ 30.800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																											PENSIÓN								SALUD						ARP												
Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 6765982	LA ROTTA GARCIA OBDULIO	INDEPEND	PENS VEJ ACT	$ 1.423.500				NO	26																			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	EPS005-SANITAS S.A.	5	$ 237.250	$ 29.700	$ 0	$ 29.700			$ 0		$ 0		$ 0	$ 0		$ 0	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 30.800

Planilla Pagada