REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
80.453.101
NUMERO

QUINTERO FRANCO
APELLIDOS

LUIS ALBERTO
NOMBRES



Direccion Diagonal 68 Sur # 18F 53

Eps Salud Total.

C # 322 3044839.



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-JUL-1971
COPER
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.71 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

09-MAR-1992 USME
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
ALVARO ECHEVERRI MANUEL LOPEZ

A-1500113-45146765-M-0080453101-20061109 04357 08312A 02 202300814

Scanned with CamScanner

ARL | sura

Medellin, 01 de April de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C80453101	QUINTERO FRANCO LUIS ALBERTO	02/04/2025		G4422216	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 01/04/2025 15:41:08 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.31.170.92, 192.230.104.11, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

202

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014500251	0|3|0|4|2|0|2|5

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

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen	4.Contribución Solidaria
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	A. Individual -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectivo ☐ C. Institucional ☐ D. Pensionado ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐	SI ☐ NO ☒

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7.Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
CANTERO (Primer apellido)	FRANCO (Segundo apellido)	LUIS (Primer nombre)	ALBERTO (Segundo nombre)

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	80432630	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento
	País	Departamento	Municipio		
COLOMBIA	COLOMBIA	BOYACA	COPER		6/03/1967

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos geográficos

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	Si ☐ No ☒
E		Categoria Discapacidad	

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN	21.Grupo población especial
SI ☐ NO ☒	Nivel Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A	PORVENIR PPC	1423560	

26.Residencia			
DG 48 SUR NO 18 53 Dirección	Telefono fijo	3232044839 Telefono celular	LUISQUINTERO8629@GMAIL.COM Correo electronico

BOGOTA Departamento	BOGOTA Municipio/Distrito	COL Localidad / comuna	ZONA: Urbana cabecera municipal ☐ Urbana centro poblado ☒ Rural dispersa ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del conyuge o compañero(a) permanente opcional

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

28. Tipo documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento			34.Fecha Nacimiento
	País	Departamento	Municipio	

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

	35. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
01				
02				
03				
04				
05				

	36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biologico		40.Sexo identificación						41. Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	País	Departamento	Municipio	
01															
02															
03															
04															
05															

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Madre/padre Permanente	
					SI	No	Nivel	Grupo	SI	No	Categoria	SI	No
01													
02													
03													
04													
05													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona: Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural	Telefono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
01								
02								
03								
04								
05								

	Direccion	Localidad/Comuna	Correo Electronico
01			
02			
03			
04			
05			

Selección de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS OLAYA - UDO DENTOOLAYER OLAYA	VSOLAYA - DENTOOLAYA
II	-	-
II	-	-
II	-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
OMR SAS	NIT	901230650	01

59.Ubicación				
CL 1 H 31 B 09 OF 105 Direccion	3134172208 Telefono fijo o celular	INGENIERIA.OMR@GMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Departamento	BOGOTA Municipio/distrito

M-PYGA-F081 V 1.0-2018

203

No de Radicación
4014500251

5. REPORTE DE NOVEDADES

59. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
  Código: ☐
- ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código ☐
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ 11. Inscripción EPS retorno al país
- ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 14. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 15. Traslado: ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ 16. Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia
- ☐ 17. Reporte del traslado por protección al cesante
- ☐ 18. Reporte de la salidad de pre-Pensionado
- ☐ 19. Reporte de la salidad del pensionado
- ☐ 20. Ingreso a contribución solidaria
- ☐ 21. Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer Apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	62. Sexo biológico (Femenino ☐ Masculino ☐)	63. Sexo identificación (F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual)	64. Fecha de nacimiento

65. EPS anterior	66. Fecha de Novedad	67. Motivo de traslado Código:	68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	02/04/2025		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad

IX. FIRMAS

83. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
Luis Quintero	

X. ANEXOS

- ☐ 82. Anexo Copia del documento de identidad: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ PT ☐
  Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0
- ☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitida por la autoridad competente
- ☐ 84. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- ☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- ☐ 86. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 87. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia
- ☐ 88. Documento en que conste la posición de la partida paternal, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

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

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

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

94. Apellidos y Nombres: Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	96. Firma del funcionario

95. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

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

204

REPUBLICA DE COLOMBIA

80 453 101

QUINTERO FRANCO

LUIS ALBERTO





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-JUL-1971

COPER
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.71	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

09-MAR-1992 USME

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

A-1500113-45148765-M-0080453101-20081109 04357 06312A 02 202300814

Dirección Diagonal 65 sur # 19 J 53
EPS Salud Total.
Tl. 3222044534.

Powered by CamScanner

LUIS ALBERTO QUINTERO

322 204 4834
Bogotá

PERFIL

Oficial de construcción con más de 5 años experiencia en el sector. Trabajador dedicado con disposición y compromiso para ejercer las labores que sean asignadas.

RESUMEN LABORAL

M.Y.S Ingeniería civil |

Estudios y Diseños | Subcontratista

G.P.O Construcciones | Subcontratista

REFERENCIAS PERSONALES

Omar Gomez
GPO. Construcciones
320 444 5295

José Carreño
312 454 3745

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	80453101
NOMBRES	LUIS ALBERTO
APELLIDOS	QUINTERO FRANCO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	01/07/2010	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	03/28/2025 19:23:04	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

LUIS ALBERTO QUINTERO FRANCO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **80.453.101**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 28 de Marzo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co *y actualice su Historia Laboral.*

Clinisur IPS Ltda
Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900149264

NÚMERO
0000544869

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: OMR SAS FECHA 01/04/2025 07:08:47

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

NOMBRE Y APELLIDO: LUIS ALBERTO QUINTERO FRANCO **C.C** 80453101

EDAD 53 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** OFICIAL DE CONSTRUCCION



EXÁMENES PRACTICADOS

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

CONCEPTO

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

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

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
VALORACIÓN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y AUDIOMETRÍA SEMESTRAL EPS / INGRESAR AL SVE AUDITIVO.
CONTROL MÉDICO DE RUTINA EPS / DIETA HIPOCALÓRICA / BAJAR DE PESO / USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN / SE SUGIERE CONTINUAR CONTROL PROGRAMA DE CRONICOS DE EPS / INGRESAR AL SVE CARDIOVASCULAR.
USO DE LOS EPP EN FUNCIÓN DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR / REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE

Calidad Biométrica

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

FIRMA DEL ESPECIALISTA

INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE PELIGROS AL PERSONAL

DSOC-FR-0057-24
Versión: 01
PAG. 1 de 2
20/04/2024

GENERALIDADES DEL PROYECTO

CARACTERISTICAS		ORGANIZACIÓN	
Obra o Centro de trabajo:	Parque Pisos	Nombre del trabajador:	Luis Quintero
Ubicación:	Parque Pisos	Cargo:	maestro
Teléfono:	3222044839	Responsable SST:	WILMAN EDUARDO SEGURA

REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO

HORARIOS

Entrada:	7:00 AM
Almuerzo:	1 HORA
Salida:	L- V 4:30/ SABADOS 12:30 AM

DEBERES Y PROHIBICIONES EN SITIO DE TRABAJO

- Prohibido consumir licor y trabajar en estado de embriaguez
- Prohibido consumir sustancias psicoactivas y trabajar bajo su efecto
- Reportar de manera inmediata todo tipo de amenazas o sobornos por personas fuera de la ley manteniendo la lealtad y la buena fe con las actividades ejecutadas en el proyecto.
- Prohibidas las peleas, riñas o maltratos
- Notificar los accidentes de trabajo e incidentes
- Reportar condiciones de salud existente que afecten el normal funcionamiento
- Cumplir el horario laboral, reglamentos, políticas y procedimientos de la empresa
- Reportar la Condiciones inseguras y Actos inseguros
- Se debe tener restriccion en el uso del celular, con uso limitado.
- Se prohíbe divulgar cualquier tipo de información referente al proyecto.

NORMAS AMBIENTALES

- Utilizar de manera adecuada los baños
- Se evita la extinción de la Fauna y se conserva la riqueza de la Flora
- Realizando la generacion de ruido y material particulado, se evitan molestias a la comunidad de las áreas cercanas al proyecto
- Al cuidar el Medio Ambiente, estamos preservando el Planeta para nuestros hijos.
- No arrojar sustancias químicas en la red de alcantarillado
- Humedecer las áreas para evitar erosión de material particulado
- Informar cuando se presenten fugas o derrames de aceites
- No afectar ni perjudicar los árboles ni la vegetación
- Cerrar las llaves de paso de agua, si no se utilizan
- Consumir los recursos necesarios, evitando desperdicios

IMPORTANCIA DE TRABAJAR CON SEGURIDAD

- El trabajar con seguridad, es un beneficio mutuo
- El Trabajo es Bienestar y la Salud es Vida
- Su familia siempre lo espera en casa
- El autocuidarse, prevenir y evita los accidentes

NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN OBRA

- *Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
- *Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestion de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa.
- * Conocer, comprender y poner en práctica las Políticas Seguridad y Salud en el trabajo
- * No se debe utilizar ningún tipo de joyas (anillos, pulseras, aretes, etc)
- * El uso de los EPP (Elementos de Protección Personal) es obligatorio de acuerdo a la actividad que realice y en buen estado
- * Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo. Utilizar los mecanismos de consulta y participación del SG-SST
- * Mantener las áreas de trabajo en buenos condiciones de orden y aseo
- * Obligatorio el uso del arnés y línea de vida, cuando se desarrollen trabajos de Altura.
- * Cuando este lloviendo, no se permite trabajar en alturas deberán presentar los soportes para su respectivo seguimiento.
- *Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del
- *Las áreas de trabajo deben estar en orden y aseo.

SEGURIDAD VIAL

SEÑAL PREVENTIVA: Se utilizará para indicar la proximidad de alguna condicion que pueda generar un riesgo en peatones o vehículos.



SEÑAL INFORMATIVA: Son aquellas que nos proporcionan información en las vias.



SEÑAL REGLAMENTARIA: Es utilizada para indicar prohibición ya que no se cumplen las condiciones de seguridad para efectuar algun tipo de maniobra



SEÑALIZACIÓN DE SEGURIDAD INDUSTRIAL:

INFORMACIÓN: PROHIBICIÓN: OBLIGACIÓN:



OBJETIVOS DEL SG - SST

- *Cumplir las políticas y el Plan de trabajo de la empresa
- *Tener en los objetivos trazados unas metas e indicadores
- *Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
- *Informar oportunamente al colaborador acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
- *Prevenir los accidentes y enfermedades de trabajo, manteniendo un ambiente seguro, orientado al cuidado de la integridad física.
- *Establecer todo lo referente al Plan de Emergencia contemplado en el Proyecto

POLÍTICAS SST

- *Garantizar un ambiente sano de trabajo y disponer de los recursos que se necesiten para lograrlo
- *Mejoramiento continuo de los procesos en SG-SST
- *Cumplir con los requisitos legales aplicables a la Organización en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo
- *Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de desarrollo del SG-SST.
- * Identificar, evaluar y valorar los peligros asociados a cada actividad y divulgarlo ante los colaboradores
- *Promover el hábito del autocuidado y vida saludable en los colaboradores

DMR

NOTIFICACION DE PELIGROS (SIGLAS: A:Aplica N/A: No Aplica)

CLASIFICACIÓN	DESCRIPCION	A	N/A	CLASIFICACION	DESCRIPCION	A	N/A
Físico 	Ruido			Condiciones de seguridad 	Mecanico (elementos o partes de maquinas, herramientas, equipos, etc)		
	Temperatura				Locativo (sistemas y medios de almacenamiento)		
	Iluminación (Exceso o Deficiencia)				Electrico (alta y baja tension, estatica)		
	Vibraciones				Trabajo en alturas		
	Presion Atmosferica (Normal y Ajustada)				Accidentes de transito		
	Radiaciones ionizantes (Rayos Beta Gama, X y Alfa)				Publicos(robos,asaltos, sitiones, alertamas)		
	Radiaciones NO ionizantes (Laser, Ultravioleta, Infrarroja, Radio frecuencias y Microondas)				Tecnologicos (explosion, fuga, derrame, incendio)		
Quimico 	Material particulado				Espacios confinados		
	Polvos Organicos e inorganicos				Excavaciones		
	Fibras			Fenomenos naturales 	Sismo		
	Liquidos (Niebla y Rocio)				Tormentas		
	Gases y vapores				Inundacion		
	Humos metalicos, no metalicos				Vendaval		
Biologico 	Bacterias				Derrumbe		
	Virus, Hongos				Precipitaciones (lluvias, granizadas)		
	Ricketsias			Psicosocial 	Diseño organizacional		
	Parasitos				Caracteristicas de la organizacion del trabajo		
	Picaduras y mordeduras				Condiciones de la tarea		
	Otros (*)				Interfase persona - tarea		
	Fluidos o excrementos				Jornada de trabajo		
Biomecanicos 	Postura (prolongada, mantenida, forzada)			OBSERVACIONES:			
	Esfuerzo						
	Levantamiento de cargas			APLICA: Personal Propio, suministro de mano de obra y vinculado (para este ultimo solo se debe solicitar los peligros a los que estan expuesto el trabajador)			
	Movimiento repetitivo						

MANIFIESTO que he recibido y entendido la relacionada con los PELIGROS a los que me encuentro expuesto, las NORMAS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL y las NORMAS AMBIENTALES en la realización de mi trabajo, o en la visita que efectuo y ME COMPROMETO a cumplirlas, al igual que las RESPONSABILIDADES a mi asignadas.

Nota 1: Mediante el diligenciamiento y registro de los datos relacionados en el presente formato, el trabajo (persona natural) autoriza a CONSORCIO BELZCON SAS , consorcios y/o uniones temporales en los cuales tenga participación la empresa, para la recolección, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de adelantar el fuente establecido según su contenido. Lo anterior en cumplimiento a lo establecido en la Ley 1581 de 2012 "Ley de protección de datos", reglamentado parcialmente por el Decreto 1377 de 2013. De acuerdo a nuestra política de tratamiento Datos disponible en la página web: www.magnetlogic.com

NOMBRE: Jair Quintero	CEDULA: 80453401	CARGO: Ciudad Bolivar	RH: O+
DIRECCION: Diagonal 68-883	TEL / CEL: 3222044830	LOCALIDAD: Mutata	EDAD: 54
FECHA NACIMIENTO: 07.02.1971	NUMERO DE MANO DE OBRA:		
ARL: Sura	EPS: Salud Total	AFP:	
EXÁMENES MÉDICOS: 07.03.2025.		RESTRICCIONES MÉDICAS: NO CUÁL?	
NOMBRE Y TEL. DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA: [illegible]		ALERGIAS: NO CUÁL?	
FIRMA EMPLEADO:		FECHA: 07 04 2025.	

EVALUACIÓN A INDUCCIÓN DEL PERSONAL

CBZC-FR-SST-09
Versión: 01
PAG. 1 de 2

Obra o Centro de trabajo:	parque pijao	Fecha:	el 04-2-25
Nombre	Luis Quintero	Cargo:	maestro
Cedula:	90453101	Firma:	

1. De un ejemplo de accidente de trabajo:

caida - sobre el mismo nivel

2. Diga un Objetivo en Seguridad y Salud en el Trabajo:

Evitar accidente trabajo

3. Escriba en los espacios cual es el ACTO INSEGURO y cual es la CONDICION INSEGURA

condicion insegura



condicion insegura



acto inseguro



4. Mensione los elementos de Proteccion individual utiliza en su labor:

Overol casco - Botas guantes Gafas Tapa oidos

5. Mensione una de las Politicas del sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo:

6. Nombre dos normas ambientales aplicables a obra:

politica - Seguridad en el trabajo

7. Responda falso (F) o verdadero (V)

* Uno de los objetivos del Sistema de Gestion de Seguridad y Salud en el Trabajo es prevenir enfermedades laborales y accidentes de Trabajo	V
*Se deben realizar revision y/o mantenimiento de los Elementos de Proteccion individual antes de empezar labores?	V
*La brigada brinda lineamientos para prevencion y atencion de emergencias.	V
*Dentro del factor de Riesgo Fisico esta agentes de ruido, temperatura, vibracion e iluminacion	V
*Es apropiado realizar realizar actividades bajo el efecto de sustancias Psicoactivas o Alcohol?	F.
*Es seguro realizar actividades con herramientas en mal estado?	F.

8. Coloque la flecha de acuerdo al tipo de señal que identifique.

1	Señal Preventiva		4	Señal regalamentaria	NO FUME
2	Señal de Obligatoriedad		5	Señal de Prohibición	
3	Señal Informativa		6	Señal Informativa	

Criterio de evaluación: Al momento de calificar por favor tenga en cuentalos siguientes valores. Por cada respuesta correcta se recibe un valor de 0,6, califique en los siguientes rangos:

De 1 a 4: Valor calificación 3,0
5 a 7: Valor de la calificación 4,5.
preguntas correctas(8): Valor de la calificación 5

De Total de

CALIFICACIÓN: 5,0

FIRMA RESPONSABLE SST:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.193.311.210
ROJAS RICO

APELLIDOS

JEISON JAVIER

NOMBRES

JEISON ROJAS

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-OCT-2002
SANTA ANA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

04-DIC-2020 SANTA ANA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL



A-2100600-0118675

0072758257A 1

8501115329

Powered by CamScanner

211

ARL | sura

Medellín, 06 de Febrero de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSTRUCCIONES DFL SAS, en el centro de trabajo 0000000070 - CONSTRUCCION, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1193311210	ROJAS RICO JEISON JAVIER	23/01/2025		190143m9	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C8028380725037350O1

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 06/02/2025 09:43:21 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.53.13.38, 198.143.41.47, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Salud Total EPS

Bogotá, 24/01/2025

Señor(a)
JEISON JAVIER ROJAS RICO
C – 1193311210

Referencia: certificado radicación de afiliación
Formulario No.: 4014045090
Fecha Radicación: 01/24/2025

Apreciado afiliado:

Reciba un cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S S.A., y nuestros agradecimientos por habernos escogido como su Entidad Promotora de Salud (EPS) de su preferencia.

Salud Total EPS-S S.A., certifica que su solicitud de afiliación y/o Novedad de la afiliación se encuentra radicada al Plan de Beneficios del Régimen Contributivo como trabajador dependiente de la empresa CONSTRUCCIONES DFL SAS N 900814668, bajo el tipo de cotizante C con una base de cotización para el 2025 de $ 1423500.

A continuación, relacionamos la información de los miembros del grupo familiar asociados a este formulario:

Nombre y Apellido	Documento / Tipo	Fecha Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Parentesco	Sexo	Anexos pendientes
JEISON JAVIER ROJAS RICO	C	10/23/2002	COTIZANTE	M	

Información Afiliación
EPS Anterior: NINGUNA
Posible inicio vigencia afiliación: 02/24/2025 **(sujeto a autorización de traslado)**

Información Laboral
Dirección Empleador: CR 71 C 53 A 10 SUR CEL 3107907989
Dirección Laboral: CR 71 C 53 A 10 SUR CEL 3107907989
Fondo de Pensiones:
Administradora Riesgos Profesionales: SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.
Fecha Ingreso a laborar(mm/dd/aaaa): 01/22/2025

Es importante que tenga en cuenta que este documento hace las veces de **copia de formulario de afiliación.** Recuerde que la información relacionada con los derechos y deberes se encuentra en la página web www.saludtotal.com.co. Si usted requiere algún tipo de información adicional puede comunicarse con el asesor que lo atendió, el Sr (a) AFILIACION EMPRESA SIN ASESOR Código: X019, o dirigirse a la oficina de SALUD TOTAL EPS-S S.A. más cercana.

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JEISON JAVIER ROJAS RICO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.193.311.210**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 17 de Enero del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

compensar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 27 de Febrero de 2.025

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificacion	: 1192311210
Nombre	: JEISON JAVIER ROJAS RICO
Empresa/Contratante	: CONSTRUCCIONES DFL SAS
Identificación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 900814668
Fecha de Afiliación a CCF	: 2025/01/24
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2025/01/22
Estado	: Afiliado
Categoria	: A

La presente certificación se expide con destino a A QUIEN INTERESA y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario.

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

subsidio

215

PROTEGER I.P.S.

LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.

PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.
Nit. 900434629-1
Carrera 60 # 17 - 35/37 Zona Industrial Puente Aranda
Tel. 310 855 15 76 / 315 426 05 53
gerente@protegerips.com

CÓD	F-EO-01-FI
VERSIÓN	01
FECHA	15-JUL-2013
Pág 1 de 1	

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DEL CERTIFICADO

Tipo Examen: INGRESO N° Orden: 164423 Fecha Examen: 2025-01-13 Hora: 08:55:45

DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: CONSTRUCCIONES DFL SAS NIT: 900814668 SECTOR: 0
ENT. MISIÓN: CONSTRUCCIONES DFL SAS NIT: 900814668 CIUDAD: BOGOTA, D.C.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: JEISON JAVIER APELLIDOS: ROJAS RICO
IDENTIFICACIÓN: 1193311210 FECHA DE NACIMIENTO: 23 de Octubre de 2002 EDAD: 22
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) NIVEL EDUCATIVO: SECUNDARIA CARGO: AYUDANTE DE OBRA
ARL: SIN AFILIACIÓN EPS: SIN AFILIACIÓN AFP: SIN AFILIACIÓN

FOTOGRAFIA



EXAMENES REALIZADOS

Examen Medico Ocupacional, Audiometria, Glicemia En Ayunas, Perfil Lipidico, Anexo Alturas, Anexo Osteomuscular, Cuadro Hematico (hemograma), Visiometria, Espirometria

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN

RESULTADO: Sin Recomendaciones

¿El paciente cuenta con patologias preexistentes suceptibles al COVID-19?: No

DEFINICIÓN DE CASOS PARA EL SVE OSTEOMUSCULAR

Caso Descartado

AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA

Apto para trabajar en alturas: Si
NOTA: Para Trabajar en alturas es necesario previa verificación de certificación en alturas RESOLUCION 4272 DE 2021

OTRAS INDICACIONES MEDICAS

Programa de Protección Auditiva

1) Control Auditivo en 1 año 2) Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido 3) Reposo auditivo extralaboral

Programa de Protección Respiratoria

1) Espirometria Anual 2) Realizar Actividad Física 3) Uso de elementos de protección respiratoria adecuados para la exposición.

Recomendaciones de Protección Visual

1) Adecuada iluminación del puesto de trabajo 2) Control Optometria en 1 año 3) Educación en higiene visual 4) Pausa activa visual 5) Uso de protección visual según tipo de exposición

OTRAS INDICACIONES MEDICAS NO PERTENECIENTES AL CARGO

" REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO AL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD DE LA EMPRESA, MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLE . ADECUADA HIGIENE POSTURAL Y PAUTAS DE AUTOCUIDADO. USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN GRADO DE EXPOSICION . REALIZAR INDUCCIÓN ESPECÍFICA PARA EL CARGO. "

DORIS YANET LONDOÑO LOPEZ
Médico especialista en seguridad y salud en el trabajo
Rg No. 52402320
Licencia No. 20220603133880 (23/09/2022)



Jeison R.

Atendido por: LONDOÑO LOPEZ DORIS YANET
Registro Médico: 52402320
Licencia S.O.:

Paciente: ROJAS RICO JEISON JAVIER
Identificación: 1193311210

INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE PELIGROS AL PERSONAL

CRDO-FR-SST-01
Versión: 01
PAG. 1 de 2
20241104

GENERALIDADES DEL PROYECTO

CARACTERISTICAS		ORGANIZACIÓN	
Obra o Centro de trabajo:	Parque centro	Nobre del trabajador:	Jelson ROJAS Rico
Ubicación:	Bolivia	Cargo:	Ayudante
Teléfono:	3186200599	Responsable SST:	ANGELICA MARIA CUERVO GIL

REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO

HORARIOS

Entrada:	7:00 AM
Almuerzo:	1 HORA
Salida:	L- V 4:30/ SÁBADOS 10:30 AM



DEBERES Y PROHIBICIONES EN SITIO DE TRABAJO

* Prohibido consumir licor y trabajar en estado de embriaguez
* Prohibido consumir sustancias psicoactivas y trabajar bajo su efecto
* Reportar de manera inmediata todo tipo de amenazas o sobornos por personas fuera de la ley manteniendo la lealtad y la buena fe con las actividades ejecutadas en el proyecto.
* Prohibidas las peleas, riñas o maltratos
* Notificar los accidentes de trabajo e incidentes
* Reportar condiciones de salud existente que afecten el normal funcionamiento
* Cumplir el horario laboral, reglamentos, políticas y procedimientos de la empresa
* Reportar la Condiciones inseguras y Actos inseguros
* Se debe tener restricion en el uso del celular, con uso limitado.
* Se prohibe divulgar cualquier tipo de información referente al proyecto.

NORMAS AMBIENTALES

* Utilizar de manera adecuada los baños
* Se evita la extinción de la Fauna y se conserva la riqueza de la Flora
* Reduciendo la generación de ruido y material particulado, se evitan molestias a la comunidad de las áreas cercanas al proyecto
* Al cuidar el Medio Ambiente, estamos preservando el Planeta para nuestros hijos
* No arrojar sustancias químicas en la red de alcantarillado
* Humedecer las áreas para evitar emisión de material particulado
* Informar cuando se presenten fugas o derrames de aceites
* No afectar ni perjudicar los árboles ni la vegetación
* Cerrar las llaves de paso de agua, si no se utilizan
* Consumir los recursos necesarios, evitando desperdicios

IMPORTANCIA DE TRABAJAR CON SEGURIDAD

* El trabajar con seguridad, es un beneficio mutuo
* El Trabajo es Bienestar y la Salud es Vida
* Su familia siempre lo espera en casa
* El autocuidarse, previene y evita los accidentes



NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN OBRA

* Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
* Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa.
* Conocer, comprender y poner en práctica las Políticas Seguridad y Salud en el trabajo
* No se debe utilizar ningún tipo de joyas (anillos, pulseras, aretes, etc)
* El uso de los EPP (Elementos de Protección Personal) es obligatorio de acuerdo a la actividad que realice y en buen estado
* Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo. Utilizar los mecanismos de consulta y participación del SG-SST
* Mantener las áreas de trabajo en buenas condiciones de orden y aseo



* Obligatorio el uso del arnés y línea de vida, cuando se desarrollen trabajos de Altura.
* Cuando está lloviendo, no se permite trabajar en alturas deberán prestarse los soportes para su respectivo seguimiento.
* Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del
* Las áreas de trabajo deben estar en orden y aseo.

SEGURIDAD VIAL

SEÑAL PREVENTIVA: Se utilizará para indicar la proximidad de alguna condicion que puede generar un riesgo en peatones o vehiculos.



SEÑAL INFORMATIVA: Son aquellas que nos proporcionan información en las vias.



SEÑAL REGLAMENTARIA: Es utilizada para indicar prohibicion ya que no se cumplen las condiciones de seguridad para efectuar algun tipo de maniobra



SEÑALIZACIÓN DE SEGURIDAD INDUSTRIAL: **OBLIGACION:**

INFORMACIÓN: **PROHIBICION:**







OBJETIVOS DEL SG - SST

* Cumplir las políticas y el Plan de trabajo de la empresa
* Tener en los objetivos trazados unas metas e indicadores
* Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
* Informar oportunamente al colaborador acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
* Prevenir los accidentes y enfermedades de trabajo, mantenimiento un ambiente seguro, orientado al cuidado de la integridad física
* Establecer todo lo referente al Plan de Emergencia contemplado en el Proyecto

POLÍTICAS SST

* Garantizar un ambiente sano de trabajo y disponer de los recursos que se necesiten para lograrlo
* Mejoramiento continuo de los procesos en SG-SST
* Cumplir con los requisitos legales aplicables a la Organización en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo
* Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de desarrollo del SG-SST.
* Identificar, evaluar y valorar los peligros asociados a cada actividad y divulgarlo ante los colaboradores
* Promover el hábito del autocuidado y vida saludable en los colaboradores

217

NOTIFICACION DE PELIGROS (SIGLAS: A:Aplica N/A: No Aplica)							
CLASIFICACION	DESCRIPCION	A	N/A	CLASIFICACION	DESCRIPCION	A	N/A
Fisicos	Ruido	X		Condiciones de seguridad	Mecanico (elementos o partes de maquinas, herramientas, equipos,etc)	X	
	Temperatura	X			Locativo (sistemas y medios de almacenamiento)	X	
	Iluminación (Exceso o Deficiencia	X			Electrico (alta y baja tension, estaticos	X	
	Vibraciones	X			Trabajo en alturas		X
	Presion Atmosferica (Normal y Ajustada)		X		accidentes de transito	X	
	Radiaciones Ionizantes (Rayos Beta, Gama, X y Alfa)		X		Publicos(robo,asaltos, atracos, asonatos)	X	
	Radiaciones NO Ionizantes (Laser, Ultravioleta, Infrarroja, Radio frecuencias y Microondas)	X			Tecnologicos (explosion, fuga, derrame, incendio)	X	
Quimico	Material particulado	X			Espacios confinados		X
	Aceites Organicos e inorganicos	X			Excavaciones	X	
	Polvos	X		Fenomenos naturales	Sismo	X	
	Liquidos (Nieblas y Rocio)	X			Tormenta	X	
	Gases y vapores	X			Vendaval	X	
	humos metalicos, no metalicos	X			Inundacion	X	
Biologico	Bacterias	X			Derrumbe	X	
	Virus, Hongos	X			Precipitaciones (lluvias, granizadas)	X	
	Ricketsias	X		Psicosocial	Gestion organizacional	X	
	parasitos	X			Caracteristicas de la organizacion del trabajo	X	
	picaduras y mordeduras	X			Condiciones de la tarea	X	
	Covid 19	X			Interfase persona - tarea	X	
	fluidos o excrementos	X			Jornada de trabajo	X	
Biomecanicos	Postura (prolongada, mantenida, forzada)	X		OBSERVACIONES:			
	Esfuerzo	X					
	Levantamiento de cargas	X		APLICA: Personal Propio, suministro de mano de obra y visitante (para este ultimo solo se debe solicitar los peligros a los que estara expuesto al ingresar)			
	Movimientos repetitivo	X					

MANIFIESTO que he recibido y entendido la relacionada con los PELIGROS a los que me encuentro expuesto, las NORMAS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL y las NORMAS AMBIENTALES en la realización de mi trabajo, o en la visita que efectuo y ME COMPROMETO a cumplirlas, al igual que las RESPONSABILIDADES a mi asignadas.

Nota 1: Mediante el diligenciamiento y registro de los datos relacionados en el presente formato, el tercero (persona natural) autoriza a BELCION SAS , consecuencia y/o unidades temporales en las cuales venga participando la empresa, para la recolección, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de adelantar el trámite precontractual según se contempla. La anterior en cumplimiento a lo establecido en la Ley 1581 de 2012 "Ley de protección de datos", reglamentado parcialmente por el decreto 1377 de 2013. De acuerdo a nuestra política de tratamiento Datos disponible en la página web: www.mejanillejas.com

NOMBRE: Jason ROJAS	CEDULA: 1103331116	CARGO: AUXILIAR C	RH: O+
DIRECCION:	TEL / CEL: 3146300539	LOCALIDAD: BOSA	EDAD: 22
FECHA NACIMIENTO: 13/10/2002	SUMINISTRO DE MANO DE OBRA: NO APLICA		
ARL: SURA	EPS: Nueva EPS	AFP: PORVENIR	

EXAMENES MEDICOS: 13-01-25	RESTRICCIONES MEDICAS: NO CUAL?
NOMBRE Y TEL. DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA: EVA MARIA 3214191512	ALERGIAS: NO CUAL?
FIRMA EMPLEADO: Jason R.	FECHA: 2 Abril /2025

	EVALUACIÓN A INDUCCIÓN DEL PERSONAL		CBZC-FR-SST-09 Versión: 01 PAG. 1 de 2
Obra o Centro de trabajo:	Parque centry	Fecha: 3/1/25	
Nombre	Jeison ROJAS	Cargo: Ayudante	
Cedula:	1193311210	Firma: Jason R.	

1. De un ejemplo de accidente de trabajo:	2. Diga un Objetivo en Seguridad y Salud en el Trabajo:
montar andamios sin arnes ✓	arnes ✓

3. Escriba en los espacios cual es el ACTO INSEGURO y cual es la CONDICION INSEGURA

Acto inseguro	condicion insegura	condicion ✓
 ✓	 ✓	 ✓

4. Mensione los elementos de Proteccion individual utiliza en su labor: Botas, cascos, guantes, gafas ✓

5. Mensione una de las Politicas del sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo: + ✓

6. Nombre dos normas ambientales aplicables a obra: no botar basura, no fumar ✓

7. Responda falso (F) o verdadero (V)

* Uno de los objetivos del Sistema de Gestion de Seguridad y Salud en el Trabajo es prevenir enfermedades laborales y accidentes de Trabajo	V ✓
*Se deben realizar revision y/o mantenimiento de los Elementos de Proteccion individual antes de empezar labores?	V ✓
*La brigada brinda lineamientos para prevencion y atencion de emergencias.	V ✓
*Dentro del factor de Riesgo Fisico esta agentes de ruido, temperatura, vibracion e iluminacion	V ✓
*Es apropiado realizar realizar actividades bajo el efecto de sustancias Psicoactivas o Alcohol?	F ✓
*Es seguro realizar actividades con herramientas en mal estado?.	F ✓

8. Coloque la flecha de acuerdo al tipo de señal que identifique.

1	Señal Preventiva	 ✓	4	Señal regalamentaria	 ✓
2	Señal de Obligatoriedad	 ✓	5	Señal de Prohibición	 ✓
3	Señal Informativa	 ✓	6	Señal Informativa	 ✓

Criterio de evaluación: Al momento de calificar por favor tenga en cuentalos siguientes valores. Por cada respuesta correcta se recibe un valor de 0,6, califique en los siguientes rangos:

De 1 a 4: Valor calificación 3,0 5 a 7: Valor de la calificación 4,5. preguntas correctas(8): Valor de la calificación 5	CALIFICACIÓN: 4,8 FIRMA RESPONSABLE SST:

CONSORCIO

Bogotá D.C 17 - de Abril del 2025

Señor(a)
Nombre: Jeison Rojas
Cargo: Ayudante
Ciudad : Bogotá

NOTIFICACIÓN EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE RETIRO

Respetado Señor (a):

Dando cumplimiento a lo expresado en la Resolución 2346 de 2007 Artículo 6° Evaluaciones Médicas Ocupacionales de Egreso, solicitamos por favor sírvase asistir a la IPS un examen médico ocupacional de retiro.

Este examen es totalmente gratuito, tiene un plazo máximo de cinco (5) días hábiles para la realización de este examen después del retiro.

Cordialmente,

WILLY PATRICK BELZNER SALAZAR
Representante legal
BELZCON SAS

Yo Jeison Rojas como colaborador del CONSORCIO BELZCON 1, acepto y me responsabilizo a realizarme dicho examen de retiro en un término no mayor a cinco (5) días hábiles, si en ese tiempo no me he realizado dicho diagnóstico; exonero a la empresa con NIT 9 0 1 8 8 6 6 6 3- 3 de toda responsabilidad en cuanto a enfermedad laboral derivada de mi trabajo o lesiones sufridas por accidentes o incidentes laborales que tengan efectos posteriores en mi estado de salud. En la ejecución del contrato IDRD-SG-4060-2024 suscrito entre el Consorcio Belzcon 1 e IDRD.

FIRMA: Jeison R.
Nombre: Jeison Rojas
Cédula: 1193511770

CONSORCIO

Bogotá 01 de 03 del 2025

Señor(a): Jeison Rojas
CC.: 1193511710

Asunto: NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES MÉDICAS
La Ciudad

Por medio de la presente la empresa **CONSORCIO BELZCON I1** se permite notificar las recomendaciones médicas ocupacionales emitidas como resultado de su examen médico de **INGRESO**, realizado el día 13-01-25, en su **IPS** Medisalud IPS SAS, como cargo Ayudante se le solicita enviar las evidencias necesarias para el seguimiento a dichas recomendaciones.

Agradecemos su colaboración y el estricto cumplimiento de lo anterior solicitado y de la implementación del auto cuidado previendo lo mejor para su bienestar.

APTO PARA ALTURAS SI (X) NO ( ) NO APLICA ( )

RESTRICCIONES: NO

RECOMENDACIONES:

1. Realizar Pausas Activas.
2. Habitos de vida Saludable.
3. Higiena Postural
4. Uso de Epp.
5. Asesoria Visual

FIRMA RESPONSABLE SGSST

Jeison Rojas R.
TRABAJADOR

221



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.077.975.089

LUQUE CASTRO

APELLIDOS

DUVAN FELIPE

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 29-MAY-1997

VILLETA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.76 O+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

02-JUN-2015 VILLETA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-1532800-00731560-M-1077975089-20150808 0045724452A 2 42105163

ARL | sura

Medellín, 25 de Febrero de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSTRUCCIONES DFL SAS, en el centro de trabajo 0000000070 - CONSTRUCCION, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1077975089	LUQUE CASTRO DUVAN FELIPE	23/01/2025		15510132	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C802838072505646560

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 25/02/2025 12:56:00 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.53.12.76, 198.143.41.28, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SaludTotal

Bogotá, Febrero 25 de 2025

Señor:
LUQUE CASTRO DUVAN FELIPE
CC. 1077975089
CL 56 F SUR 95 9. - 0
Ciudad

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

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Junio 26 de 2019. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
LUQUE CORREDOR DULCE MARIA	1023410527	R	Ago-24-2020	52	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
CORREDOR MORENO ANA MARIA	1023944246	C	Jun-12-2020	52	26	SEGUNDO COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
LUQUE CASTRO DUVAN FELIPE	1077975089	C	Jun-26-2019	52	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
MARTINEZ CORREDOR ANA SOFIA	1146139279	T	Dic-29-2020	52	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

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

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CONSTRUCCIONES DFL SAS	1077975089	Dependiente	CERRADO
CONSTRUCCIONES DFL SAS	1077975089	Dependiente	CERRADO
CONSTRUCCIONES DFL SAS	1077975089	Dependiente	VIGENTE
SUMINISTRAMOS RECURSOS HUMANOS TEMPORALES SUMITEMP	1077975089	Dependiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,

JAVIER CARREÑO
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

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

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

DUVAN FELIPE LUQUE CASTRO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.077.975.089,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 25 de Febrero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

compensar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 27 de Febrero de 2.025

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1077975089
Nombre	: DUVAN FELIPE LUQUE CASTRO
Empresa/Contratante	: CONSTRUCCIONES DFL SAS
Identificación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 900814968
Fecha de Afiliación a CCF	: 2025/01/22
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2025/01/22
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a A QUIEN INTERESA y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario.

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

ubsidio

226

PROTEGER I.P.S.

LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.

PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.
Nit. 900434629-1
Carrera 60 # 17 - 35/37 Zona Industrial Puente Aranda
Tel. 310 855 15 78 / 315 426 05 53
gerente@protegerips.com

CÓD	F-EO-01-FI
VERSIÓN	01
FECHA	15-JUL-2013
Pág 1 de 1	

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DEL CERTIFICADO

Tipo Examen: INGRESO N° Orden: 163862 Fecha Examen: 2025-01-08 Hora: 07:52:37

FOTOGRAFIA



DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: CONSTRUCCIONES DFL SAS NIT: 900814668 SECTOR: 0
ENT. MISIÓN: CONSTRUCCIONES DFL SAS NIT: 900814668 CIUDAD: BOGOTA, D.C.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: DUVAN FELIPE APELLIDOS: LUQUE CASTRO
IDENTIFICACIÓN: 1077975089 FECHA DE NACIMIENTO: 29 de Mayo de 1997 EDAD: 27
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) NIVEL EDUCATIVO: TECNICO CARGO: AYUDANTE DE OBRA
ARL: SURA EPS: SALUD TOTAL S.A. AFP: Porvenir

EXAMENES REALIZADOS

Examen Medico Ocupacional, Audiometria, Glicemia En Ayunas, Perfil Lipidico, Anexo Alturas, Anexo Osteomuscular, Cuadro Hematico (hemograma), Visiometria, Espirometria

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN

RESULTADO: Con Recomendaciones

¿El paciente cuenta con patologias preexistentes suceptibles al COVID-19?: No

DEFINICIÓN DE CASOS PARA EL SVE OSTEOMUSCULAR

Caso Descartado

AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA

Apto para trabajar en alturas: SI
NOTA: Para Trabajar en alturas es necesario previa verificación de certificación en alturas RESOLUCION 4272 DE 2021

OTRAS INDICACIONES MEDICAS

Programa de Protección Auditiva

1) Audiometría Confirmatoria 2) Control Auditivo en 1 año 3) Control de exposición a ruido en la fuente 4) Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido 5) Reposo auditivo extralaboral 6) Uso de Protección Auditiva

Programa de Protección Respiratoria

1) Espirometría Anual 2) Realizar Actividad Física 3) Uso de elementos de protección respiratoria adecuados para la exposición.

Recomendaciones de Protección Visual

1) Adecuada iluminación del puesto de trabajo 2) Control Optometria en 1 año 3) Educación en higiene visual 4) Pausa activa visual 5) Uso de protección visual según tipo de exposición

OTRAS INDICACIONES MEDICAS NO PERTENECIENTES AL CARGO

"- audiometria clinica - control anual - proteccion auditiva si se encuentra a 85 - 100dB - no exposicion a ruido fuera del trabajo"
" REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO AL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD DE LA EMPRESA. MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLE . ADECUADA HIGIENE POSTURAL Y PAUTAS DE AUTOCUIDADO. USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN GRADO DE EXPOSICION . REALIZAR INDUCCIÓN ESPECÍFICA PARA EL CARGO. "
" DIETA BAJA EN GRASA Y AZUCARES , PERDER PESO DE LA MANO DE NUTRICIONISTA DE EPS , REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE 45 ? 60 MINUTOS AL MENOS 4 ? 5 VECES/ SEMANA. BUENA HIDRATACIÓN "

ANGIE LIZETH PEÑATA PARDO
MEDICO ESPECIALISTA EN SST
Rg No. 1032444695
Licencia No. 25-0113 de 2022

Atendido por: PEÑATA PARDO ANGIE LIZETH
Registro Médico: 1032444695
Licencia S.O.: 25-0113 DE 2022

Paciente: LUQUE CASTRO DUVAN FELIPE
Identificación: 1077975089

INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE PELIGROS AL PERSONAL

GENERALIDADES DEL PROYECTO

CARACTERÍSTICAS		ORGANIZACIÓN	
Obra o Centro de trabajo:	Parque country	Nobre del trabajador:	Lilian Felix Lyne Astro
Ubicación:	Parque country	Cargo:	Aseo
Teléfono:	3145127469	Responsable SST:	ANGELICA MARIA CUERVO GIL

REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO

HORARIOS

Entrada:	7:00 AM
Almuerzo:	1 HORA
Salida:	L-V 4:00 SÁBADOS 10:30 AM

DEBERES Y PROHIBICIONES EN SITIO DE TRABAJO

* Prohibido consumir licor y trabajar en estado de embriaguez
* Prohibido consumir sustancias psicoactivas y trabajar bajo su efecto
* Reportar de manera inmediata toda tipo de amenazas o sobornos por personas fuera de la ley manteniendo la lealtad y la buena fe con las actividades ejecutadas en el proyecto.
* Prohibidas las peleas, riñas o maltratos
* Notificar los accidentes de trabajo e incidentes
* Reportar condiciones de salud existente que afecten el normal funcionamiento
* Cumplir el horario laboral, reglamentos, políticas y procedimientos de la empresa
* Reportar la Condiciones inseguras y Actos inseguros
* Se debe tener restricción en el uso del celular, con uso limitado.
* Se prohibe divulgar cualquier tipo de información referente al proyecto.

NORMAS AMBIENTALES

* Utilizar de manera adecuada los baños
* Se evita la extinción de la Fauna y se conserva la riqueza de la Flora
* Reduciendo la generación de ruido y material particulado, se evitan molestias a la comunidad de las áreas cercanas al proyecto
* Al cuidar el Medio Ambiente, estamos preservando el Planeta para nuestros hijos
* No arrojar sustancias químicas en la red de alcantarillado
* Humedecer las áreas para evitar emisión de material particulado
* Informar cuando se presenten fugas o derrames de aceites
* No afectar ni perjudicar los árboles ni la vegetación
* Cerrar las llaves de paso de agua, si no se utilizan
* Consumir los recursos necesarios, evitando desperdicios

IMPORTANCIA DE TRABAJAR CON SEGURIDAD

* El trabajar con seguridad, es un beneficio mutuo
* El Trabajo es Bienestar y la Salud es Vida
* Su familia siempre lo espera en casa
* El autocuidarse, previene y evita los accidentes

NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN OBRA

* Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
* Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa.
* Conocer, comprender y poner en práctica las Políticas Seguridad y Salud en el trabajo
* No se debe utilizar ningún tipo de joyas (anillos, pulseras, aretes, etc)
* El uso de los EPP (Elementos de Protección Personal) es obligatorio de acuerdo a la actividad que realice y en buen estado
* Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo. Utilizar los mecanismos de consulta y participación del SG-SST
* Mantener las áreas de trabajo en buenas condiciones de orden y aseo
* Obligatorio el uso del arnés y línea de vida, cuando se desarrollen trabajos de Altura.
* Cuando esté lloviendo, no se permite trabajar en alturas deberán presentar los soportes para su respectivo seguimiento.
* Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definida en el plan de capacitación del
* Las áreas de trabajo deben estar en orden y aseo.

SEGURIDAD VIAL

SEÑAL PREVENTIVA: Se utilizará para indicar la proximidad de alguna condicion que pueda generar un riesgo en personas o vehiculos.

SEÑAL INFORMATIVA: Son aquellas que nos proporcionan información en las vías.

SEÑAL REGLAMENTARIA: Es utilizada para indicar prohibición ya que no se cumplen las condiciones de seguridad para efectuar algun tipo de maniobra

SEÑALIZACIÓN DE SEGURIDAD INDUSTRIAL:

INFORMACIÓN: PROHIBICIÓN: OBLIGACIÓN:



OBJETIVOS DEL SG - SST

* Cumplir las políticas y el Plan de trabajo de la empresa
* Tener en los objetivos trazados unas metas e indicadores
* Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
* Informar oportunamente al colaborador acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
* Prevenir los accidentes y enfermedades de trabajo, manteniendo un ambiente seguro, orientado al cuidado de la integridad física.
* Establecer todo lo referente al Plan de Emergencia contemplado en el Proyecto.

POLÍTICAS SST

* Garantizar un ambiente sano de trabajo y disponer de los recursos que se necesiten para lograrlo
* Mejoramiento continuo de los procesos en SG-SST
* Cumplir con los requisitos legales aplicables a la Organización en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo
* Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de desarrollo del SG-SST.
* Identificar, evaluar y valorar los peligros asociados a cada actividad y divulgarlo ante los colaboradores
* Promover el hábito del autocuidado y vida saludable en los colaboradores

OFL

NOTIFICACION DE PELIGROS (SIGLAS: A:Aplica N/A: No Aplica)

CLASIFICACION	DESCRIPCION	A	N/A
Físicos	Ruido	✓	
	Temperatura	✓	
	Iluminación (Exceso o Deficiencia	✓	
	Vibraciones	✓	
	Presion Atmosferica (Normal o Ajustada)	✓	
	Radiaciones Ionizantes (Rayos Beta, Gama, X y Alfa)		X
	Radiaciones NO Ionizantes (Laser, Ultravioleta, Infrarroja, Radio frecuencias y Microondas)		X
Químicos	Material particulado	✓	
	Vapores Organicos e Inorganicos	✓	
	Humos	✓	
	Liquidos (Nieblas y Rocio)	✓	
	Gases y vapores	✓	
	Humos metalicos, no metálicos	✓	
Biológicos	Bacterias	✓	
	Virus, Hongos	✓	
	Rickettsias	✓	
	parasitos	✓	
	picaduras y mordeduras	✓	
	Covid 19	✓	
	fluidos o excrementos	✓	
Biomecánicos	Posturas (prolongada, mantenida, forzada)	✓	
	Esfuerzo	✓	
	Levantamiento de cargas	✓	
	Movimiento repetitivo	✓	

CLASIFICACION	DESCRIPCION	A	N/A
Condiciones de seguridad	Mecanico (elementos o partes de maquinas, herramientas, equipos, etc)	✓	
	Locativo (orden y aseo y medios de almacenamiento)	✓	
	Electrico (alta y baja tension, estatica)	✓	
	Trabajo en alturas	✓	
	Accidentes de tránsito	✓	
	Publicos(robos,asaltos, atracos, secuestros)	✓	
	Tecnologicos (explosion, fuga, derrame, incendio)	✓	
	Biologicos contagiosos		X
	Excavaciones	✓	
Fenomenos naturales	Sismo	✓	
	Tormenta	✓	
	Vendaval	✓	
	Inundacion	✓	
	Derrumbe	✓	
	Precipitaciones (lluvias, granizadas)	✓	
Psicosocial	Gestion organizacional	✓	
	Caracteristicas de organizacion del trabajo	✓	
	Condiciones de la tarea	✓	
	Interfase persona - tarea	✓	
	Jornada de trabajo	✓	

OBSERVACIONES

APLICA: Personal Propio, suministro de mano de obra y visitante (para este último solo se debe solicitar los peligros a los que estará expuesto al ingresar)

MANIFIESTO que he recibido y entendido la relacionado con los PELIGROS a los que me encuentro expuesto, las NORMAS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL y las NORMAS AMBIENTALES en la realizacion de mi trabajo, a en la visita que efectuo y ME COMPROMETO a cumplirlas, al igual que las RESPONSABILIDADES a mi asignadas.

Nota 1: Mediante el diligenciamiento y registro de los datos relacionados en el presente formato, el tercero (persona natural) autoriza a SELECON SAS , consorcios y/o uniones temporales en los cuales tenga participacion la empresa, para la recoleccion, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de adelantar el tramite socializado segun su contenido. Lo anterior en cumplimiento a lo establecido en la Ley 1581 de 2012 "Ley de proteccion de datos", reglamentado parcialmente por el decreto 1377 de 2013. De acuerdo a nuestra politica de tratamiento Datos disponible en la pagina web: www.selconllegas.com

NOMBRE: Felipe Uribe	CÉDULA: 1077[illegible]80	CARGO: Oficial	RH: O+
DIRECCIÓN: Cerrero 18 # 55a-242	TEL / CEL: 3145327969	LOCALIDAD: Bosa	EDAD: 27
FECHA NACIMIENTO: 29/05/1997	SUMINISTRO DE MANO DE OBRA: NO APLICA		
ARL: SURA	EPS: Salud total	AFP: Proteccion	
EXAMENES MÉDICOS: 8 enero 2025	RESTRICCIONES MÉDICAS: X NO	CUÁL?	
NOMBRE Y TEL. DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA: anci 3135604929	ALERGIAS: X	CUÁL?	
FIRMA EMPLEADO:	FECHA: 09/06/2025		

	EVALUACIÓN A INDUCCIÓN DEL PERSONAL	CBZC-FR-SST-09 Versión: 01 PAG. 1 de 2

Obra o Centro de trabajo:	Parque country	Fecha: 7/04/2025	
Nombre	Felipe Lopez	Cargo: Oficial	
Cedula:	1077975089	Firma:	

1. De un ejemplo de accidente de trabajo:	2. Diga un Objetivo en Seguridad y Salud en el Trabajo:
caidas a mismo nivel	Prevenir accidentes laborales

3. Escriba en los espacios cual es el ACTO INSEGURO y cual es la CONDICION INSEGURA

conducta	condicion	acto
		

4. Mensione los elementos de Proteccion individual utiliza en su labor:
Casco, botas, overol, guantes, gafas.

5. Mensione una de las Politicas del sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo:
drogas y alcohol

6. Nombre dos normas ambientales aplicables a obra:
No botar basura, no fumar

7. Responda falso (F) o verdadero (V)

* Uno de los objetivos del Sistema de Gestion de Seguridad y Salud en el Trabajo es prevenir enfermedades laborales y accidentes de Trabajo	V
*Se deben realizar revision y/o mantenimiento de los Elementos de Proteccion individual antes de empezar labores?	V
*La brigada brinda lineamientos para prevencion y atencion de emergencias.	V
*Dentro del factor de Riesgo Fisico esta agentes de ruido, temperatura, vibracion e iluminacion	V
*Es apropiado realizar realizar actividades bajo el efecto de sustancias Psicoactivas o Alcohol?	F
*Es seguro realizar actividades con herramientas en mal estado?.	F

8. Coloque la flecha de acuerdo al tipo de señal que identifique

1	Señal Preventiva		4	Señal regalamentaria	NO FUME
2	Señal de Obligatoriedad		5	Señal de Prohibición	
3	Señal Informativa		6	Señal Informativa	

Criterio de evaluación: Al momento de calificar por favor tenga en cuentalos siguientes valores. Por cada respuesta correcta se recibe un valor de 0,6, califique en los siguientes rangos:

De 1 a 4: Valor calificación 3,0 5 a 7: Valor de la calificación 4,5. preguntas correctas(8): Valor de la calificación 5	De Total de CALIFICACIÓN: 5,0 FIRMA RESPONSABLE SST:

CONSORCIO

Bogotá D.C 01 - de Abril del 2025

Señor(a)
Nombre: Duvan Felipe Lopez castro
Cargo: Oficial
Ciudad Bogotá

NOTIFICACIÓN EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE RETIRO

Respetado Señor (a):

Dando cumplimiento a lo expresado en la Resolución 2346 de 2007 Articulo 6° Evaluaciones Médicas Ocupacionales de Egreso, solicitamos por favor sírvase asistir a la IPS un examen médico ocupacional de retiro.

Este examen es totalmente gratuito, tiene un plazo máximo de cinco (5) días hábiles para la realización de este examen después del retiro.

Cordialmente,

WILLY PATRICK BELZNER SALAZAR
Representante legal
BELZCON SAS

Yo Duvan Felipe Lopez Castro como colaborador del CONSORCIO BELZCON 1, acepto y me responsabilizo a realizarme dicho examen de retiro en un término no mayor a cinco (5) días hábiles, si en ese tiempo no me he realizado dicho diagnóstico; exonero a la empresa con NIT 9 0 1 8 8 6 6 6 3- 3 de toda responsabilidad en cuanto a enfermedad laboral derivada de mi trabajo o lesiones sufridas por accidentes o incidentes laborales que tengan efectos posteriores en mi estado de salud. En la ejecución del contrato IDRD-SG-4060-2024 suscrito entre el Consorcio Belzcon 1 e IDRD.

FIRMA:
Nombre: Felipe Lopez
Cédula: 1077975089

CONSORCIO

Bogotá 1 de 4 del 2025

Señor(a): Dun Felipe Leyes Castro
CC.: 1077475084

Asunto: NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES MÉDICAS
La Ciudad

Por medio de la presente la empresa **CONSORCIO BELZCON I1** se permite notificar las recomendaciones médicas ocupacionales emitidas como resultado de su examen médico de **INGRESO**, realizado el día 8, en su **IPS** Pictagua IPS SAS como cargo Aseo. se le solicita enviar las evidencias necesarias para el seguimiento a dichas recomendaciones.

Agradecemos su colaboración y el estricto cumplimiento de lo anterior solicitado y de la implementación del auto cuidado previendo lo mejor para su bienestar.

APTO PARA ALTURAS SI ( ) NO ( ) NO APLICA ( )

RESTRICCIONES:

RECOMENDACIONES:

1. Realizar Pausas Activas, habitos de Vida Saludable.
2. Higiene Postural.
3. Dieta baja en grasa. Control EPS Nutricionista.
4. Actividad Física
5. Hidratación

FIRMA RESPONSABLE SGSST

TRABAJADOR

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **79.572.922**

GONZALEZ MOLINA

APELLIDOS

JOSE MANUEL

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **04-MAY-1967**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

18-AGO-1989 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00816483-M-0079572922-20060624 0000592648A 1 1520021119

ARL | sura

Medellín, 17 de Enero de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de DIVERPARK FYF SAS, en el centro de trabajo 0000000002 - INSTALACION, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C79572922	GONZALEZ MOLINA JOSE MANUEL	09/11/2023		17463177	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C520958132403032257

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 30/12/2024 08:57:37 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.89.236.51, 192.230.104.12, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MINDEFENSA GOBIERNO DE COLOMBIA CREMIL

CERTIFICADO

Bogotá. D.C.
No. 380

Radicado de entrada 20339202
Radicado de salida 1193366

CERTIFICACION INSTITUCIONALIDAD TITULAR

LA CAJA DE RETIRO DE LAS FUERZAS MILITARES

CERTIFICA :

Que revisado el expediente administrativo del señor **Soldado Profesional (RA) del Ejército JOSE MANUEL GONZALEZ MOLINA** , identificado con cédula de ciudadanía No. 79.572.922, se pudo establecer, que mediante Resolución No. 3046 del 16 de mayo de 2012, se le reconoció Asignación de Retiro en forma vitalicia a partir del 28 de mayo de 2012.

La presente se expide a solicitud del interesado, el 04 de diciembre de 2018

Cordialmente,

Profesional de Defensa MARIA DEL PILAR GORDILLO VIVAS
Coordinadora Grupo Centro Integral de Servicio al Usuario

Elaboró: Certiweb Cremil

en SALUD
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
MEDICINA ESPECIALIZADA Y ULTRASONIDO

Cra 21 # 23-26 Sur
Bogotá, Colombia
300 523 1062 - 324 339 2138
NI 901467404

Impreso con MedSystem

Certificado de aptitud laboral

901467404-5 - Pacientes Particulares - EN SALUD

Paciente **JOSE MANUEL GONZALEZ MOLINA** Examen **Ingreso laboral**
CC 79572922 Fecha Sáb., 15 de feb. 2025 09:46h
Edad 57 años y 9 meses
Ocupación AYUDANTE INSTALACION



Servicios realizados

- Audiometría
- Espirometría
- Medicina Ocupacional
- Visiometría

Concepto

Tipo de concepto

Sin restricción para el cargo

Énfasis

Osteomuscular

Generación: lun., 17 de feb. 2025

Observaciones y/o recomendaciones

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO
ASINTOMATICO OSTEOMUSCULAR

RECOMENDACIONES:
PAUSAS ACTIVAS. HABITOS SALUDABLES.
HIGIENE POSTURAL. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL.
REALIZAR ACTIVIDAD FISICA. CONTROL OCUPACIONAL ANUAL.
CONTROL AUDITIVO EN 1 AÑO.
UTILIZAR E.P.A EN CASO DE EXPOSICIÓN A RUIDO SUPERIOR A 85 dB.
EVITAR USO DE AUDÍFONOS PARA MÙSICA.
REQUIERE USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE Y PARA EL TRABAJO.
VALORACIÒN AMBULATORIA POR OPTOMETRÌA.

He comprendido el objetivo, propósito, beneficios y riesgo del examen médico, paraclínico y/o ocupacionales que se me practicaron. Certifico que las respuestas suministradas por mí en estos exámenes y que se plasmaron en este documento son veraces y completas. Entiendo que este es un proceso voluntario y libre de toda cohesión, AUTORIZO para que den a conocer sea por medio electrónico o físico esta información a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente para el adecuado cumplimiento del SGSST. Hago constar con mi firma que he leido y comprendido lo anteriormente expuesto y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

HENRY ENRIQUE OROZCO SOLANO
CC: 72264756
Medico Salud Ocupacional
R.M. 0896-9 - L.S.O. 13456

JOSE MANUEL GONZALEZ MOLINA
CC: 79572922
Paciente
** Firma autorizada desde el consentimiento informado

INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE PELIGROS AL PERSONAL

FECHA: 2021/01/24

GENERALIDADES DEL PROYECTO

CARACTERISTICAS		ORGANIZACIÓN	
Obra o Centro de trabajo:	Parque Nacional	Nombre del trabajador:	Jose Gonzalez
Ubicación:	" " " "	Cargo:	instalador
Teléfono:	314 343 29 11	Responsable SST:	WILLIAM EDUARDO SEGURA

REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO

HORARIOS

Entrada:	7:00 AM
Almuerzo:	1 HORA
Salida:	L- V 4:30/ SÁBADOS 10:30 AM

DEBERES Y PROHIBICIONES EN SITIO DE TRABAJO

* Prohibido consumir licor y trabajar en estado de embriaguez.
* Prohibido consumir sustancias psicoactivas y trabajar bajo su efecto.
* Reportar de manera inmediata todo tipo de amenazas o sobornos por personas fuera de la ley manteniendo la lealtad y la buena fe con las actividades ejecutadas en el proyecto.
* Prohibidos los peleas, riñas o empujones.
* Notificar los accidentes de trabajo e incidentes.
* Reportar condiciones de salud existente que afecten el normal funcionamiento.
* ...mplir el horario laboral, reglamentos, políticas y procedimientos de la empresa.
* Reportar la Condiciones inseguras y Actos inseguros.
* Se debe tener restricción en el uso del celular, con sus límites.
* Se prohíbe divulgar cualquier tipo de información relevante al proyecto.

NORMAS AMBIENTALES

* Utilizar de manera adecuada los baños.
* Se evita la extinción de la Fauna y se conserva la riqueza de la Flora.
* Reduciendo la penetración de ruido y material particulado, se evitan molestias a la comunidad de las áreas cercanas al proyecto.
* Al cuidar el Medio Ambiente, estamos preservando el Planeta para nuestros hijos.
* No arrojar sustancias químicas en la red de alcantarillado.
* Humectar las áreas para evitar emisión de material particulado.
* Informar cuando se presenten fugas o derrames de aceites.
* No afectar ni perjudicar los árboles ni la vegetación.
* Cerrar las llaves de paso de agua, si no se utilizan.
* Consumir los recursos necesarios, evitando desperdicios.

IMPORTANCIA DE TRABAJAR CON SEGURIDAD

* El trabajar con seguridad, es un beneficio mutuo.
* El Trabajo es Bienestar y la Salud es Vida.
* ¡Tu familia siempre te espera en casa.
* El autocuidarse, previene y evita los accidentes.

OBJETIVOS DEL SG - SST

*Cumplir las políticas y el Plan de trabajo de la empresa	*Garantizar un ambiente sano de trabajo y disponer de los recursos que se necesiten para lograrlo
*Tener en los objetivos trazados unas metas e indicadores	*Mejoramiento continuo de los procesos en SG-SST
*Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa	*Cumplir con los requisitos legales aplicables a la Organización en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo
*Informar oportunamente al colaborador acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo	*Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de desarrollo del SG-SST.
*Prevenir los accidentes y enfermedades de trabajo, manteniendo un ambiente seguro, orientado al cuidado de la integridad física	* Identificar, evaluar y valorar los peligros asociados a cada actividad y divulgarlo ante los colaboradores
*Establecer todo lo referente al Plan de Emergencia contemplado en el Proyecto	*Promover el hábito del autocuidado y vida saludable en los colaboradores

NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN OBRA

*Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
*Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa.
* Conocer, comprender y poner en práctica las Políticas Seguridad y Salud en el trabajo.
* No se debe utilizar ningún tipo de joyas (anillos, pulseras, aretes, etc).
* El uso de los EPP (Elementos de Protección Personal) es obligatorio de acuerdo a la actividad que realice y en buen estado.
* Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo. Utilizar los mecanismos de consulta y participación del SG-SST.
* Mantener las áreas de trabajo en buenas condiciones de orden y aseo.
* Obligatorio el uso del arnés y línea de vida, cuando se desarrollen trabajos de Alturas.
* Cuando esté lloviendo, no se permite trabajar en alturas deberán presentar los soportes para su respectivo seguimiento.
*Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del
*Las áreas de trabajo deben estar en orden y aseo.

SEGURIDAD VIAL

SEÑAL PREVENTIVA: Se utilizará para indicar la proximidad de alguna condición que pueda generar un riesgo en peatones o vehículos.

SEÑAL INFORMATIVA: Son aquellas que nos presentenian información en las vías.

SEÑAL REGLAMENTARIA: Es utilizada para indicar prohibición ya que no se cumplen las condiciones de seguridad para ejecutar algún tipo de maestra

SEÑALIZACION DE SEGURIDAD INDUSTRIAL

INFORMACIÓN: PROHIBICION: OBLIGACION:

NO FUME

NOTIFICACION DE PELIGROS (SIGLAS: A:Aplica NA: No Aplica)

CLASIFICACION	DESCRIPCION	A	NA	CLASIFICACION	DESCRIPCION	A	NA
Físico	Ruido	X		Condiciones de seguridad	Locativos (elementos y partes de maquinas, herramientas, superficie etc)	X	
	Temperatura	X			Sustancias (almacenaje y medios de almacenamiento)	X	
	Iluminación (Exceso o Deficiencia	X			Eléctrico (alambres y medios de almacenamiento)	X	
	Vibraciones	X			Mecánicos (caída y suspensión, estibas)	X	
	Presión Atmosférica (Normal y Ajustada)		X		Trabajo en alturas	X	
	Radiaciones Ionizantes (Rayos Beta, Gama, X y Alfa)		X		Accidentes de tránsito	X	
	Radiaciones NO Ionizantes (Laser, Ultravioleta, Infrarroja, Radio frecuencias y Microondas)	X			Públicos (robos,asaltos, atracos, amenazas)	X	
Químico	Material particulado	X			Tecnológicos (explosión, fuga, derrame, incendio)	X	
	Polvos Organicos e Inorgánicos	X			Espacios confinados		X
	Fibras	X			Excavaciones	X	
	Líquidos (Nieblas y Rocío)	X		Fenomenos naturales	Sismo	X	
	Gases y vapores	X			Terremoto	X	
	humos metálicos, no metálicos	X			Vendaval	X	
Biológico	Bacterias	X			Inundación	X	
	Virus, Hongos	X			Derrumbes	X	
	Rickettsias	X			Precipitaciones (lluvias, granizadas)	X	
	parásitos	X		Psicosocial	Gestión organizacional	X	
	Picaduras y mordeduras	X			Características de la organización del trabajo	X	
	Covid 19	X			Condiciones de la tarea	X	
	Fluidos o excrementos	X			Interfase persona - tarea	X	
Biomecanico	Postura (prolongada, mantenida, forzada)	X			Jornada de trabajo	X	
	Esfuerzo	X		OBSERVACIONES:			
	Levantamiento de cargas	X		APLICA: Personal Propio, vendedor de viaje de obra y visitante (para este último solo se debe suministrar los peligros a los que estará expuesto al ingresar)			

MANIFIESTO que he recibido y entendido la información relacionada con los PELIGROS a los que me encuentro expuesto, las NORMAS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL y las NORMAS AMBIENTALES en la realización de mi trabajo, a en la visita que efectuo y MI COMPROMETO a cumplirlas, al igual que las RESPONSABILIDADES a mi asignadas.

Nota 1: Declaro el diligenciamiento y registro de los datos relacionados en el presente formato, al titular(es) (persona natural) autorizo a CONSORCIO BELZCON SAS , contenidos en sus bases temporales en los cuales tengo participación la empresa, para la recolección, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de adelantar el tramite establecido según su contenido. Lo anterior en cumplimiento a lo establecido en la Ley 1581 de 2012 "Ley de protección de datos", reglamentada parcialmente por el decreto 1377 de 2013. De acuerdo a nuestra política de tratamiento Datos disponible en tu página web: www.empleoillegal.com

NOMBRE: José Gonzalez	CEDULA: 79'592.922	CARGO: instalador	RH: O+
DIRECCIÓN: Kra 1 # 44-84	TEL / CEL: 314 393 2911	LOCALIDAD: Puente con la Calle	EDAD: 55
FECHA NACIMIENTO: 04-05-69	SUMINISTRO DE PIANO DE OBRA:		
ARL: Sura	EPS: Sanitas	AFP: Protección	
EXÁMENES MEDICOS: 15 Febrero 2025		RESTRICCIONES MÉDICAS: NO	CUAL?
NOMBRE Y TEL DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:	Luisana Mateo 3143110887	ALERGIAS: NO	CUAL?
FIRMA EMPLEADO: José Gonzalez 04-8-2009		FECHA: 8 Abril 25.	

	EVALUACIÓN A INDUCCIÓN DEL PERSONAL	CBZC-FR-SST-09 Versión: 01 PAG. 1 de 2

Obra o Centro de trabajo:	Parque Nacional	Fecha: 09-08-2025	
Nombre:	Jose Gonzalez	Cargo: instalador	
Cedula:	99'572 922.	Firma: Jose Gonzalez	

1. De un ejemplo de accidente de trabajo:

Laceración - (Soldura). ✓

2. Diga un Objetivo en Seguridad y Salud en el Trabajo:

Prevenir accidentes en el trabajo ✓

3. Escriba en los espacios cual es el ACTO INSEGURO y cual es la CONDICION INSEGURA

Condicion insegura ✓



Condicion insegura ✓



acto insegura ✓



4. Mensione los elementos de Proteccion individual utiliza en su labor: lentes. guante. tapa oido botas con puntera ✓

5. Mensione una de las Politicas del sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo: Politica de Seguridad Vial ✓

6. Nombre dos normas ambientales aplicables a obra: Proteger la Fauna ✓

7. Responda falso (F) o verdadero (V)

* Uno de los objetivos del Sistema de Gestion de Seguridad y Salud en el Trabajo es prevenir enfermedades laborales y accidentes de Trabajo	V ✓
*Se deben realizar revision y/o mantenimiento de los Elementos de Proteccion individual antes de empezar labores?	V ✓
*La brigada brinda lineamientos para prevencion y atencion de emergencias	V ✓
*Dentro del factor de Riesgo Fisico esta agentes de ruido, temperatura, vibracion e iluminacion	V ✓
*Es apropiado realizar realizar actividades bajo el efecto de sustancias Psicoactivas o Alcohol?	F ✓
*Es seguro realizar actividades con herramientas en mal estado?.	F ✓

8. Coloque la flecha de acuerdo al tipo de señal que identifique.

1	Señal Preventiva	✓	4	Señal regalamentaria	NO FUME ✓
2	Señal de Obligatoriedad	✓	5	Señal de Prohibición	✓
3	Señal Informativa	✓	6	Señal Informativa	✓

Criterio de evaluación: Al momento de calificar por favor tenga en cuentalos siguientes valores. Por cada respuesta correcta se recibe un valor de 0,6, califique en los siguientes rangos:

De 1 a 4: Valor calificación 3,0 5 a 7: Valor de la calificación 4,5. preguntas correctas(8): Valor de la calificación 5	De Total de
CALIFICACIÓN: 60	
FIRMA RESPONSABLE SST:	

Bogotá 08 de 04 del 2025

Señor(a): Jose Gonzalez
CC.: 79'572922

Asunto: NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES MÉDICAS
La Ciudad

Por medio de la presente la empresa **CONSORCIO BELZCON I1** se permite notificar las recomendaciones médicas ocupacionales emitidas como resultado de su examen médico de **INGRESO**, realizado el dia 15 octubre/25, en su IPS Fisalud, como cargo instalador. se le solicita enviar las evidencias necesarias para el seguimiento a dichas recomendaciones.

Agradecemos su colaboración y el estricto cumplimiento de lo anterior solicitado y de la implementación del auto cuidado previendo lo mejor para su bienestar.

APTO PARA ALTURAS SI ( ) NO (X) NO APLICA (X)

RESTRICCIONES: NO.

RECOMENDACIONES:

1. Pausas Activas.
2. Higiene Postural
3. Habitos de Vida Saludable.
4. Realizar Actividad Fisica.
5. Usar EPP. para exposición de 85 db.
6. Evitar el uso de audifonos
7. Valoracion ambulatoria por optometria

FIRMA RESPONSABLE SGSST

TRABAJADOR

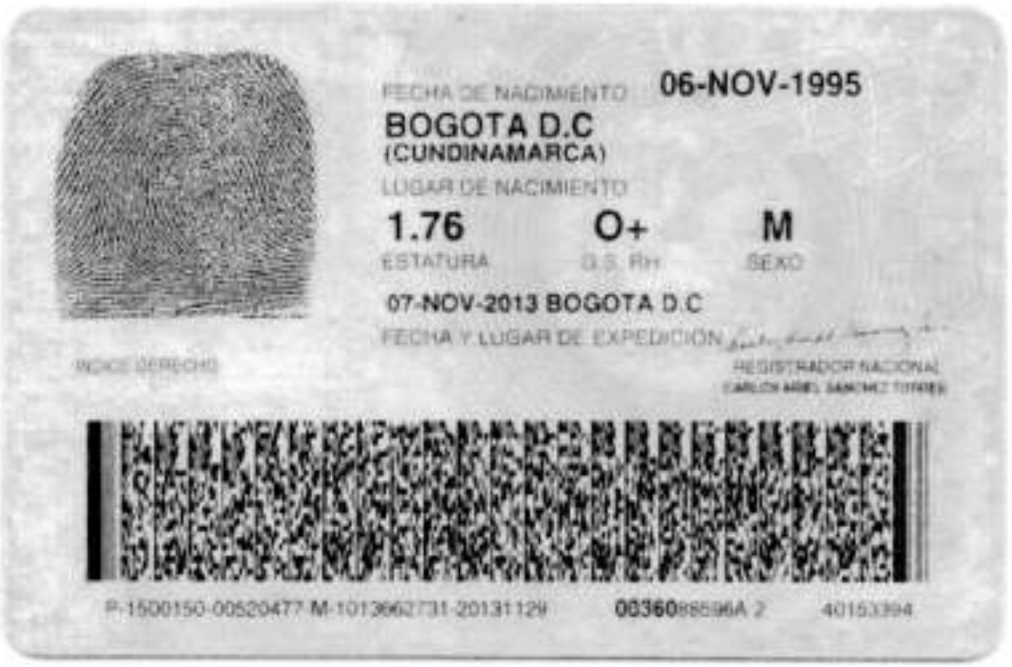
240



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.013.662.731
FALLA PERILLA
APELLIDOS
JUAN CAMILO
NOMBRES

J CAMILO FALLA
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-NOV-1995
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.76 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

07-NOV-2013 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-1500150-00520477 M-1013662731-20131129 00360 88596A 2 40153394

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 de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **JUAN CAMILO FALLA PERILLA** con **CC** No. **1013662731**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
Empleador: N 830115005 - ABACO JUEGOS & PARQUES INFANTILES S A S	**Fecha de última cobertura:** 01/10/2022 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5 **Cargo** : CONDUCTORES DE CAMIONETAS Y VEHICULOS LIVIANOS **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

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): 202501017300184.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 18 días del mes de enero de 2025.

Cordialmente

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

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2025

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1013662731
NOMBRES Y APELLIDOS	Falla Perilla,Juan Camilo
TIPO DE AFILIADO	Segundo Cotizante
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	29/01/2016
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Falla Perilla,Juan Camilo, a los 18 dias del mes de enero del año 2025.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

243

en SALUD
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
ASISTENCIA ESPECIALIZADA Y ULTRASONIDO

Cra 21 # 23-26 Sur
Bogotá, Colombia
300 523 1062 - 324 339 2138
NI 901467404

Impreso con MedSystem

Certificado de aptitud laboral

901467404-5 - Pacientes Particulares - EN SALUD

Paciente **JUAN CAMILO FALLA PERILLA** Examen **Ingreso laboral**
CC 1013662731 Fecha Sáb., 15 de feb. 2025 09:28h
Edad 29 años y 3 meses
Ocupación INSTALADOR CONDUCTOR



Servicios realizados

- Audiometria
- Espirometria
- Medicina Ocupacional
- Visiometria

Concepto

Tipo de concepto

Sin restricción para el cargo

Énfasis

Osteomuscular

Generación: lun., 17 de feb. 2025

Observaciones y/o recomendaciones

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO
ASINTOMATICO OSTEOMUSCULAR

RECOMENDACIONES:
PAUSAS ACTIVASCADA 6 HORAS. HABITOS SALUDABLES.
HIGIENE POSTURAL. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL.
REALIZAR ACTIVIDAD FISICA. CONTROL OCUPACIONAL ANUAL.
VALORACIÒN AMBULATORIA POR ODONTOLOGÌA.
CONTROLAUTIVO EN 1 AÑO.
UTILIZAR E.P.A EN CASO DE EXPOSICIÓN A RUIDO SUPERIOR A 85 dB.
EVITAR USO DE AUDÍFONOS PARA MÚSICA.
USO DE PROTECCIÒN VISUAL.

He comprendido el objetivo, propósito, beneficios y riesgo del examen médico, paraclínico y/o ocupacionales que se me practicaron. Certifico que las respuestas suministradas por mí en estos exámenes y que se plasmaron en este documento son veraces y completas. Entiendo que este es un proceso voluntario y libre de toda cohesión, AUTORIZO para que den a conocer sea por medio electrónico o físico esta información a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente para el adecuado cumplimiento del SGSST. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido lo anteriormente expuesto y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

HENRY ENRIQUE OROZCO SOLANO
CC: 72264736
Medico Salud Ocupacional
R.M. 0896-9 - L.S.O. 13456

J CAMILO FALLA

JUAN CAMILO FALLA PERILLA
CC: 1013662731
Paciente

INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE PELIGROS AL PERSONAL

[illegible]	[illegible]
Anexo: 01	
PAG. 1 de 2	
[illegible]	

INFORMACIÓN DEL PROYECTO

CARACTERISTICAS		ORGANIZACION	
Obra o Centro de trabajo:	PARQUE NACIONAL	Nombre del trabajador:	JUAN CAMILO FAILA PEILLA
Ubicación:	PARQUE NACIONAL	Cargo:	INSTALADOR
Teléfono:	3187546943	Responsable SST:	WILLIAM EDUARDO SEGURA

REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO

HORARIOS

Entrada:	7:00 AM
Almuerzo:	1 HORA
Salida:	L- V 4:30/ SABADOS 10:30 AM

DEBERES Y PROHIBICIONES EN SITIO DE TRABAJO

* Prohibido consumir licor y trabajar en estado de embriaguez
* Prohibido consumir sustancias psicoactivas y trabajar bajo su efecto
* Reportar de manera inmediata todo tipo de amenazas o sobornos por personas fuera de la ley manteniendo la lealtad y la buena fe con las actividades ejecutadas en el proyecto.
* Prohibidas las peleas, riñas o maltratos
* Notificar los accidentes de trabajo e incidentes
* Reporte condiciones de salud existente que afecten el normal funcionamiento
* Cumplir el horario laboral, reglamentos, políticas y procedimientos de la empresa
* Reportar la Condiciones inseguras y Actos inseguros
* Se debe tener restricción en el uso del celular, con uso limitado.
* No permite divulgar cualquier tipo de información referente al proyecto.

NORMAS AMBIENTALES

* Utilizar de manera adecuada los baños
* Se evita la evasión de la Fauna y se conserva la riqueza de la Flora
* Reduciendo la generación de ruido y material particulado, se evitan molestias a la comunidad de las áreas cercanas al proyecto
* Al cuidar el Medio Ambiente, estamos preservando el Planeta para nuestros hijos
* No arrojar sustancias químicas en la red de alcantarillado
* Humedecer las áreas para evitar emisión de material particulado
* Informar cuando se presenten fugas o derrames de aceites
* No afectar ni perjudicar los árboles ni la vegetación
* Cerrar las llaves de paso de agua, si no se utilizan
* Consumir los recursos necesarios, evitando desperdicios

IMPORTANCIA DE TRABAJAR CON SEGURIDAD

* El trabajar con seguridad, es un beneficio mutuo
* El Trabajo es Bienestar y la Salud es Vida
* y familia siempre te espera en casa
* El autocuidarte, previene y evita los accidentes

OBJETIVOS DEL SG - SST

* Cumplir las políticas y el Plan de trabajo de la empresa
* Tener en los objetivos trazados unas metas e indicadores
* Cumplir las normas, reglamentos o instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
* Informar oportunamente al colaborador acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
* Prevenir los accidentes y enfermedades de trabajo, manteniendo un ambiente seguro, orientado al cuidado de la integridad física.
* Establecer todo lo referente al Plan de Emergencia contemplado en el Proyecto

NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN OBRA

* Suministrar información clara, sencilla y completa sobre su estado de salud
* Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
* Conocer, comprender y poner en práctica las Políticas Seguridad y Salud en el trabajo
* No se debe utilizar ningún tipo de joyas (anillos, pulseras, aretes, etc)
* El uso de los EPP (Elementos de Protección Personal) es obligatorio de acuerdo a la actividad que realice y en buen estado
* Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo. Utilizar los mecanismos de consulta y participación del SG-SST
* Mantener las áreas de trabajo en buenas condiciones de orden y aseo
* Obligatorio el uso del arnés y línea de vida, cuando se desarrollen trabajos de Altura.
* Cuando esté lloviendo, no se permite trabajar en alturas deberán presentar los soportes para su respectivo seguimiento.
* Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del
* Las áreas de trabajo deben estar en orden y aseo.

SEGURIDAD VIAL

SEÑAL PREVENTIVA: Se utilizara para indicar la proximidad de alguna condicion que puede generar un riesgo en peatones o vehiculos.

SEÑAL INFORMATIVA: Son aquellas que nos proporcionan información en las vías.

SEÑAL REGLAMENTARIA: Es utilizado para indicar prohibicion ya que no se cumplen las condiciones de seguridad para efectuar algun tipo de maniobra

SEÑALIZACION DE SEGURIDAD INDUSTRIAL:

INFORMACIÓN: PROHIBICIÓN: OBLIGACIÓN:

NO FUME

POLÍTICAS SST

* Garantizar un ambiente sano de trabajo y disponer de los recursos que se necesiten para lograrlo
* Mejoramiento continuo de los procesos en SG-SST
* Cumplir con los requisitos legales aplicables a la Organización en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo
* Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de desarrollo del SG-SST.
* Identificar, evaluar y valorar los peligros asociados a cada actividad y divulgarlo ante los colaboradores
* Promover el hábito del autocuidado y vida saludable en los colaboradores

DV

NOTIFICACION DE PELIGROS (SIGLAS: A:Aplica N/A: No Aplica)

CLASIFICACION	DESCRIPCION	A	N/A
Físicos	Ruido	X	
	Temperatura	X	
	Iluminación (Exceso o Deficiencia	X	
	Vibraciones	X	
	Presión Atmosférica (Normal o Ajustada)		X
	Radiaciones Ionizantes (Rayos Beta, Gama, X y Alfa)		X
	Radiaciones NO Ionizantes (Laser, Ultravioleta, Infrarroja, Radio frecuencias y Microondas)	X	
Químicos	Material particulado	X	
	Polvos Organicos o inorganicos	X	
	Fibras	X	
	Líquidos (Nieblas y Rocio)		X
	Gases y vapores	X	
	Humos metalicos, no metalicos		X
Biológicos	Bacterias	X	
	Virus, Hongos	X	
	Ricketsias	X	
	Parasitos	X	
	Picaduras y Mordeduras	X	
	Covid-19	X	
	Fluidos o excrementos	X	
Biomecánicos	Postura (prolongada, mantenida, forzada)	X	
	Esfuerzo	X	
	Levantamiento de cargas	X	
	Movimiento repetitivo	X	

CLASIFICACION	DESCRIPCION	A	N/A
Condiciones de seguridad	Mecanicos (elementos o partes de maquinas herramientas, equipos etc)	X	
	Locativo (sistemas y medios de almacenamiento)	X	
	Electrico (alta y baja tensión, estatica)	X	
	Trabajo en alturas	X	
	Accidentes de transito	X	
	Publicos (robos,asaltos, atracos, secuestros)	X	
	Tecnológico (explosion, fuga, derrame, incendio)	X	
	Espacios confinados	-	X
	Sustancias	X	
Fenomenos naturales	Sismo	X	
	Tormenta	X	
	Vendaval	X	
	Inundacion	X	
	Derrumbe	X	
	Precipitaciones (lluvias, granizadas)	X	
Psicosocial	Carga organizacional	X	
	Caracteristicas de la organizacion del trabajo	X	
	Condiciones de la tarea	X	
	Interfase persona - tarea	X	
	Jornada de trabajo	X	

OBSERVACIONES:

APLICA: Personal Propio, suministro de mano de obra y visitantes (para este ultimo solo se debe socializar los peligros a los que estara expuesto al ingresar)

MANIFIESTO que he recibido y entendido la relacionado con los PELIGROS a los que me encuentro expuesto, las NORMAS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL y las NORMAS AMBIENTALES en la realización de mi trabajo, o en la visita que efectuo y me COMPROMETO a cumplirlos, al igual que las RESPONSABILIDADES a mi asignadas.

Nota 1: De acuerdo al diligenciamiento y registro de los datos relacionados en el presente formato, el titular (persona natural) autoriza a CONSORCIO DELICOM SAS , vinculados y/o unidos temporales en los cuales tenga participación la empresa, para la recolección, almacenamiento y uso en los eventos con la finalidad de ejecutar el objeto establecido según su contenido. La entidad se compromete a la establecido en la Ley 1581 de 2012 "Ley de protección de datos", reglamentado parcialmente por el Decreto 1377 de 2013. De acuerdo a nuestra política de tratamiento datos disponible en la página web: www.trejoabogas.com

NOMBRE: JUAN CAMILO FALLA	CÉDULA: 1013662731	CARGO: FNTPLA09	EPS: O+
DIRECCION: CL 21 A SUR #28D-02	TEL / CEL: 3187546943	LOCALIDAD: URIBE URIBE	EDAD: 28
FECHA NACIMIENTO: 6-NOV-1995	SUMINISTRO DE MANO DE OBRA:		
ARL: SURA	EPS: SANITAS	APP: PORVENIR	
EXAMENES MEDICOS: 15-FEB-2023 3123755811	RESTRICCIONES MÉDICAS: NO	CUAL?	
NOMBRE Y TEL DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA: ESPOSA STEFFANY	ALERGIAS: NO	CUAL?	
FIRMA EMPLEADO: J. CAMILO FALLA	FECHA: Abril-8-25		

	EVALUACIÓN A INDUCCIÓN DEL PERSONAL		CSZC-FR-SST-09 Versión: 01 PAG. 1 de 2
Obra o Centro de trabajo:	PARQUE NACIONAL	Fecha: 8-ABR-2025	
Nombre	JUAN CAMILO FAILA	Cargo: INSTALADOR	
Cedula:	1013662731	Firma: J. CAMILO FAILA	

1. De un ejemplo de accidente de trabajo:
CORTADA CON PULIDORA ✓

2. Diga un Objetivo en Seguridad y Salud en el Trabajo:
EVITAR ACCIDENTES ✓

3. Escriba en los espacios cual es el ACTO INSEGURO y cual es la CONDICION INSEGURA

CONDICION INSEGURA



✓

CONDICION INSEGURA


✓

ACTO INSEGURO



4. Mensione los elementos de Proteccion individual utiliza en su labor:
GUANTOS, CARETA SOLDAR, BOTAS ✓

5. Mensione una de las Politicas del sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo:
POLITICA DE DROGAS POLITICA SEGURIDAD CON EL TRABAJO ✓

6. Nombre dos normas ambientales aplicables a obra:
NO BOTA BASURE CUIDADO DE LA FAUNA ✓

7. Responda falso (F) o verdadero (V)

* Uno de los objetivos del Sistema de Gestion de Seguridad y Salud en el Trabajo es prevenir enfermedades laborales y accidentes de Trabajo	V ✓
*Se deben realizar revision y/o mantenimiento de los Elementos de Proteccion individual antes de empezar labores?	V ✓
*La brigada brinda lineamientos para prevencion y atencion de emergencias.	V ✓
*Dentro del factor de Riesgo Fisico esta agentes de ruido, temperatura, vibracion e iluminacion	V ✓
*Es apropiado realizar realizar actividades bajo el efecto de sustancias Psicoactivas o Alcohol?	F ✓
*Es seguro realizar actividades con herramientas en mal estado?.	F ✓

8. Coloque la flecha de acuerdo al tipo de señal que identifique.

1	Señal Preventiva		4	Señal regalamentaria	NO FUME
2	Señal de Obligatoriedad		5	Señal de Prohibición	
3	Señal Informativa		6	Señal Informativa	

Criterio de evaluación: Al momento de calificar por favor tenga en cuentalos siguientes valores. Por cada respuesta correcta se recibe un valor de 0,6, califique en los siguientes rangos:

De 1 a 4: Valor calificación 3,0 5 a 7: Valor de la calificación 4,5. preguntas correctas(8): Valor de la calificación 5	CALIFICACIÓN: 60 FIRMA RESPONSABLE SST:

Bogotá 08 de 04 del 2025

Señor(a): JUAN CAMILO FALLA
CC.: 1013662731

Asunto: NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES MÉDICAS
La Ciudad

Por medio de la presente la empresa **CONSORCIO BELZCON I1** se permite notificar las recomendaciones médicas ocupacionales emitidas como resultado de su examen médico de INGRESO, realizado el día 15-FEB-2025, en su IPS INSALUD, como cargo INSTALADOR se le solicita enviar las evidencias necesarias para el seguimiento a dichas recomendaciones.

Agradecemos su colaboración y el estricto cumplimiento de lo anterior solicitado y de la implementación del auto cuidado previendo lo mejor para su bienestar.

APTO PARA ALTURAS SI ( ) NO ( ) NO APLICA ( )

RESTRICCIONES:

RECOMENDACIONES:

Pausas Activas cada 6 horas - Habitos Saludables Higiene Postural uso de Elementos de proteccion personal Realizar Actividad Fisica contra Ocupacional Valoracion Ambulatoria por odontologia

FIRMA RESPONSABLE SGSST

J. CAMILO FALLA
TRABAJADOR



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10011478037

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
THY433	INTERNATIONAL	7600 SBA	2013

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
10.831	ROJO	PÚBLICO

CLASE DE VEHICULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
VOLQUETA	PLATON	DIESEL	16580

NÚMERO DE MOTOR
35299782

REG N

VIN 3HTWYAHT1DN194674

NUMERO DE SERIE
3HTWYAHT1DN194674

REG N

NÚMERO DE CHASIS 3HTWYAHT1DN194674

REG N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
RODRIGUEZ ANGULO JAVIER LEONARDO Y OTRO

IDENTIFICACIÓN
C.C. 80049738



RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE ******

POTENCIA HP 350

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
482012000201792

I/E I

FECHA IMPORT 09/05/2012

PUERTAS 2

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
******

FECHA MATRICULA
06/06/2012

FECHA EXP. LIC. TTO.
01/04/2016

FECHA VENCIMIENTO
******

ORGANISMO DE TRÁNSITO
STRIA TTOYTTE MCPAL FUNZA

LT02003874816

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
MINISTERIO DE AMBIENTE Y
DESARROLLO SOSTENIBLE

Libertad y Orden

RUNT

CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 174405651

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CENTRO DE DIAGNOSTICO AUTOMOTRIZ SANTA LIBRADA SAS
SIGLA: CDA SANTA LIBRADA SAS

NIT: 900554707

No. de Certificado de Acreditación: 15-OIN-033-001

Fecha de expedición: 2024/07/09

Fecha de vencimiento: 2025/07/09

DATOS VEHÍCULO

PLACA:	THY433	**CLASE:**	VOLQUETA
MARCA:	INTERNATIONAL	**MODELO:**	2013
SERVICIO:	Público	**COMBUSTIBLE:**	DIESEL
CILINDRAJE:	10831	**NRO. MOTOR:**	35299782
NRO. CHASIS:	3HTWYAHT1DN194674	**VIN:**	3HTWYAHT1DN194674
LÍNEA:	7600 SBA		
COLOR:	ROJO		

NOMBRE PROPIETARIO: JAVIER L. RODRIGUEZ A. y otro(s)

FIRMA DEL RESPONSABLE

LUIS CARLOS PALOMINO RINCON

ASEGURADORA

SOAT

seguros mundial®
tu compañía siempre

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

FECHA DE EXPEDICIÓN (AÑO MES DÍA)	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL (AÑO MES DÍA)	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL (AÑO MES DÍA)
2024 5 17	2024 5 18	2025 5 17

No. DE PÓLIZA	PLACA No.	CLASE DE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
88376094 - 609440187	THY433	CARGA O MIXTOS	PUBLICO	10831	2013

PASAJEROS	MARCA		CARROCERÍA
2	INTERNATIONAL		PLATON
	LÍNEA VEHÍCULO	7600SBA	

No. MOTOR	No. CHASIS o No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
35299782	3HTWYAHT1DN194674	3HTWYAHT1DN194674	16,58

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
HELEN MORENO SAZA	3154680108	CC	52880443	FUNZA

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
1317	14	13158	88376094	11001

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
33	$ 1.162.400	$ 604.400	$ 2.100

TOTAL A PAGAR

$ 1.768.900

FIRMA AUTORIZADA

AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS	263,13[1] 701,68[2]	UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT)
B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	8,77	
C. INCAPACIDAD PERMANENTE	HASTA 180	SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES
D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750	



¿SABÍAS QUE CON NUESTRO SEGURO TER-CERO PUEDES COMPLEMENTAR LA PROTECCIÓN QUE TE DA EL SOAT?



Seguro Ter-cero

Te respalda en caso de que presentes un accidente de tránsito y ocasiones daños materiales a otros.
Consulta más información con el aliado con quien adquiriste este SOAT o ingresa en: www.seguroterceros.com

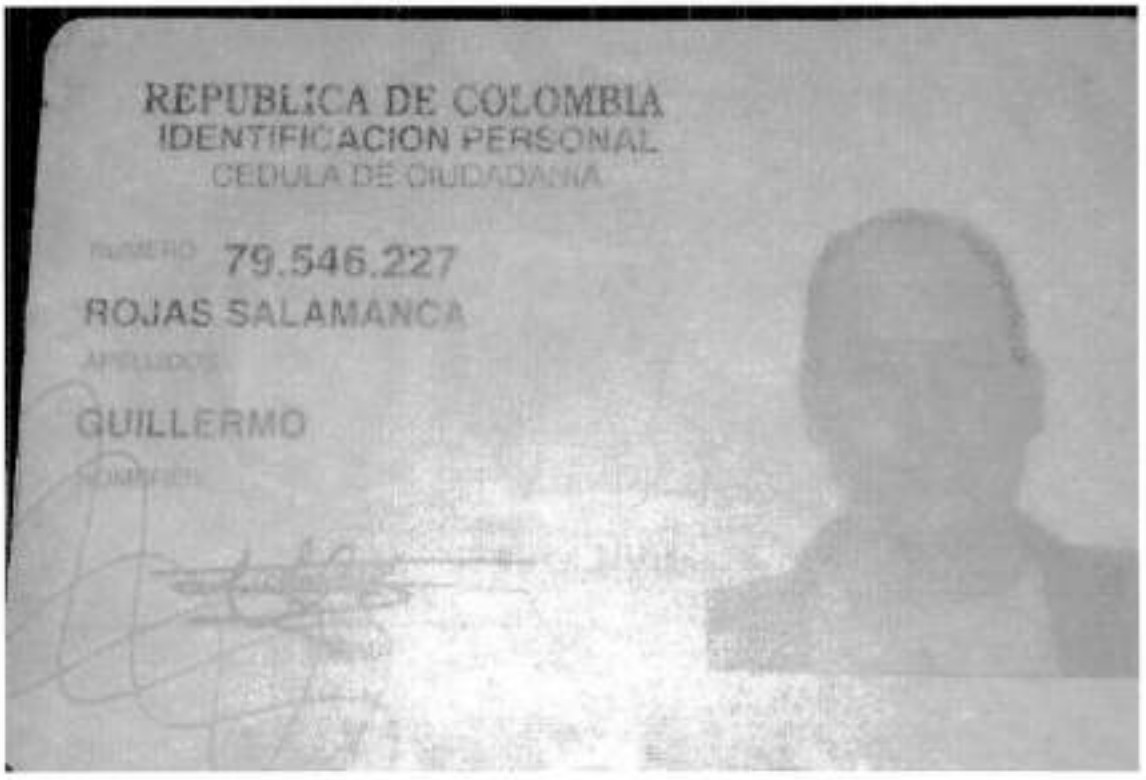
Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:
•Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.
•Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.
•Esté atento al momento en que deba renovar su póliza No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el recobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.
•Adquiera su SOAT en lugares autorizados.

En caso de accidente de tránsito:
•Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
•Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
•Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.

Modificación unilateral de la vigencia por duplicidad de amparos
•Con el fin de evitar duplicidad de amparos, si en la expedicion del seguro obligatorio la aseguradora evidencia que actualmente existe una póliza vigente cargada en el RUNT, la vigencia de la póliza que se está expidiendo se modificará de tal forma que inicie vigencia a partir del vencimiento de la póliza que ya se encuentra registrada en el RUNT.

Habeas data
Seguros Mundial es el responsable del tratamiento de sus Datos Personales, los cuales son recolectados para la prestación de los servicios inherentes a la suscripción del contrato de seguro y para las finalidades dispuestas en la Política de Tratamiento de Datos Personales, la cual puede ser consultada en www.segurosmundial.com.co/legal. Dentro de la Política encontrará los derechos que le asisten como titular de sus datos y las maneras que tiene para ejercerlos. Recuerde que no está en obligación de otorgar sus datos personales sensibles, o los relacionados a niños, niñas y adolescentes.

Topes de cobertura gastos médicos
[1] Para las siguientes tarifas: 100, 110, 120, 140, 150, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 910, 920, Decreto 2644 de 2022.
[2] Para las demás tarifas no citadas en (1).



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.546.227
ROJAS SALAMANCA
APELLIDOS
GUILLERMO
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 22-MAR-1968
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
21-NOV-1986 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

A-1500150-00153402-M-0079546227-20060429 0011137954A 1 1940030139

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 79546227

NOMBRE

GUILLERMO ROJAS SALAMANCA

FECHA DE NACIMIENTO
22-03-1968

GRUPO SANGRE-RH
A+

FECHA DE EXPEDICION
24-09-2022

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR



ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR
SDM - BOGOTA D.C

CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
B2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS.	24-09-2032	PARTICULAR
C2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO CAMIONETA, MICROBÚS, CAMION, BUSETA Y BUS.	24-09-2028	PUBLICO



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC03004854870

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS

SEDE: CENDIATRA SUR 1 **DIRECCIÓN:**Autopista Sur # 32B-42 Sur, Villa Mayor **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 2039694 **EMAIL:** citas.sur@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:** 2024-08-06

Nombres y apellidos: GUILLERMO ROJAS SALAMANCA
Fecha de nacimiento: 22/03/1968
Empresa: JHC INGENIEROS SAS
Empresa usuaria:
Cargo: CONDUCTOR

CC: 79546227
Edad: 56 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2024-08-06 / 08:49:12
Fecha salida: 2024-08-06 / 12:35:46



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- PERFIL LIPIDICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- VISIOMETRIA

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA TRABAJO EN ALTURAS

:

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

JULIE PAULINE ZAPATA VASQUEZ
RM: 52814156
Firma y sello del médico

GUILLERMO ROJAS SALAMANCA
CC: 79546227
Firma del paciente

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bello - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena - Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Medellín La América - Montería - Pereira - Santa Marta - Villavicencio

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que GUILLERMO ROJAS SALAMANCA identificado(a) con CC 79546227 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

JHC INGENIEROS SAS NI 900552174

Periodo		Clave		Planilla		Novedades														
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2025-03	2025-04	1379881155	9483946698	E	2025-04-02													X				

Riesgo	Administradora	Dias	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	COLPENSIONES	23	16%	$1,091,350	$174,700
AFP	COLPENSIONES	7	16%	$332,150	$53,200
ARL	ARL SURA	23	6.96%	$1,091,350	$76,000
ARL	ARL SURA	7	0%	$332,150	$0
CCF	COMPENSAR	23	4%	$1,091,350	$43,700
CCF	COMPENSAR	7	4%	$332,150	$13,300
EPS	FAMISANAR	23	4%	$1,091,350	$43,700
EPS	FAMISANAR	7	4%	$332,150	$13,300

Este certificado se expide el día 2025-04-02 a las 11:31.

257

JHC INGENIEROS S.A.S
NIT: 900.552.174-6

Bogotá, D.C., 31 de Marzo de 2025

Señores
APIROS
PROYECTO ALMA 72
Ciudad.

Referencia: CARTA COMPROMISO
NO REALIZACION ACTIVIDADES O TRABAJOS EN ALTURA

Cordial saludo,

Por medio de la presente, yo HELEN MORENO SAZA identificada con Cedula de ciudadanía # 52.880.443 de Bogotá, actuando como Representante Legal de la empresa JHC INGENIEROS S.A.S. con Nit 900.552.174-6 y GUILLERMO ROJAS SALAMANCA Cedula de Ciudadania No. 79.546.227 de Bogotá me comprometo a no realizar actividades o trabajos en alturas, ya que la labor para la que fui contratado es como CONDUCTOR.

Cordialmente,

Firma representante legal
HELEN MORENO SAZA
Cédula: 52.880.443

Firma del Trabajador
GUILLERMO ROJAS SALAMANCA
Cédula: 79.546.227

JHC INGENIEROS S.A.S
NIT: 900.552.174-6

CERTIFICADO DE IDONEIDAD Y COMPENTECIA LABORAL

Yo HELEN MORENO SAZA identificada con Cedula de Ciudadanía No. 52.880.443 de Bogotá, representante legal Suplente de JHC INGENIEROS S.A.S. con NIT 900.552.174-6.

CERTIFICO QUE

El señor **GUILLERMO ROJAS SALAMANCA**, identificado con cedula de ciudadanía No. 79.546.227 expedida en Bogotá, es una persona idónea y cumple con los requisitos en cuanto a habilidades y formación para el buen desempeño y funcionamiento de sus actividades como **CONDUCTOR**.

Se expide la presente certificación a los Dos (02) Dias del Mes de Marzo del 2025.

Atentamente,

ING. HELEN MORENO SAZA
Representante Legal (S)
JHC INGENIEROS S.A.S

Calle 127 Bis # 88 – 07
Tel: 519 67 40 – 315 468 01 08
jhcingenierosas@gmail.com
Bogotá D.C.

259

Alcaldía de
SOACHA

Al contestar cite radicado: Oficio No 0121
Folios: 1/3 Fecha: 2024-04-03
Remitente: SECRETARIA DE MOVILIDAD DIRECCIÓN OPERATIVA DE TRÁNSITO Y TRANSPORTE
Destinatario: CONSTRUCTORA APIROS S.A.S

EL SUSCRITO DIRECTOR OPERATIVO DE TRÁNSITO Y TRANSPORTE DE LA SECRETARÍA DE MOVILIDAD DE SOACHA – CUNDINAMARCA

CONSIDERANDO

Mediante Decreto No 059 del 10 de marzo de 2023, "SE UNIFICAN LAS DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LOS DECRETOS 360 DEL 08 DE OCTUBRE DE 2020, 130 DEL 11 DE MARZO DE 2020 Y SE REGULA EL TRÁNSITO DE VEHÍCULOS DE CARGA EN LAS VÍAS DEL MUNICIPIO DE SOACHA"., en su Artículo Segundo establece: *"Las vías que se encuentren dentro de la jurisdicción del Municipio de Soacha, tendrán restricción para la circulación de vehículos de transporte de carga con peso bruto vehicular superior a (3.5) toneladas de lunes a domingo en todo horario, a excepción de la Autopista Sur, Vía Perimetral, Vía Alo y la Avenida Terreros……".*

En su artículo Cuarto señala: *"La Secretaria de Movilidad podrá autorizar la circulación de vehículos de transporte de carga por las vías de la jurisdicción del Municipio de manera excepcional y con un peso bruto vehicular máximo de 28 toneladas, previa solicitud……".*

Que mediante Oficio SIVSP - 1256 del 01 de julio de 2015, la Secretaría de Infraestructura, Valorización y Servicios Públicos, emitió concepto técnico sobre el uso de la malla vial y de acuerdo a la estructura de pavimento que conforma la infraestructura de las vías locales del casco urbano del Municipio de Soacha el tipo de vehículos pesados que se pueden utilizar son de máximo un peso bruto de 28 toneladas.

El día 26 de marzo de 2024 **la señora *IBETH PAOLA LÓPEZ* en nombre de *CONSTRUCTORA APIROS S.A.S. con NIT*. 800.240.724-5**; radicó vía correo electrónico solicitud de permiso para transitar por las vías restringidas del Municipio de Soacha Cundinamarca, para los proyectos Plan Parcial Vegas - Puente Micos Costado Norte.

Una vez revisada la documentación de los vehículos y conductores objeto de la solicitud, así como la fotocopia de las consignaciones **No. 8844904-100941095-3, 8844903-100941094-2, 8848105-8848067 y 8848106-8848081** en el Banco de Bogotá correspondiente al pago de los derechos, se evidencia que los mismos cumplen con los requisitos y parámetros establecidos para circular por las vías públicas en el Municipio de Soacha – Cundinamarca, de acuerdo con la normatividad antes citada.

En mérito de lo expuesto, este despacho;

AUTORIZA EL TRÁNSITO UNICAMENTE A LOS LUGARES DE DESTINO PARA LOS SIGUIENTES VEHÍCULOS DE CARGA CON PESO BRUTO VEHICULAR MÁXIMO DE 28 TONELADAS:

VEHICULOS DE CARGA Y CONDUCTORES AUTORIZADOS										
ITEM	PLACA	CLASE VEHICULO	TIPO CARROCERIA	SERVICIO	MARCA	COLOR	MODELO	CAPACIDAD DE CARGA	CONDUCTORES	DESTINACION
1	UFV-791	CAMION	GRUA	PÚBLICO	FORD	ROJO FLAMA	2006	3500	MAURICIO PEREZ GALINDO	1,022,324,372
2	THY-433	VOLQUETA	PLATON	PÚBLICO	INTERNATIONAL	ROJO	2013	16580	GUILLERMO ROJAS SALAMANCA	79,546,227
3	JUY-196	CAMION	GRUA	PÚBLICO	HINO	BLANCO	2022	17000	YEFFER ALBERTO ROBLES BORJA	7,161,082
4	JWK-124	CAMION	GRUA	PÚBLICO	HINO	BLANCO	2022	9800	CARLOS MIGUEL PINEDA BARRERA	79,788,742

La Secretaría de Movilidad DOTT, insta a la ***CONSTRUCTORA APIROS S.A.S. y conductores***, para dar cumplimiento a las siguientes condiciones:

I. *De conformidad al Artículo 106 del Código Nacional de Tránsito Terrestre* <Artículo modificado por el artículo 12 de la Ley 2251 de 2022 El nuevo texto es el siguiente: > *Límites de velocidad en vías urbanas y carreteras municipales establece. "En las vías urbanas las velocidades máximas y mínimas para vehículos de servicio público o particular será determinada y debidamente señalizada por la autoridad de Tránsito competente en el distrito o municipio respectivo. En*

260

Al contestar cite radicado: Oficio No 0121
Folios: 23 Fecha: 2024-04-03
Remitente: SECRETARIA DE MOVILIDAD DIRECCIÓN OPERATIVA DE TRÁNSITO Y TRANSPORTE
Destinatario: CONSTRUCTORA APIROS S.A.S.

ningún caso podrá sobrepasar los cincuenta (50) kilómetros por hora. La velocidad en zonas escolares y en zonas residenciales será hasta de treinta (30) kilómetros por hora.

II. *Al momento del cargue y descargue de mercancías, materiales o escombros, el vehículo autorizado en este documento, NO podrá realizar maniobras sobre los andenes; el vehículo debe permanecer estacionados sobre la vía (cuando así lo permita), sin que vaya contrario a las disposiciones del Código Nacional de Tránsito o al interior de la obra cumpliendo con la señalización pertinente y demás normas que rigen para el transporte de materiales, so pena de ser sancionados conforme a las disposiciones de la Ley 769 de 2002 Código Nacional de Tránsito Terrestre.*

III. *Cuando la carga a transportar necesite transitar por vías que por jurisdicción y competencia estén a cargo de distintas entidades del orden nacional, departamental, distrital, metropolitano o municipal, le corresponde a la empresa solicitante del permiso, obtener de las respectivas autoridades el mismo.*

IV. *Todo vehículo de carga autorizado deberá efectuar lavado de las llantas al momento de salir de la obra; Igualmente si la carrocería del vehículo es tipo: Volcó o Platón, estos deben cubrir la carga transportada con su respectiva carpa, la cual debe ser de material resistente; con el fin de evitar la dispersión de material pétreo al momento de su desplazamiento según lo dispuesto en la Resolución 541 del 14 de diciembre de 1994.*

V. *Para el ingreso y salida de las industrias, areneras o receberas ubicadas en jurisdicción de la Vereda Panamá, zona rural del Municipio de Soacha; los vehículos deben utilizar exclusivamente la CL 7 para su tránsito.*

VÍAS CON RESTRICCIÓN PERMANENTE

- Diagonal 9 (Vía 3M) entre la Autopista sur (Carrera 4) y Transversal 7 (Vía Indumil) y desde la diagonal 9 hasta la Avenida San Marón.
- Calle 13 desde la carrera 4 – hasta la carrera 9 Este.
- Avenida San Mateo (Calle 30).
- Avenida Julio Cesar Turbay Ayala (Carrera 7), Carrera 9 y Carrera 8 - Centro Soacha.

RUTA AUTORIZADA PARA EL TRÁNSITO DEL VEHICULO ADSCRITO A OBRA DESARROLLADA POR LA CONSTRUCTORA APIROS S.A.S.

Ruta No. 1: Ingreso hacia las obras Plan Parcial las Vegas – Puente Mico Costado Norte.

Desde Autopista Sur al Oriente – Av. Terreros al Sur – Retorno – Av. Terreros al Norte – Puente Vehicular – Av. Terreros al Norte - DG 38 A – KR 20 - Glorieta – giro a la izquierda – KR 20 prolongación Av. Las Torres al Occidente – Av. Potrero Grande – CARRETEABLE al Occidente - CL 17 – Pontón CL 17 - obras desarrolladas por la Constructora Apiros ubicadas en el Plan Parcial las Vegas, Proyecto Urbanístico Hogares Soacha sector Puente Micos Costado Norte.

Ruta No. 2: Salida Frente de Obra:

Desde Proyecto Urbanístico Hogares Soacha sector Puente Micos Costado Norte – Plan Parcial Vegas - CARRETEABLE al Oriente - CL 17 – Pontón CL 17– CARRETEABLE al Oriente – Av. Potrero Grande – KR 20 prolongación Av. Las Torres al Oriente - Glorieta – giro derecho Av. Terreros al Sur – DG 37 A – Paralela Autopista Sur (KR 7), los vehículos se deben incorporar a las calzadas mixtas de la Autopista Sur en el primer intercambiador que haya, a la altura de la CL 33 aproximadamente – Continuar por Autopista Sur Autopista Sur sentido Oriente Occidente.

Las rutas o recorridos autorizados en el presente documento, estarán sujetos y deberán acogerse a las disposiciones previstas en las Resoluciones de Plan de Manejo de Tránsito - P.M.T. que sean expedidas para la obras adelantadas, en sus diferentes fases de ejecución.

261

Alcaldía de
SOACHA

Al contestar cite radicado: Oficio No 0121
Folios: 3/3 Fecha: 2024-04-03
Remitente: SECRETARIA DE MOVILIDAD DIRECCIÓN OPERATIVA DE TRÁNSITO Y TRANSPORTE
Destinatario: CONSTRUCTORA APIROS S.A.S.

Es importante tener en cuenta, que este Permiso es solo para el tránsito del vehículo, **NO ES PERMISO DE ESTACIONAMIENTO PARA CARGUE Y DESCARGUE.**

DEL MISMO MODO DEBEN DAR CUMPLIMIENTO A LAS SIGUIENTES DISPOSICIONES CONTENIDAS EN EL DECRETO 059 DE 2023.

Artículo 5°. *Restricción Ambiental.* *"La Autopista Sur en la jurisdicción del Municipio de Soacha tendrá restricción ambiental para vehículos de transporte de carga con peso bruto vehicular superior a (3.5) toneladas en **sentido Girardot - Bogotá entre las 05:00 a.m. a 08:00 a.m. y en sentido Bogotá – Girardot entre las 05:00 p.m. a las 08:00 p.m. de lunes a domingo**".*

Artículo 6°. *Excepciones Restricción Ambiental.* *"Estarán exceptuados de la restricción establecida en el (5°), los vehículos de transporte de carga mencionados en el artículo tercero (3°), y los vehículos tipo Mixer (hormigonero, mezclador o agitador) que transporten concreto premezclado, los cuales deberán portar los distintivos o documentos correspondientes que acrediten las condiciones que dan origen a la excepción".*

Artículo 7°: *"La movilización de maquinaria agrícola, industrial y/o de construcción deberá efectuarse entre las 22:00 horas y las 4:00 horas del día siguiente en vehículos articulados acompañados de sus vehículos escoltas en la parte delantera y trasera, de acuerdo con las exigencias previstas por la reglamentación nacional vigente y aplicable para la carga extradimensionada o extrapesada de conformidad con las disposiciones contenidas en la Resolución 4959 de 2006 expedida por el Ministerio de Transporte y las demás que la modifiquen o adicionen".*

Artículo 8°. *"Los vehículos de carga de año modelo superior a veinte (20) años, tendrán restricción permanente dentro de la jurisdicción del Municipio de Soacha de lunes a domingo. Sin embargo, podrán circular entre las 22:00 horas y las 04:00 horas del día siguiente,... (sic)".*

Artículo 10°. *"Todo vehículo de carga deberá portar en físico la Autorización expresa emitida por la Secretaría de Movilidad, además de los logos y/o distintivos, según la obra a la que corresponda el trasporte...".*

Artículo 13°. *"La Dirección Operativa de Tránsito y Transporte de la Secretaría de Movilidad, **ejercerá presencia y control vial permanente por las vías públicas o privadas abiertas al público en toda el área del Municipio de Soacha** de conformidad con las zonas, horarios y condiciones que se definen en el presente Decreto".*

El incumplimiento a lo autorizado dará lugar a la cancelación de este permiso y las sanciones previstas en el Artículo 131 de la Ley 769 de 2002 – Código Nacional de Tránsito, modificado por el Artículo 21 de la Ley 1383 de 2010, o en las normas que lo modifiquen o sustituyan.

El presente permiso de circulación por vía restringida para vehículos de transporte de carga tendrá validez por el término de seis (06) meses contados a partir de la fecha de expedición.

Se expide en Soacha Cundinamarca, a los tres (03) días del mes de abril de 2024.

Vigencia: **Hasta el 2 de Octubre de 2024.**

EDINSON JAIR VELASQUEZ ACOSTA
Director Operativo de Tránsito y Transporte
Alcaldía Municipal de Soacha

Proyectó: Jaime Alfonso Cortes Cubillos – Técnico Operativo - DOTT

Bobcat

CARGADORES DE DIRECCIÓN DESLIZANTE

S570

Peso Operativo	2900 kg
Potencia	45.5 kW
Capacidad Operativa Nominal	944 kg



One Tough Animal

S570 - ESPECIFICACIONES

Desempeño

Carga de vuelco (ISO 14397-1)	1888 kg
Capacidad operativa nominal (ISO 14397-1)	944 kg
Capacidad de la bomba	64,7 L/min
Capacidad de la bomba (alto flujo opcional)	101.1 L/min
Sistema de alivio en acopladores rápidos	23,8-24,5 MPa
Máx. velocidad de desplazamiento (opción de alto rango)	17,3 km/h
Máx. velocidad de desplazamiento (rango bajo)	11,8 km/h

Motor

Hoz un modelo	Kubota/V2607 (iT4)
Combustible	Diésel
Enfriamiento	Líquido
Potencia a 2700 RPM (SAE J1995 Bruto)	45,5 kW (61,0 HP)
Par a 1425 RPM (SAE J1995 Bruto)	200,7 Nm
Número de cilindros	4
Desplazamiento	2600 cm³
Depósito de combustible	93,7 L

Peso

Peso operativo	2900 kg
Peso de envío sin cazo	2560 kg

Controles

Dirección del vehículo	Dirección y velocidad controladas por dos palancas manuales o controles de joystick seleccionables (SJC)
El sistema hidráulico del cargador inclina y levanta	Pedales o controles de joystick seleccionables opcionales (SJC)
Auxiliar delantero (estándar)	Interruptor eléctrico en la palanca de dirección derecha

Sistema de transmisión

Transmisión	Bombas de pistón hidrostático tándem infinitamente variables, que accionan dos motores hidrostáticos totalmente reversibles

Sistema estándar

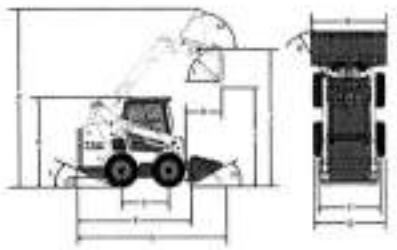
10x16.5, 10 capas, neumáticos de servicio pesado	Manual
Cilindros acolchados de elevación e inclinación	Levante el soporte del brazo
Sistema de control de interlock Bobcat (BICS)	Freno de mano
Marco Bob-Tach™	Barra de asiento
Cabina del operador[1]	Turbocompresor con parachispas aprobado
Hidráulica auxiliar delantera proporcional activada eléctricamente	Luces de trabajo delanteras y traseras
Apagado del motor/sistema hidráulico	Alarma de retroceso
Asiento estándar	

1. ROPS (Estructura Protectora de Vuelcos) – cumple con la SAE J1040 y ISO 3471. FOPS (Estructura Protectora de Objetos que Caen) – cumple con la SAE J1043 y ISO 3449, nivel I

Opcionales

Cabina de operador de lujo con ventanas	Luz estroboscópica
Controles de joystick seleccionables (SJC)	Radio
2 velocidades	Kit de carretera
Panel de instrumentos de lujo	10x16.5, 10 capas, llantas de servicio pesado, llantas compensadas
Cabina presurizada de lujo con calefacción	
Cabina presurizada de lujo con HVAC	10x16.5, 10 capas, neumáticos de servicio severo
Sistema hidráulico de alto flujo	10x16.5, neumáticos flexibles sólidos
Power Bob-Tach ™	31x12-16.5, 10 capas, neumáticos super flotación
Foro	Posicionamiento hidráulico del cucharón (incluido el interruptor de encendido/apagado)
Asiento con suspensión ajustable con respaldo alto	

Dimensiones



(A)	3901.0 mm	(J)	3023.0 mm
(B)	1972.0 mm	(K)	828.0 mm
(C)	24.2°	(L)	42.0°
(D)	185.0 mm	(M)	97.0°
(E)	1082.0 mm	(N)	1727.0 mm
(F)	2657.0 mm	(O)	2024.0 mm
(G)	3378.0 mm	(P)	1374.0 mm
(H)	30.0°	(Q)	1643.0 mm
(I)	2319.0 mm		

Aditamentos

Escoba angular	Tenedor de paletas
Barrena	Cepilladoras
Retroexcavadora	Cubos de rocas
Horquillas para pacas	Escarificadores
Cuchillas-caja, dozer, nieve, cuchillas en V para nieve	Raspadores
Interruptor automático	Sembradora
Sierras de cepillo	Quitanieves
Desbrozadoras rotativas	Soplador de nieve
Brushcat ™	Capas de césped
Adaptador de cucharón	Acondicionador de suelos
Cubos	Esparcidores
Trituradoras	Estabilizadores, traseros
Cubos combinados	Orugas de acero
Hormigoneras	Trituradora de tocones
Bombas de hormigón	Barrendero
Cavador	Adaptador de enganche de tres puntos
Martillos sueltos	Cultivadora
Volcado de tolvas	Tilt-Tatch™
Contadores de mayales	Pala trasplantadora de árboles
Calificadores	Compactadores de zanjas
Pinzas-agrícola, utilitario, industriales, raíz	Zanjadora
Plano de tierra	Tenedor utilitario
Rastrillos de paisaje	Marcos utilitarios
Equipo láser	Rodillos vibratorios
Cortacéspedes	Kit de agua
Ruedas packer	Sierras de ruedas
	Escobas bigotes

Ciertas especificaciones se basan en cálculos de ingeniería y no son medidas en la. Las especificaciones son efectivas sólo para fines comparativos y están sujetas a cambios sin aviso previo. Los equipamientos para su propio vehículo Bobcat varían dependiendo de variaciones normales en el diseño, manufactura, condiciones de operación, y otros factores. Las fotografías de los vehículos Bobcat pueden mostrar elementos opcionales del equipo estándar.

DOOSAN

Bobcat es una empresa de Doosan.

Doosan es un líder mundial en equipos de construcción, soluciones de energía y agua, motores, e ingeniería que ha ofrecido sus productos y servicios con orgullo a clientes y comunidades entre más de un siglo. Bobcat y el logotipo de Bobcat son marcas comerciales registradas de Bobcat Company en los Estados Unidos y en varios otros países.

©2020 Bobcat Company. Todos los derechos reservados.

Bobcat

Doosan Bobcat Korea Co., Ltd.

www.bobcat.com

B-1963 (05/20)

264

SOAT

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

FECHA DE EXPEDIC	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL		HASTA LAS 23:59 HORAS DEL	
2024-10-03	2024-10-04		2025-10-03	

No. DE PÓLIZA	PLACA No.	CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/KILATAJE	MODELO
15651501980360	MI732582	CARGA O MIXTO	PARTICULAR	2600	2024

PASAJEROS	MARCA	CARROCERÍA
1	BOBCAT	SIN CARROCERIA
	LÍNEA MODELO: S570	

No. MOTOR	No. CHASIS o No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON
8PN3120	B5N311798	BCTB5N3GTRS011798	1.10

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
JHC INGENIEROS SAS	3154680108	NIT	9005521746	BOGOTA D.C

CÓDIGO DE ASEGURADORA	COD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLASE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
AT1329	10	4013	0	BOGOTA D.C

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
310	$ 636000	$ 330700	$ 2100

TOTAL A PAGAR

$ 968800

FIRMA AUTORIZADA

AMPAROS POR VICTIMA

A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS

B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS

C. INCAPACIDAD PERMANENTE

D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS

HASTA	
263,13	1 UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT)
701,68	2
8.77	
180	SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES
750	

Sobre usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

•Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito no le pueden exigir en cualquier momento.

•Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.

•Evite olvidar el momento en que debe renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el cobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.

En caso de accidente de tránsito:

•Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.

•Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 190 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.

•Para más gastos adelante, el sobre ante la aseguradora o el hospital debe realizar la reclamación posterior de servicios de salud.

Protección de datos personales:

SEGUROS DEL ESTADO S.A. y **SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.** informan que sus datos personales serán tratados conforme a la Política de Tratamiento de Datos Personales, que se encuentra disponible a través de las páginas www.segurosdelestado.com/paginas/ProteccionDatos.jsp y www.segurosdevidadelestado.com/paginas/ProteccionDatos.jsp para su consulta.

Recuerde que, en calidad de titular de sus datos personales, podrá ejercer sus derechos a conocer, actualizar, rectificar y suprimir su información personal, así como, el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de sus datos personales para algunas de las finalidades dadas, a través de la dirección de correo electrónico protecciondedatospersonales@segurosdelestado.com

Tenga presente las principales finalidades para las que serán tratados sus datos personales por cuenta de **SEGUROS DEL ESTADO S.A.** y **SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.** como es para la emisión de la póliza y vinculación como cliente; ejecutar los contratos que celebre **SEGUROS DEL ESTADO** con sus tomadores empleados; controlar y prevenir fraudes, lavado de activos, la financiación del terrorismo y la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva; determinar y liquidar pagos de siniestros así como mantener el contacto para dar seguimiento a peticiones, quejas y reclamos; enviar información relativa a educación financiera, encuestas de satisfacción, ofertas de productos o servicios y comunicaciones comerciales de cualquier clase, relacionadas con servicios inherentes a la actividad aseguradora, a través de cualquier medio de comunicación, incluyendo ofertas de productos y servicios de Compañías con las que **SEGUROS DEL ESTADO** tenga convenio o alianzas comerciales, en los casos que corresponda, así usados en aplicativos móviles o plataformas tecnológicas propias de **SEGUROS DEL ESTADO** como aquellas administradas a través de tercerizados y/o Compañías Tratantes y demás finalidades que se definan en la política de protección de datos personales de **SEGUROS DEL ESTADO** y sus actualizaciones.

Topes de cobertura gastos médicos
1 Para las siguientes tarifas: 100, 110, 120, 160, 160,111, 112, 131, 132, 133, 152, 153, 810,500.
Decreto 2644 de 2022.
2 Para las demás tarifas en cifradas en (1).

265

Powered by CamScanner

Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

TARJETA DE REGISTRO DE MAQUINARIA

No. 138669

No. DE REGISTRO	MARCA	LINEA	AÑO MODELO
MI732582	BOBCAT	S570	2024

TIPO DE MAQUINARIA	CLASE	No. SERIE
INDUSTRIAL	MINICARGADOR	B5N311798

COLOR(ES)	No. MOTOR	RODAJE
BLANCO NARANJA	8PN3120	LLANTAS NO NEUMATICAS

PESO Y MEDIDAS SIN ACCESORIOS

PESO	ALTO	ANCHO	LARGO
2900 Kg	1972 mm	1643 mm	2657 mm

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
JHC INGENIEROS SAS	NIT 900.552.174

246

LOCATARIO APELLIDO(S) NOMBRE(S)

IDENTIFICACIÓN



LIMITACIONES A LA PROPIEDAD

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR
STRIA TTOYTTE MCPAL FUNZA

FECHA REGISTRO	FECHA EXPEDICIÓN	FECHA VENCIMIENTO
02-10-2024	02-10-2024	******
ORIGEN	**DEC. IMPORTACIÓN**	**FECHA DE LEVANTE**
IMPORTACIÓN	352024000230978	04/06/2024

ESTA TARJETA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

TM07000047081

COSMOCOLOR COLOMBIA-TM-24

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

DIAN

Declaración de Importación

Privada

500

1. Año **2024**

Espacio reservado para la DIAN (Uso de digitación con formulario sin consolidamiento de numeración)

4. Número de Formulario

352024000230978-7

Importador

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 901480150 | 6. DV: 0 | 11. Apellidos y nombres o Razón Social: INCNDIS S.A.S.

12. Dirección: CL. 11 29 B 181 | 15. Teléfono: 4422422 | 17. Cód. Admón.: 35 | 18. Cód. Depto.: 76 | 19. Cód. Ciudad/Municipio: 892

Declarante

24. Número de Identificación Tributaria (NIT): 830063079 | 25. DV: 6 | 26. Razón social del declarante autorizado: AGENCIA DE ADUANAS PROFESIONAL S.A.S NIVEL 1 - SIAF | 27. Tipo usuario: 26 | 28. Cód. usuario: 0000

29. Número documento de identificación: 84735870 | 30. Apellidos y nombres: RIVAS RENTERIA MADELEYNE

31. Clase Importación: 02 | 32. Tipo declaración: Anticipado | 33. Cód.: 3 | 34. No. Formulario Anterior: XXXXXXXXXXXXXX | 35. Año - Mes - Día: XXXX - XX - XX | 36. Cód. Admón.: XX | 37. Declaración de Importación No.: XXXXXXXXXXXXXX | 38. Año - Mes - Día: XXXX - XX - XX | 39. Cód. Admón.: XX

40. Cód. lugar arribo/ de los mercancías: BUN | 41. Cód. Dependencia: 25578 | 42. Manifiesto de carga No.: 146570104030101 | 43. Año - Mes - Día: 2024 - 05 - 27 | 44. Declaración de Transporte No.: 300-93-2404 038 | 45. Año - Mes - Día: 2024 - 04 - 27

46. Nombre exportador o proveedor en el exterior: DOOSAN BOBCAT KOREA CO., LTD | 47. Ciudad: INCHEON | 48. Cód. País Exportador: 150

49. Dirección exportador o proveedor en el exterior: 668, INSUNG-RO, DONGU-GU INCHEON 225 | 50. E-mail: charlesliver@doosan.com

51. No. de Factura: 250068-01 | 52. Año - Mes - Día: 2024 - 04 - 15 | 53. Cód. país procedencia: 235 | 54. Cód. Modo Transporte: 1 | 55. Código de Bandera: 275 | 56. Cód. Depto. Destino: 86 | 57. Empresa transportadora: PROSTER AGENCIA MARITIMA DEL CARIBE S.A.S. | 58. Tasa de cambio Divisa: 3.900,78

S | 59. Subpartida arancelaria: 8429510000 | 60. Cód. Cumplimiento(s): XX | 61. Cód. Gravámenes: XX | 62. Cód. Modalidad: C102 | 63. No. cuotas y meses: XX | 64. Valor cuota USD: XXXX | 65. Particularidad del régimen de la cuota: XX | 66. Cód. país de origen: 235 | 67. Cód. Arancel: XXX

68. Forma de pago de la importación: 10 | 69. Tipo de importación: 01 | 70. Cód. país compra: 150 | 71. Peso bruto Kgs. duros: 33.047,00 | 72. Peso neto Kgs. duros: 30.720,00 | 73. Código Mercancía: 02 | 74. No. Ítems: 29 | 75. Subpartida: 2 | 76. Cód. unidad comercial: 6 | 77. Cantidad Unidades: 12,00

78. Valor FOB USD: 390.798,20 | 79. Valor Bruto USD: 14.453,34

80. Valor Seguros USD: 497,34 | 81. Valor Otros Gastos USD: 0

82. Sumatoria de fletes, seguros y otros gastos USD: 13.956,00 | 83. Valor total CIF USD: 0,00

84. Valor aduana USD: 404.742,74 | 85. Código régimen o levante: X | 86. Numero: XXXXXXXXXX

87. Cód. Moneda: 06 | 88. Año: XXXX | 89. Preimpreso No.: XXXXXXXXXX | 90. Cód.Interno del Producto: 0

Autoliquidación

Concepto	%	Base	Total Liquidado ($)	Total a pagar con esta declaración ($)	Total Liquidado (USD)
Arancel	0.00	1.578.630.640	0	0	0.00
I.V.A.	5.00	1.578.630.640	78.933.000	0	0.00
Sobretasa	0.00	0	0	0	0.00
Derechos Compensatorios	0.00	0	0	0	0.00
Derechos Antidumping	0.00	0	0	0	0.00
Tasa Gas	0	0	0	0	
Precios	0	0	0	0	
		Total:	78.933.000		0.00

97. Descripción de las mercancías: marca, tipo de envase, clase de los envases, presentación comercial, calidad, grado, clase, modelo, referencia, serie, contenido neto, composición, características técnicas y demás datos que permitan identificar la mercancía

DG PSIMMA218101, Pedido Tramite: T24-036, Declaracion(2-2), (ESTATUTO TRIBUTARIO) DECRETO EXTRAORDINARIO 624 DE 1989, MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO ARTÍCULO 468-1, MERCANCIA NUEVA, Producto: MINICARGADOR FRONTAL, Marca: BOBCAT, Modelo: S570, Referencia: SIN REFERENCIA, Serial: B5M11792, Uso o destino: AGRICOLA, INDUSTRIAL, MINERO. //Item: M411*4638514, PI: 3017, S570 LT4 Skid Steer Loader, MOTOR Engine$ KP05669, Model Year 2024 ECCN# 3B.NOCLASS.NOCLASS, CON SUS ACCESORIOS PARA SU NORMAL FUNCIONAMIENTO, Cant: (1) UNIDADES (Item 1) Producto: MINICARGADOR FRONTAL, Marca: BOBCAT, Modelo: S570, Referencia: SIN REFERENCIA, Serial: B5M11794, Uso o destino: AGRICOLA, INDUSTRIAL, MINERO. //Item: M411*4638514, PI: 3018, S570 LT4 Skid Stee(continúa al respaldo)

98. Valor pagos anteriores: 0 | 99. Recibo oficial de pago anterior No.: XXXXXXXXXXXXXX | 100. Fecha: XXXX XX XX

101. Espacio reservado DIAN - Actuación aduanera (Estado de levante, Levante automático, No das declaración anterior) | 102. Espacio reservado con destino a Ministerio de Relaciones Exteriores | 103. No. Aceptación declaración: 352024000230978 | 104. Fecha: 2024/05/27 15

124. Levante No.: 13202400024302 | 111. Fecha: 2024 - 06 - 04 | Firma funcionario responsable | 116. Nombre | 117. C.C. No.

Firma declarante

997. Espacio exclusivo para el sello de la entidad recaudadora (Fecha efectiva de la transacción)

Colocar el timbre de la máquina registradora al dorso de este formulario

998. Pago Total $: 0

999. Espacio para Número autoadhesivo

910358239000379

Fecha de Impresión: 2024-06-04 08:16:31

268

DIAN

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Declaración de Importación

Aceptación : **352024000230978-7**
Subpartida : **8429510000**

r Loader, MOTOR Engine# 8PN5061, Model Year 2024 ECCN# IE.NOCLASS.NOCLASS, CON SUS ACCESORIOS PARA SU NORMAL FUNCIONAMIENTO, Cant (1) UNIDADES (Item 2) Producto: MINICARGADOR FRONTAL, Marca: BOBCAT, Modelo: S570, Referencia: SIN REFERENCIA, Serial: B5N311799, Uso o destino: AGRICOLA, INDUSTRIAL, MINERO. //Item: M4111*6638514, PI: 3019, S570 iT4 Skid Steer Loader, MOTOR Engine# 8PN3114, Model Year 2024 ECCN# IE.NOCLASS.NOCLASS, CON SUS ACCESORIOS PARA SU NORMAL FUNCIONAMIENTO, Cant (1) UNIDADES (Item 3) Producto: MINICARGADOR FRONTAL, Marca: BOBCAT, Modelo: S570, Referencia: SIN REFERENCIA, Serial: B5N311783, Uso o destino: AGRICOLA, INDUSTRIAL, MINERO. //Item: M4111*6638514, PI: 3020, S570 iT4 Skid Steer Loader, MOTOR Engine# 8PN5055, Model Year 2024 ECCN# IE.NOCLASS.NOCLASS, CON SUS ACCESORIOS PARA SU NORMAL FUNCIONAMIENTO, Cant (1) UNIDADES (Item 4) Factura: 22006845 Fecha:2024-04-15 Producto: MINICARGADOR FRONTAL, Marca: BOBCAT, Modelo: S570, Referencia: SIN REFERENCIA, Serial: B5N311800, Uso o destino: AGRICOLA, INDUSTRIAL, MINERO. //Item: M4111*6638514, PI: 3025, S570 iT4 Skid Steer Loader, MOTOR Engine# 8PN4606, Model Year 2024 ECCN# IE.NOCLASS.NOCLASS, CON SUS ACCESORIOS PARA SU NORMAL FUNCIONAMIENTO, Cant (1) UNIDADES (Item 6) Producto: MINICARGADOR FRONTAL, Marca: BOBCAT, Modelo: S570, Referencia: SIN REFERENCIA, Serial: B5N311801, Uso o destino: AGRICULA, INDUSTRIAL, MINERO. //Item: M4111*6638514, PI: 3026, S570 iT4 Skid Steer Loader, MOTOR Engine# 8PN4568, Model Year 2024 ECCN# IE.NOCLASS.NOCLASS, CON SUS ACCESORIOS PARA SU NORMAL FUNCIONAMIENTO, Cant (1) UNIDADES (Item 7) Producto: MINICARGADOR FRONTAL, Marca: BOBCAT, Modelo: S570, Referencia: SIN REFERENCIA, Serial: B5N311802, Uso o destino: AGRICOLA, INDUSTRIAL, MINERO. //Item: M4111*6638514, PI: 3027, S570 iT4 Skid Steer Loader, MOTOR Engine# 8PN4586, Model Year 2024 ECCN# IE.NOCLASS.NOCLASS, CON SUS ACCESORIOS PARA SU NORMAL FUNCIONAMIENTO, Cant (1) UNIDADES (Item 8) Producto: MINICARGADOR FRONTAL, Marca: BOBCAT, Modelo: S570, Referencia: SIN REFERENCIA, Serial: B5N311798, Uso o destino: AGRICOLA, INDUSTRIAL, MINERO. //Item: M4111*6638514, PI: 3028, S570 iT4 Skid Steer Loader, MOTOR Engine# 8PN3120, Model Year 2024 ECCN# IE.NOCLASS.NOCLASS, CON SUS ACCESORIOS PARA SU NORMAL FUNCIONAMIENTO, Cant (1) UNIDADES (Item 9) Factura: 22006847 Fecha:2024-04-15 Producto: MINICARGADOR FRONTAL, Marca: BOBCAT, Modelo: S570, Referencia: SIN REFERENCIA, Serial: B5N311803, Uso o destino: AGRICOLA, INDUSTRIAL, MINERO. //Item: M4111*6638514, PI: 3021, S570 iT4 Skid Steer Loader, MOTOR Engine# 8PN4602, Model Year 2024 ECCN# IE.NOCLASS.NOCLASS, CON SUS ACCESORIOS PARA SU NORMAL FUNCIONAMIENTO, Cant (1) UNIDADES (Item 11) Producto: MINICARGADOR FRONTAL, Marca: BOBCAT, Modelo: S570, Referencia: SIN REFERENCIA, Serial: B5N311804, Uso o destino: AGRICOLA, INDUSTRIAL, MINERO. //Item: M4111*6638514, PI: 3022, S570 iT4 Skid Steer Loader, MOTOR Engine# 8PQ1390, Model Year 2024 ECCN# IE.NOCLASS.NOCLASS, CON SUS ACCESORIOS PARA SU NORMAL FUNCIONAMIENTO, Cant (1) UNIDADES (Item 12) Producto: MINICARGADOR FRONTAL, Marca: BOBCAT, Modelo: S570, Referencia: SIN REFERENCIA, Serial: B5N311805, Uso o destino: AGRICOLA, INDUSTRIAL, MINERO. //Item: M4111*6638514, PI: 3023, S570 iT4 Skid Steer Loader, MOTOR Engine# 8PQ1849, Model Year 2024 ECCN# IE.NOCLASS.NOCLASS, CON SUS ACCESORIOS PARA SU NORMAL FUNCIONAMIENTO, Cant (1) UNIDADES (Item 13) Producto: MINICARGADOR FRONTAL, Marca: BOBCAT, Modelo: S570, Referencia: SIN REFERENCIA, Serial: B5N311806, Uso o destino: AGRICOLA, INDUSTRIAL, MINERO. //Item: M4111*6638514, PI: 3024, S570 iT4 Skid Steer Loader, MOTOR Engine# 8PQ1864, Model Year 2024 ECCN# IE.NOCLASS.NOCLASS, CON SUS ACCESORIOS PARA SU NORMAL FUNCIONAMIENTO, Cant (1) UNIDADES (Item 14)XXXX

	FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	C-FR-SST-08 VERSIÓN 03 Pag 1 de 1 21//11/2024

NOMBRE	Alfonso Niño	IDENTIFICACIÓN	79598293
CARGO	Oficial		

FECHA	ELEMENTO ENTREGADO																OBSERVACIÓN	FIRMA TRABAJADOR
	CAMISA MANGA LARGA	PANTALON	CASCO DE SEGURIDAD	BOTAS DE MATERIAL	BOTAS DE CAUCHO	GAFAS DE SEGURIDAD CLARAS	GAFAS DE SEGURIDAD OSCURAS	GUANTES DE VAQUETA	GUANTE DE NITRILO	GUANTE DE CAUCHO	PROTECTOR AUDITIVO DESECHABLE	PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA	RESPIRADOR DESECHABLE	DOTACIÓN INVIERNO	OTRO			
21-04-25	X	X		X				X									—	

Powered by CamScanner

	FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	C-FR-SST-08 VERSIÓN 03 Pag 1 de 1 21/11/2024

NOMBRE	Mauricio Vasquez	IDENTIFICACIÓN	5979298
CARGO	Ayudante		

FECHA	ELEMENTO ENTREGADO																OBSERVACIÓN	FIRMA TRABAJADOR
	CAMISA MANGA LARGA	PANTALÓN	CASCO DE SEGURIDAD	BOTAS DE MATERIAL	BOTAS DE CAUCHO	GAFAS DE SEGURIDAD CLARAS	GAFAS DE SEGURIDAD OSCURAS	GUANTES DE VAQUETA	GUANTE DE NITRILO	GUANTE DE CAUCHO	PROTECTOR AUDITIVO DESECHABLE	PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA	RESPIRADOR DESECHABLE	DOTACIÓN INVIERNO	OTRO			
025-04-25	X	X		X				X									— o —	

Powered by CamScanner

	FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	C-FR-SST-08 VERSIÓN 03 Pag 1 de 1 21/11/2024

NOMBRE	Jesus Tapia	IDENTIFICACIÓN	1051584263
CARGO	Ayudante		

FECHA	ELEMENTO ENTREGADO																OBSERVACIÓN	FIRMA TRABAJADOR
	CAMISA MANGA LARGA	PANTALON	CASCO DE SEGURIDAD	BOTAS DE MATERIAL	BOTAS DE CAUCHO	GAFAS DE SEGURIDAD CLARAS	GAFAS DE SEGURIDAD OSCURAS	GUANTES DE VAQUETA	GUANTE DE NITRILO	GUANTE DE CAUCHO	PROTECTOR AUDITIVO DESECHABLE	PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA	RESPIRADOR DESECHABLE	DOTACIÓN INVIERNO	OTRO			
25-04-25	X	X		X				X									—	Jesus Tapia P.

Powered by CamScanner

272

	FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	CÓDIGO: FR-SST-08 VERSIÓN 03 Pag 1 de 1 21/11/2024

NOMBRE	Carlos Andres Castillo	IDENTIFICACIÓN	92 262 324
CARGO			

FECHA	ELEMENTO ENTREGADO																OBSERVACIÓN	FIRMA TRABAJADOR
	CAMISA MANGA LARGA	PANTALÓN	CASCO DE SEGURIDAD	BOTAS DE MATERIAL	BOTAS DE CAUCHO	GAFAS DE SEGURIDAD CLARAS	GAFAS DE SEGURIDAD OSCURAS	GUANTES DE VAQUETA	GUANTE DE NITRILO	GUANTE DE CAUCHO	PROTECTOR AUDITIVO DESECHABLE	PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA	RESPIRADOR DESECHABLE	DOTACIÓN INVIERNO	OTRO			
23-01-25	1	1															—	

Powered by CamScanner

	FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	C-FR-SST-08 VERSIÓN 03 Pag 1 de 1 21//11/2024

NOMBRE	Deiro Rubio Sanchez	IDENTIFICACIÓN	93363322
CARGO			

FECHA	ELEMENTO ENTREGADO																OBSERVACIÓN	FIRMA TRABAJADOR
	CAMISA MANGA LARGA	PANTALON	CASCO DE SEGURIDAD	BOTAS DE MATERIAL	BOTAS DE CAUCHO	GAFAS DE SEGURIDAD CLARAS	GAFAS DE SEGURIDAD OSCURAS	GUANTES DE VAQUETA	GUANTE DE NITRILO	GUANTE DE CAUCHO	PROTECTOR AUDITIVO DESECHABLE	PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA	RESPIRADOR DESECHABLE	DOTACIÓN INVIERNO	OTRO			
23-04-25	X	X																

Powered by CamScanner

	FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	C-FR-SST-08 VERSIÓN 03 Pag 1 de 1 21//11/2024

NOMBRE	Edilberto Padilla	IDENTIFICACIÓN	12.624.515
CARGO			

FECHA	ELEMENTO ENTREGADO																	OBSERVACIÓN	FIRMA TRABAJADOR
	CAMISA MANGA LARGA	PANTALON	CASCO DE SEGURIDAD	BOTAS DE MATERIAL	BOTAS DE CAUCHO	GAFAS DE SEGURIDAD CLARAS	GAFAS DE SEGURIDAD OSCURAS	GUANTES DE VAQUETA	GUANTE DE NITRILO	GUANTE DE CAUCHO	PROTECTOR AUDITIVO DESECHABLE	PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA	RESPIRADOR DESECHABLE	DOTACIÓN INVIERNO	OTRO				
25-04-25	X	X																—	Padilla Diaz

Powered by CamScanner

	FORMATO ENTREGA DE DOTACION Y EPP	C-FR-SST-08 VERSIÓN 03 Pag 1 de 1 21/11/2024

NOMBRE	Luis Moreno	IDENTIFICACION	1321 869
CARGO			

FECHA	ELEMENTO ENTREGADO																OBSERVACIÓN	FIRMA TRABAJADOR
	CAMISA MANGA LARGA	PANTALON	CASCO DE SEGURIDAD	BOTAS DE MATERIAL	BOTAS DE CAUCHO	GAFAS DE SEGURIDAD CLARAS	GAFAS DE SEGURIDAD OSCURAS	GUANTES DE VAQUETA	GUANTE DE NITRILO	GUANTE DE CAUCHO	PROTECTOR AUDITIVO DESECHABLE	PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA	RESPIRADOR DESECHABLE	DOTACIÓN INVIERNO	OTRO			
23-04-25	X	X															—	

96°

Powered by CamScanner

	FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	C-FR-SST-08 VERSIÓN 03 Pag 1 de 1 21/11/2024

NOMBRE	Delmiro Sarmiento	IDENTIFICACION	93421903
CARGO	Oficial		

FECHA	ELEMENTO ENTREGADO																	OBSERVACIÓN	FIRMA TRABAJADOR
	CAMISA MANGA LARGA	PANTALON	CASCO DE SEGURIDAD	BOTAS DE MATERIAL	BOTAS DE CAUCHO	GAFAS DE SEGURIDAD CLARAS	GAFAS DE SEGURIDAD OSCURAS	GUANTES DE VAQUETA	GUANTE DE NITRILO	GUANTE DE CAUCHO	PROTECTOR AUDITIVO DESECHABLE	PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA	DISFRAZADOR DESECHABLE	DOTACIÓN INVIERNO				
19-02-25		X				X		X											
11-06-25							X				X								
25-04-25								X											

Powered by CamScanner

	FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	C-FR-SST-08 VERSIÓN 03 Pag 1 de 1 21/11/2024

NOMBRE	Jaime Mora	IDENTIFICACION	80 268 734
CARGO	Oficial		

FECHA	ELEMENTO ENTREGADO																OBSERVACIÓN	FIRMA TRABAJADOR
	CAMISA MANGA LARGA	PANTALON	CASCO DE SEGURIDAD	BOTAS DE MATERIAL	BOTAS DE CAUCHO	GAFAS DE SEGURIDAD CLARAS	GAFAS DE SEGURIDAD OSCURAS	GUANTES DE VAQUETA	GUANTE DE NITRILO	GUANTE DE CAUCHO	PROTECTOR AUDITIVO DESECHABLE	PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA	RESPIRADOR DESECHABLE	DOTACIÓN INVIERNO	OTRO			
14-02-2025						X		X	X									
01-04-25							X	X			X							
10-04-25								X										

Powered by CamScanner

	FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	CAFR-SST-08 VERSIÓN 03 Pag 1 de 1 21/11/2024

NOMBRE	Oscar Vega	IDENTIFICACIÓN	12 204 758
CARGO	Oficial		

FECHA	ELEMENTO ENTREGADO																OBSERVACIÓN	FIRMA TRABAJADOR
	CAMISA MANGA LARGA	CAMISETA/CAMISA	CASCO DE SEGURIDAD	GAFAS DE MATERIAL	GAFAS DE CAUCHO	GAFAS DE SEGURIDAD CLARAS	GAFAS DE SEGURIDAD OSCURAS	GUANTES DE VAQUETA	GUANTE DE NITRILO	GUANTE DE CAUCHO	PROTECCIÓN AUDITIVA DESECHABLE	PROTECCIÓN AUDITIVA TIPO COPA	RESPIRADOR DESECHABLE	DOTACIÓN INVIERNO	OTRO			
19-01-15 02-04-15	X	X		X				X			X		X					Oscar Vega A.

Powered by CamScanner

	FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	C-FR-SST-08 VERSIÓN 03 Pag 1 de 1 21/11/2024

NOMBRE	Alfonso Muñoz	IDENTIFICACION	80 033 371
CARGO	aprud		

FECHA	ELEMENTO ENTREGADO																	OBSERVACIÓN	FIRMA TRABAJADOR
	CAMISA MANGA LARGA	CAMISETA	CASCO DE SEGURIDAD	BOTAS DE MATERIAL	BOTAS DE CAUCHO	GAFAS DE SEGURIDAD CLARAS	GAFAS DE SEGURIDAD OSCURAS	GUANTES DE VAQUETA	GUANTES DE NITRILO	GUANTES DE CUERO	CHALECO REFLECTIVO	PANTALON REFLECTIVO	VALLA CINTA REFLECTIVA	PROTECTOR AUDITIVO	IMPERMEABLE	DOTACIÓN INVIERNO	OTRO		
14-02-25		X				X		X										———	• CAMISA MANGA LARGA
24-04-25						X		X			X							———	• CHALECO REFLECTIVO

Powered by CamScanner

	FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	C-FR-SST-08 VERSIÓN 03 Pag 1 de 1 21/11/2024

NOMBRE	Juan Gomez	IDENTIFICACION	1968355
CARGO	Oficial.		

FECHA	ELEMENTO ENTREGADO																OBSERVACIÓN	FIRMA TRABAJADOR
	BOTAS PARA SOLDADOR	PANTALON	CASCO DE SEGURIDAD	BOTAS DE MATERIAL	BOTAS DE CAUCHO	GAFAS DE SEGURIDAD CLARAS	GAFAS DE SEGURIDAD OSCURAS	CHAQUETA DE VAQUETA	GUANTE DE NITRILO	GUANTE DE CAUCHO	PROTECTOR AUDITIVO INCOLORO	PROTECTOR AUDITIVO MACHOS	RESPIRADOR DESECHABLE	DIADEMA NO METALICA	OTRO			
16-02-23	X								X		X		X					
17-04-23						X		X										
08-04-25								X		X								

Powered by CamScanner

	FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	C-FR-SST-08 VERSIÓN 03 Pag 1 de 1 21/11/2024

NOMBRE	[illegible]	IDENTIFICACIÓN	1152300
CARGO	[illegible]		

FECHA	ELEMENTO ENTREGADO																	OBSERVACIÓN	FIRMA TRABAJADOR
	CAMISA MANGA LARGA	CAMISETA	CASCO DE SEGURIDAD	GAFAS DE MATERIAL	BOTAS DE CAUCHO	GAFAS DE SEGURIDAD CLARAS	GAFAS DE SEGURIDAD OSCURAS	GUANTES DE VAQUETA	GUANTE DE NITRILO	GUANTE DE CARNAZA	PROTECCIÓN AUDITIVA DESECHABLE	PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA	RESPIRADOR DESECHABLE	DOTACIÓN INVIERNO	OTRO				
10-01-25	X								X				X						
17-01-25									X										
15-01-25						X		X											
12-02-25								X		X									

Powered by CamScanner

	FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	C-FR-SST-08 VERSIÓN 03 Pag 1 de 1 21/11/2024

NOMBRE	Juan Carlos Arnisc.	IDENTIFICACIÓN	1132824
CARGO	Aguadero		

FECHA	ELEMENTO ENTREGADO																OBSERVACIÓN	FIRMA TRABAJADOR
	CAMISA MANGA LARGA	PANTALON	CASCO DE SEGURIDAD	BOTAS DE MATERIAL	BOTAS DE CAUCHO	GAFAS DE SEGURIDAD CLARAS	GAFAS DE SEGURIDAD OSCURAS	GUANTES DE VAQUETA	GUANTE DE NITRILO	GUANTE DE CAUCHO	PROTECTOR AUDITIVO DESECHABLE	PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA	RESPIRADOR DESECHABLE	DOTACIÓN INVIERNO	OTRO			
27-03-25	X	X		X		X		X			X		X				—	Juan Carlos Garnica
02-09-25						X		X			X		X				—	Juan Carlos Garnica
10-04-25																	—	Juan Carlos Garnica

Powered by CamScanner

	FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	C-FR-SST-08 VERSIÓN 03 Pag 1 de 1 21/11/2024

NOMBRE	Dolcelys 1553TK	IDENTIFICACIÓN	1002455910 2
CARGO	Oficial plomero		

FECHA	ELEMENTO ENTREGADO																OBSERVACIÓN	FIRMA TRABAJADOR
	CAMISA MANGA LARGA	PANTALON	CASCO DE SEGURIDAD	BOTAS DE MATERIAL	BOTAS DE CAUCHO	GAFAS DE SEGURIDAD CLARAS	GAFAS DE SEGURIDAD OSCURAS	GUANTES DE VAQUETA	GUANTE DE NITRILO	GUANTE DE CAUCHO	PROTECTOR AUDITIVO DESECHABLE	PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA	RESPIRADOR DESECHABLE	DOTACIÓN INVIERNO	OTRO			
02-05-25	X	X		X														
09-04-25							X	X			X							
11-04-25																		

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

	FORMATO ENTREGA DE DOTACION Y EPP	C-FR-SST-08 VERSIÓN 03 Pag 1 de 1 21/11/2024

NOMBRE		CEDULA	1043223584
CARGO			

FECHA	ELEMENTO ENTREGADO																OBSERVACIÓN	FIRMA TRABAJADOR
	CAMISA MANGA LARGA	PANTALON	CASCO DE SEGURIDAD	BOTAS DE MATERIAL	BOTAS DE CAUCHO	GAFAS DE SEGURIDAD CLARAS	GAFAS DE SEGURIDAD OSCURAS	CHANCHES DE VAQUETA	GUANTE DE NITRILO	GUANTE DE CAUCHO	PROTECTOR AUDITIVO DESECHABLE	PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA	RESPIRADOR DESECHABLE	DOTACIÓN INVIERNO	OTRO			
3-Feb-25	X	X		X		X						X					— o —	

Powered by CamScanner

	FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	C-FR-SST-08 VERSIÓN 03 Pag 1 de 1 21//11/2024

NOMBRE	Orlando Fer Fer	IDENTIFICACIÓN	10120157
CARGO	Obrero		

FECHA	ELEMENTO ENTREGADO																OBSERVACIÓN	FIRMA TRABAJADOR
	CAMISA MANGA LARGA	PANTALON	CASCO DE SEGURIDAD	BOTAS DE MATERIAL	BOTAS DE CAUCHO	GAFAS DE SEGURIDAD CLARAS	GAFAS DE SEGURIDAD OSCURAS	GUANTES DE VAQUETA	GUANTE DE NITRILO	GUANTE DE CAUCHO	PROTECTOR AUDITIVO DESECHABLE	PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA	RESPIRADOR DESECHABLE	DOTACIÓN INVIERNO	OTRO			
02-04-25	X	X				X					X							
11-04-25				X						X					X		— Rodilleras	

Powered by CamScanner

	FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	C-FR-SST-08 VERSIÓN 03 Pag 1 de 1 21/11/2024

NOMBRE	Luis Quintero	IDENTIFICACION	80453101
CARGO	Maestro		

FECHA	ELEMENTO ENTREGADO																OBSERVACIÓN	FIRMA TRABAJADOR
	CAMISA MANGA LARGA	PANTALON	CASCO DE SEGURIDAD	BOTAS DE MATERIAL	BOTAS DE CAUCHO	GAFAS DE SEGURIDAD CLARAS	GAFAS DE SEGURIDAD OSCURAS	GUANTES DE VAQUETA	GUANTE DE NITRILO	GUANTE DE CAUCHO	PROTECTOR AUDITIVO DESECHABLE	PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA	RESPIRADOR DESECHABLE	DOTACIÓN INVIERNO	OTRO			
15-04-25							X	X									—	

Powered by CamScanner

	FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	C-FR-SST-08 VERSIÓN 03 Pag 1 de 1 21/11/2024

NOMBRE	Esteban Hurtado	IDENTIFICACIÓN	1030679786
CARGO	Ayudante		

FECHA	ELEMENTO ENTREGADO																OBSERVACIÓN	FIRMA TRABAJADOR
	CAMISA MANGA LARGA	PANTALON	CASCO DE SEGURIDAD	BOTAS DE MATERIAL	BOTAS DE CAUCHO	GAFAS DE SEGURIDAD CLARAS	GAFAS DE SEGURIDAD OSCURAS	GUANTES DE VAQUETA	GUANTE DE NITRILO	GUANTE DE CAUCHO	PROTECTOR AUDITIVO DESECHABLE	PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA	RESPIRADOR DESECHABLE	DOTACIÓN INVIERNO	OTRO			
15-04-25							X										—	

Powered by CamScanner

	FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	C-FR-SST-08 VERSIÓN 03 Pag 1 de 1 21/11/2024

NOMBRE	Kevin Acosta	IDENTIFICACIÓN	1073932965
CARGO	Ayudante		

FECHA	ELEMENTO ENTREGADO																	OBSERVACIÓN	FIRMA TRABAJADOR
	CAMISA MANGA LARGA	PANTALON	CASCO DE SEGURIDAD	BOTAS DE MATERIAL	BOTAS DE CAUCHO	GAFAS DE SEGURIDAD CLARAS	GAFAS DE SEGURIDAD OSCURAS	GUANTES DE VAQUETA	GUANTE DE NITRILO	GUANTE DE CAUCHO	PROTECTOR AUDITIVO DESECHABLE	PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA	RESPIRADOR DESECHABLE	DOTACIÓN INVIERNO	OTRO				
06-12-23								X		X								— — —	Kevin Acosta Barrios
15-12-23							X												Kevin Acosta Barrios

Powered by CamScanner

	FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	C-FR-SST-08 VERSIÓN 03 Pag 1 de 1 21/11/2024

NOMBRE	Orlando Florian	IDENTIFICACIÓN	1085 274525
CARGO	Ayudante		

FECHA	ELEMENTO ENTREGADO																OBSERVACIÓN	FIRMA TRABAJADOR
	CAMISA MANGA LARGA	PANTALÓN	CASCO DE SEGURIDAD	BOTAS DE MATERIAL	BOTAS DE CAUCHO	GAFAS DE SEGURIDAD CLARAS	GAFAS DE SEGURIDAD OSCURAS	GUANTES DE VAQUETA	GUANTE DE NITRILO	GUANTE DE CAUCHO	PROTECTOR AUDITIVO DESECHABLE	PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA	RESPIRADOR DESECHABLE	DOTACIÓN INVIERNO	OTRO			
17-09-25	X	X		X		X		X			X						—	Orlando J. Acosta

Powered by CamScanner

	FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	C-FR-SST-08 VERSIÓN 03 Pag 1 de 1 21/11/2024

NOMBRE	Sebastian Ospina	IDENTIFICACIÓN	1053934835
CARGO	Oficial.		

FECHA	ELEMENTO ENTREGADO																	OBSERVACIÓN	FIRMA TRABAJADOR
	CAMISA MANGA LARGA	PANTALÓN	CASCO DE SEGURIDAD	BOTAS DE MATERIAL	BOTAS DE CAUCHO	GAFAS DE SEGURIDAD CLARAS	GAFAS DE SEGURIDAD OSCURAS	GUANTES DE VAQUETA	GUANTE DE NITRILO	GUANTE DE CAUCHO	PROTECTOR AUDITIVO DESECHABLE	PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA	RESPIRADOR DESECHABLE	DOTACIÓN INVIERNO	OTRO				
1-09-25	X	X				X				X					X	Rodilleras			
01-04-25				X															

Powered by CamScanner

P.B

	FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	C-FR-SST-08 VERSIÓN 03 Pag 1 de 1 21/11/2024

NOMBRE	Andres Leonardo Suarez	IDENTIFICACIÓN	1012139919
CARGO	Oficial		

FECHA	ELEMENTO ENTREGADO																OBSERVACIÓN	FIRMA TRABAJADOR
	CAMISA MANGA LARGA	PANTALON	CASCO DE SEGURIDAD	BOTAS DE MATERIAL	BOTAS DE CAUCHO	GAFAS DE SEGURIDAD CLARAS	GAFAS DE SEGURIDAD OSCURAS	GUANTES DE VAQUETA	GUANTE DE NITRILO	GUANTE DE CAUCHO	PROTECTOR AUDITIVO DESECHABLE	PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA	RESPIRADOR DESECHABLE	DOTACIÓN INVIERNO	OTRO			
18-03-24	X	X				X		X										Andres Suarez
07-08-25				X														Andres Suarez
11-04-25										X								Andres Suarez

Powered by CamScanner

D B.

	FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	C-F-SST-08 VERSIÓN 03 Pag 1 de 1 21/11/2024

NOMBRE	Oliver Cabrejo	IDENTIFICACIÓN	80 196 612
CARGO	Civil		

FECHA	ELEMENTO ENTREGADO																OBSERVACIÓN	FIRMA TRABAJADOR
	CAMISA MANGA LARGA	PANTALÓN	CASCO DE SEGURIDAD	BOTAS DE MATERIAL	BOTAS DE CAUCHO	GAFAS DE SEGURIDAD CLARAS	GAFAS DE SEGURIDAD OSCURAS	GUANTES DE VAQUETA	GUANTE DE NITRILO	GUANTE DE CAUCHO	PROTECTOR AUDITIVO DESECHABLE	PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA	RESPIRADOR DESECHABLE	DOTACIÓN INVIERNO	OTRO			
15-03-24	X	X				X		X		X							—	
03-04-24				X													—	
11-04-24										X							—	

Powered by CamScanner

	FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	C-FR-SST-08 VERSIÓN 03 Pag 1 de 1 21/11/2024

NOMBRE	Emiliano Camargo	IDENTIFICACIÓN	4118907
CARGO	Maestro		

FECHA	ELEMENTO ENTREGADO															OBSERVACIÓN	FIRMA TRABAJADOR
	CAMISA MANGA LARGA	PANTALON	CASCO DE SEGURIDAD	BOTAS DE MATERIAL	BOTAS DE CAUCHO	GAFAS DE SEGURIDAD CLARAS	GAFAS DE SEGURIDAD OSCURAS	GUANTES DE VAQUETA	GUANTE DE NITRILO	GUANTE DE CAUCHO	PROTECTOR AUDITIVO DESECHABLE	PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA	RESPIRADOR DESECHABLE	DOTACIÓN INVIERNO	OTRO		
13-03-25		X				X		X									
19-03-25	X	X		X													
03-04-25							X	X			X						

Powered by CamScanner

	FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	C-FR-SST-08 VERSIÓN 03 Pag 1 de 1 21/11/2024

NOMBRE		IDENTIFICACIÓN	
CARGO			

FECHA	ELEMENTO ENTREGADO																	OBSERVACIÓN	FIRMA TRABAJADOR
	CAMISA MANGA LARGA	PANTALON	CASCO DE SEGURIDAD	BOTAS DE MATERIAL	BOTAS DE CAUCHO	GAFAS DE SEGURIDAD CLARAS	GAFAS DE SEGURIDAD OSCURAS	GUANTES DE VAQUETA	GUANTE DE NITRILO	GUANTE DE CAUCHO	PROTECTOR AUDITIVO DESECHABLE	PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA	RESPIRADOR DESECHABLE	DOTACIÓN INVIERNO	OTRO		
	X	X				X		X											38
						X		X											
								X											

Powered by CamScanner

	FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	CÓDIGO: FR-SST-08 VERSIÓN: 03 Pag 1 de 1 21/01/2024

NOMBRE:		IDENTIFICACIÓN:	
CARGO:			

FECHA	ELEMENTO ENTREGADO															OBSERVACIÓN	FIRMA TRABAJADOR
	CAMISA MANGA LARGA	PANTALÓN	CASCO DE SEGURIDAD	BOTAS DE MATERIAL	BOTAS DE CAUCHO	GAFAS DE SEGURIDAD CLARAS	GAFAS DE SEGURIDAD OSCURAS	GUANTES DE VAQUETA	GUANTE DE NITRILO	GUANTE DE CAUCHO	PROTECTOR AUDITIVO DESECHABLE	PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA	RESPIRADOR DESECHABLE	DOTACIÓN INVIERNO	OTRO		

Powered by CamScanner

	FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	C-FR-SST-08 VERSIÓN 03 Pag 1 de 1 21/11/2024

NOMBRE	Jaider camargo	IDENTIFICACIÓN	80858662
CARGO	Oficial		

FECHA	ELEMENTO ENTREGADO																OBSERVACIÓN	FIRMA TRABAJADOR
	CAMISA MANGA LARGA	PANTALON	CASCO DE SEGURIDAD	BOTAS DE MATERIAL	BOTAS DE CAUCHO	GAFAS DE SEGURIDAD CLARAS	GAFAS DE SEGURIDAD OSCURAS	GUANTES DE VAQUETA	GUANTE DE NITRILO	GUANTE DE CAUCHO	PROTECTOR AUDITIVO DESECHABLE	PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA	RESPIRADOR DESECHABLE	DOTACIÓN INVIERNO	OTRO			
11-03-25											X						—	
13-03-25						X		X									—	36.7
14-03-25	X	X															—	
18-03-25				X													—	
12-04-2025						X		X									—	

Powered by CamScanner

	FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	C-FR-SST-08 VERSIÓN 03 Pag 1 de 1 21/11/2024

NOMBRE	Saul Gomez	IDENTIFICACION	80435393
CARGO	Oficial		

FECHA	ELEMENTO ENTREGADO																	OBSERVACIÓN	FIRMA TRABAJADOR
	CAMISA MANGA LARGA	PANTALON	CASCO DE SEGURIDAD	BOTAS DE MATERIAL	BOTAS DE CAUCHO	GAFAS DE SEGURIDAD CLARAS	GAFAS DE SEGURIDAD OSCURAS	GUANTES DE VAQUETA	GUANTE DE NITRILO	GUANTE DE CAUCHO	PROTECTOR AUDITIVO DESECHABLE	PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA	RESPIRADOR DESECHABLE	DOTACIÓN INVIERNO	OTRO				
2002-25	X	X	X	X				X	X		X								
1-09-25									X										
11-09-25						X													

Powered by CamScanner

	FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	C-FR-SST-08 VERSIÓN 03 Pag 1 de 1 21/11/2024

NOMBRE		IDENTIFICACIÓN	
CARGO			

FECHA	ELEMENTO ENTREGADO															OBSERVACIÓN	FIRMA TRABAJADOR
	CAMISA MANGA LARGA	PANTALÓN	CASCO DE SEGURIDAD	BOTAS DE MATERIAL	BOTAS DE CAUCHO	GAFAS DE SEGURIDAD CLARAS	GAFAS DE SEGURIDAD OSCURAS	GUANTES DE VAQUETA	GUANTE DE NITRILO	GUANTE DE CAUCHO	PROTECTOR AUDITIVO DESECHABLE	PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA	RESPIRADOR DESECHABLE	DOTACIÓN INVIERNO	OTRO		

Powered by CamScanner

	PLAN DE TRABAJO SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CSZC-PLN-SST-01 VERSIÓN: 02 PAG.1 DE 1 2024/11/24

OBJETIVOS DEL PLAN DE TRABAJO: Definir
actividades encaminadas a la ejecución del SGSST
Establecer los recursos para la ejecución de las actividades del Plan de Trabajo.

Vigencia

1

PROGRAMA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	Nov-24		Dic-24		Jan-25		Feb-25		Mar-25		Apr-25		May-25		Jun-25		Jul-25	
			P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E
CAPACITACIONES	Divulgación de Reglamento de Higiene y Seguridad	ÁREA SST	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1		1	
	Divulgación de Política SST, Compromiso de consumo de SPA	ÁREA SST	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1		1	
	Inducción, Actualización de Riesgos	ÁREA SST	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1		1	
	Realización de cuarto aplazo	ÁREA SST									1	N.A	1	N.A	1		1			
	Pausas Ecológicas	ÁREA SST									1	1								
	Riesgo biológico	ÁREA SST											1	1						
	Riesgo Físico	ÁREA SST													1					
	Riesgo Químico	ÁREA SST															1			
	Riesgo Psicosocial	ÁREA SST																	1	
	Riesgo Biomecánico	ÁREA SST																		
	Riesgo condiciones de seguridad	ÁREA SST																		
	Riesgo Fenómenos Naturales	ÁREA SST																		
	Disposición de residuales: ordinarios y peligrosos	ÁREA SST																		
	Consumo de Alcohol, SPA, Tabaco, Cigarrillos y Bebidas	ÁREA SST																		
	Pausas activas laborales	ÁREA SST																		
	Higiene Postural, Manejo de cargas	ÁREA SST																		
	Capacitación: "Prevención de Formas disciplinarias y disciplinarias / Acoso laboral, normas relacionadas, cuando debe acudir al departamento encargado, respeto, cuidado de la salud emocional y personal), acoso en vías y formas laborales	ÁREA SST													1					
	Salud Publica / Exámenes de Ingreso Caracterización	ÁREA SST															1			
	Autocuidado / Estilos de vida / Estructura corporal / Manejo de Corporativos	ÁREA SST																	1	
	Comunicación asertiva / Manejo de estrés	ÁREA SST																		
	Resolución de conflictos y relaciones personales (habilidades para la Dirección y coordinación de personal como resolución y manejo de conflictos, comunicación asertiva, administración efectiva del tiempo y cómo ser equipo trabajando)	ÁREA SST																		
	Diversidad, inclusión y tolerancia - Inducción de actualización / Manejo preventivo, seguridad vial y funcionamiento del vehículo	ÁREA SST																		
	Condiciones de seguridad en manipulación - ARL / Trabajo en alturas, Espacios confinados / cargue / trabajos con herramientas de fuerza, Encuentros bajo los cargos	ÁREA SST					1	1												
	Cuidado de manos, manejo de herramientas	ÁREA SST																		
	Uso adecuado de EPP	ÁREA SST																		
	Ingreso de emergencia / Primeros auxilios / Manejo y control de incendios	ÁREA SST																		
	Plan de emergencia y evacuación	ÁREA SST																	1	
	Uso eficiente y ahorro de energía y agua	ÁREA SST																		
	Uso R.P.E (Portátil, Pechito, Pinzacara, Auditivo, Respirador) y Orden y limpieza	ÁREA SST																		
	Riesgo no cubiertos viales, tránsito	ÁREA SST																		
	Incapacidad de accidentes accidentales (cuando aplique)	ÁREA SST	1		1		1		1		1	N.A	1	N.A	1		1		1	
	TOTAL ACTIVIDADES		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	PORCENTAJE		100%		100%		100%		100%		100%		100%		0%		0%		0%	

	RESPONSABLE	Nov-24		Dic-24		Jan-25		Feb-25		Mar-25		Apr-25		May-25		Jun-25		Jul-25	
		P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E
REVISIÓN PERIÓDICAS	Revisiones periódicas: Trabajo en caliente	Área SST													1					
	Control de ruido laboral	Área SST															1			
	Riesgo Químico	Área SST																		
	Accidentalidad, etc	Área SST																		
	Trabajo en áreas de trabajo	Área SST																		
	Riesgo locativo (cuando aplique)	Área SST	1		1		1		1		1	N.A	1	N.A	1		1		1	
	TOTAL ACTIVIDADES		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	PORCENTAJE		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%	

	RESPONSABLE	Nov-24		Dic-24		Jan-25		Feb-25		Mar-25		Apr-25		May-25		Jun-25		Jul-25	
		P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E
INSPECCIONES PLANEADAS	Inspección general de áreas (operación de oficina y área de trabajo y Puestos (operación y seguridad de extintores (semanal)	ÁREA SST/COPASST													1					
	Inspección de los Botiquines	ÁREA SST/COPASST															1			
	Inspección ambiental	ÁREA SST/COPASST																	1	
	Entrega de EPP	ÁREA SST/COPASST	1	1	10	9	11	10	24	24										
	Inspección de Botiquín	ÁREA SST/COPASST																		
	Inspección de Extintores	ÁREA SST/COPASST																		
	Inspección de Señalización	ÁREA SST/COPASST			1	1	1	1	1	1	1	1								
	Inspección Cargue	ÁREA SST/COPASST																		
	Inspección uso de EPP	ÁREA SST/COPASST																		
	Lista de Chequeo Inspección SST	ÁREA SST																		
	Inspección de Extintores	ÁREA SST/COPASST													1					
	Verificación preventiva/mantenimiento de maquinaria cargue en vehículo	ÁREA SST/COPASST															1			

301



| | | |

		RESPONSABLE	Nov-20		Dic-20		Jan-21		Feb-21		Mar-21		Apr-21		May-21		Jun-21		Jul-21	
PSICOSOCIAL	Charla Hábitos de sueño	ÁREA SST																	1	
	Charla socio Riesgo Financiero	ÁREA SST											1	1						
	Charla socio sobre Salud	ÁREA SST																		
	Charla socio Resolución de conflictos	ÁREA SST																		
	Reunión del comité de Copasst	ÁREA SST COPASST	1		1		1	1	1	1	1	1	1	1	1		1		1	
	Reunión del comité de convivencia	ÁREA SST COL	1		1		1	1	1	1	1	1	1		1		1		1	
	TOTAL ACTIVIDADES		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	PORCENTAJE		0%		0%		100%		100%		100%		67%		0%		0%		0%	
		RESPONSABLE	Nov-20		Dic-20		Jan-21		Feb-21		Mar-21		Apr-21		May-21		Jun-21		Jul-21	
CONDICIONES DE SALUD	Charla de cambio de vida saludable	ÁREA SST																		
	Seguimiento pausas de trabajador a condiciones salud	ÁREA SST							1	1										
	Charla de Prevención de Fármaco dependencia y Alcoholismo	ÁREA SST											1	1	1					
	TOTAL ACTIVIDADES		0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0
	PORCENTAJE		#¡DIV/0!		#¡DIV/0!		#¡DIV/0!		100%		#¡DIV/0!		100%		0%		#¡DIV/0!		#¡DIV/0!	
		RESPONSABLE	Nov-20		Dic-20		Jan-21		Feb-21		Mar-21		Apr-21		May-21		Jun-21		Jul-21	
BIOLOGICO	Medidas laborales de prevención de enfermedades respiratorias	ÁREA SST															1			
	Higiene de manos	ÁREA SST											1	1					1	
	Uso y cuidado de lentes de contacto	ÁREA SST																		
	TOTAL ACTIVIDADES		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	PORCENTAJE		#¡DIV/0!		#¡DIV/0!		#¡DIV/0!		0%		0%		0%		0%		0%		100%	
		RESPONSABLE	Nov-20		Dic-20		Jan-21		Feb-21		Mar-21		Apr-21		May-21		Jun-21		Jul-21	
FISICO Y QUIMICO	Identificar, de manera visible los diferentes riesgos de trabajo (mecánico, eléctrico y ergonómico)	ÁREA SST					1	1	1	1	1	1	1	1	1		1		1	
	Identificar, de manera visible los sitios de almacenamiento de productos químicos, especialmente líquidos de acción corrosiva/ácidos, alcalinos, tóxicos e inflamables realizando	ÁREA SST					1	1	1	1	1	1	1	1	1		1		1	
	Identificar los procedimientos de seguridad y atención de emergencias	ÁREA SST					1	1	1	1	1	1	1	1	1		1		1	
	TOTAL ACTIVIDADES		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	PORCENTAJE		#¡DIV/0!		#¡DIV/0!		100%		100%		0%		100%		0%		0%		0%	
		RESPONSABLE	Nov-20		Dic-20		Jan-21		Feb-21		Mar-21		Apr-21		May-21		Jun-21		Jul-21	
SST	Actualización matriz IPEVR	ÁREA SST													1					
	Actualizar el panorama de riesgos actual	ÁREA SST															1			
	Seguimiento diagnóstico de condiciones de salud en los empleados, virus	ÁREA SST																	1	
	Condiciones ambientales (ruido) de nuestro	ÁREA SST																		
	Plan de emergencia	ÁREA SST																		
	Organización y conformación de brigadas de emergencias	ÁREA SST																		
	Difusión de trabajadores sus ARL, EPS y AFP	ÁREA SST	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1		1	
	Realizar exámenes médicos, clínicos y paraclínicos de ingreso, periódicos, post incapacidad y egreso	ÁREA SST	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1		1	
	Controlar las recomendaciones y restricciones de los exámenes médicos ofrecer paraclínicos de ingreso y periódicos	ÁREA SST	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1		1	
	Preparar y capacitar ante emergencias (simulacro) y comunidad y vecindarios periódicos	ÁREA SST																		
	Ejecución, análisis de la encuesta de actividades (cierre)	ÁREA SST													1					
	Seguimiento a las investigaciones de AT y EL (cuadro actual)	ÁREA SST															1			
	Vacunas gammaglobulina con el cuadro y EESS (cuadro actual)	ÁREA SST																	1	
	Seguimiento y actualización y formato y mapa de seguridad de productos químicos	ÁREA SST																		
	Seguimiento ante exposición de sustancias químicas	ÁREA SST																		
	TOTAL ACTIVIDADES		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	PORCENTAJE		100%		100%		100%		100%		100%		100%		0%		0%		0%	
	TOTAL ACTIVIDADES SST		4	3	4	3	4	4	5	5	4	4	5	4	5	2	5	3	5	3
	ACTIVIDADES NO REALIZADAS	La Alta Gerencia y demás cargos a brindar los recursos físicos, tecnológicos, económicos, de calidad humana y humanos para la consecución y desarrollo del plan de trabajo. Asesoría al tiempo establecido.																		

Firma contratista SST

Nombre - Residente SST : WILLIAM EDUARDO SEGURA GARCIA

ELABORÓ

Firma Representante legal

Nombre Representante legal: Willy Patrick Beltrán Salazar

APROBÓ

OBJETIVO/META	DEFINICIÓN	LÍMITE	CALCULO	FUENTE DE INFORMACIÓN	FRECUENCIA
Verificar el cumplimiento en un 100% de inspecciones y capacitaciones programadas.	Ejecución del Plan de capacitación en SST	Cumplir en un 80% las actividades por cada programa de gestión del plan de administración.	N° de capacitaciones ejecutadas/ N° de capacitaciones planeadas *100	Programa de capacitaciones anual.	Anualmente
	Ejecución de las inspecciones de seguridad	Cumplir en un 100% las inspecciones programadas en el periodo.	N° de inspecciones ejecutadas /N° de inspecciones planeadas *100	Cronograma de inspecciones	Anualmente
Verificar el cumplimiento en un 100% de inspecciones y capacitaciones programadas.	Cumplimiento de cronogramas de mantenimiento de equipos e instalaciones	Cumplir en un 100% las actividades de mantenimiento de los equipos e instalaciones.	N° de actividades cumplidas/ N° de actividades programadas	Cronogramas de mantenimiento de equipos e instalaciones	Anualmente
	Cumplimiento del plan de trabajo anual de SST y su cronograma.	Se cumple con el 90% de los ítems que contiene el Decreto 1072 del 2015.	Actividades gestionadas del plan de trabajo /Total de actividades planeadas en el plan de trabajo * 100	Cronograma Plan de trabajo	Anualmente

CONTROL DE ASISTENCIA

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

FECHA:	Abril 25	HORA INICIO:	—	HORA FIN:	—
LUGAR:	Parque Contrato 1060 - 2024.				
TEMAS:	Notificación de Riesgo al cargo, Reglamentos Hsyde Trabajo, Políticas de Seguridad Industrial y de Alcoholismo. - INDUCCION ABril				
INSTRUCTOR Y CARGO:	William Eduardo Segura G.				
FIRMA DEL INSTRUCTOR:					
OBJETIVO:	Realizar una inducción al personal donde se les muestre los Riesgos.				

ACTIVIDAD	
INDUCCIÓN	X
REINDUCCIÓN	
REUNIÓN	
CAPACITACIÓN	
OTRA	

PARTICIPANTES

No.	NOMBRE COMPLETO	CARGO	FIRMA
1	Jhon Sebastian Orozco Fierro	Oficial	
2	Jhon Angel	Auxiliar	
3	Felipe [illegible]	Oficial	
4	Yoseph [illegible]	Ayudante	
5	[illegible]	Aux	
6	[illegible]	Aux	
	[illegible]	Maestro	
8	[illegible]	Ayudante	
9	[illegible]	Oficial	
10	[illegible]	Oficial	
11	[illegible]	ayudante	
12	[illegible]	Oficial	
13	[illegible]	oficial	
14	[illegible]	oficial	
15	[illegible]	Oficial	
16	[illegible]	Oficial	
17	[illegible]	Ayudante	

OBSERVACIONES: Jose [illegible] ayudante Jhon - Jose los cinco

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

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

FECHA:	1 Nov 25	HORA INICIO:	6 am	HORA FIN:	8:15 am	ACTIVIDAD	
LUGAR:	Parque Valles de Cotom					INDUCCIÓN	
TEMAS:	4 higiene de manos: Prevención sobre trasmisión de enfermedades gastrointestinales					REINDUCCIÓN	
						REUNIÓN	
						CAPACITACION	X
INSTRUCTOR Y CARGO:	Cristian Arango.					OTRA	
FIRMA DEL INSTRUCTOR:	Cristian Arango.						
OBJETIVO:	Identificar las enfermedades que pueden contraer por no realizar lavado de manos						

PARTICIPANTES

No.	NOMBRE COMPLETO	CARGO	FIRMA
1	Jaider camargo V.	oficial	
2	Luis Reyes	Aprendiz	
3	Pepe Camargo V.	Of	
4	Jeferson Sid Camargo	oficial	
5	Edwin Camargo	maestro	

OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

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

FECHA:	7 Nov/25	HORA INICIO:	9am	HORA FIN:	9:15am	ACTIVIDAD		
LUGAR:	Polaco de los deportes					INDUCCIÓN		
TEMAS:	Puntos ecologicos, Selección de Residuos en Obra					REINDUCCIÓN		
						REUNIÓN		
						CAPACITACION		
INSTRUCTOR Y CARGO:	Cristian Naranjo					OTRA		X
FIRMA DEL INSTRUCTOR:	Cristian Naranjo					Charla		
OBJETIVO:	Enseñar a diferenciar la forma de seleccionar material, residuos y desperdicios en Obra.							

PARTICIPANTES

No.	NOMBRE COMPLETO	CARGO	FIRMA
1	Jairo Castañeda C	Oficial	
2	Jorge Chico L.	Auxiliar	

OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

Country

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

FECHA:	8 Nov/25	HORA INICIO:	9 am	HORA FIN:	9:15 am	ACTIVIDAD	
LUGAR:	Parque Country.					INDUCCIÓN	
TEMAS:	Riesgo Biologico: Intoxicaciones por acumulación de aguas residuales generación de vectores.					REINDUCCIÓN	
						REUNIÓN	
						CAPACITACION	X
INSTRUCTOR Y CARGO:	Cristian Naranjo					OTRA	
FIRMA DEL INSTRUCTOR:	Cristian Naranjo.						
OBJETIVO:							

PARTICIPANTES

No.	NOMBRE COMPLETO	CARGO	FIRMA
1	Esteban Herrera	Auxiliar	
2	Karol Acosta Borja	Auxiliar	
3	Luis Quintero	Vigilante	
4	Juan Gomez	OP	

OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

Cantera

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

FECHA:	19 diciembre	HORA INICIO:	3 pm	HORA FIN:	3:45 pm	ACTIVIDAD	
LUGAR:	Cantera - Parque.					INDUCCIÓN	
TEMAS:	Orden y Aseo en frentes de Obra, Mantenimiento de Señalización, Respeto a los transeuntes en Obra.					REINDUCCIÓN	
						REUNIÓN	
						CAPACITACION	X
INSTRUCTOR Y CARGO:	Cristian Ramirez.					OTRA	
FIRMA DEL INSTRUCTOR:	Cristian Ramirez						
OBJETIVO:	Dar a conocer a los trabajadores, Partes sobre el cuidado de los respectivos elementos en Obra						

PARTICIPANTES

No.	NOMBRE COMPLETO	CARGO	FIRMA
1	[illegible]	[illegible]	
2	Kevin Acosta Baez	[illegible]	
3	Luis Cuentas	Maestro	
4	Juan Gomez	OP	

OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

CONTROL DE ASISTENCIA

FECHA: 12 Abril
LUGAR: Hato Canto
TEMAS: Normas de seguridad
INSTRUCTOR Y CARGO: Carlos Domingo
FIRMA DEL INSTRUCTOR:
OBJETIVO: Dar a conocer las normas de seguridad

PARTICIPANTES

No	NOMBRE COMPLETO	CARGO	FIRMA
1	Abad Cabrejo		
2	Andrés David Suárez Alfaro		
3	Orlando Forero		

OBSERVACIONES

Powered by CamScanner

CONTROL DE ASISTENCIA

FECHA:	14 Nov/24	HORA INICIO:	9am	HORA FIN:	9:45 am
LUGAR:	Preventivo.				
TEMA:	Higiene de Alimentos; Prevención Transmisión de Enfermedades.				
INSTRUCTOR Y CARGO:	Cristian Arango.				
FIRMA DEL INSTRUCTOR:	Cristian Arango.				
OBJETIVO:	Identificar las enfermedades que se pueden transmitir por no realizar Lavados de manos.				

ACTIVIDAD

INDUCCIÓN	
REINDUCCIÓN	
REUNIÓN	
CAPACITACIÓN	X
OTRA	

PARTICIPANTES

No.	NOMBRE COMPLETO	CARGO	FIRMA
1	Fabiro Serrato Ayo	oficial	
2	Jefferson Manuel Arteaga Echevarria	ayudante	Jefferson Arteaga
3	Orandis Florian Lobato ayoo	ayudante	Orandis Florian
4		OFICIAL	
5	Juan Carlos Garrido Bautista	Ayudante	Juan Carlos Garrido
6	Rualier Zuaza cuervo	oficial	

OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

CONTROL DE ASISTENCIA

FECHA:	15 Abril	HORA INICIO:	3 pm	HORA FIN:	3 6pm	ACTIVIDAD	
LUGAR:	P. Nacional					INDUCCIÓN	
TEMA:	Charla sobre Riesgo Psicosocial; Como afecta Nuestro entorno a la vida diaria y la vida laboral.					REINDUCCIÓN	
						REUNIÓN	
						CAPACITACIÓN	X
INSTRUCTOR Y CARGO:	Cristian Naranjo					OTRA	
FIRMA DEL INSTRUCTOR:	Cristian Naranjo.						
OBJETIVO:	Fijar pautas sobre el buen forma de separar el trabajo de la Vida Cotidiana y Familiar.						

PARTICIPANTES

No.	NOMBRE COMPLETO	CARGO	FIRMA
1	Jalmir Serrato Ayala	oficial	
2	Jeferson Manuel Arteaga Echenique	ayudante	Jeferson Arteaga
3	Orlando Florian Roberto	ayudante	Orlando Florian
4	Jaime Mora	OFICIAL	
5	Juan Carlos Gomez Bautista	Ayudante	Juan Carlos Gomez
6	Heriberto Lopez Cuervo	oficial	
7			

OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

CONTROL DE ASISTENCIA

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

FECHA:	22 Abril /25	HORA INICIO:	9 am	HORA FIN:	9:15 am	ACTIVIDAD	
LUGAR:	Parque Valles de Caram.					INDUCCIÓN	
TEMAS:	Orden y Aseo en Obra: Mantenimiento de Comunes y de Señalización, Respeto a los trabajadores en obra.					REINDUCCIÓN	
						REUNIÓN	
						CAPACITACION	+
INSTRUCTOR Y CARGO:	Cristian Dorrego					OTRA	
FIRMA DEL INSTRUCTOR:	Cristian Dorrego						
OBJETIVO:	Dar a conocer a los trabajadores pautas sobre el cuidado de los elementos en Obra						

PARTICIPANTES

No.	NOMBRE COMPLETO	CARGO	FIRMA
1	Sneider Camargo V.	Oficial	
2	Luis Rojas	Ayudante	
3	Pepe Camargo V.	Of	
4	Jeferson Slid Camargo	Oficial	Jeferson Camargo
5	Juan Camelo	Maestro	

OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

OBJETIVO		Monitoreo sobre los incidentes, accidentes de trabajo, enfermedad profesional y enfermedad comun asegurando la reduccion de la frecuencia y severidad de las lesiones
INDICADOR		**Frecuencia de Accidentalidad**	**Severidad de la Accidentalidad**
META		Disminuir minimo el 10% del indice de frecuencia de accidentes de trabajo con referencia al Año Anterior	Disminuir minimo el 10% del indice de severidad de accidentes de trabajo
OF		IF AT= No. total de AT a mes/ W a mes x K100	SAT = No. total días de incapacidad mes/ días cargados mes/W



INDICADORES DE GESTIÓN SST CONTRATO IDRD 4060 2024

DATOS

PERIODO	No Trab	HHT	N° AT	N° AT MORTALES	N° AT Sin Perdida de Tiempo	N° AT Con Perdida de Tiempo	Dias de Incapacidad	Dias cargados	Indice de Frecuencia (I.F)	Indice de severidad (I.S)	Indice de Lesiones Incapacitantes (I.L.I)	PATM Mortalidad
Nov-24	8	880	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0
Dec-24	21	2024	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0
enero - 25	49	7400	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0
Feb-25	67	11256	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0
Mar-25	83	14432	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0
Apr-25	82	10192	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0
May-25	0	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0
Jun-25	0	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0
Jul-25	0	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0
Aug-25	0	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0
Sep-25	0	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0
Oct-25	0	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0
Nov-25	0	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0
Dec-25	0	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0
AcumAño	**312**	**83.704**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**#DIV/0!**	**#DIV/0!**	**#DIV/0!**	**0,00**
Promedio	40	2.026		0	0	0	0	0	0	0	0	0

314

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

Incidencia		
Nº casos EL año	Promedio de W año	Indicador incidencia
0	42	0,0

Prevalencia			
Casos EL 2024	Casos EL 2025	Promedio de W año	Indicador prevalencia
0	0	42	0,0

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, **EMILIO MEDINA MEDINA** identificado con **CC** No. **79352450**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
ROJAS MEDINA TRABAJANDO CON ENERGÍA SAS - NI. 901221609	**Fecha de inicio de cobertura :** 25/03/2025 **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): 202501013580337.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 21 días del mes de marzo de 2025.

Cordialmente,

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

317

compensar | salud eps

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) EMILIO MEDINA MEDINA identificado(a) con Cedula Ciudadania 79352450, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa 'ROJAS MEDINA TRABAJANDO CON EN' NIT 901221609, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20250325	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 31 días del mes de Marzo de 2.025

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
28363042

CER-AFI

Vigilado Supersubsidio

318

compensar

Bogotá DC. 21 de Marzo de 2.025

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el dia 21/3/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com .

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 79352450
Nombres y Apellidos	EMILIO MEDINA MEDINA
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901221609
Razón Social Empleador	ROJAS MEDINA TRABAJANDO CON ENERGIA S.A.S.
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	25/3/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	21/3/2025
Cargo	Electricista
Horas Labor Mes	184
Sueldo básico	$ 1423500

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a ROJAS MEDINA TRABAJANDO CON ENERGIA S.A.S., este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

icontec ISO 9001
IQNet
VIGILADO SuperSubsidio

escanea y verifica tu examen

PREVSALUD IPS SAS

WWW.PREVSALUDIPS.COM

PREVSALUDIPS@GMAIL.COM

PREVSALUD IPS

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

DIA	MES	AÑO	CIUDAD DE REALIZACION DEL EXAMEN	CODIGO	21880
18	03	2025	BOGOTA (BOGOTA D.C., COLOMBIA)	EXAMEN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS E INGRESO	
			Ciudad	TIPO DE EXAMEN	

ROJAS MEDINA TRABAJANDO CON ENERGIA SAS NIT 901221609-1

NOMBRE DE LA EMPRESA

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

EMILIO MEDINA MEDINA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	59	CC	79352450
Apellidos y Nombres			Tipo	Numero

Ocupacion	Peso	ESTATURA
TECNICO ELECTRICO	68 KG	1.66

APTO PARA LABORAR EN ALTURAS	SI	X	CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL **CON CAPACIDAD PARA LABORAR-PARA EL CARGO** Observaciones: *SIN RESTRICCION PARA EL CARGO- PARA ALTURAS*
	NO		

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO	NO APLICA

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

AUDIOMETRIA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
OPTOMETRIA	✓	TRIGLICERIDOS	✓
ESPIROMETRIA	✓	PSICOSENSOMETRICO	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTROL CON EPS PREVENTIVA	SVE AUDITIVO	CONTROLES CON EPS
USO DE USO EPS	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES
MEDICINA PREVENTIVA	PROTECCIÓN AUDITIVA	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO RUTINA EPS/ REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, USO DE EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR, NO MANIFISTA SIGNOS Y SINTOMAS RELACIONADOS CON EL SONDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SRAS-COV 2), NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTESIDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID-19 SEGÚN CIRCULAR 030 DEL 8 DE MAYO DEL 2020.

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 pro pósito, 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 veridicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en **capacidad de expresar mi consentimiento.**

Aspirante o Trabajador

Firma:

Médico

Firma:

Nombre: Juan Camilo Romero

R. M.: 75.424.952 L.S.O.: SO 12436

Juan Camilo Romero
Medico Ocupacional Lic 12436-17
Especialista Salud Ocupacional
Secretaria De Salud

320

HALCON SST SAS
NIT 901738580-7

Licencia SST Res. No. 9169 15/04/2024 SDB
Avalado por la resolución 4272 de 2021 del Ministerio de trabajo
Código de acreditación ICONTEC - CS CER1062739, bajo el esquema 6, según ISO/IEC 17067 versión 2013

TSA - 7033

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO
PARA TRABAJO EN ALTURAS
OTORGADO A:

EMILIO MEDINA MEDINA

IDENTIFICADO CON C.C. N° 79352450

CURSÓ Y APROBÓ EL PROGRAMA DE:

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE (8) HORAS

Curso realizado en Villavicencio el 20 marzo 2025, se expide en Villavicencio el 20 marzo 2025

Oscar Javier Velasquez Hernandez
REPRESENTANTE LEGAL

JOSE DAGOBERTO PRIETO GARZON
RES No. 8150 05/09/2022

EMPRESA: ROJAS MEDINA TRABAJANDO CON ENERGIA S.A.S.
REP. LUIS DANILO ROJAS MEDINA
NIT: 901221609
ARL: POSITIVA

La autenticidad de este documento se puede verificar llamando a la linea 3046051896
http://www.halconalturas.com - halconsstsas@gmail.com - Dirección:.CARRERA 44B 33B 126 LOCAL 1 - Barzal

321

HALCON SST S.A.S.

CURSO:
TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

NOMBRE:
EMILIO MEDINA MEDINA

IDENTIFICACIÓN
C.C. N° 79352450

EXPEDICIÓN
20 de marzo de 2025

CONSECUTIVO

TSA-7033

NOTA: ESTE CARNÉ NO SIRVE COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN, ES UNA FIEL COPIA DEL CERTIFICADO DE ALTURA Y PARA SU AUTENTICIDAD PUEDE DAR VERIFICADO LLAMANDO A NUESTRA LÍNEA 3046051896 O EN NUESTRA PAGINA WEB WWW.HALCONALTURAS.COM

Oscar Javier Velasquez Hernandez
REPRESENTANTE LEGAL

www.halconalturas.com

322

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, **JHONY MAURICIO ROJAS MEDINA** identificado con **CC** No. **80209784**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
ROJAS MEDINA TRABAJANDO CON ENERGÍA SAS - NI. 901221609	**Fecha de inicio de cobertura :** 25/03/2025 **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): 202501013579175.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 21 días del mes de marzo de 2025.

Cordialmente,

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

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 21/03/2025, el empleador ROJAS MEDINA TRABAJANDO CON ENERGIA SAS identificado con NIT número 901221609 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
8550001	21/03/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	80209784	JHONYMAURICIO ROJAS MEDINA	1423500	ELECTRICISTA DE ESTACION ELECTRICA	2025-03-25

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 21 dias del mes de Marzo del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

324

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-6

CERTIFICA QUE:

JHONY MAURICIO ROJAS MEDINA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **80.209.784**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 9 de Abril del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

compensar

Bogotá DC. 21 de Marzo de 2.025

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 21/3/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 80209784
Nombres y Apellidos	JHONY MAURICIO ROJAS MEDINA
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901221609
Razón Social Empleador	ROJAS MEDINA TRABAJANDO CON ENERGIA S.A.S.
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	25/3/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	21/3/2025
Cargo	Cordinador electricista
Horas Labor Mes	184
Sueldo básico	$ 1423500

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a ROJAS MEDINA TRABAJANDO CON ENERGIA S.A.S., este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

icontec ISO 9001
IQNet
VIGILADO SuperSubsidio

326

escanea y verifica tu examen

PREVSALUD IPS SAS

WWW.PREVSALUDIPS.COM

PREVSALUDIPS@GMAIL.COM

PREVSALUD IPS

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

DIA	MES	AÑO	CIUDAD DE REALIZACION DEL EXAMEN	CODIGO	21882
18	03	2025	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS E INGRESO	
			Ciudad	TIPO DE EXAMEN	

ROJAS MEDINA TRABAJANDO CON ENERGIA SAS NIT 901221609-1

NOMBRE DE LA EMPRESA

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

JHONY MAURICIO ROJAS MEDINA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	41	CC	80209784
Apellidos y Nombres			Tipo	Numero

Ocupacion	Peso	ESTATURA
TECNICO ELECTRICO	70 KG	1.75

APTO PARA LABORAR EN ALTURAS			CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
	SI	X	**CON CAPACIDAD PARA LABORAR-PARA EL CARGO**
	NO		Observaciones: *SIN RESTRICCION PARA EL CARGO- PARA ALTURAS*

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO	NO APLICA

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

AUDIOMETRIA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
OPTOMETRIA	✓	TRIGLICERIDOS	✓
ESPIROMETRIA	✓	PSICOSENSOMETRICO	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTROL CON EPS PREVENTIVA	SVE AUDITIVO	CONTROLES CON EPS
USO DE USO EPS	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES
MEDICINAPREVENTIVA	PROTECCIÓN AUDITIVA	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO RUTINA EPS/ REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, USO DE EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR. NO MANIFISTA SIGNOS Y SINTOMAS RELACIONADOS CON EL SONDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SRAS-COV 2), NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTESIDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID-19 SEGÚN CIRCULAR 030 DEL 8 DE MAYO DEL 2020.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocup acional 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 pro pósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Aspirante o Trabajador

Firma: Jhony Rojas

Médico

Firma:

Nombre: Juan Camilo Romero

R. M.: 75.424.952 L.S.O.: SO 12436

Juan Camilo Romero
Medico Ocupacional LS: 12436-17
Especialista Salud Ocupacional
Secretaria De Salud

327

HALCON SST SAS
NIT 901738580-7

Licencia SST Res. No. 9169 15/04/2024 SDB
Avalado por la resolución 4272 de 2021 del Ministerio de trabajo
Código de acreditación ICONTEC - CS CER1062739, bajo el esquema 6, según ISO/IEC 17067 versión 2013

TSA - 7034

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO
PARA TRABAJO EN ALTURAS
OTORGADO A:

JHONY MAURICIO ROJAS MEDINA

IDENTIFICADO CON C.C. N° 80209784

CURSÓ Y APROBÓ EL PROGRAMA DE:

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE (8) HORAS

Curso realizado en Villavicencio el 20 marzo 2025, se expide en Villavicencio el 20 marzo 2025

Oscar Javier Velasquez Hernandez
REPRESENTANTE LEGAL

no OSCAR GABRIEL ABAUNZA ESPITIA
RES No. 3985 02/11/2016

EMPRESA: ROJAS MEDINA TRABAJANDO CON ENERGIA S.A.S.
REP. LUIS DANILO ROJAS MEDINA
NIT: 901221609
ARL: POSITIVA

La autenticidad de este documento se puede verificar llamando a la linea 3046051696
http://www.halconalturas.com - halconsstsas@gmail.com - Dirección: CARRERA 44B 33B 126 LOCAL 1 - Barzal

328

HALCON SST S.A.S.

CURSO:
TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

NOMBRE:
JHONY MAURICIO ROJAS MEDINA

IDENTIFICACIÓN
C.C. N° 80209784

EXPEDICIÓN
20 de marzo de 2025

CONSECUTIVO

TSA-7034

NOTA: ESTE CARNÉ NO SIRVE COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN, ES UNA FIEL COPIA DEL CERTIFICADO DE ALTURA Y PARA SU AUTENTICIDAD PUEDE DAR VERIFICADO LLAMANDO A NUESTRA LÍNEA 3046051896 O EN NUESTRA PAGINA WEB WWW.HALCONALTURAS.COM

Oscar Javier Velasquez Hernandez
REPRESENTANTE LEGAL

www.halconalturas.com

229

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, **NUMAEL MEDINA MEDINA** identificado con **CC** No. **79382708**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
ROJAS MEDINA TRABAJANDO CON ENERGÍA SAS - NI. 901221609	**Fecha de inicio de cobertura :** 25/03/2025 **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): 202501013581178.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 21 días del mes de marzo de 2025.

Cordialmente,

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

330

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2025

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 79382708
NOMBRES Y APELLIDOS	Medina Medina,Numael
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Dependiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/08/2017
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Medina Medina,Numael , a los 09 días del mes de abril del año 2025.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

331

compensar

Bogotá DC. 21 de Marzo de 2.025

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 21/3/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com .

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 79382708
Nombres y Apellidos	NUMAEL MEDINA MEDINA
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901221609
Razón Social Empleador	ROJAS MEDINA TRABAJANDO CON ENERGIA S.A.S.
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	25/3/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	21/3/2025
Cargo	Electricista
Horas Labor Mes	184
Sueldo básico	$ 1423500

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a ROJAS MEDINA TRABAJANDO CON ENERGIA S.A.S.. este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

icontec ISO 9001

VIGILADO SuperSubsidio

HALCON SST SAS
NIT 901738580-7

Licencia SST Res. No. 9169 15/04/2024 SDB
Avalado por la resolución 4272 de 2021 del Ministerio de trabajo
Código de acreditación ICONTEC - CS CER1062739, bajo el esquema 6, según ISO/IEC 17067 versión 2013

TSA - 7035

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS OTORGADO A:

NUMAEL MEDINA MEDINA

IDENTIFICADO CON C.C. N° 79382708

CURSÓ Y APROBÓ EL PROGRAMA DE:

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE (8) HORAS

Curso realizado en Villavicencio el 20 marzo 2025, se expide en Villavicencio el 20 marzo 2025

Oscar Javier Velasquez Hernandez
REPRESENTANTE LEGAL

OSCAR SAMUEL ABAUNZA ESPITIA
RES No. 3985 02/11/2016

EMPRESA: ROJAS MEDINA TRABAJANDO CON ENERGIA S.A.S.
REP. LUIS DANILO ROJAS MEDINA
NIT: 901221609
ARL: POSITIVA

HALCON SST S.A.S.

CURSO:
TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

NOMBRE:
NUMAEL MEDINA MEDINA

IDENTIFICACIÓN
C.C. N° 79382708

EXPEDICIÓN
20 de marzo de 2025

CONSECUTIVO

TSA-7035

NOTA: ESTE CARNÉ NO SIRVE COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN, ES UNA FIEL COPIA DEL CERTIFICADO DE ALTURA Y PARA SU AUTENTICIDAD PUEDE DAR VERIFICADO LLAMANDO A NUESTRA LÍNEA 3046051896 O EN NUESTRA PAGINA WEB WWW.HALCONALTURAS.COM

Oscar Javier Velasquez Hernandez
REPRESENTANTE LEGAL

www.halconalturas.com

PEE

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, **HECTOR REINEL ROJAS MEDINA** identificado con **CC** No. **79764999**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
ROJAS MEDINA TRABAJANDO CON ENERGÍA SAS - NI. 901221609	**Fecha de inicio de cobertura:** 25/03/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 25/03/2025 **Fecha fin de Contrato:** 26/04/2025 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

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): 202501013581673.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 21 días del mes de marzo de 2025.

Cordialmente,

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

334

335

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 21/03/2025, el empleador ROJAS MEDINA TRABAJANDO CON ENERGIA SAS identificado con NIT número 901221609 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
8550311	21/03/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	79764999	HECTOR REINEL ROJAS MEDINA	1423500	ELECTRICISTA DE ESTACION ELECTRICA	2025-03-25

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 21 días del mes de Marzo del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

335

336

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **HECTOR REINEL ROJAS MEDINA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79764999,** se encuentra afiliado/a desde **17/01/2006** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 31 de marzo de 2025.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

336

compensar

Bogotá DC. 21 de Marzo de 2.025

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 21/3/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com .

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 79764999
Nombres y Apellidos	HECTOR REINEL ROJAS MEDINA
Tipo y Número de Identificación del Empleador	4 901221609
Razón Social Empleador	ROJAS MEDINA TRABAJANDO CON ENERGIA S.A.S.
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	25/3/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	21/3/2025
Cargo	Cordinador electricista
Horas Labor Mes	184
Sueldo básico	$ 1423500

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a ROJAS MEDINA TRABAJANDO CON ENERGIA S.A.S., este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

icontec ISO 9001 IQNet

FOR-PGIE-0100

VIGILADO SuperSubsidio

BEE

PREVSALUD IPS SAS

WWW.PREVSALUDIPS.COM

PREVSALUDIPS@GMAIL.COM

PREVSALUD IPS

examen y verifica tu examen

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

DIA	MES	AÑO	CIUDAD DE REALIZACION DEL EXAMEN	CODIGO	21881
18	03	2025	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS E INGRESO	
			Ciudad	TIPO DE EXAMEN	

ROJAS MEDINA TRABAJANDO CON ENERGIA SAS NIT 901221609-1

NOMBRE DE LA EMPRESA

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

HECTOR REINEL ROJAS MEDINA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	47	CC	79764999
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Ocupacion	Peso	ESTATURA
TECNICO ELECTRICO	68 KG	1.66

APTO PARA LABORAR EN ALTURAS			CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
	SI	X	**CON CAPACIDAD PARA LABORAR-PARA EL CARGO**
	NO		Observaciones: *SIN RESTRICCION PARA EL CARGO- PARA ALTURAS*

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO	NO APLICA

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

AUDIOMETRIA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
OPTOMETRIA	✓	TRIGLICERIDOS	✓
ESPIROMETRIA	✓	PSICOSENSOMETRICO	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTROL CON EPS PREVENTIVA	SVE AUDITIVO	CONTROLES CON EPS
USO DE USO EPS	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES
MEDICINA PREVENTIVA	PROTECCIÓN AUDITIVA	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO RUTINA EPS/ REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, USO DE EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR, NO MANIFISTA SIGNOS Y SINTOMAS RELACIONADOS CON EL SONDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SRAS-COV 2), NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTESIDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID-19 SEGÚN CIRCULAR 030 DEL 8 DE MAYO DEL 2020.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Aspirante o Trabajador

Firma: Reinel Rojas M

Médico

Firma:

Juan Camilo Romero
Médico Ocupacional Ley 1343/09-17
Especialista Salud Ocupacional
Secretaría De Salud

Nombre: Juan Camilo Romero

R. M.: 1.075.424.952 L.S.O.: SO 12436

338

339

HALCON SST SAS
NIT 901738580-7

Licencia SST Res. No. 9169 15/04/2024 SDB
Avalado por la resolución 4272 de 2021 del Ministerio de trabajo
Código de acreditación ICONTEC - CS CER1062739, bajo el esquema 6, según ISO/IEC 17067 versión 2013

TSA - 7036

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS OTORGADO A:

HECTOR REINEL ROJAS MEDINA

IDENTIFICADO CON C.C. N° 79764999

CURSÓ Y APROBÓ EL PROGRAMA DE:

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE (8) HORAS

Curso realizado en Villavicencio el 20 marzo 2025, se expide en Villavicencio el 20 marzo 2025

Oscar Javier Velasquez Hernandez
REPRESENTANTE LEGAL

no OSCAR SAMUEL ABAUNZA ESPITIA
RES No. 3985 02/11/2016

EMPRESA: ROJAS MEDINA TRABAJANDO CON ENERGIA S.A.S.
REP. LUIS DANILO ROJAS MEDINA
NIT: 901221609
ARL: POSITIVA

La autenticidad de este documento se puede verificar llamando a la linea 3046051696
http://www.halconalturas.com - halconsstsas@gmail.com - Dirección: CARRERA 44B 33B 126 LOCAL 1 - Barzal

339

HALCON SST S.A.S.

CURSO:
TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

NOMBRE:
HECTOR REINEL ROJAS MEDINA

IDENTIFICACIÓN
C.C. N° 79764999

EXPEDICIÓN
20 de marzo de 2025

CONSECUTIVO

TSA-7036

NOTA: ESTE CARNÉ NO SIRVE COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN, ES UNA FIEL COPIA DEL CERTIFICADO DE ALTURA Y PARA SU AUTENTICIDAD PUEDE DAR VERIFICADO LLAMANDO A NUESTRA LÍNEA 3046051896 O EN NUESTRA PAGINA WEB WWW.HALCONALTURAS.COM

Oscar Javier Velasquez Hernandez
REPRESENTANTE LEGAL

www.halconalturas.com

240

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACION	NIT	NUMERO DE IDENTIFICACION	901166882
NOMBRE O RAZON SOCIAL		CONSORCIO RECLUTA CRD 1	
CIUDAD MUNICIPIO	BOGOTA CONTACTO CAPITAL	DEPARTAMENTO	BOGOTA - CONTACTO CAPITAL
DIRECCION	CALLE 13 # 68 - 38	TELEFONO	3362387
TIPO APORTANTE	OPERADOR	CLASE APORTANTE	EMPLEADOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA	Construcción de otras obras de ingeniería civil
FORMA DE PRESENTACION	SUCURSAL	MUNICIPAL / DEPENDENCIA	01 - PARQUES
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			N

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA			7307775104	TIPO DE PLANILLA			E.JUBILADOS
PERIODO COTIZACION SPSS	FEB	PERIODO AÑO	2022	PERIODO COTIZACION SALUD	FEB	MES AÑO	2022
DIAS DE MORA			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)			2022-04-11	NUMERO AUTORIZACION			54700152507

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES SOLIDARIDAD		FSP		MORA		TOTALES		
CODIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACION	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	2	$ 553.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 881.400	$ 0	$ 881.400
230201	230201 - PORVENIR	4	$ 807.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 807.700	$ 0	$ 807.700
230301	230301 - PROTECCION	6	$ 1.139.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.139.000	$ 0	$ 1.139.000
SUBTOTALES										**$ 2.828.100**	**$ 0**	**$ 2.828.100**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	PAGO INCAPACIDAD ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACION		MORA		TOTALES			
CODIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACION	VALOR	NUMERO AUTORIZACION	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR AFIRES	COTIZACIÓN	VALOR AFIRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002 SALUD TOTAL	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 114.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 114.000	$ 0	$ 0	$ 114.000
EPS037	EPS037 NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 57.000
EPS041	EPS041 ALIANSALUD S.A.	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 114.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 114.000	$ 0	$ 0	$ 114.000
EPS034	EPS034 COMPENSAR	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 114.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 114.000	$ 0	$ 0	$ 114.000
EPS005	EPS005 SANITAS S.A.	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 150.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 150.100	$ 0	$ 0	$ 150.100
EPS017	EPS017 FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 57.000
EPS010	EPS010 SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 57.000
SUBTOTALES													**$ 663.100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 663.100**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD ENFERMEDAD		INCAPACIDAD ATP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACION	TOTALES				
CODIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACION	VALOR	NUMERO AUTORIZACION	SALDO A FAVOR RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	12		$ 0		$ 0		$ 0	$ 1.146.500	$ 1.146.500	$ 0	$ 0	$ 1.146.500
SUBTOTALES										**$ 1.146.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 1.146.500**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CODIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF04	CCF04 COMFENALCO	12	$ 663.100	$ 0	$ 663.100
SUBTOTALES			**$ 663.100**	**$ 0**	**$ 663.100**

LIQUIDACION INSTALACION APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | | | |

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

392

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	901555863
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			EDUARDO SOLUCIONES SAS
CÓDIGO MUNICIPIO	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN	CALLE 100 # 8 - 29	TELÉFONO	3002197
TIPO APORTANTE	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE	SAENDS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA	Construcción de otras obras de ingeniería civil
FORMA DE PRESENTACIÓN	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA	01 - PAGUES
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD: SI/NA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA		1907775104	TIPO DE PLANILLA				E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN LIQUIDO	MES	mes/or AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES	año AÑO		2024
DIAS DE MORA		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)		2024/08/17	NUMERO AUTORIZACIÓN				190015987

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | |

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	[illegible]
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			BELLEZON SAS
CIUDAD/MUNICIPIO	BOGOTA, DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN	CLL 134 #21-15	TELÉFONO	7996358
TIPO APORTANTE	23-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	CUENTAS MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA	Construcción de otras obras de ingeniería civil
FORMA DE PRESENTACIÓN	SUCURSAL	SUCURSAL / SUBSIDIARIA	5 - BOGOTA EBM
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (RÉGIMEN TRIBUTARIO)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA			13677854461	TIPO DE PLANILLA			Y-VOLUNTARIOS/TERCEROS EMPRESAS
PERIODO COTIZACIÓN APORTES	MES	Inicio: MM	02/R	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES	Inicio: MM	02/R
DÍAS DE MORA			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)			2025/04/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN			1000063522

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INGRESO AL SISTEMA	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTOS	VALOR PAGADO
14	14-11 - ARL SURA	10		$ 0	$ 0		$ 0	$ 1.253.300	$ 1.253.300	$ 0	$ 0	$ 1.253.300
SUBTOTALES									**$ 1.253.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 1.253.300**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | |

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	37832080
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			SUCURSAL ESPINAL
CIUDAD/DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C/BOGOTA D.C.	DEPARTAMENTO	73 TOLIMA
DIRECCIÓN	CALLE 65 NO 70B-09 APTO 201	TELÉFONO	4208000
TIPO APORTANTE	12-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	1-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA	7490
FORMA DE PRESENTACIÓN	UNICO	Contiene el (un mayor de computadores, equipo per	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, ICBF,SENA			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA			70612731 23	TIPO DE PLANILLA			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN SFGS	MES	mes AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES	mes AÑO	2025
DIAS DE MORA			0				
FECHA PAGO (DD/MM/AAAA)			02/01/2025	NUMERO AUTORIZACIÓN			1300650084

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CODIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	AFILIADO	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACION	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 374.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 514.400	$ 0	$ 514.400
SUBTOTALES										$ 514.400	$ 0	$ 514.400

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CODIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACION	VALOR	NUMERO AUTORIZACION	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACION	VALOR ADRES	COTIZACION	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 1.340.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.340.000	$ 0	$ 0	$ 1.340.000
SUBTOTALES													$ 1.340.000	$ 0	$ 0	$ 1.340.000

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CODIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
57-04	57-04 COMFENALCO	1	$ 33.100	$ 0	$ 33.100
SUBTOTALES			$ 33.100	$ 0	$ 33.100

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | |

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	[illegible]
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			SALUDCOOP EPS
CIUDAD MUNICIPIO	BOGOTA (ESTE)	DEPARTAMENTO	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN	CLL 129 152 B	TELEFONO	[illegible]
TIPO APORTANTE	EMPLEADOR	CLASE APORTANTE	CAPYME: APORTE DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA	[illegible]
FORMA DE PRESENTACIÓN	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA	[illegible]
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA Y ICBF (NOTORIA TRIBUTARIA)			

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA		7107316465	TIPO DE PLANILLA				E-MPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN (ITEM)	MES	mes/ AÑO	2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES	2021 AÑO	2020
DÍAS DE MORA		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)		2020-04-17	NÚMERO AUTORIZACIÓN				1405/20/20

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			DEPENDIENTE	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-10	25-14 COLPENSIONES	4	$ 880.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 880.100	$ 0	$ 880.100
230301	230301 - PROTECCIÓN	10	$ 1.000.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.000.000	$ 0	$ 1.000.000
230301	230301-PORVENIR	11	$ 2.144.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.144.900	$ 0	$ 2.144.900
230301	230301-COLFONDOS	3	$ 300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 300.000	$ 0	$ 300.000
SUBTOTALES										$ 4.324.900	$ 0	$ 4.341.000

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR APORTE	COTIZACIÓN	VALOR APORTE	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS001	EPS001 - LIQ TOTAL	0		$ 0		$ 0		$ 0	$ 827.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 827.400	$ 0	$ 0	$ 827.400
EPS008	EPS008 - CAPRESOCA	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 1.147.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.147.500	$ 0	$ 0	$ 1.147.500
EPS010	EPS010 - SANITAS EPS S.A.S.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 37.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 37.300	$ 0	$ 0	$ 37.300
EPS017	EPS017 - FAMISANAR	5		$ 0		$ 0		$ 0	$ 296.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 296.900	$ 0	$ 0	$ 296.900
EPS110	EPS110 - COMFENALCO VALLE	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 37.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 37.300	$ 0	$ 0	$ 37.300
EPS111	EPS111 - COOMEVA EPS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 131.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 131.500	$ 0	$ 0	$ 131.500
EPS041	EPS041 - NUEVA EPS S.A.	4		$ 0		$ 0		$ 0	$ 200.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 200.700	$ 0	$ 0	$ 200.700
EPS042	EPS042 - COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 37.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 37.700	$ 0	$ 0	$ 37.700
EPS046	EPS046 - SALUD TOTAL S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 142.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 142.500	$ 0	$ 0	$ 142.500
SUBTOTALES													$ 1.826.900	$ 0	$ 0	$ 1.826.900

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	28		$ 0		$ 0	$ 2.004.100	$ 2.004.100	$ 0	$ 0	$ 2.004.100
SUBTOTALES								$ 2.004.100	$ 0	$ 0	$ 2.004.100

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
24-05	24-05 - COMFENALCO VALLE	28	$ 1.836.800	$ 0	$ 1.836.800
SUBTOTALES			$ 1.836.800	$ 0	$ 1.836.800

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | | | |

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	901153360
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			SELCOSIN SAS
CIUDAD/MUNICIPIO	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN	CLL 124 #20 K	TELÉFONO	7574729
TIPO APORTANTE	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE	CAMPYME MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA	Construcción de otras obras de ingeniería civil
FORMA DE PRESENTACIÓN	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA	017 - CALLE COMERCIALES
APORTANTE SOLICITA PAGO APORTES SALUD: SENA E ICBF (EST.CONMA TRIBUTARIA)			N

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA			70670264615	TIPO DE PLANILLA			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN (TRIM)	MES	mismo AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES	MISMO AÑO	2024
DÍAS DE MORA			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)			2024-04-11	NÚMERO AUTORIZACIÓN			140094705

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE | NOVEDADES | SEGURIDAD SOCIAL: PENSIÓN (ADMIN, IBC, COTIZACIÓN, FSP subsistencia/solidaridad, aportes voluntarios ampliación, indicación tarifa especial, total aportes) | SALUD (ADMIN, IBC, COTIZACIÓN, valor adres, total aportes) | ARP (ADMIN, IBC, centro de trabajo, total aportes) | PARAFISCALES (IBC, CCF: ADMIN, total aportes; SENA: total aportes; ICBF: total aportes; ESAP: total aportes; MINEDU: total aportes)

N°	DEPARTAMENTO / LOCALIDAD	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	IBC	ADMIN	IBC	COTIZACIÓN	total aportes	ADMIN	IBC	COTIZACIÓN	valor adres	total aportes	ADMIN	IBC	centro de trabajo	total aportes	IBC	ADMIN	total aportes	total aportes	total aportes	total aportes	total aportes
1	CO	[illegible]	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO	$ 1.423.500	220301 - PROTECCION	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 227.800	EPS001 - SANITAS EPS	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	$ 1.423.500	$ 0	$ 85.100	$ 1.423.500	CCF124 - COMPENSAR	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CO	[illegible]	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO	$ 1.423.500	220301 - PROTECCION	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 227.800	EPS037 - SALUD TOTAL	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	$ 1.423.500	$ 0	$ 85.100	$ 1.423.500	CCF124 - COMPENSAR	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CO	[illegible]	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO	$ 1.423.500	220301 - PROTECCION	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 227.800	EPS037 - SALUD TOTAL	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	$ 1.423.500	$ 0	$ 85.100	$ 1.423.500	CCF124 - COMPENSAR	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	CO	[illegible]	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO	$ 1.423.500	220301 - PROTECCION	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 227.800	EPS037 - SALUD TOTAL	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	$ 1.423.500	$ 0	$ 85.100	$ 1.423.500	CCF124 - COMPENSAR	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
5	CO	[illegible]	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO	$ 1.423.500	220301 - PROTECCION	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 227.800	EPS037 - SALUD TOTAL	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	$ 1.423.500	$ 0	$ 85.100	$ 1.423.500	CCF124 - COMPENSAR	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
6	CO	[illegible]	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO	$ 1.423.500	220301 - PROTECCION	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 227.800	EPS037 - SALUD TOTAL	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	$ 1.423.500	$ 0	$ 85.100	$ 1.423.500	CCF124 - COMPENSAR	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
7	CO	[illegible]	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO	$ 1.423.500	220301 - PROTECCION	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 227.800	EPS037 - SALUD TOTAL	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	$ 1.423.500	$ 0	$ 85.100	$ 1.423.500	CCF124 - COMPENSAR	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
8	CO	[illegible]	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO	$ 1.423.500	220301 - PROTECCION	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 227.800	EPS037 - SALUD TOTAL	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	$ 1.423.500	$ 0	$ 85.100	$ 1.423.500	CCF124 - COMPENSAR	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
9	CO	[illegible]	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO	$ 1.423.500	220301 - PROTECCION	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 227.800	EPS037 - SALUD TOTAL	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	$ 1.423.500	$ 0	$ 85.100	$ 1.423.500	CCF124 - COMPENSAR	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
10	CO	[illegible]	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO	$ 1.423.500	220301 - PROTECCION	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 227.800	EPS037 - SALUD TOTAL	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	$ 1.423.500	$ 0	$ 85.100	$ 1.423.500	CCF124 - COMPENSAR	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
11	CO	[illegible]	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO	$ 1.423.500	220301 - PROTECCION	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 227.800	EPS037 - SALUD TOTAL	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	$ 1.423.500	$ 0	$ 85.100	$ 1.423.500	CCF124 - COMPENSAR	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
12	CO	[illegible]	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO	$ 1.423.500	220301 - PROTECCION	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 227.800	EPS037 - SALUD TOTAL	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	$ 1.423.500	$ 0	$ 85.100	$ 1.423.500	CCF124 - COMPENSAR	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
13	CO	[illegible]	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO	$ 1.423.500	220301 - PROTECCION	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 227.800	EPS037 - SALUD TOTAL	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	$ 1.423.500	$ 0	$ 85.100	$ 1.423.500	CCF124 - COMPENSAR	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
14	CO	[illegible]	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO	$ 1.423.500	220301 - PROTECCION	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 227.800	EPS037 - SALUD TOTAL	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	$ 1.423.500	$ 0	$ 85.100	$ 1.423.500	CCF124 - COMPENSAR	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
15	CO	[illegible]	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO	$ 1.423.500	220301 - PROTECCION	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 227.800	EPS037 - SALUD TOTAL	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	$ 1.423.500	$ 0	$ 85.100	$ 1.423.500	CCF124 - COMPENSAR	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
16	CO	[illegible]	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO	$ 1.423.500	220301 - PROTECCION	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 227.800	EPS037 - SALUD TOTAL	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	$ 1.423.500	$ 0	$ 85.100	$ 1.423.500	CCF124 - COMPENSAR	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
17	CO	[illegible]	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO	$ 1.423.500	220301 - PROTECCION	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 227.800	EPS037 - SALUD TOTAL	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	$ 1.423.500	$ 0	$ 85.100	$ 1.423.500	CCF124 - COMPENSAR	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
18	CO	[illegible]	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO	$ 1.423.500	220301 - PROTECCION	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 227.800	EPS037 - SALUD TOTAL	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	$ 1.423.500	$ 0	$ 85.100	$ 1.423.500	CCF124 - COMPENSAR	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
19	CO	[illegible]	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO	$ 1.423.500	220301 - PROTECCION	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 227.800	EPS037 - SALUD TOTAL	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	$ 1.423.500	$ 0	$ 85.100	$ 1.423.500	CCF124 - COMPENSAR	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
20	CO	[illegible]	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO	$ 1.423.500	220301 - PROTECCION	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 227.800	EPS037 - SALUD TOTAL	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	$ 1.423.500	$ 0	$ 85.100	$ 1.423.500	CCF124 - COMPENSAR	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
21	CO	[illegible]	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO	$ 1.423.500	220301 - PROTECCION	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 227.800	EPS037 - SALUD TOTAL	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	$ 1.423.500	$ 0	$ 85.100	$ 1.423.500	CCF124 - COMPENSAR	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
22	CO	[illegible]	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO	$ 1.423.500	220301 - PROTECCION	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 227.800	EPS037 - SALUD TOTAL	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	$ 1.423.500	$ 0	$ 85.100	$ 1.423.500	CCF124 - COMPENSAR	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
23	CO	[illegible]	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO	$ 1.423.500	220301 - PROTECCION	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 227.800	EPS037 - SALUD TOTAL	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	$ 1.423.500	$ 0	$ 85.100	$ 1.423.500	CCF124 - COMPENSAR	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
24	CO	[illegible]	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO	$ 1.423.500	220301 - PROTECCION	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 227.800	EPS037 - SALUD TOTAL	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	$ 1.423.500	$ 0	$ 85.100	$ 1.423.500	CCF124 - COMPENSAR	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
25	CO	[illegible]	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO	$ 1.423.500	220301 - PROTECCION	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 227.800	EPS037 - SALUD TOTAL	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	$ 1.423.500	$ 0	$ 85.100	$ 1.423.500	CCF124 - COMPENSAR	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 12.651.200

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	901152860
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			SOLUCION SAS
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.	DISTRITO CAPITAL	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN		CLL 125 #20 B	11001
TIPO APORTANTE		01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE
TIPO EMPRESA		PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA
FORMA DE PRESENTACIÓN		SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SEL.,ICC, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			

NUMERO PLANILLA			13675707923	TIPO DE PLANILLA	E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACION UTPSS	MES	Hasta AÑO	2024	PERIODO COTIZACION SALUD	MES 08 AÑO 2024
DIAS DE MORA			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)			2024/08/17	NUMERO AUTORIZACION	140900412

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA			13675707923	TIPO DE PLANILLA					E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACION UTPSS	MES	Hasta AÑO	2024	PERIODO COTIZACION SALUD			MES	ANT. AÑO	2024
DIAS DE MORA			0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)			2024/08/17	NUMERO AUTORIZACION					140900412

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACION	APORTES A VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CODIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACION	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
23-01	PORVENIR	2	$ 291.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 291.800	$ 0	$ 291.800
23-14	COLPENSIONES	1	$ 479.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 479.800	$ 0	$ 479.800
25-14	COLPENSIONES	1	$ 571.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 571.800	$ 0	$ 571.800
51-07	PORVENIR	4	$ 1.896.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.896.900	$ 0	$ 1.896.900
SUBTOTAL ($)										$ 3.240.300	$ 0	$ 3.240.300

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CODIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACION	VALOR	NUMERO AUTORIZACION	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACION	VALOR APORTES	COTIZACION	VALOR APORTES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	SANITAS	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 195.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 195.400	$ 0	$ 0	$ 195.400
EPS017	EPS017	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 99.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 99.100	$ 0	$ 0	$ 99.100
EPS008	EPS008	4		$ 0		$ 0		$ 0	$ 242.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 242.800	$ 0	$ 0	$ 242.800
EPS037	SUSALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 9.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.700	$ 0	$ 0	$ 9.700
EPS005	SANITAS	4		$ 0		$ 0		$ 0	$ 297.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 297.900	$ 0	$ 0	$ 297.900
EPS041	NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 57.000
EPS018	SOS	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 174.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 174.600	$ 0	$ 0	$ 174.600
SUBTOTAL ($)													$ 976.500	$ 0	$ 0	$ 976.500

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CODIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACION	VALOR	SINGLA O OTROS ASOCIADOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACION	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	ARL SURA	0		$ 0	$ 0		$ 0	$ 1.398.700	$ 1.398.700	$ 0	$ 0	$ 1.398.700
SUBTOTAL ($)									$ 1.398.700	$ 0	$ 0	$ 1.398.700

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CODIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	COMFENALCO	17	$ 975.900	$ 0	$ 975.900
SUBTOTAL ($)			$ 975.900	$ 0	$ 975.900

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | | | |

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	900.262.980
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			SELECCIÓN SAS
CIUDAD/MUNICIPIO	BOGOTA D.E.	DEPARTAMENTO	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN	CLL 100 #22 B	TELÉFONO	7605259
TIPO APORTANTE	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE	CAMPOS MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA	Construcción de otras obras de ingeniería civil
FORMA DE PRESENTACIÓN	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA	7777 - CALLE 100
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA		7067870163	TIPO DE PLANILLA				E EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN-CTRICE	0929	mes/ AÑO 0329	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	0929	mes/ AÑO		0329
CÓD DE MORA		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)		2329/09/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN				140995511

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | |

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	901.[illegible]
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			EELICOM SAS
CORRESPONDENCIA	BOGOTA D.C.	DEPARTAMENTO	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN	CL 1 [illegible]	TELÉFONO	7[illegible]
TIPO APORTANTE	31-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE	2-APORTANTES MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA	[illegible]
FORMA DE PRESENTACIÓN	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA	3 - BOGOTA PRINCIPAL
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (ESTATUTO TRIBUTARIO)			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA							
NÚMERO PLANILLA			75677551839	TIPO DE PLANILLA			E-EMPLEADOR
PERIODO COTIZACIÓN (TIPO)	MES	Mes(s) AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES	Mes(s) AÑO	2025
DIAS DE MORA			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)			2025/04/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN			1[illegible]

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	ASF	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
52-07	52-08 COLPENSIONES	3	$ 556.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 556.200	$ 0	$ 556.200
52-07	52-08 COLPENSIONES	3	$ 535.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 535.800	$ 0	$ 535.800
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 327.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 327.600	$ 0	$ 327.600
17-01	17-01 - PROTECCIÓN	1	$ 173.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 173.400	$ 0	$ 173.400
SUBTOTALES:										$ 1.593.000	$ 0	$ 1.593.000

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS046	EPS046 SANITAS S.A.	5		$ 0		$ 0		$ 0	$ 380.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 380.000	$ 0	$ 0	$ 380.000
EPS048	EPS048 COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 90.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 90.200	$ 0	$ 0	$ 90.200
EPS037	EPS037 NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 120.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 120.000	$ 0	$ 0	$ 120.000
EPS017	EPS017 FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 91.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 91.000	$ 0	$ 0	$ 91.000
EPS002	EPS002 SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 90.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 90.000	$ 0	$ 0	$ 90.000
SUBTOTALES:													$ 881.200	$ 0	$ 0	$ 881.200

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	5		$ 0	$ 0		$ 0	$ 877.100	$ 877.100	$ 0	$ 0	$ 877.100
SUBTOTALES:									$ 877.100	$ 0	$ 0	$ 877.100

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24 COMFENALCO	5	$ 651.300	$ 0	$ 651.300
SUBTOTALES:			$ 651.300	$ 0	$ 651.300

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | | | |

aportes en línea

Certificado de Aportes

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

APORTANTE: CONSORCIO FABRICA EYD NI 901870653

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Codigo	Administradora	Concepto	Periodo	Dias	Novedades																
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	at	vip
9484125254	1387792087	E	2025-04-04	EPS	EPS010	EPS SURA (ANTES SUSALUD)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	30									X								
9484125254	1387792087	E	2025-04-04	AFP	230901	SKANDIA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-03	30									X								
9484125254	1387792087	E	2025-04-04	ARL	14-4	COLPATRIA ARP	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-03	30									X								
9484125254	1387792087	E	2025-04-04	CCF	CCF22	COLSUBSIDIO	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-03	30									X								
9484125254	1387792087	E	2025-04-04	FSP	230901	SKANDIA	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-03	30									X								
9484125254	1387792087	E	2025-04-04	SUB	230901	SKANDIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-03	30									X								

Este certificado se expide el día 2025-04-22 a las 13:04.

252

enlace operativo

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-04-15, 04:24:48 PM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Número Planilla:** 76969991

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

PAGADO 15/04/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JOSE CARLOS ARDILA MUÑOZ		
Documento	NI79992215	**Dirección**	CL 24 #13 - 13
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3107370874
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	ARDILA MUÑOZ JOSE CARLOS	**Identificación**	CC 79992215
Total Afiliados	10	**ARP**	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																						Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IRP	INT	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	Días PEN	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Min Educación	Total
CC 1000519041	MARIA ISABEL GIRALDO OSORIO	27	00																			0	30	30	30	(230301) PROTECCION	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS022) EPS SANITAS	$ 1.423.500	$ 57.000	0,520	$ 1.423.500	$ 7.500	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 348.300
CC 1024557196	GERMAN YESID YEPES MUÑOZ	01	00	X																		0	1	1	1	(230301) PORVENIR	$ 47.450	$ 7.600	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 47.450	$ 1.900	0,800	$ 47.450	$ 3.400	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 47.450	$ 1.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 14.800
CC 1024528103	DIANA MARIA CUERVO	01	00	X																		0	5	5	5	(230301) PORVENIR	$ 237.250	$ 38.000	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 237.250	$ 9.500	0,800	$ 237.250	$ 15.800	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 237.250	$ 9.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 74.000
CC 1101974555	ALEJANDRO GOMEZ ARCILA	01	00	X	X																	0	7	7	7	(230301) PROTECCION	$ 66.500	$ 10.600	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 66.500	$ 3.500	0,800	$ 66.500	$ 3.700	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 66.500	$ 3.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 20.500
CC 1110520839	JUAN DAVID GARAVITO BAUTISTA	01	00	X																		0	6	6	6	(230301) PORVENIR	$ 284.700	$ 45.600	(EPS037) EPS SANITAS	$ 284.700	$ 11.400	0,800	$ 284.700	$ 19.000	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 284.700	$ 11.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 88.800
CC 1022507758	NELSON FELIPE AVENDAÑO	01	00																			0	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS041) FAMISANAR EPS	$ 1.423.500	$ 57.000	0,960	$ 1.423.500	$ 99.700	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 442.500
CC 79741953	JOSE MAURICIO MUÑOZ RODRIGUEZ	01	00																			0	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.423.500	$ 57.000	0,960	$ 1.423.500	$ 99.700	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 442.500
CC 80088734	JAIME MAURICIO RODRIGUEZ	01	00																			0	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS026) COMPENSAR EPS	$ 1.423.500	$ 57.000	0,960	$ 1.423.500	$ 99.700	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 442.500
CC 80428571	ALFONSO MUÑOZ RODRIGUEZ	01	00																			0	30	30	30	(23-1101) COLFONDOS	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS041) FAMISANAR EPS	$ 1.423.500	$ 57.000	0,960	$ 1.423.500	$ 99.700	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 442.500
CC 80421033	SALAMO BERNITO AVA	01	00																			0	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.423.500	$ 57.000	0,960	$ 1.423.500	$ 99.700	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 442.500

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Caja	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Caja	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 9.205.300	$ 9.205.300	$ 9.205.300	$ 9.205.300	$ 1.473.200	$ 368.800	$ 149.900	$ 368.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.960.000	$ 20.500	$ 2.960.500

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

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

EXPERTOS en PILA

aportes en línea

Resum General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900861835	4	ARIN CONSTRUCTORES S A S	D - BENEFICIARIO LEY 1429 DE 2010	VARIOS	Cra # 18 - 59 Oficina 407	BOGOTA-BOGOTA D.C.	5102087	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-04	1411748104	9484668096	E	2025/04/08	2025/04/15	SCOTIABANK COLPATRIA	7	$2,043,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: VARIOS (3 Afiliados)					$4,172,500	$667,700			$4,172,500	$167,000			$4,172,500	$167,000			$4,172,500	$290,500		$0	$0
Centro de Trabajo: VARIOS (3 Afiliados)					$4,172,500	$667,700			$4,172,500	$167,000			$4,172,500	$167,000			$4,172,500	$290,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (3 Afiliados)					$4,172,500	$667,700			$4,172,500	$167,000			$4,172,500	$167,000			$4,172,500	$290,500		$0	$0
1	CC	79726460	CORTES REYES DAVID	03-04	20	$949,000	$151,900	EPSC34	30	$949,000	$38,000	CCF21	30	$949,000	$38,000	14-23	20	$949,000	$66,100	10	$0	$0
2	CC	80026570	JIMENEZ SALAZAR JORGE ANDRES	03-04	30	$1,800,000	$288,000	EPS005	30	$1,800,000	$72,000	CCF21	30	$1,800,000	$72,000	14-23	30	$1,800,000	$125,400	10	$0	$0
3	CC	7319089	VARGAS DEL CAMPO ELIAS	03-04	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$57,000	CCF21	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$99,100	10	$0	$0

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: ARIN (2 Afiliados)					$3,023,500	$483,800			$3,023,500	$121,000			$3,023,500	$121,000			$3,023,500	$15,900		$0	$0
Centro de Trabajo: 002 (2 Afiliados)					$3,023,500	$483,800			$3,023,500	$121,000			$3,023,500	$121,000			$3,023,500	$15,900		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados)					$3,023,500	$483,800			$3,023,500	$121,000			$3,023,500	$121,000			$3,023,500	$15,900		$0	$0
4	CC	1019901	JIMENEZ SALAZAR GABY	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS001	30	$1,423,500	$57,000	CCF21	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$7,500	10	$0	$0
5	CC	4615426	MONTAÑA QUESADA SORELBA CRISTINA	25-14	30	$1,600,000	$256,000	EPS001	30	$1,600,000	$64,000	CCF21	30	$1,600,000	$64,000	14-23	30	$1,600,000	$8,400	10	$0	$0
Total	**Afiliados(5)**				$7,196,000	$1,151,500			$7,196,000	$288,000			$7,196,000	$288,000			$7,196,000	$306,400		$0	$0

372

2025/04/15 09:46 AM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900469031	4	ARH CONSTRUCTORES S A S	B - BENEFICIARIO LEY 1429 DE 2010	VARIOS	Cra 6 18 - 50 Oficina 607	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5102887	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	1401748104	948468096	E	2025/04/08	2025/04/15	SCOTIABANK COLPATRIA	7	$2,043,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				5	$1,151,500	$5,400	$0	$1,156,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	2	$483,800	$2,200	$0	$486,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$288,000	$1,400	$0	$289,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	2	$379,700	$1,800	$0	$381,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				5	$306,400	$1,400	$0	$307,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	5	$306,400	$1,400	$0	$307,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				5	$288,000	$1,400	$0	$289,400
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	5	$288,000	$1,400	$0	$289,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 4)				5	$288,000	$1,500	$0	$289,500
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	$38,000	$200	$0	$38,200
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$57,000	$300	$0	$57,300
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$57,000	$300	$0	$57,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	2	$136,000	$700	$0	$136,700
TOTAL				5	$2,033,900	$9,700	$0	$2,043,600

202 15 09:46 AM

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901130279-3	IM INGENIERIA SAS		CR 15 C SUR 79 37	3204738137	mi.topografia@gmail.com	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	D - MIPYME	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	APO
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-03	E	02/04/2025	85468686	$1.455.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Codigo EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	57.000	0		0		0	0	0	0	57.000	1
EPS008	Compensar EPS	800088842-7	17.100	0		0		0	0	0	0	17.100	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	57.000	0		0		0	0	0	0	57.000	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	57.000	0		0		0	0	0	0	57.000	1

TOTALES PENSIÓN											
Codigo AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Proteccion (PO + Proteccion)	800227339-0	227.600	0	0	0	0	0	0		227.600	1
230501	Porvenir	800224808-5	68.400	0	0	0	0	0	0		68.400	1
231001	Colfondos	800227940-4	227.600	0	0	0	0	0	0		227.600	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	227.600	0	0	0	0	0	0		227.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Codigo ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
16-23	Positiva Seguros	860011153-6	327.100				327.100	0	0	327.100			3.271	327.100	4

TOTALES CAJAS						
Codigo CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	168.100	0	0	168.100	4

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCION	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901100279-3	RM INGENIERIA SAS		DG 70 C SUR 78 37	3204739137	rm.topografia@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL	PRIN	BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D.C.		N

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-03	E	02/04/2025	80489986	$1,456,100	

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	4	168,100	168,100
Pensión	4	751,800	751,800
Riesgos Laborales	1	327,100	327,100
CCF	1	168,100	168,100
ESAP	0	0	0
ESE	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	10	1,456,100	1,456,100

PAGADA

354

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

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

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					0	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-03	E	02/04/2025	83468998	$1,455,100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Planilla	Estudiante	Extranjero	Colombiano en el exterior	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	Días cotizados	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario a Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización UPC	ESC ARL	IBC ARL	Tasa de riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1012342897	RODRIGUEZ IBAÑEZ RODRIGO	1	0			0																30	230901	1.423.000	227.500	0	0	0	0	EPS008	1.423.000	97.000	14-03	1.423.000	3	99.100	CCF24	1.423.000	57.000	0	0	0	0	0
2	CC	1023951838	RODRIGUEZ RODRIGUEZ JEFFERSON	1	0			0	X	X														30	230901	427.000	68.400	0	0	0	0	EPS008	427.000	17.100	14-03	427.000	3	23.800	CCF24	427.000	17.100	0	0	0	0	0
3	CC	1088162077	RODRIGUEZ DUARTE ERVIN ARTURO	1	0			0																30	230501	1.423.000	227.500	0	0	0	0	EPS012	1.423.000	97.000	14-03	1.423.000	3	99.100	CCF24	1.423.000	57.000	0	0	0	0	0
4	CC	1102333628	RODRIGUEZ GRIJON RODRIGO	1	0			0																25-14	1.423.000	227.500	0	0	0	0	EPS017	1.329.600	97.000	14-03	1.423.600	3	99.100	CCF24	1.423.000	57.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	9015470868-6	ILUMINARC SAS	Cr 108a # 81- 59	3012411589	iluminarcsas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME		BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-03	E	15/04/2025	85250725	$1.000.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	97.000	0		0		0	1	100	0	97.100	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	178.000	0		0		0	1	200	0	178.200	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
233301	Porvenir	800229739-4	455.000	0	0	0	0	1	300	0	455.900	2

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	860511770-5	124.000				124.000	1	100	124.100			1.240	124.100	2

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF02	Colsubsidio	860007336-1	114.000	1	100	114.100	2

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
28.500	1	100	28.600	1
ICBF				
42.800	1	100	42.900	1
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	295.000	295.300
Pensión	1	455.600	455.900
Riesgos Laborales	1	124.000	124.100
CCF	1	114.000	114.100
ESAP	0	0	0
ICBF	1	42.800	42.900
MEN	0	0	0
SENA	1	28.500	28.600
TOTALES	7	999.900	1.000.900

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901577068-0	ILLUMINARC SAS		Cr 19a # 81- 69	3012411989	[illegible]
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
UNICA	C - MIPYME			BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-03	E	18/04/2025	80260728	$1.000.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Ant.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Subtipo	Pensión	Extranjero	Cotiz. exterior	Estudiante	IBC	INT	VSP	TDE	TAE	TDP	TAP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Solidaridad o Retiro	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Apor. EPS	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1010230918	JIMENEZ VILLAMIL ANDRES FELIPE	1	C			N																	23001	1.423.500	227.600	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	170.800	14-1	1.423.500	4	62.600	CCF22	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0
2	CC	1020799562	ROBERO VASQUEZ PAULA ANDREA	1	C			N																	23001	1.423.500	227.600	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	57.000	14-1	1.423.500	4	62.600	CCF22	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0

PAGADA

347

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901830583-5	JAMZ ELECTRICOS SAS		CALLE 129 C 93 B 93 - 20	3177427084	jamzelectricossas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D.C.		N

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPS
					3	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-05	E	19/04/2025	95893281	$3.855.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	295.600	0		0		0	2	400	0	296.000	3
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	105.200	0		0		0	2	300	0	105.400	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	98.700	0		0		0	2	200	0	98.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Protección (Ahí + Protección)	800256739-9	288.000	0	0	0	0	2	600	0	288.600	1
230301	Porvenir	800224808-8	1.281.000	0	0	0	0	2	1.700	0	1.282.700	3
25-14	Colpensiones	900336004-7	420.000	0	0	0	0	2	800	0	421.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Nota Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	800820789-5	865.700				865.700	2	1.200	866.900			8.657	866.900	5

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF32	Colsubsidio	860007336-1	497.500	2	700	498.200	5

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, RP y Mora	Total a Pagar
Salud	3	497.000	498.300
Pensión	3	1.909.000	1.892.500
Riesgos Laborales	1	865.700	866.900
CCF	1	497.500	498.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	3.860.000	3.855.900

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901839563-0	JAMZ ELECTRICOS SAS		CALLE 128 C BIS # 94 - 20	3177477089	jamzelectricossas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	B – menos de 200 c			BOGOTA, D.C.	BOGOTA, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-03	E	16/04/2025	95893261	$3,856,000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN						SALUD			INTIDADES LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombiano en el exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	DIAS COTIZADOS	COD. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	TOTAL EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	COD. ARL	IBC ARL	Tarifa ARL	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1018457048	LOZANO DIAZ JAIETH DANIELA	1	0			0																30	230201	1.800.000	288.000	0	0	0	0	EPS002	1.800.000	72.000	14-11	1.800.000	0	125.280	CCF32	1.800.000	72.000	0	0	0	0	0
2	CC	1018381648	MARTINEZ PEREZ JOSE YENID	1	0			0																30	230201	2.417.500	386.800	0	0	0	0	EPS017	2.417.500	96.700	14-11	2.417.500	0	168.200	CCF32	2.417.500	96.700	0	0	0	0	0
3	CC	80027455	BAUTISTA AMAYA WILMER ARMANDO	1	0			0																30	23-14	2.829.000	452.600	0	0	0	0	EPS030	2.829.000	165.200	14-11	2.829.000	0	196.700	CCF32	2.829.000	165.200	0	0	0	0	0
4	CC	80172304	LOZANO LUIS FERNANDO	1	0			0																30	230201	2.829.000	452.600	0	0	0	0	EPS002	2.829.000	165.200	14-11	2.829.000	0	196.700	CCF32	2.829.000	165.200	0	0	0	0	0
5	CC	79941131	LOZANO CASTRO JOSE AGUSTIN	1	0			0																30	230201	2.958.261	473.400	0	0	0	0	EPS002	2.958.261	118.400	14-11	2.958.261	0	205.607	CCF32	2.958.261	118.400	0	0	0	0	0

PAGADA

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

359

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
N	900814668-8	CONSTRUCCIONES DFL S.A.S		CR 71 C 33 A 10 SUR	8042704	admoncindfuccioneedf@hotmail.com	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C - MIPYME	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ, D.C.	BOGOTA, D.C.		S

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					36	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-03	E	15/04/2025	85858885	$13,208,400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	249,200	0		0		0	1	200	0	249,400	7
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	171,000	0		0		0	1	200	0	171,200	3
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	171,000	0		0		0	1	200	0	171,200	3
EPS010	EPS Sura	800088702-2	171,000	0		0		0	1	200	0	171,200	3
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	518,600	0		0		0	1	400	0	519,000	10
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	456,100	0		0		0	1	300	0	456,400	8
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	1,900	0		0		0	1	100	0	2,000	1
EPSC36	Recobro SGP Capital Salud	800249372-9	51,100	0		0		0	1	100	0	51,200	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Protección (AVC + Protección)	800250738-0	726,300	0	0	0	0	1	500	0	726,800	6
230301	Porvenir	800224808-4	5,704,100	0	0	0	0	1	3,700	0	5,707,800	29
251801	Colfondos	800227940-8	272,900	0	0	0	0	1	200	0	273,100	2
25-54	Colpensiones	900336004-7	228,100	0	0	0	0	1	200	0	228,300	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	830603790-5	2,726,300				2,726,300	1	1,800	2,728,100			27,283	2,729,100	36

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	1,782,900	1	1,200	1,784,199	36

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

PAGADA

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	9008180849	CONSTRUCCIONES DFL S.A.S.		CR 71 C 53 A 13 SUR	8042704	asesoriaconstruccionesdfl@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	VAC
					30	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-03	E	16/04/2025	95850685	$13.266.400	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	1	0	0	0
ICBF				
0	1	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGC, LMA, INP y Mora	Total a Pagar
Salud	8	1.792.900	1.794.600
Pensión	6	8.935.000	8.939.600
Riesgos Laborales	1	2.726.300	2.728.100
CCF	1	1.792.900	1.794.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	14	15.247.100	15.256.400

PAGADA

195

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900814668-8	CONSTRUCCIONES DFL S.A.S.		CR 71 C 55 A 10 SUR	8042704	admonconstruccionesdfl@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					39	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-03	E	16/04/2025	85855888	$13.256.400	

PAGADA

362

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900514958-8	CONSTRUCCIONES DFL S.A.S.		CR 71 C 53 A 10 SUR	8042704	administracionobras8@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C - EMPY589	PRINCIPAL	PRIN	BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					26	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-03	E	16/04/2025	83855685	$12.256.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombiano	Extranjero	Extranjero Cotiza Pensión	Extranjero Cotiza Salud	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	SUS	CUOTAS	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Retardo / Billado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte ESAL	Aporte ICBF	Aporte SENA	Aporte MEN
1	CC	1010063161	HERRERA DAMIAN MAURICIO SIETO	1	0			0																		230301	1.235.800	238.700	0	0	0	0	EPS036	1.235.800	57.100	14-11	1.235.800	3	86.500	CCF24	1.429.800	57.100	0	0	0	0	0
2	CC	1023944448	DEL TORO GRANADO LUIS RAUL	1	0			0																		230301	1.235.800	238.700	0	0	0	0	EPS037	1.235.800	57.100	14-11	1.235.800	3	86.500	CCF24	1.429.800	57.100	0	0	0	0	0
3	CC	1023760551	GARCIA CAMARGO ANGIE E	1	0			0																		230301	1.423.800	237.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.800	57.000	14-11	1.423.800	3	99.700	CCF24	1.423.800	57.000	0	0	0	0	0
4	CE	1012128412	CASTRO NIETO LEIDY CRISTALINA	1	0			0																		230301	1.281.150	605.000	0	0	0	0	EPS005	1.281.150	51.300	14-11	1.281.150	3	89.700	CCF24	1.281.150	51.300	0	0	0	0	0
5	CE	1012128412	CASTRO NIETO LEIDY CRISTALINA	1	0			0																	5	230301	142.350	33.900	0	0	0	0	EPS005	142.350	5.700	14-11	142.350	3	0	CCF24	142.350	5.700	0	0	0	0	0
6	CE	1024522099	ANTOLINEZ CESAR ANTONIO	1	0			0																		230301	907.350	144.500	0	0	0	0	EPS046	907.350	36.100	14-11	907.350	3	63.600	CCF24	907.350	36.100	0	0	0	0	0
7	CE	1024522099	ANTOLINEZ CESAR ANTONIO	1	0			0												1						230301	527.350	83.900	0	0	0	0	EPS046	527.350	20.900	14-11	527.350	3	0	CCF24	527.350	20.900	0	0	0	0	0
8	CE	1024564083	PINZON RODRIGUEZ DANIELA ALEXANDRA	1	0			0																		230301	1.431.000	227.800	0	0	0	0	EPS010	1.431.000	57.000	14-11	1.431.000	1	7.500	CCF24	1.431.000	57.000	0	0	0	0	0
9	CC	1030674622	BUITRAGO HERNANDEZ JOAN JESUSARAI JOSUE	1	0			0																		230301	1.330.467	212.800	0	0	0	0	EPS037	1.330.467	53.100	14-11	1.330.467	3	82.700	CCF24	1.330.467	53.100	0	0	0	0	0
10	CE	1030674622	BUITRAGO HERNANDEZ JOAN JESUSARAI JOSUE	1	0			0												1						230301	95.034	15.300	0	0	0	0	EPS011	95.034	3.800	14-11	95.034	3	0	CCF24	95.034	3.800	0	0	0	0	0
11	CC	1032389909	ACEA ALVARADO SECRIA JOHANNA	1	0			0																		230301	1.423.000	227.800	0	0	0	0	EPS046	1.423.000	57.000	14-11	1.423.000	1	7.500	CCF24	1.423.000	57.000	0	0	0	0	0
12	CC	1032457697	GONZALEZ LUQUE ANGIE LIZETH	1	0			0																		230301	1.423.000	227.800	0	0	0	0	EPS010	1.423.000	57.000	14-11	1.423.000	1	7.500	CCF24	1.423.000	57.000	0	0	0	0	0
13	CC	1033871000	RODRIGUEZ ADRIANO	1	0			0	5																	230301	47.600	7.600	0	0	0	0	EPS041	47.600	1.900	14-11	47.600	1	3.400	CCF24	47.600	1.900	0	0	0	0	0
14	CC	1050673883	SARAVIA VASQUEZ FLOR INES	1	0			0																		230301	1.423.000	227.800	0	0	0	0	EPS037	1.423.000	57.000	14-11	1.423.000	3	99.700	CCF24	1.423.000	57.000	0	0	0	0	0
15	CC	1050678161	MESA MARIN ALEJANDRA	1	0			0																		230301	1.423.000	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.000	57.000	14-11	1.423.000	3	99.700	CCF24	1.423.000	57.000	0	0	0	0	0
16	CC	1050687010	ALBAO MORENO WILVER	1	0			0																		230301	1.423.000	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.000	57.000	14-11	1.423.000	3	99.700	CCF24	1.423.000	57.000	0	0	0	0	0
17	CC	1070490411	RODRIGUEZ ROJAS VICTOR ALFONSO	1	0			0																		230301	1.423.000	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.000	57.000	14-11	1.423.000	3	99.700	CCF24	1.423.000	57.000	0	0	0	0	0
18	CC	1071080021	LUQUE CASTRO CAMILO ALBERTO	1	0			0	4																	230301	47.517	3.100	0	0	0	0	EPS011	47.517	2.000	14-11	47.517	3	3.400	CCF24	47.517	2.000	0	0	0	0	0
19	CC	1071513689	LUQUE CASTRO DURAN FELIPE	1	0			0																		230301	1.423.000	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.000	57.000	14-11	1.423.000	3	99.700	CCF24	1.423.000	57.000	0	0	0	0	0
20	CC	1082071604	ANGEL HERRERA JOSEDIN JHOAN	1	0			0																		230301	1.423.000	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.000	57.000	14-11	1.423.000	3	99.700	CCF24	1.423.000	57.000	0	0	0	0	0
21	CC	1082107987	ROLAND VILLALOBO JORGE LUIS	1	0			0																		230301	712.700	114.100	0	0	0	0	EPS037	712.700	28.500	14-11	712.700	3	49.900	CCF24	712.700	28.500	0	0	0	0	0
22	CC	1082107987	ROLAND VILLALOBO JORGE LUIS	1	0			0																	16	230301	712.700	114.100	0	0	0	0	EPS037	712.700	28.500	14-11	712.700	3	0	CCF24	712.700	28.500	0	0	0	0	0
23	CC	1090160996	PARRA GOMEZ JUAN CARLOS	1	0			0																		230301	1.423.600	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.600	57.000	14-11	1.423.600	3	99.100	CCF24	1.423.600	57.000	0	0	0	0	0
24	CC	1090410670	GONZALEZ LOPEZ EDER JAVIER	1	0			0																		230301	1.423.500	227.500	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	3	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
25	CC	1110501036	OSMALLOS BONEVERI RICARDO	1	0			0																		230301	1.423.500	227.500	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	3	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
26	CC	1116154542	MORENO RINCAS LEIDY JOHANA	1	0			0																		230301	1.235.700	197.400	0	0	0	0	EPS037	1.235.700	49.400	14-11	1.235.700	3	85.900	CCF24	1.235.700	49.400	0	0	0	0	0
27	CC	1116754842	MORENO RINCAS LEIDY JOHANA	1	0			0																	5	230301	189.800	30.400	0	0	0	0	EPS037	189.800	7.600	14-11	189.800	3	0	CCF24	189.800	7.600	0	0	0	0	0
28	CC	1118335875	CORTES BENITEZ LUIS EDUARDO	1	0			0																			0	0	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	57.100	14-11	1.423.500	3	99.300	CCF24	1.423.500	57.100	0	0	0	0	0
29	CC	1118845454	GONZALEZ LOPEZ JORGE ELIECER	1	0			0																		230301	1.423.600	227.800	0	0	0	0	EPS037	1.423.600	57.000	14-11	1.423.600	3	99.100	CCF24	1.423.600	57.000	0	0	0	0	0
30	CC	1140331205	ROJAS RICO JHEISON JAVIER	1	0			0																		230301	1.423.600	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.600	57.000	14-11	1.423.600	3	99.100	CCF24	1.423.600	57.000	0	0	0	0	0
31	CC	1067301114	VILLANDAR DELGADO CARLOS ANDRES	1	0			0	4																	230301	150.167	39.600	0	0	0	0	EPS002	100.067	3.700	14-11	100.067	4	13.300	CCF24	100.067	3.700	0	0	0	0	0
32	CC	1098352	MERCADO RUA LUIS	1	0			0	4																	230301	47.517	3.700	0	0	0	0	EPS002	47.517	2.000	14-11	47.517	3	3.400	CCF24	47.517	2.000	0	0	0	0	0
33	CC	1013887??	RAMOS NAVJOHANA	1	0			0																		230301	1.423.500	227.500	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	3	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
34	CC	79922139	GONZALEZ DUCON RAFAEL	1	0			0																		23-11	1.429.000	228.700	0	0	0	0	EPS037	1.429.000	57.100	14-11	1.429.000	3	99.200	CCF24	1.429.000	57.100	0	0	0	0	0
35	CC	79778886	CARVAJAL GOMEZ FELIX	1	0			0																		230301	1.423.000	227.600	0	0	0	0	EPS038	1.423.000	57.000	14-11	1.423.000	3	99.100	CCF24	1.423.000	57.000	0	0	0	0	0
36	CC	79778787	CARVAJAL GOMEZ ALBERTO	1	0			0																		230301	1.423.000	227.600	0	0	0	0	EPS010	1.423.000	57.000	14-11	1.423.000	3	99.100	CCF24	1.423.000	57.000	0	0	0	0	0
37	CC	80088637	LUQUE BENAVIDES DIEGO FERNANDO	1	0			0																		230301	1.423.000	227.600	0	0	0	0	EPS037	1.423.000	57.000	14-11	1.423.000	3	99.100	CCF24	1.423.000	57.000	0	0	0	0	0
38	CC	80720035	GOMEZ VELASQUEZ WALTER LEON	1	0			0																		230301	1.423.000	227.600	0	0	0	0	EPS008	1.423.000	57.000	14-11	1.423.000	3	99.100	CCF24	1.423.000	57.000	0	0	0	0	0
39	CE	80778105	CASTAÑEDA TRIANA DIEGO EDISON	1	0			0	4																	231001	285.100	45.700	0	0	0	0	EPS002	285.100	11.500	14-11	285.100	5	19.300	CCF24	285.100	11.500	0	0	0	0	0
40	CE	80838804	RODRIGUEZ CORTES JOSE GERARDO	1	0			0																		230301	1.423.500	227.600	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	3	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
41	PT	8101154	MEJIAS ORTIZ KEIBER RODRIGO	1	0			0																		230301	1.423.000	227.600	0	0	0	0	EPS010	1.423.000	57.000	14-11	1.423.000	3	99.100	CCF24	1.423.000	57.000	0	0	0	0	0

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900473788-4	STEEL CONCRET SC SAS	CRA 28 A No. 68 A 11	3208080809	steelconcret@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – 66P1656	PRINCIPAL RIESGO	008	BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.	S

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				7	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-03	E	24/04/2025	89024782	$7.230.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	Salud Total EPS	800130907-4	73.600	0		0		0	2	100	0	73.600	2
EPS025	Sanitas EPS	800251440-6	7.600	0		0		0	2	100	0	7.600	1
EPS041T	Famisanar EPS	830003564-7	6.000	0		0		0	2	100	0	6.000	1
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	71.600	0		0		0	2	100	0	71.700	2

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800144638-8	317.300	0	0	0	0	2	600	0	317.900	5
231001	Colfondos	800227940-6	232.300	0	0	0	0	2	300	0	232.300	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	66.100	0	0	0	0	2	300	0	66.300	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	276.300				276.300	2	400	276.700			2.753	276.708	7

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	158.800	2	800	159.100	7

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IDB, LMA, ITEP y Mora	Total a Pagar
Salud	4	158.600	159.200
Pensión	3	634.400	635.400
Riesgos Laborales	1	276.300	276.700
CCF	1	158.600	159.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	9	1.228.500	1.230.400

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	9004737668-4	STEEL CONCRET SC SAS		CRA 29 A No. 69 A 11	3206830663	steelconcret@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL RIESGO	005	BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					7	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-03	E	24/04/2026	98224783	$1,250,400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Extranj	Colombiano	Doble nacion	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CONDICIONAL	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Tarifa pensional Afiliado	Tarifa pensional Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1011118043	CANO MALAGON DIEGO ALEJANDRO	1	0			0	X	X																230301	168.000	23.200	0	0	0	0	EPS033	168.000	8.800	14-23	168.000	III	50.100	CCF24	168.000	8.800	0	0	0	0	0
2	CC	1014230841	HERRERA GOMEZ JOSE DAVID	1	0			0	X	X																23-14	521.667	65.100	0	0	0	0	EPS041	521.667	21.300	14-23	521.667	V	27.100	CCF24	521.667	21.300	0	0	0	0	0
3	CC	1033997940	LUGO CARDONA CARLOS ANDRES	1	0			0	X																	230301	241.667	33.700	0	0	0	0	EPS093	241.667	9.700	14-23	241.667	I	15.000	CCF24	241.667	9.700	0	0	0	0	0
4	CC	1193612000	GARCIA FUENTES ENRIQUE ENRIQUE	1	0			0	X																	230301	1.256.667	201.100	0	0	0	0	EPS041	1.256.667	50.300	14-23	1.256.667	V	81.300	CCF24	1.234.667	50.300	0	0	0	0	0
5	CC	1193597910	GARCIA FUENTES ALDAIR	1	0			0	X	X																230301	193.334	31.000	0	0	0	0	EPS005	193.334	7.800	14-23	193.334	V	10.500	CCF24	193.334	7.800	0	0	0	0	0
6	CC	6278653	HURTADO ZABALETA JHON FREDY	1	0			0																		231201	1.450.000	232.000	0	0	0	0	EPS032	1.450.000	58.000	14-23	1.450.000	III	101.500	CCF24	1.450.000	58.000	0	0	0	0	0
7	CC	80847288	SALCEDA HUERTA JAIRO ADOLFO	1	0			0	X																	230301	168.000	23.200	0	0	0	0	EPS017	168.000	8.800	14-23	168.000	I	10.200	CCF24	168.000	8.800	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900413788-0	STEEL CONCRET SC SAS		CRA 28 A No. 69 A 11	3208636953	direccioncsc@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	CENTRO COMERC	EL EDEN	BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				2	0
					TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-03	E	02/04/2026	83656703528	$905.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	116.400	0		0		0	10	800	0	117.200	2

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	232.530	0	0	0	0	10	1.600	0	234.100	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	232.530	0	0	0	0	10	1.600	0	234.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	202.400				202.400	10	1.400	203.800			2.024	203.800	2

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	116.400	10	800	117.200	2

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	10	0	0	0
ICBF				
0	10	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IDE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	116.400	117.200
Pensión	2	465.000	468.200
Riesgos Laborales	1	202.400	203.800
CCF	1	116.400	117.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	5	900.200	906.400

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900473786-4	STEEL CONCRET SC SAS		CRA 28 A No. 40 A 11	3204553003	steelconcret@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	D – MIPYMP	CENTRO COMERC	EL EDEN	BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-03	E	02/05/2026	5389610326	$668.480	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombiano	Extranjero	Pensionado	Cotizante exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC-LR	AVP	VCT	IRL	Cotizante	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Porcentaje Adicional AFP/Ahorro	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1016087618	PEREZ GONZALEZ JHOAN SEBASTIAN	1	0			0																X	23-14	1.400.000	210.000	0	0	0	0	EPS037	1.400.000	58.200	14-03	1.400.000	II	101.200	CCF24	1.400.000	56.000	0	0	0	0	0
2	CC	80251564	PEREZ RODRIGUEZ RAFAEL ANTONIO	1	0			0																X	23-04	1.400.000	210.000	0	0	0	0	EPS037	1.400.000	58.200	14-03	1.400.000	II	101.200	CCF24	1.400.000	56.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Señor(es): STEEL CONCRET SC SAS
Nit: NI 900473786
Dirección: CRA 28 A No. 49 A 11
Teléfono: 3204609063 **Fax:**
Ciudad: BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	STEEL CONCRET SC SAS
Tipo y número de identificación	900473786
Número de radicación planilla	0395610329
Fecha de pago	5/27/2025
Número de autorización de cargo	276316566
Sucursal	1023
Valor Convenio	$0

Número de empleados	2
Periodo liquidación salud	Abril 2025
Periodo liquidación pensión	Marzo 2025
Periodo liquidación caja	Marzo 2025
Número de convenios	6
Total Pagado	$987.700
Total Interes mora	$5.900

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	$198.900	1
230301	Protección (IVD + Protección)	$209.900	1
230301	Porvenir	$209.900	1
CCF24	Comfenalco Caja de Compensación Fam	$114.900	1
EPS010	EPS Sura	$87.400	1
EPS017	Famisanar S/PS Callan. Calculado	$87.400	1

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

368

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES														VALOR IBC						LIQUIDACION DE APORTES				
No	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	SLN	IGE	LMA	VSP	AVP	VCT	SUS	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	DIAS COTIZADOS	EXONERADO	TARIFA ESPECIAL DE PENSIONES	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	CPO ADICIONAL
1	CC	1128843553	CHICO LOAIZA JORGE EDUARDO	EPS010	230301	CCF04																1,423,500	1,423,500	1,423,500	1,423,500	0			227,800	0	0	57,000	0
2	CC	52482187	CASTAÑEDA CIFUENTES JAIRO	EPS011	230301	CCF24																1,423,500	1,423,500	1,423,500	1,423,500	0			227,800	0	0	57,000	0

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCION	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901230850-7	OVH SAS		CRA 23 187A 60	3102439139	[illegible]	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	C – MIPYME			BOGOTÁ, D. C.	BOGOTA, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	EPC
					20	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-03	E	09/04/2025	95812109	$5,113,100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	560.000	0		0		0	4	1.500	0	565.500	15
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	171.000	0		0		0	4	600	0	171.600	3
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	57.000	0		0		0	4	200	0	57.200	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	57.000	0		0		0	4	200	0	57.200	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	243.000	0		0		0	4	700	0	243.900	6
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	114.000	0		0		0	4	300	0	114.300	3
[illegible]	[illegible]	[illegible]	57.000	0		0		0	4	200	0	57.200	1

TOTALES PENSIÓN											
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
23201	Protección (ExG + Protección)	800227339-0	683.600	0	0	0	0	4	1.800	0	685.400	8
23301	Porvenir	800224808-6	2.013.000	0	0	0	0	4	6.800	0	2.409.700	16
23101	Colfondos	800227940-4	379.700	0	0	0	0	4	1.000	0	380.700	2
25-14	Colpensiones	900336004-7	683.800	0	0	0	0	4	1.800	0	685.200	3

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	800063768-8	2.197.500				2.197.500	4	5.700	2.203.200			21.975	2.203.200	30

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	1.263.800	4	3.300	1.266.800	20

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

PAGADA

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901230950-7	OMH SAS		CRA 23 187A 60	3102439139	[illegible]	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	D - MIPYME			BOGOTA, D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	APC
					30	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-03	E	15/04/2025	858127706	$8.115.100	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	4	0	0	0
ICBF				
0	4	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IDE, LMA, ISP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	1.283.500	1.287.100
Pensión	4	4.366.600	4.378.000
Riesgos Laborales	1	2.197.500	2.203.200
CCF	1	1.283.500	1.286.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	13	9.091.100	9.115.100

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901230850-7	DMR SAS		CRA 23 167A 46	3152435138	comercial@comergerista.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	C - MIPYME			BOGOTA, D.C.	BOGOTA, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					30	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-03	E	15/04/2026	85212738	$8.116.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																				PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Extranjero	Colombiano	Vacaciones	Cambio de salario	Incapacidad	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	SLN	IGE	LMA	LAR	VAC	AVP	VCT	IRP	SUS	CUL				Cód. Entidad	Días Cotizados	Salario Básico	Valor Aporte	Tarifa	Cotización	Cód. Entidad	Días Cotizados	Salario Básico	Cotización	Cód. Entidad	Días Cotizados	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	Días Cotizados	Valor Aporte	Tarifa	Valor Aporte	SENA	ICBF	ESAP	MEN
1	CC	1003773878	BOLAÑOS FAJARDO JOSE WILSON	1	0				X	X																			EPS037	30	1.281.780	300.000	0	0	EPS037	30	1.281.780	61.500	14-11	1.281.780	1	666.200	CCF24	30	1.281.780	61.500	0	0	0	0	0
2	CC	1003373527	CORDOBA GONZALES CRISTIAN DAVID	1	0				X	X																			EPS037	30	162.280	22.800	0	0	EPS037	30	162.280	9.700	14-11	162.280	1	10.800	CCF24	30	162.280	9.700	0	0	0	0	0
3	CC	1030630886	VILLARREAL BELETO DANIEL FELIPE	1	0				X	X																			EPS002	30	771.750	110.000	0	0	EPS002	30	771.750	26.500	14-11	771.750	1	40.500	CCF24	30	771.750	26.500	0	0	0	0	0
4	CC	1012262617	PARRA BARRERA ANGELO SERGIO	1	0				X																				EPS005	30	1.423.500	227.800	0	0	EPS005	30	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	1	99.100	CCF24	30	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
5	CC	1030902038	SALCHON SUAREZ JHON FREDDY	1	0				X	X																			EPS002	30	237.250	18.800	0	0	EPS002	30	237.250	9.500	14-11	237.250	1	13.300	CCF24	30	237.250	9.500	0	0	0	0	0
6	CC	1065	SAENZ DIAZ OSCAR FERNANDO	1	0				X																				EPS005	30	1.423.500	57.000	0	0	EPS005	30	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	1	99.100	CCF24	30	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
7	CC	1065875977	AMARIS PEREZ OSCAR MANUEL	1	0				X	X																			EPS037	30	332.150	33.200	0	0	EPS037	30	332.150	13.300	14-11	332.150	1	23.200	CCF24	30	332.150	13.300	0	0	0	0	0
8	CC	1072715257	PORRAS GUERRERO EDWIN ALEJANDRO	1	0				X																				EPS002	30	1.423.500	227.800	0	0	EPS002	30	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	1	99.100	CCF24	30	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
9	CC	1072711462	CRUZ AVILA DIEGO FERNANDO	1	0				X	X																			EPS037	30	949.000	151.900	0	0	EPS037	30	949.000	38.000	14-11	949.000	1	66.100	CCF24	30	949.000	38.000	0	0	0	0	0
10	CC	1073833213	URREGO NELSON ALFONSO	1	0				X																				EPS037	30	1.423.500	227.800	0	0	EPS037	30	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	1	99.100	CCF24	30	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
11	CC	1113761736	PASCUS GAMBOA MARON ALEXIS	1	0				X	X																			EPS002	30	195.600	29.400	0	0	EPS002	30	195.600	7.800	14-11	195.600	1	13.300	CCF24	30	195.600	7.800	0	0	0	0	0
12	CC	1116058208	PERDOMO VILLAMIZAR ANDRES	1	0				X	X																			EPS002	30	474.500	75.900	0	0	EPS002	30	474.500	19.000	14-11	474.500	1	33.100	CCF24	30	474.500	19.000	0	0	0	0	0
13	CC	11801502	URJUELO RUIZ HERNANDO JOSE JAIRO	1	0				X																				EPS037	30	1.423.500	227.800	0	0	EPS037	30	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	1	99.100	CCF24	30	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
14	CC	1130930918	ARROYO VALENCIA CARLOS ALBERTO	1	0				X	X																			EPS037	30	521.950	83.500	0	0	EPS037	30	521.950	20.900	14-11	521.950	1	36.400	CCF24	30	521.950	20.900	0	0	0	0	0
15	CC	1115	LOPEZ CACERES MISAEL	1	0				X																				EPS037	30	1.423.500	227.800	0	0	EPS037	30	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	1	99.100	CCF24	30	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
16	CC	1075	ZAVALA URBINA ALEXANDER	1	0				X	X																			EPS002	30	521.950	83.500	0	0	EPS002	30	521.950	20.900	14-11	521.950	1	36.400	CCF24	30	521.950	20.900	0	0	0	0	0
17	CC	1068	GOMEZ PEDRAZA JUAN MAURICIO	1	0				X																				EPS002	30	1.423.500	227.800	0	0	EPS002	30	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	1	99.100	CCF24	30	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
18	CC	1049	NUÑEZ VALENCIA RICARDO	1	0				X	X																			EPS002	30	47.400	7.600	0	0	EPS002	30	47.400	1.900	14-11	47.400	1	3.400	CCF24	30	47.400	1.900	0	0	0	0	0
19	CC	1030	PALMA MARTINEZ DELFINO	1	0				X	X																			EPS002	30	521.950	83.500	0	0	EPS002	30	521.950	20.900	14-11	521.950	1	36.400	CCF24	30	521.950	20.900	0	0	0	0	0
20	CC	1030	MAYA ROJAS JUAN FELIPE	1	0				X																				EPS005	30	1.423.500	227.800	0	0	EPS005	30	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	1	99.100	CCF24	30	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
21	CC	1074	VELASQUEZ ORLANDO	1	0				X																				EPS002	30	1.423.500	227.800	0	0	EPS002	30	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	1	99.100	CCF24	30	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
22	CC	1049	MARTINEZ CRISTANCHO FACUNDO	1	0				X																				EPS010	30	1.423.500	227.800	0	0	EPS010	30	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	1	99.100	CCF24	30	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
23	CC	1102	SACHARA SARRIA JUAN EMILIO	1	0				X																				EPS037	30	1.423.500	227.800	0	0	EPS037	30	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	1	99.100	CCF24	30	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
24	CC	1023	GANZON FONSECA SHIRLY VIVIANA	1	0				X																				EPS037	30	1.423.500	227.800	0	0	EPS037	30	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	1	99.100	CCF24	30	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
25	CC	1094	MATUTE MEJIA JHON FRANCISCO	1	0				X																				EPS002	30	1.423.500	227.800	0	0	EPS002	30	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	1	99.100	CCF24	30	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
26	CC	7642	MARCIAL CISNEROS	1	0				X																				EPS037	30	0	0	0	0	EPS037	30	0	0	14-11	0	1	0	CCF24	30	0	0	0	0	0	0
27	CC	1098	VELASQUEZ MUNOZ JAVIER CARLO	1	0				X																				EPS002	30	1.423.500	227.800	0	0	EPS002	30	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	1	99.100	CCF24	30	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
28	CC	1023	VELASQUEZ MUNOZ SEBASTIAN	1	0				X																				EPS037	30	1.423.500	227.800	0	0	EPS037	30	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	1	99.100	CCF24	30	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
29	CC	7642	MUÑOZ GUERRERO RODRIGO	1	0				X																				EPS010	30	1.423.500	227.800	0	0	EPS010	30	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	1	99.100	CCF24	30	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
30	PT	5100	BETANCOURT ACOSTA CLAUDIA JOSE	1	0				X																				EPS037	30	1.423.500	227.800	0	0	EPS037	30	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	1	99.100	CCF24	30	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900816668-6	CONSTRUCCIONES DEL S.A.S.		CR 71 C 53 A 15 SUR	6042704	administrativo@construcciones2@hotmail.com	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		S

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	IPC
					35	3
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-03	E	16/04/2025	65858880	$13,239,400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Codigo EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Salud Total EPS	800130907-4	248.200	0		0		0	1	200	0	248.400	7
EPS009	Sanitas EPS	800251440-6	171.800	0		0		0	1	200	0	171.200	3
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	171.800	0		0		0	1	200	0	171.200	3
EPS010	EPS Sura	800088702-2	171.800	0		0		0	1	200	0	171.200	3
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	515.830	0		0		0	1	480	0	516.300	10
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	488.180	0		0		0	1	300	0	488.480	8
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	901142943-2	1.900	0		0		0	1	100	0	2.000	1
EPS034	Pesquite EOP Coomeva Salud	900226172-3	57.100	0		0		0	1	100	0	57.200	1

TOTALES PENSIÓN

Codigo AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
23001	Protección (RAIS + Protección)	800229739-0	729.300	0	0	0	0	1	500	0	729.800	6
23001	Porvenir	800224808-0	5.704.100	0	0	0	0	1	1.700	0	5.707.800	29
23001	Colfondos	800227940-6	273.500	0	0	0	0	1	200	0	273.700	2
25-15	Colpensiones	900336004-7	228.100	0	0	0	0	1	200	0	228.300	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	800362786-9	2.726.300				2.726.300	1	1.800	2.728.100			27.263	2.726.100	35

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF30	Compensar Caja	860066942-7	1.792.900	1	1.300	1.794.100	35

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900814888-8	CONSTRUCCIONES DEL S.A.S.		CR 71 C 53 A 10 SUR	6042704	[illegible]	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		N

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					28	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-03	E	19/04/2026	85858685	$13.256.400	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	1	0	0	0
ICBF				
0	1	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IDB, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	1,792,800	1,794,600
Pensión	4	6,935,000	6,939,600
Riesgos Laborales	1	2,726,500	2,726,100
CCF	1	1,792,000	1,794,100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	14	13,247,100	13,256,400

PAGADA

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

374

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900614998-8	CONSTRUCCIONES DFL S.A.S.		CR 71 C 53 A 10 SUR	8042754	admonconstruccionesdfl@hotmail.com	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTA, D.C.	BOGOTA, D.C.		N

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					56	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-03	E	15/04/2025	90830085	$13.256.400	

PAGADA

375

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
N	900814669-8	CONSTRUCCIONES BPL S.A.S.		CR 71 C 53 A 10 SUR	5042774	adminconstrucciones@hotmail.com	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	EPC
					39	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-03	E	15/04/2025	95805885	$13.256.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombiano en el exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario a Afiliado	Voluntario a Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1000097751	HERRERA GAMBA AMANDA ESTER	1	0			0																230501	1.423.500	227.500	0	0	0	0	EPS034	1.423.500	97.500	14-11	1.423.500	3	99.500	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
2	CC	1001594655	DEL TORO HURTADO LUIS ENDER	1	0			0																230501	1.423.500	227.500	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	97.500	14-11	1.423.500	3	99.500	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
3	CC	1001595771	GARCIA CAMARGO ANDRES	1	0			0																230501	1.423.500	227.500	0	0	0	0	EPS040	1.423.500	97.500	14-11	1.423.500	3	99.500	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
4	CC	1013208812	CASTRO NIETO LEIDY CAMARGO	1	0			0																230504	1.281.150	205.000	0	0	0	0	EPS048	1.281.150	91.500	14-11	1.281.150	3	89.200	CCF24	1.281.150	51.300	0	0	0	0	0
5	CC	1013208812	CASTRO NIETO LEIDY CAMARGO	1	0			0																230504	162.350	25.950	0	0	0	0	EPS048	162.350	8.700	14-11	162.350	3	0	CCF24	162.350	6.500	0	0	0	0	0
6	CC	1031137686	ANTOLINEZ CEDEÑA ANTONIO	1	0			0																230501	907.550	144.700	0	0	0	0	EPS048	907.550	36.100	14-11	921.550	3	32.800	CCF24	921.550	36.900	0	0	0	0	0
7	CC	1031137686	ANTOLINEZ CEDEÑA ANTONIO	1	0			0									6							230501	521.950	83.500	0	0	0	0	EPS048	521.950	20.800	14-11	521.950	3	0	CCF24	521.950	20.800	0	0	0	0	0
8	CC	1031162701	PINZON RODRIGUEZ DAMARIS ALEXANDRA	1	0			0																230501	1.423.500	227.500	0	0	0	0	EPS048	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	1	7.500	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
9	CC	1033570522	BUITRAGO HERNANDEZ JOHN JESUS FABIAN JOSUE	1	0			0																230501	1.330.467	212.900	0	0	0	0	EPS037	1.330.467	53.300	14-11	1.330.467	3	50.100	CCF24	1.330.467	53.300	0	0	0	0	0
10	CC	1033570522	BUITRAGO HERNANDEZ JOHN JESUS FABIAN JOSUE	1	0			0									4							230501	95.034	15.200	0	0	0	0	EPS037	95.034	3.800	14-11	95.034	3	0	CCF24	95.034	3.800	0	0	0	0	0
11	CC	1033586600	AZA ALVARADO GLORIA JOHANNA	1	0			0																230501	1.423.500	227.500	0	0	0	0	EPS034	1.423.500	97.500	14-11	1.423.500	1	7.500	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
12	CC	1033587505	GONZALEZ LUQUE ANGIE LIZETH	1	0			0																230501	1.423.500	227.500	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	97.500	14-11	1.423.500	1	7.500	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
13	CC	1033671005	RODRIGUEZ ADRIANA	1	0			0	4															230501	37.980	3.400	0	0	0	0	EPS041	37.980	1.900	14-11	37.980	3	3.400	CCF24	37.980	1.900	0	0	0	0	0
14	CC	1033672002	SARAVIA VASQUEZ EUGENIO	1	0			0																230501	1.423.500	227.500	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	97.500	14-11	1.423.500	3	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
15	CC	1033672124	MEZA SARABIA ESTIVEN	1	0			0																230501	1.423.500	227.500	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	97.500	14-11	1.423.500	3	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
16	CC	1033680319	ALBAO MORENO WILVER	1	0			0																230501	1.423.500	227.500	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	97.500	14-11	1.423.500	3	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
17	CC	1070358417	ROBLEDO ROJAS HERTON ALFONSO	1	0			0																230501	1.423.500	227.500	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	97.500	14-11	1.423.500	3	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
18	CC	1071680507	LUQUE CASTRO EMILIO ALBERTO	1	0			0	6															230501	47.517	7.700	0	0	0	0	EPS017	47.517	2.000	14-11	47.517	3	3.400	CCF24	47.517	2.000	0	0	0	0	0
19	CC	1071613000	LUQUE CASTRO JUAN FELIPE	1	0			0																230501	1.423.500	227.500	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	97.500	14-11	1.423.500	3	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
20	CC	1083871806	ANGEL MENDEZ JEISON JAZOB	1	0			0																230501	1.423.500	227.500	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	97.500	14-11	1.423.500	3	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
21	CC	1085115989	SOLANO VILLALOBO JORGE LUIS	1	0			0																230501	712.750	114.100	0	0	0	0	EPS037	712.750	28.600	14-11	712.750	3	99.100	CCF24	712.750	28.600	0	0	0	0	0
22	CC	1085115989	SOLANO VILLALOBO JORGE LUIS	1	0			0															M	230501	712.750	114.100	0	0	0	0	EPS037	712.750	28.600	14-11	0	3	0	CCF24	712.750	28.600	0	0	0	0	0
23	CC	1090130505	PARRA GOMEZ JUAN CARLOS	1	0			0																230501	1.423.500	227.500	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	97.500	14-11	1.423.500	3	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
24	CC	1090915010	GONZALEZ LOPEZ EDER JAVIER	1	0			0																230501	1.423.500	227.500	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	97.500	14-11	1.423.500	3	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
25	CC	1110208126	CEBALLOS ECHEVERRI RICARDO	1	0			0																230501	1.423.500	227.500	0	0	0	0	EPS011	1.423.500	97.500	14-11	1.423.500	3	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
26	CC	1110748642	MERCADO MACIAS LEIDY JOHANA	1	0			0																230501	1.233.700	185.100	0	0	0	0	EPS037	1.233.700	49.400	14-11	1.233.700	3	85.900	CCF24	1.233.700	49.400	0	0	0	0	0
27	CC	1110748642	MERCADO MACIAS LEIDY JOHANA	1	0			0															4	230501	189.800	30.000	0	0	0	0	EPS037	189.800	7.600	14-11	189.800	3	0	CCF24	189.800	7.600	0	0	0	0	0
28	CC	1110748673	CORTES BENITEZ LUIS EDUARDO	1	0			0																	0	0	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	97.100	14-11	1.423.500	3	99.100	CCF24	1.423.500	57.100	0	0	0	0	0
29	CC	1136458044	GONZALEZ LOPEZ JORGE ELIECER	1	0			0																230501	1.423.500	227.500	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	97.500	14-11	1.423.500	3	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
30	CC	1140811210	ROJAS RICO JEISON JAVIER	1	0			0																230501	1.423.500	227.500	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	97.500	14-11	1.423.500	3	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
31	CC	1010125114	VILLAMIZAR DELGADO CARLOS ANDRES	1	0			0	4															240201	199.857	30.500	0	0	0	0	EPS002	199.857	7.700	14-11	199.857	3	16.500	CCF24	199.857	7.700	0	0	0	0	0
32	CC	1030000000	MERCADO RUA LUIS	1	0			0		4														230501	47.517	7.700	0	0	0	0	EPS002	47.517	2.000	14-11	47.517	3	3.400	CCF24	47.517	2.000	0	0	0	0	0
33	CC	1031166700	RAMOS MIN JOHANN	1	0			0																230501	1.423.500	227.500	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	97.500	14-11	1.423.500	3	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
34	CC	1062327061	GONZALEZ DUCON RAFAEL	1	0			0																23-14	1.425.500	228.100	0	0	0	0	EPS037	1.425.500	97.100	14-11	1.425.500	3	99.100	CCF24	1.425.500	57.100	0	0	0	0	0
35	CC	1077377956	CARVAJAL GOMEZ FELIX	1	0			0																230501	1.423.500	227.500	0	0	0	0	EPS034	1.423.500	97.500	14-11	1.423.500	3	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
36	CC	1077377977	CARVAJAL GOMEZ ALBERTO	1	0			0																230501	1.423.500	227.500	0	0	0	0	EPS010	1.423.500	97.500	14-11	1.423.500	3	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
37	CC	80036807	LUQUE DENAVIDES DIEGO FERNANDO	1	0			0																230501	1.423.500	227.500	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	97.500	14-11	1.423.500	3	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
38	CC	80127005	GOMEZ VELASQUEZ WALTER LEON	1	0			0																230501	1.423.500	227.500	0	0	0	0	EPS030	1.423.500	97.500	14-11	1.423.500	3	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
39	CC	80178108	CASTAÑEDA TARAZONA JOSE ERICSON	1	0			0	1															210501	285.100	45.700	0	0	0	0	EPS002	285.100	11.500	14-11	285.100	3	16.900	CCF24	285.100	11.500	0	0	0	0	0
40	CC	80180861	AGUSTIAS CORTES JOSE EDWARD	1	0			0																230501	1.423.500	227.500	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	97.500	14-11	1.423.500	3	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
41	PT	8181154	MEJIAS ORTIZ ABISAI RODRIGO	1	0			0																230501	1.423.500	227.500	0	0	0	0	EPS010	1.423.500	97.500	14-11	1.423.500	3	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0

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

Señor(es): STEEL CONCRET SC SAS
Nit: NI 900473786
Dirección: CRA 28 A No. 49 A 11
Teléfono: 3204609063 **Fax:**
Ciudad: BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	STEEL CONCRET SC SAS
Nit y Digito de verificación	900473786
Número de transacción operador	838961032?
Fecha de pago	5/3/2025
Número de autorización de pago	27838849
Banco	1023
Valor Convenio	$0

Número de empleados	1
Periodo de aportes salud	Abril 2025
Periodo de aportes pensión	Marzo 2025
Periodo de aportes ARL	Marzo 2025
Número de administradoras	4
Total Pagado	$561.100
Total valores mora	$3.600

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-20	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	$126.208	1
28-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	$284.908	1
CCF24	Comfenalco Caja de Compensacion Fliar	$72.508	1
EPS037	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	$77.496	1

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

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES														VALOR IBC						LIQUIDACION DE APORTES				
No	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	IGE	IRL	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	AVP	VIP	VIT	VAP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	DIAS COTIZADOS	VSP	VTE	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR. PENSION	APORTE VOLUNT. PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	79988418	CARDENAS AGUJA JORGE WILLIAMS	EPS031	23-14	CCF24																			1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	0			160.000	0	0	72.000	0

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

370

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	[illegible]	JHONY MAURICIO ROJAS MEDINA		CL 1 SUR 86C 04	[illegible]	[illegible]	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	1 - Independiente			BOGOTA D.C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-03	1	03/04/2025	94072694	$405.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

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

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

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

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

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

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

PAGADA

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

279

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80226764	JHONY MAURICIO ROJAS MEDINA		CL 1 SUR 96D 04	8000000	jrohytanes@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	1 - Independiente			BOGOTA D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	IBC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-03	1	03/06/2025	88372604	$405.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colocar	Sufijo	Extranjero	Pagos Colocar	Suspensión	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	DIAS	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización o Valor UPC	CNE ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	80226764	ROJAS MEDINA JHONY MAURICIO	3	0		N	X																	30	23001	1.424.000	227.800	0	0	0	0	EPS037	1.333.000	119.000		0		0		0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CE	8025878	JHONY MAURICIO ROJAS MEDINA		CL 1 SUR 68D 34	3000000	yrojhydanne@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	1 – Independiente			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					IMPLEADOS	UPC
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-03	Y	07/04/2025	94064658	$935.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	88.000	0		0		0	0	0	0	88.000	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	88.000	0		0		0	0	0	0	88.000	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	88.000	0		0		0	0	0	0	88.000	1
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	88.000	0		0		0	0	0	0	88.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230001	Protección (AG + Protección)	800229739-3	227.500	0	0	0	0	0	0		227.500	2
230001	Porvenir	800224808-8	113.900	0	0	0	0	0	0		113.900	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	113.900	0	0	0	0	0	0		113.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	860063190-5	124.000				124.000	0	0	124.000			1.240	124.900	4

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

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGR, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	4	368.000	368.000
Pensión	3	455.800	455.800
Riesgos Laborales	1	124.000	124.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	935.800	935.800

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80231754	JHONY MAURICIO ROJAS MEDINA		CL 1 SUR 80D 24	3000000	rohjdarma@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	1 – Independiente			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

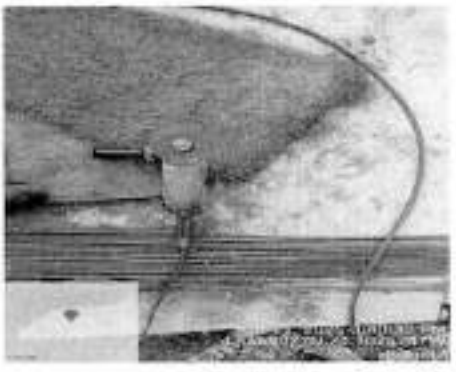
DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-03	Y	03/04/2026	94064558	$939,800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																	PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF		PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Extranjero	Sueldo	Integral	Salario Mínimo	Extranjero	ING	SLN	IGE	LMA	VAC	VSP	AVP	VST	SUS	INC	ELE	CAS	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VACIONES	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Solidaridad o Subsis.	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1013667365	FORIGUA MANRIQUE GIOVANNY		X			N	X																	23001	711,750	113,600	0	0	0	0	EPS032	711,750	89,300	14-11	711,750	4	27,300		0	0	0	0	0	0	0	0
2	CC	79502726	MEDINA MEDINA ISMAEL		X			N	X																	23001	711,750	113,600	0	0	0	0	EPS005	711,750	89,300	14-11	711,750	4	27,300		0	0	0	0	0	0	0	0
3	CC	79764998	ROJAS MEDINA HECTOR RONEL		X			N	X																	23-14	711,750	113,600	0	0	0	0	EPS041	711,750	89,300	14-11	711,750	4	27,300		0	0	0	0	0	0	0	0
4	CC	80801119	LOPEZ BUITRAGO CARLOS ANDRES		X			N	X																	23001	711,750	113,600	0	0	0	0	EPS017	711,750	89,300	14-11	711,750	4	27,300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

382















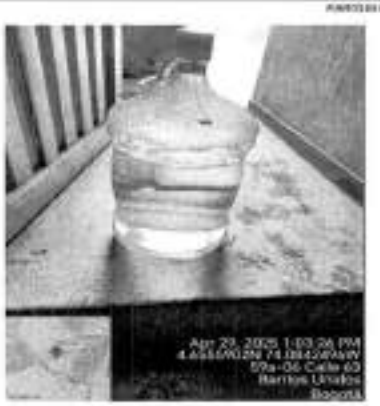


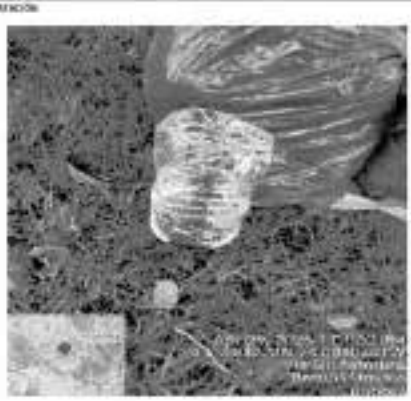












385

CONSORCIO

FORMATO INSPECCIÓN DE EXTINTORES

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

CENTRO DE TRABAJO U OBRA: Consorcio Belzuon 1020 - 4060

CIUDAD: Bogotá

FECHA INSPECCIÓN: 25 abril . 2025

RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN: Gnathun Naranjo

No.	UBICACIÓN	TIPO						CAPACIDAD	ESTADO DE CARGA		REVISIÓN ESTADO GENERAL													FECHA DE VENCIMIENTO
		PQS							CILINDRO															
		BC	ABC	CO2	SOLKAFLAM 123	AGUA	OTROS		CARGADO	DESCARGADO	PINTURA	GOLPES	AUTOADHESIVO FECHA/TIPO	1. BOQUILLA	2. MANGUERA	3. MANÓMETRO	4. MANIJA DE TRANSPORTE	5. ARO DE SEGURIDAD	6. MANIJA DE DISPARO	SEÑALIZACIÓN	SOPORTE COLGAR O RUEDAS	SITIO	
1	Parque. Porvenir		X					10L	B	NA	B	NR	B	B	B	B	B	B	B	NA	NA		0126
2	Parque. Pinos		X					10L	B	NA	B	NR	B	B	B	B	B	B	B	NA	NA		0126
3	Parque.		X					10L	B	NA	B	NR	B	B	B	B	B	B	B	NA	NA		0126
4	Camioneta		X					10L	B	NA	B	NR	B	B	B	B	B	B	B	NA	NA		0825
5	Oficina Principal		X					10L	B	NA	B	NR	B	B	B	B	B	B	B	NA	NA		0825
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								

PARTES DEL EXTINTOR



OBSERVACIONES

PQS	POLVO QUIMICO SECO

B	BUENO
R	REGULAR
M	MALO

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

386

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

PROYECTO: IDRD · 4060 · Consorcio · Belzcan FECHA: 15 Abril/25

RESPONSABLE Cristian Naranjo FIRMA:

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

ELEMENTOS A INSPECCIONAR	CANTIDAD MÍNIMA	CANTIDAD ACTUAL	ESTADO	OBSERVACIONES
ESPARADRAPO MICROPORE	1	1		
ISODINE ESPUMA (FRASCO)	1	1		
ISODINE SOLUCIÓN (FRASCO)	1	1		
ALCOHOL (FRASCO)	0	0		
ESPARADRAPO	1	1		
BAJALENGUAS (PAQUETE X 20)	1	1		
APLICADORES DE ALGODÓN (BOLSA X 20)	1	1		
SUERO ORAL (SOBRES)	1	1		
GASA (POR UNIDADES)	1	1		
ALGODÓN (PAQUETE)	1	1		
VENDA ELÁSTICA 3" 5 YDS	3	3		
GUANTES DESECHABLES (PAR)	1	1		
TERMÓMETRO	1	1		
CURAS (CAJA X 100 u)	1	1		
LINTERNA	1	1		
CAMILLA :				UBICACIÓN:
TOTAL DATOS	16	16		
TOTAL BUENOS	16	16		
TOTAL REGULAR	/	/		
TOTAL MALO	/	/		
TOTAL NO APLICA	32	32		
PUNTAJE				

OBSERVACIONES GENERALES:

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

PROYECTO: 1020 - 1060 - Consorcio Belzon. FECHA: 15 Abril 25

RESPONSABLE: Cristian Naranjo FIRMA: Cristian Naranjo.

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

ELEMENTOS A INSPECCIONAR	CANTIDAD MÍNIMA	CANTIDAD ACTUAL	ESTADO	OBSERVACIONES
ESPARADRAPO MICROPORE	1	1		
ISODINE ESPUMA (FRASCO)	1	1		
ISODINE SOLUCIÓN (FRASCO)	1	1		
ALCOHOL (FRASCO)	0	0		
ESPARADRAPO	1	1		
BAJALENGUAS (PAQUETE X 20)	1	1		
APLICADORES DE ALGODÓN (BOLSA X 20)	1	1		
SUERO ORAL (SOBRES)	0	0		
GASA (POR UNIDADES)	2	1		
ALGODÓN (PAQUETE)	1	1		
VENDA ELÁSTICA 3" 5 YDS	3	3		
GUANTES DESECHABLES (PAR)	1	1.		
TERMÓMETRO	1	1		
CURAS (CAJA X 100 u)	1	1		
LINTERNA	1	1.		
CAMILLA : 1 Naranja				UBICACIÓN: Parque Country
TOTAL DATOS	17	17		
TOTAL BUENOS	17	17.		
TOTAL REGULAR				
TOTAL MALO	/	/		
TOTAL NO APLICA				
PUNTAJE	34	34		

OBSERVACIONES GENERALES:

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

PROYECTO: IDEO. 4060-Consorcio Belzuan FECHA: 15 Abril /25

RESPONSABLE: Cristian Naranjo FIRMA: Cristian Naranjo.

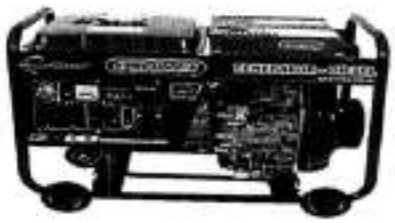
B=BUENO, R=REGULAR, M=MALO, NA= NO APLICA

ELEMENTOS A INSPECCIONAR	CANTIDAD MÍNIMA	CANTIDAD ACTUAL	ESTADO	OBSERVACIONES
ESPARADRAPO MICROPORE	1.	1.		
ISODINE ESPUMA (FRASCO)	1.	1.		
ISODINE SOLUCIÓN (FRASCO)	1.	1		
ALCOHOL (FRASCO)	0.	0.		
ESPARADRAPO	1.	1		
BAJALENGUAS (PAQUETE X 20)	1.	1.		
APLICADORES DE ALGODÓN (BOLSA X 20)	1.	1		
SUERO ORAL (SOBRES)	0	0		
GASA (POR UNIDADES)	1.	1.		
ALGODÓN (PAQUETE)	1	1.		
VENDA ELÁSTICA 3" 5 YDS	1	1.		
GUANTES DESECHABLES (PAR)	1	1.		
TERMÓMETRO	1	1		
CURAS (CAJA X 100 u)	1	1		
LINTERNA	0	0		
CAMILLA: 1 Naranja				UBICACIÓN: parque Porvenir
TOTAL DATOS	12.	12.		
TOTAL BUENOS	12	12.		
TOTAL REGULAR	—	—		
TOTAL MALO	—	—		
TOTAL NO APLICA	—	—		
PUNTAJE	24	24		

OBSERVACIONES GENERALES:

CONDOMINIO	**INSPECCION SEMANAL EQUIPOS**	CBLZC-FR-SST- 32 VERSIÓN: 01 PAG.1 DE 1 24/11/2024

FECHA DE LA INSPECCION:	7-04-25
RESPONSABLE INSPECCION:	Juan Gomez
RESPONSABLE DEL EQUIPO:	Juan Gomez
EQUIPO:	PLANTA E
MARCA:	Forte
MODELO:	Forte



CONDICIONES A VERIFICAR	L	M	M	J	V	S	D	OBSERVACIONES
REVISAR NIVEL DE ACEITE	✓	✓	✓					
REVISAR NIVEL DE REFRIGERANTE	✓	✓	✓					
REVISAR NIVEL DE COMBUSTIBLE	✓	✓	✓					
REVISAR AJUSTE XTERNO DE	✓	✓	✓					
REVISAR CORREA DE ACCIONAMIENTO	✓	✓	✓					
REVISAR FILTRO DE AIRE (Ambientes con	✓	✓	✓					
REVISAR CABLES Y MANGUERAS	✓	✓	✓					
REVISAR RADIADOR	✓	✓	✓					
INSPECCIONAR MOTOR Y GENERADOR	✓	✓	✓					
REVISAR EXOSTO	✓	✓	✓					
DRENAR AGUA DEL FILTRO DE	X	X	X					
REVISAR BATERIA	✓	✓	✓					
REVISAR GUARDAS	X	X	X					
REVISAR TOTALIZADORES	✓	✓	✓					
REVISAR SWICH ENCENDIDO Y PARO DE EMERGENCIA	✓	✓	✓					
LECTURA HOROMETRO DIARIA	✓	✓	✓					

OBSERVACIONES

INSPECCION REALIZADA POR: Jonathan Naranjo

INSPECCION SEMANAL EQUIPOS

CBLZC-FR-SST- 32
VERSIÓN: 01
PAG.1 DE 1
24/11/2024

FECHA DE LA INSPECCION:	12-04-25
RESPONSABLE INSPECCION:	Emiliano Camargo
RESPONSABLE DEL EQUIPO:	Emiliano Camargo
EQUIPO:	PULIDORA MANUAL
MARCA:	Bosch
MODELO:	



CONDICIONES A VERIFICAR	L	M	M	J	V	S	D	OBSERVACIONES
ESTADO DE LA EXTENSION ELECTRICA	✓	✓	✓					
ESTADO TOMA CORRIENTE EXTENSION	✓	✓	✓					
ESTADO ENCHUFE DE CONEXIÓN EXTENSION	✓	✓	✓					
ESTADO DEL CABLE DE CONEXIÓN	✓	✓	✓					
ESTADO DEL ENCHUFE DE EXT. ELECTRICA	✓	✓	✓					
ESTADO DE LA GUARDA DE SEGURIDAD	✓	✓	✓					
ESTADO ROSCA DE SOPORTE DISCO	✓	✓	✓					
ESTADO DEL MANGO DE ESTABILIDAD		✓	✓					
ESTADO DEL SWICHT DE ENCENDIDO	✓	✓	✓					
ESTADO CONTROL DE ACELERACION MOTOR	✓	✓	✓					
ESTADO DEL CABEZAL	✓	✓	✓					
ESTADO DE LA CARCAZA	✓	✓	✓					
ESTADO DEL MANGO DE SOPORTE	✓	✓	✓					
ESTADO DEL DISCO A UTILIZAR (SI APLICA)	✓	✓	✓					
ESTADO DEL GRATA A UTILIZAR (SI APLICA)	✓	✓	✓					
ESTADO LIMPIEZA DEL EQUIPO	✓	✓	✓					

OBSERVACIONES

INSPECCION REALIZADA POR: Cristian Noriega

CONSORCIO	**INSPECCION SEMANAL EQUIPOS**	CBLZC-FR-SST- 32 VERSIÓN: 01 PAG.1 DE 1 24/11/2024

FECHA DE LA INSPECCION:	08-04-25
RESPONSABLE INSPECCION:	Juan Gomez
RESPONSABLE DEL EQUIPO:	Jose Velazquez
EQUIPO:	PULIDORA MANUAL
MARCA:	Bosh
MODELO:	



CONDICIONES A VERIFICAR	L	M	M	J	V	S	D	OBSERVACIONES
ESTADO DE LA EXTENSION ELECTRICA	/		/		/			
ESTADO TOMA CORRIENTE EXTENSION	/		/		/			
ESTADO ENCHUFE DE CONEXIÓN EXTENSION	/		/		/			
ESTADO DEL CABLE DE CONEXIÓN	/		/		/			
ESTADO DEL ENCHUFE DE EXT. ELECTRICA	/		/		/			
ESTADO DE LA GUARDA DE SEGURIDAD	/		/		/			
ESTADO ROSCA DE SOPORTE DISCO	/		/		/			
ESTADO DEL MANGO DE ESTABILIDAD	/		/		/			
ESTADO DEL SWICHT DE ENCENDIDO	/		/		/			
ESTADO CONTROL DE ACELERACION MOTOR	/		/		/			
ESTADO DEL CABEZAL	/		/		/			
ESTADO DE LA CARCAZA	/		/		/			
ESTADO DEL MANGO DE SOPORTE	/		/		/			
ESTADO DEL DISCO A UTILIZAR (SI APLICA)	/		/		/			
ESTADO DEL GRATA A UTILIZAR (SI APLICA)	/		/		/			
ESTADO LIMPIEZA DEL EQUIPO	/		/		/			

OBSERVACIONES

INSPECCION REALIZADA POR: Cristhian Naranjo	

INSPECCION PREOPERACIONAL VEHICULOS

CBLZC-FR-SST-39
Versión: 01
PAG. 1 de 2
24/11/2024

CONDUCTOR DEL VEHICULO: Andres Chaverra | PLACA: JRX 814 | CENTRO DE TRABAJO: Consorcio Belen 1020

CONVENCIONES: MARQUE CON UNA "X" LA CASILLA SEGÚN CORRESPONDA: B=BUENO, R=REGULAR Y M=MALO | MES: Abril 07 - 13 | AÑO: 2025

CRITERIO DE INSPECCION PREOPERACIONAL Y ESTADO DE ENTREGA FINAL	LUINES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SÁBADO			DOMINGO		
	B	M	R	B	M	R	B	M	R	B	M	R	B	M	R	B	M	R	B	M	R
SEGURO OBLIGATORIO DEL VEHICULO	X			X			/			X			X								
REVISION TECNICA DEL VEHICULO	X			X			X			X			X								
TARJETA DE POPIEDAD DEL VEHICULO	X			X			X			X			X								
EXTINTOR	X			X			X			X			X								
BOTIQUIN	X			X			/			X			X								
EQUIPO DE CARRETERA	X			X			X			X			X								
ESTADO DE LAS LUCES FRONTAL ALTA	X			X			/			X			X								
ESTADO DE LAS LUCES FRONTAL BAJA	X			X			X			X			X								
ESTADO DE LAS LUCES DE FRENO	X			X			X			X			X								
ESTADO DE LAS LLANTAS DELANTERAS	X			X			X			X			X								
ESTADO DE LAS LLANTAS TRACERAS	X			X			X			X			X								
CAPACIDAD DE CARGA DE LOS NEUMATICOS	X			✓			✓			X			X								
ESTADO DE LOS RINES (QUE TODOS TENGAS SUS TUERCAS)	X			X			X			X			X								
ALARMA DE RETROCESO	N/A			N/A			N/A			N/A			N/A								
ESTADO DE LAS PUERTAS Y SEGURO DE PUERTAS	✓			X			X			X			X								
ESTADO DE LOS ESPEJOS, RETROVISORES ETC.	✓			X			X			✓			X								
ESTADO DE LA ESTRUCTURA GENERAL DEL VEHICULO	X			X			X			X			X								
ESTADO DE LOS FRENOS	X			X			X			X			X								
ESTADO DE LA COJINERIA	X			X			X			X			X								
ORDEN Y ASEO DEL VEHICULO	✓			X			X			/			✓								
ESTADO DE SUSPENSIÓN: AMORTIGUADORES, RESORTES, ROTULAS ETC.	X			X			X			X			✓								
ESTADO DEL LIMPIAPRABRISAS	✓			X			X			X			✓								
ESTADO DEL NIVEL DE ACEITE	X			/			/			/			X								
ESTADO DEL SISTEMA DE ENFRIAMIENTO (REFRIGERANTE)	/			X			X			/			✓								
ESTADO DEL CINTURON DE SEGURIDAD DELANTEROS	X			✓			X			X			X								
ESTADO DEL CINTURON DE SEGURIDAD TRACEROS	X			✓			X			/			✓								
ESTADO DEL FRENO DE MANO	X			X			/			✓			X								
ESTADO DE LLANTA DE REPUESTO	X			X			X			✓			/								
ESTADO DE LA PALANCA DEL FRENO, ACELERADOR Y CLOCHE	X			X			X			X			X								
EL MOTOR SE VE EN BUENAS CONDICIONES Y LIMPIO	✓			X			X			✓			X								
ESTADO DEL AIRE ACONDICIONADO	X			X			X			X			X								
ESTADO FINAL EN QUE ENTREGA EL VEHICULO	X			X			X			X			X								

OBSERVACIONES:

Firma Conductor del Vehiculo	Nombre del Ingeniero Residente:	Nombre del Supervisor HSE
	Arq. Jorge Cuellar J.	

INSPECCION PREOPERACIONAL VEHICULOS

CBLZC-FR-SST-39
Versión: 01
PAG. 1 de 2
24/11/2024

CONDUCTOR DEL VEHICULO:	Andres Navarro	PLACA:	JRX 814	CENTRO DE TRABAJO	Comercio Belen 02R
CONVENCIONES: MARQUE CON UNA "X" LA CASILLA SEGÚN CORRESPONDA: B=BUENO, R=REGULAR Y M=MALO		MES:	Abril 14 - 20	AÑO:	2025

CRITERIO DE INSPECCION PREOPERACIONAL Y ESTADO DE ENTREGA FINAL	LUINES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SÁBADO			DOMINGO		
	B	M	R	B	M	R	B	M	R	B	M	R	B	M	R	B	M	R	B	M	R
SEGURO OBLIGATORIO DEL VEHICULO	X			X			X														
REVISION TECNICA DEL VEHICULO	X			X			X														
TARJETA DE POPIEDAD DEL VEHICULO	X			X			X														
EXTINTOR	X			X			X														
BOTIQUIN	X			X			X														
EQUIPO DE CARRETERA	X			X			X														
ESTADO DE LAS LUCES FRONTAL ALTA	X			X			X														
ESTADO DE LAS LUCES FRONTAL BAJA	X			X			X														
ESTADO DE LAS LUCES DE FRENO	X			X			X														
ESTADO DE LAS LLANTAS DELANTERAS	X			X			X														
ESTADO DE LAS LLANTAS TRACERAS	X			X			X														
CAPACIDAD DE CARGA DE LOS NEUMATICOS	X			X			X														
ESTADO DE LOS RINES (QUE TODOS TENGAS SUS TUERCAS)	X			X			X														
ALARMA DE RETROCESO	N/A			N/A			N/A														
ESTADO DE LAS PUERTAS Y SEGURO DE PUERTAS	X			X			X														
ESTADO DE LOS ESPEJOS, RETROVISORES ETC.	X			X			X														
ESTADO DE LA ESTRUCTURA GENERAL DEL VEHICULO	X			X			X														
ESTADO DE LOS FRENOS	X			X			X														
ESTADO DE LA COJINERIA	X			X			X														
ORDEN Y ASEO DEL VEHICULO	X			X			X														
ESTADO DE SUSPENSION: AMORTIGUADORES, RESORTES, ROTULAS ETC.	X			X			X														
ESTADO DEL LIMPIAPRABRISAS	X			X			X														
ESTADO DEL NIVEL DE ACEITE	X			X			X														
ESTADO DEL SISTEMA DE ENFRIAMIENTO (REFRIGERANTE)	X			X			X														
ESTADO DEL CINTURON DE SEGURIDAD DELANTEROS	X			X			V														
ESTADO DEL CINTURON DE SEGURIDAD TRACEROS	X			X			X														
ESTADO DEL FRENO DE MANO	X			X			V														
ESTADO DE LLANTA DE REPUESTO	X			X			X														
ESTADO DE LA PALANCA DEL FRENO, ACELERADOR Y CLOCHE	X			X			V														
EL MOTOR SE VE EN BUENAS CONDICIONES Y LIMPIO	X			X			X														
ESTADO DEL AIRE ACONDICIONADO	X			X			X														
ESTADO FINAL EN QUE ENTREGA EL VEHICULO	X			X			X														

OBSERVACIONES:

Firma Conductor del Vehiculo	Nombre del Ingeniero Residente: Santana	Nombre del Supervisor HSE

392

INSPECCION PREOPERACIONAL VEHICULOS

CBLZC-FR-SST-39
Versión: 01
PAG. 1 de 2
24/11/2024

CONDUCTOR DEL VEHICULO:	Andres Chaparro	PLACA: JRX 814	CENTRO DE TRABAJO: Consorcio Bellavista IDRD.
CONVENCIONES: MARQUE CON UNA "X" LA CASILLA SEGÚN CORRESPONDA: B=BUENO, R=REGULAR Y M=MALO		MES: Abril 31 – 06	AÑO: 2025

CRITERIO DE INSPECCION PREOPERACIONAL Y ESTADO DE ENTREGA FINAL	LUINES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SÁBADO			DOMINGO		
	B	M	R	B	M	R	B	M	R	B	M	R	B	M	R	B	M	R	B	M	R
SEGURO OBLIGATORIO DEL VEHICULO	X			X			X			X			X								
REVISION TECNICA DEL VEHICULO	X			X			X			X			X								
TARJETA DE POPIEDAD DEL VEHICULO	X			X			X			X			X								
EXTINTOR	X			X			X			X			X								
BOTIQUIN	X			X			X			X			X								
EQUIPO DE CARRETERA	X			X			X			X			X								
ESTADO DE LAS LUCES FRONTAL ALTA	X			X			X			X			X								
ESTADO DE LAS LUCES FRONTAL BAJA	X			X			X			X			X								
ESTADO DE LAS LUCES DE FRENO	X			X			X			X			X								
ESTADO DE LAS LLANTAS DELANTERAS	X			X			X			X			X								
ESTADO DE LAS LLANTAS TRACERAS	X			X			X			X			X								
CAPACIDAD DE CARGA DE LOS NEUMATICOS	X			X			X			X			X								
ESTADO DE LOS RINES (QUE TODOS TENGAS SUS TUERCAS)	X			X			X			X			X								
ALARMA DE RETROCESO	N/A			N/A			N/A			N/A			N/A								
ESTADO DE LAS PUERTAS Y SEGURO DE PUERTAS	X			X			X			X			X								
ESTADO DE LOS ESPEJOS, RETROVISORES ETC.	X			X			X			X			X								
ESTADO DE LA ESTRUCTURA GENERAL DEL VEHICULO	X			X			X			X			X								
ESTADO DE LOS FRENOS	X			X			X			X			X								
ESTADO DE LA COJINERIA	X			X			X			X			X								
ORDEN Y ASEO DEL VEHICULO	X			X			X			X			X								
ESTADO DE SUSPENSIÓN: AMORTIGUADORES, RESORTES, ROTULAS ETC.	X			X			X			X			X								
ESTADO DEL LIMPIAPRABRISAS	X			X			X			X			X								
ESTADO DEL NIVEL DE ACEITE	X			X			X			X			X								
ESTADO DEL SISTEMA DE ENFRIAMIENTO (REFRIGERANTE)	X			X			X			X			X								
ESTADO DEL CINTURON DE SEGURIDAD DELANTEROS	X			X			X			X			X								
ESTADO DEL CINTURON DE SEGURIDAD TRACEROS	X			X			X			X			X								
ESTADO DEL FRENO DE MANO	X			X			X			X			X								
ESTADO DE LLANTA DE REPUESTO	X			X			X			X			X								
ESTADO DE LA PALANCA DEL FRENO, ACELERADOR Y CLOCHE	X			X			X			X			X								
EL MOTOR SE VE EN BUENAS CONDICIONES Y LIMPIO	X			X			X			X			X								
ESTADO DEL AIRE ACONDICIONADO	X			X			X			X			X								
ESTADO FINAL EN QUE ENTREGA EL VEHICULO	X			X			X			X			X								

OBSERVACIONES:

Firma Conductor del Vehiculo	Nombre del Ingeniero Residente: Ana Jorid Cuellar G.	Nombre del Supervisor HSE

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

OBRA/CONTRATO: Contrato. IDRD. 4050. Porvenir	
FECHA:	REALIZADO POR:

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

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

INSPECCIONADO POR: Cristian

REVISADO POR:

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

OBRA/CONTRATO: Contrato 1020-4060. Valles de Catum

FECHA: 8 Abril 2025 REALIZADO POR: Gonzalo Naranjo.

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

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

INSPECCIONADO POR: REVISADO POR:

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

OBRA/CONTRATO: Contrato IDRO- 4060 Piyaco ✓	
FECHA:	REALIZADO POR:

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

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

INSPECCIONADO POR: _____ REVISADO POR: _____

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

OBRA/CONTRATO: Contrato DPD. 4060 Country.	
FECHA: 5 Abril. 2025	REALIZADO POR: Cristian Arroyo

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

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

INSPECCIONADO POR: Cristian Arroyo

REVISADO POR:

CONSORCIO	**INSPECCIÓN LOCATIVA OFICINAS Y ORDEN ASEO**	CBLZC-FR-SST- 34 Versión: 01 PAG. 1 de 1 24/11/2024

PROYECTO O LUGAR: Consorcio 4060 Belzeon. Oficina Principal

RESPONSABLE Cristian Naranjo FECHA: 23-Abril/25

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

ITEM	CRITERIO	ESTADO			OBSERVACIONES
		SI	NO	NA	
1	¿Están los pasillos libres de cajas, canastas de basura, sillas y otros obstáculos que puedan impedir el desplazamiento?	✓			
2	¿Se mantienen los baños limpios, con los pisos secos?	✓			
3	¿Se está realizando la disposición de los residuos de acuerdo al código de colores establecido?		✓		
4	¿Todos los trabajadores conocen la ruta de evacuación establecida en las oficinas?	✓			
5	¿Están las instalaciones y cables eléctricos dispuestos adecuadamente, de manera que no obstruyan las áreas de circulación?	✓			
6	¿Están los sitios de los extintores de fuego, bien marcados de tal manera que sean visibles desde lejos?	✓			
7	¿Han sido inspeccionados últimamente los extintores de fuego?	✓			
8	Las instalaciones eléctricas están cubiertas y señalizadas	✓			
9	¿Hay extintores de fuego montados en sitios fácilmente accesibles?	✓			
10	¿Están marcadas todas las salidas para en caso de fuego?	✓			
11	¿La iluminación es adecuada?	✓			
12	¿Están todos los interruptores de electricidad marcados con su voltaje y propósito?	✓			
13	Los empalmes y conexiones de las instalaciones eléctricas se encuentran en buen estado	✓			
14	Están limpias y ordenadas todas las áreas de trabajo	✓			
15	Existe en cartelera de manera visible un directorio de emergencia.		✓		
16	El puesto de trabajo tiene espacio suficiente para llevar a cabo las tareas o usar los equipos.	✓			
17	Se han dispuesto los residuos generados en la oficina los días correspondientes a la recolección por parte de la entidad encargada.	✓			
18	¿Los estantes están libres de polvo, basura y material no usado?			✓	
19	¿La organización de estantes o gabinetes facilita la búsqueda de herramientas e implementos?			✓	
20	¿En el patio se encuentran todas las herramientas y equipos en orden, demarcadas y señalizadas?			✓	
21	¿Los pisos son parejos, no resbalosos y libres de obstáculos?	✓			
22	Los escritorios se encuentran limpios y en perfecto orden	✓			
23	Las señalizaciones, avisos de seguridad y carteleras de información están en un lugar visibles (Ruta de evacuacion-Prohibido fumar y otras)	✓			
24	¿Hay canecas suficientes en cada área?	✓			
25	Se enuentran las escaleras de acceso libres de obstaculos y sin desgastes?	✓			
26	La cinta antideslizante de las escaleras esta en buen estado, sin desgaste.				

	Responsable	Fecha	Seguimiento
Programar primera inspección	Cristian Naranjo	23 mayo/25	—

	ACTA DE REUNIÓN	BLZC-FR-SST-36 Versión: 01 PAG. 1 de 1 2023/01/04

1. DATOS GENERALES: **Acta No.:** 2

Asunto: Reunión Copaast **Fecha:** 15 de abril 2025

Ciudad: Bogotá **Hora Inicio:** 9:00 **Hora Fin:** 10:00

2. REVISAR COMPROMISOS ANTERIORES E INCLUSIÓN DE NUEVOS TEMAS

Pendientes:
1. Se explicara a la vigia sobre la Plataforma vurtual para la realizacion del curso de 50 horas. (Cerrado)
2. Se evaluara la conformación del comite paritario si llegan a aumentar el numero de trabajadores del Consorcio.
3. No se reportan accidentes de trabajo en el ultimo mes.
Nuevos:
1. Se analiza la cantidad de personal y de contratistas que hay en el proyecto y sus diferentes falencias en el área SST,
2. No se reportan accidentes en el ultimo mes.
3. Se explica la importancia de realizar inspeciones en la áreas de trabajo, para la prevención de accidentes

3. COMPROMISOS

	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA	ESTADO	
				Pend	Cerr
1	Divulgar los formatos de inspección al vigia	RESIDENTE SST	30/06/2025	X	
2	Realizar seguimiento a la realizacion del curso de 50 horas	RESIDENTE SST/ VIGIA	15/4/2025	X	
3	Programar la proxima reunion	RESIDENTE SST	15/5/2025	x	

4. PARTICIPANTES

NOMBRE	CARGO	FIRMA
ROSSY CATALINA RUBIO LÓPEZ	AUX DE INGENIERIA	
ANGELICA MARIA CUERVO GIL	COORDINADORA SST	

400

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

OBRA: Consorcio Belzcon 1

PARA:

ASUNTO: PAZ Y SALVO | FECHA:

OBSERVACIONES: Por medio de la presente yo Jesus Caicedo **identificado(a) con cédula de ciudadanía número** 1.033.555.677 **de Bogotá, en representación de Belzcon sas , identificada con NIT. 901.252,860 certifico a la empresa que represento que estuve vinculado al Contrato de la referencia, en calidad de** Ayudante. **y me permito certificar que el CONSORCIO BELZCON I1, está a PAZ Y SALVO por todo concepto de los trabajos prestados, insumos y suministros, pagos de seguridad social, liquidaciones y demas.**

El presente PAZ y SALVO se firma en Bogotá a los 15 **dias del mes** Marzo **del año 2025.**

Jesus Caicedo
1.033.555.677
TRABAJADOR

Residente SST

Ingeniero Residente

Direccion de obra

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

OBRA: Consorcio Belzcon 7

PARA:

ASUNTO: PAZ Y SALVO | FECHA:

OBSERVACIONES: Por medio de la presente yo David Suarez identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1032677101 de Bogotá, en representación de Belzcon sas , identificada con NIT. 901.252.860 certifico a la empresa que represento que estuve vinculado al Contrato de la referencia, en calidad de Ayudante y me permito certificar que el CONSORCIO BELZCON I1, está a PAZ Y SALVO por todo concepto de los trabajos prestados, insumos y suministros, pagos de seguridad social, liquidaciones y demas.
El presente PAZ y SALVO se firma en Bogotá a los 14 días del mes Febrero del año 2025.

David Suarez
10.326.77.101
TRABAJADOR

Residente SST

Ingeniero Residente

Direccion de obra

	PAZ Y SALVO	CBZC-FR-SST-43 Version: 01 PAG. 1 de 1 30/04/23

OBRA Consorcio Belzcon 7

PARA

ASUNTO PAZ Y SALVO | FECHA

OBSERVACIONES: Por medio de la presente yo Edwin Gomez **identificado(a) con cédula de ciudadanía número** 10780342 **de Bogotá, en representación de Belzcon sas , identificada con NIT. 901.252.866 certifico a la empresa que represento que estuve vinculado al Contrato de la referencia, en calidad de** Ayudante - **y me permito certificar que el CONSORCIO BELZCON I1, está a PAZ Y SALVO por todo concepto de los trabajos prestados, insumos y suministros, pagos de seguridad social, liquidaciones y demas.**

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

Edwin Juan Gomez
10.780342 702
TRABAJADOR

Residente SST

Ingeniero Residente

Direccion de obra

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

OBRA: CONSORCIO BELZCON I1 4060

PARA: N.A

ASUNTO: PAZ Y SALVO	**FECHA: 7 DE ABRIL DEL 2025**

OBSERVACIONES: Por medio de la presente yo **GINA PAOLA CIPRIAN CASALLAS** identificada con cédula de ciudadanía número 1012429637 de Bogotá, en representación de Belzcon sas , identificada con NIT. 901.252,860 certifico a la empresa que represento que estuve vinculado al Contrato de la referencia, en calidad de INSPECTOR DE OBRA y me permito certificar que el CONSORCIO BELZCON I1, está a PAZ Y SALVO por todo concepto de los trabajos prestados, insumos y suministros, pagos de seguridad socila, liquidaciones y demas. El presente PAZ y SALVO se firma en Bogotá a los 07 dias del mes abril del año 2025.

TRABAJADOR

4of

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

OBRA: Consorcio Belzcom. 7

PARA:

ASUNTO: PAZ Y SALVO | FECHA:

OBSERVACIONES: Por medio de la presente yo Camilo Andres Rativa Gomez **identificado(a) con cédula de ciudadanía número** 1007 353 861 **de Bogotá, en representación de Belzcon sas , identificada con NIT. 901.252,860 certifico a la empresa que represento que estuve vinculado al Contrato de la referencia, en calidad de** Ayudante **y me permito certificar que el CONSORCIO BELZCON I1, está a PAZ Y SALVO por todo concepto de los trabajos prestados, insumos y suministros, pagos de seguridad social, liquidaciones y demas.**

El presente PAZ y SALVO se firma en Bogotá a los 05 **días del mes** ENERO **del año 2025.**

Camilo Rativa
1007 353 861
TRABAJADOR

Residente SST | Ingeniero Residente | Direccion de obra

Powered by CamScanner

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

OBRA: Del consorcio Belzcom 7	
PARA:	
ASUNTO: PAZ Y SALVO	FECHA:

OBSERVACIONES: Por medio de la presente yo Luis Alberto Barrera Romero **identificado(a) con cédula de ciudadanía número** 79543985 **de Bogotá, en representación de Belzcon sas , identificada con NIT. 901.252,860 certifico a la empresa que represento que estuve vinculado al Contrato de la referencia, en calidad de** oficial **y me permito certificar que el CONSORCIO BELZCON I1, está a PAZ Y SALVO por todo concepto de los trabajos prestados, insumos y suministros, pagos de seguridad social, liquidaciones y demas.**
El presente PAZ y SALVO se firma en Bogotá a los 14 **dias del mes** Marlo **del año 2025.**

Luis A Barrera R.
79 543 985
TRABAJADOR

Residente SST

Ingeniero Residente

Direccion de obra

Powered by CamScanner

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

OBRA: Consorcio Belzcon. 1

PARA:

ASUNTO: PAZ Y SALVO | FECHA:

OBSERVACIONES: Por medio de la presente yo Adrian camilo Arandia ABril **identificado(a) con cédula de ciudadania número** 1.034 988 707 **de Bogotá, en representación de Belzcon sas , identificada con NIT. 901.252,860 certifico a la empresa que represento que estuve vinculado al Contrato de la referencia, en calidad de** Ayudante **y me permito certificar que el CONSORCIO BELZCON I1, está a PAZ Y SALVO por todo concepto de los trabajos prestados, insumos y suministros, pagos de seguridad social, liquidaciones y demas.**

El presente PAZ y SALVO se firma en Bogotá a los 05 **dias del mes** enero **del año 2025.**

Adria C. Arandia
1.034 988 707
TRABAJADOR

F.

Residente SST | Ingeniero Residente | Direccion de obra

Powered by CamScanner

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

OBRA: Consorcio Belzcon 7

PARA: 1020.

ASUNTO: PAZ Y SALVO | FECHA: 26 Marzo - 2025

OBSERVACIONES: Por medio de la presente yo Juan Pablo Hernandez identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1.072.131.331 de Bogotá, en representación de Belzcon sas , identificada con NIT. 901.252.860 certifico a la empresa que represento que estuve vinculado al Contrato de la referencia, en calidad de _____ y me permito certificar que el CONSORCIO BELZCON II, está a PAZ Y SALVO por todo concepto de los trabajos prestados, insumos y suministros, pagos de seguridad social, liquidaciones y demas.
El presente PAZ y SALVO se firma en Bogotá a los 26 días del mes Marzo del año 2025.

Juan Hernandez

TRABAJADOR

Residente SST

Ingeniero Residente

Direccion de obra

Powered by CamScanner

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

OBRA: CONSORCIO BELZCON I1 4060	
PARA: N.A	
ASUNTO: PAZ Y SALVO	**FECHA: 25 DE MARZO DEL 2025**

OBSERVACIONES:Por medio de la presente yo CARLOS ANDRES LOPEZ BUITRAGO identificado con cédula de ciudadanía número 80859119 de BOGOTA, en representación de Belzcon sas , identificada con NIT. 901.252,860 certifico a la empresa que represento que estuve vinculado al Contrato de la referencia, en calidad de TECNICO ELECTRICISTA y me permito certificar que el CONSORCIO BELZCON I1, está a PAZ Y SALVO por todo concepto de los trabajos prestados, insumos y suministros, pagos de seguridad socila, liquidaciones y demas. El presente PAZ y SALVO se firma en Bogotá a los 25 dias del mes marzo del año 2025.

Carlos Andres Lopez

TRABAJADOR

Residente SST

Ingeniero Residente

Direccion de obra

409

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

OBRA: CONSORCIO BELZCON I1 4060	
PARA: N.A	
ASUNTO: PAZ Y SALVO	**FECHA: 25 DE MARZO DEL 2025**

OBSERVACIONES: Por medio de la presente yo **GIOVANNY FORIGUA MARENTES** identificado con cédula de ciudadania número 1013661060 de BOGOTA, en representación de Belzcon sas , identificada con NIT. 901.252,860 certifico a la empresa que represento que estuve vinculado al Contrato de la referencia, en calidad de TECNICO ELECTRICISTA y me permito certificar que el CONSORCIO BELZCON I1, está a PAZ Y SALVO por todo concepto de los trabajos prestados, insumos y suministros, pagos de seguridad socila, liquidaciones y demas.
El presente PAZ y SALVO se firma en Bogotá a los 25 dias del mes marzo del año 2025.

Giovanny Forigua

TRABAJADOR

Residente SST

Ingeniero Residente

Direccion de obra

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

Generalidades

Fecha expedición: 31-03-25	**Fecha Vencimiento:**
Proyecto: Parque Lineal	
Fecha de Inicio de la Actividad: 31-03-25	**Duración Estimada:** 3 Dias
Hora de Inicio: 10:30	**Hora de Finalización:** 4:00 pm
Permiso concedido a:	**Altura aprox a trabajar:** 3 metros

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

ITEM	NOMBRE	# de identificacion	Firma	Certificado Trabajo Altura vigente	Seguridad Social ARL/ EPS	RH
1	Cristian Ramos	1033173411	Cristian Ramos	28/05/2025	Sisalud SB	O+
2	Jose D Ramos	1032626766	Jose D Ramos	30/03/2025	Bolivar vigente	O+
3	Juan Camilo Martinez	1045545049		26-02/2025	Sura vigente	O+
4	Luis Fernando Ramos	1124877276		3-9-2024	Positiva/Salud	A+
5						
6						
7						
8						
9						
10						

TIPO DE TRABAJO:

Descripción del trabajo (Detalles importantes del trabajo): Demonte e instalacion de valla de las piscinas del parque

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

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

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

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

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

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

Escalera	SI	NA	Medio de comunicación	SI	NA	Equipo de rescate	SI	NA
Pretales	SI	NA	Dotación (Pantalón y camisa manga larga)	SI	NA		SI	NA
Herramientas	Metro - martillo							
Otros								

Powered by CamScanner

4/1

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

Los equipos y herramientas a utilizar en la labor se encuentran en buenas condiciones (Verificar que los equipos y herramientas cumplen requerimientos de calidad y seguridad)	SI	NA

Requisitos del personal y procedimiento

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

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

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

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

LISTA DE VERIFICACION DE LA JORNADA

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

Powered by CamScanner

4/2

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

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

NA: No aplica

OBSERVACIONES:

AUTORIZACIÓN:

PERSONA QUE AUTORIZA/JEFE INMEDIATO: Como encargado de la actividad notifico que he verificado que en el sitio de trabajo, se han aplicado los controles para minimizar los riesgos asociados a la actividad y los comunicare a los compañeros de trabajo involucrados. He verificado que el estado de las herramientas, equipos y elementos de protección personal es adecuado para su utilizacion. Me comprometo a no apartarme de los requerimientos de seguridad. Ante cualquier cambio que pueda afectar la seguridad, suspenderé el trabajo y daré aviso a la persona encargada de seguridad y salud en el trabajo.	**RESPONSABLE DEL PERMISO(COORDINADOR)** Verifico que como emisor del permiso he revisado y he aplicado los controles asociados a la actividad minimizando así, los riesgos asociados a la misma, por consiguiente considero seguro proceder a la ejecución de la actividad. En caso de presentarse una emergencia sere el responsable de activar el correspondiente Plan de Emergencias.
FIRMA DE QUIEN AUTORIZA/JEFE INMEDIATO	**FIRMA DEL RESPONSABLE DEL PERMISO DE TRABAJO**
NOMBRE COMPLETO: Juan Carlos Martinez	**NOMBRE COMPLETO:** Angelica Maria Cano Jal
C.C. 79545699 Bta	**C.C.** 52201081

CIERRE DE PERMISO

Entrega Supervisor Responsable del Trabajo:		Recibe Supervisor Responsable del Area:
Firma		Firma
Fecha		
Hora Inicio		

Powered by CamScanner

	FORMATO DE ATS - TRABAJO SEGURO	

ACTIVIDAD:	Instalacion de vidrio en Piscina		CONTRATISTA:
LUGAR DE TRABAJO	Parque Tunal		
FECHA DE INICIO	7-03-25 HORA: 10:30	FECHA DE FINALIZACIÓN: 7-05-25 HORA: 7pm	
HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS:	MATERIALES Y EQUIPOS, USO DE HERRAMIENTAS DE MANO Y PODER.		

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

Arnés de seguridad	X		Guantes de Vaqueta		X	Careta tipo soldador		X
Eslinga en Y		X	Botas de seguridad con puntera	X		Protección Respiratoria		X
Eslinga de posicionamiento		X	Casco de seguridad con rachet (Barbuquejo)	X		Protección Auditiva	X	
Línea de vida horizontal		X	Gafas de seguridad	X		señalización	X	
Línea de vida vertical		X	Guantes de Nitrilo	X		Orden y Aseo	X	
Mosquetones		X	Guantes de caucho		X	Dotación	X	

Desarrollo del Análisis Seguro de Trabajo (ATS)

Tabla de Peligros:

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

ITEM	Alcance de los trabajos	Peligros Asociados	Consecuencia(Riesgo)	Controles
1	Traslado de materia	Caidas - Golpes	Caidas Fracturas	Uso de EPP Utilizar ayuda
2	Armado de Andamio	Golpes Caidas	Fracturas muerte contusiones	Usar EPP Usar EPCC
3	medicion del Vidrio	Golpes Caidas	Fracturas muerte contusiones	Usar EPP Usar EPCC Inspeccion de H.
4	Desmonte del Andamio	Golpes Caidas	Fracturas Contusiones	Usar EPP Arnes
5	Retiro de Vidrio e instalacion	Golpes Caidas	Fracturas contusiones	Usar EPP Usar EPCC
6				
7				

Powered by CamScanner

ITEM	Alcance de los trabajos	Peligros Asociados	Consecuencia(Riesgo)	Controles
	Inspección de verificación diaria al ATS.			

Conteste: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

	Item	(d/m/a)	(d/m/a)	(d/m/a)	(d/m/a)	(d/m/a)	(d/m/a)
1	Las actividades establecidas concuerdan con la ejecución de la actividad del día?	C 31-03-25					
2	El área de trabajo se ha demarcado y señalizado?	C 31-03-25					
3	Se verifica previamente el área de trabajo, equipos, herramientas y maquinaria?	C 31-03-25					
4	Los controles establecidos en el ATS para la prevención de consecuencias negativas se cumplen diariamente?	C 31-03-25					

Encargado de Obra / Supervisor			Aprobado por: Ing. Residente, Inspector SSO		
Nombre	Cargo	Firma	Nombre	Cargo	Firma
[illegible]	Supervisor	[signature]	William Segura	Residente	[signature]

Los Miembros del equipo de trabajo deben firmar en la siguiente hoja.

NOTAS
1). Si la vigencia del ATS es superior a 1 día, cada día se debe verificar que los pasos a desarrollar se encuentren contemplados en este documento y por ende los peligros y controles asociados a la ejecución de los mismos. De lo contrario complementar el ATS.
2). Verificar que las condiciones iniciales (área de trabajo, clima) se mantengan, de lo contrario registrar en el ATS los peligros asociados a dichos cambios.
3). Verificar diariamente y antes de iniciar la labor el estado de las herramientas, equipos, área de trabajo y EPP a utilizar.
4). El grupo de trabajo debe leer y analizar diariamente y antes de iniciar la labor el ATS.

Powered by CamScanner

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

Generalidades

Fecha expedición: 9-04-25 **Fecha Vencimiento:** 9-04-25

Proyecto: San Cristobal CEDI

Fecha de Inicio de la Actividad: 04-04-25 **Duración Estimada:** 8 Meses

Hora de Inicio: 7:00 **Hora de Finalización:** 7:00 pm

Permiso concedido a: Juan Carlos Muñoz **Altura aprox a trabajar:** 4 metros

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

ITEM	NOMBRE	# de identificacion	Firma	Certificado Trabajo Altura vigente	Seguridad Social ARL/ EPS	RH
1	Juan Muñoz	79595799		SI	SI	O+
2	Jose Angelo Romero	79536766		SI	SI	O+
3	Brayan Diaz	1020447945		SI	SI	O+
4	Cristian Romero	K33773411		SI	SI	O+
5						
6						
7						
8						
9						
10						

TIPO DE TRABAJO:

Descripción del trabajo (Detalles importantes del trabajo): instalacion de vidrio en el CEDI de San Cristobal

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

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

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

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

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

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

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

Herramientas: esmeriladora, Chupon pua vidrio

Otros:

Powered by CamScanner

416

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

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

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

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

LISTA DE VERIFICACION DE LA JORNADA

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

Powered by CamScanner

417

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

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

NA: No aplica

OBSERVACIONES:

AUTORIZACIÓN:

PERSONA QUE AUTORIZA/JEFE INMEDIATO:	**RESPONSABLE DEL PERMISO(COORDINADOR)**
Como encargado de la actividad, notifico que he verificado que en el sitio de trabajo, se han aplicado los controles para minimizar los riesgos asociados a la actividad y los comunicare a los compañeros de trabajo involucrados. He verificado que el estado de las herramientas, equipos y elementos de protección personal es adecuado para su utilizacion. Me comprometo a no apartarme de los requerimientos de seguridad. Ante cualquier cambio que pueda afectar la seguridad, suspenderé el trabajo y daré aviso a la persona encargada de seguridad y salud en el trabajo.	Verifico que como emisor del permiso he revisado y he aplicado los controles asociados a la actividad minimizando asi, los riesgos asociados a la misma, por consiguiente considero seguro proceder a la ejecución de la actividad. En caso de presentarse una emergencia sere el responsable de activar el correspondiente Plan de Emergencias.
FIRMA DE QUIEN AUTORIZA/JEFE INMEDIATO	**FIRMA DEL RESPONSABLE DEL PERMISO DE TRABAJO**
NOMBRE COMPLETO: Juan Carlos Martinez	**NOMBRE COMPLETO:** Angelica Maria Cuervo Gil
C.C. 79.545.699	**C.C.** 52.901.081

CIERRE DE PERMISO

Entrega Supervisor Responsable del Trabajo:		Recibe Supervisor Responsable del Area:
Firma		Firma
Fecha	9-Abril-2025	
Hora Inicio	:	

Powered by CamScanner

	FORMATO DE ATS - TRABAJO SEGURO	CÓDIGO: FR-SST-10 VERSIÓN: 01 PAG 1 DE 1 2023/1201

ACTIVIDAD: instalacion de vidrios

CONTRATISTA: Glass

LUGAR DE TRABAJO: Parque San Cristobal

FECHA DE INICIO: 04-08-25 HORA: 1020 FECHA DE FINALIZACIÓN: _____ HORA: 7pm

HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS MATERIALES Y EQUIPOS, USO DE HERRAMIENTAS DE MANO Y PODER

Bisturi, martillo, metro

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

Arnés de seguridad	X		Guantes de Vaqueta	X		Careta tipo soldador		X
Eslinga en Y		X	Botas de seguridad con puntera	X		Protección Respiratoria	X	
Eslinga de posicionamiento	X		Casco de seguridad con barbuquejo	X		Protección Auditiva	X	
Línea de vida horizontal		X	Gafas de seguridad	X		señalización	X	
Línea de vida vertical		X	Guantes de Nitrilo		X	Orden y Aseo	X	
Mosquetones		X	Guantes de caucho		X	Dotación	X	

Desarrollo del Análisis Seguro de Trabajo (ATS)

Tabla de Peligros:

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

ITEM	Alcance de los trabajos	Peligros Asociados	Consecuencia(Riesgo)	Controles
1	Traslado de herramientas materiales y Andamio al punto de Trabajo	FISICO Biomecanicos Seguridad	Golpes, fracturas caidas, cortadas Esguince	-USO de EPP - Pausas Activas - Trabajo en equipo
2	Armado de Andamio Multidireccional	Fisico Biomecanico Seguridad	Golpes, caidas cortadas, machucon fracturas - esguinces	- USO de EPP - Pausas Activas - Inspeccion de Andamio - Trabajo en Equipo
3	Toma medidas de vidrios y Desmonte	Fisico Biomecanico Seguridad	Golpes - caidas cortadas - machucon fracturas - Esguince	- USO de EPP - USO de EPCC - Pausas Activas
4	instalacion de vidrios	Fisico Biomecanico Seguridad	Golpes - cortadas -machucones- fracturas - esguinces	- USO de EPP - USO de EPCC - Pausas Activas
5				
6				
7				

Powered by CamScanner

EM	Alcance de los trabajos	Peligros Asociados	Consecuencia(Riesgo)	Controles

Inspección de verificación diaria al ATS.

Conteste: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

	Item	(13 Mar A/V)	(02 Mar A/V)	(11 Mar A/V)	(10 Mar A/V)	(09 Mar A/V)	(08 Mar A/V)
1	Las actividades establecidas concuerdan con la ejecución de la actividad del día?	C 04-03-15					
2	El área de trabajo se ha demarcado y señalizado?	C 04-03-15					
3	Se verifica previamente el área de trabajo, equipos, herramientas y maquinaria?	C 04-03-15					
4	Los controles establecidos en el ATS para la prevención de consecuencias negativas se cumplen diariamente?	C 04-03-15					

Encargado de Obra (Supervisor)			Aprobado por (Ing. Residente, Inspector SST)		
Nombre	Cargo	Firma	Nombre	Cargo	Firma
Juan Martinez	Supervisor				

Los Miembros del equipo de trabajo deben firmar en la siguiente hoja.

ATS
Si la vigencia del ATS es superior a 1 día, cada día se debe verificar que los pasos a desarrollar se encuentren contemplados en este documento y por ende los peligros y controles asociados a la ejecución de mismos. De lo contrario complementar el ATS.
Verificar que las condiciones iniciales (área de trabajo, clima) se mantengan, de lo contrario registrar en el ATS los peligros asociados a dichos cambios.
Verificar diariamente y antes de iniciar la labor el estado de las herramientas, equipos, área de trabajo y EPP a utilizar.
El grupo de trabajo debe leer y analizar diariamente y antes de iniciar la labor el ATS.

Powered by CamScanner

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

Generalidades

Fecha expedición: 22-04-25	**Fecha Vencimiento:** 26-04-25
Proyecto: Palacio de los deportes	
Fecha de Inicio de la Actividad: 22-04-25	**Duración Estimada:** una semana
Hora de Inicio: 7:00 am	**Hora de Finalización:** 4:30
Permiso concedido a: Shell	**Altura aprox a trabajar:** 6 m

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

ITEM	NOMBRE	# de identificacion	Firma	Certificado Trabajo Altura vigente	Seguridad Social ARL/ EPS	RH
1	Jairo Castañeda	3256087		Si	Si	A+
2	Jorge Cuico	1098497577		Si	Si	O+
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

TIPO DE TRABAJO:

Descripción del trabajo (Detalles importantes del trabajo): Impermeabilizacion y Filtro Cafeteria en el coliseo

Tiempo estimado de realización del trabajo (Tiempo programado para realizar el trabajo): 8 horas Diario X 1 semana

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

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

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

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

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

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

Herramientas: Espatula, Rodillo

Otros:

Powered by CamScanner

421



PERMISO PARA TRABAJO EN ALTURAS

Los equipos y herramientas a utilizar en la labor se encuentran en buenas condiciones (Verificar que los equipos cumplan con los requerimientos de calidad y seguridad)	SI	NA
Requisitos del personal y procedimiento		
El personal que realizará la labor ha recibido instrucciones y posee como mínimo el siguiente nivel de formación: Curso básico de trabajo seguro en alturas, entrenado para el trabajo y manejo de equipos y elementos de seguridad)	SI	NA
El personal que realizará la labor sabe cómo actuar en caso de emergencia (se verifica con soportes de trabajo en alturas donde se haya dado capacitación al respecto incluida la atención en primeros auxilios)	SI	NA
Se garantiza que las personas que realizarán el diligenciamiento del permiso y las que ejecutarán el trabajo conocen el contenido y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso (Consultar y cumplir con los requerimientos exigidos)	SI	NA
Para nuevas tecnologías o técnicas a utilizar en operación y mantenimiento se determinan las medidas necesarias para el control y mitigación de los riesgos	SI	NA
Se cuenta con el procedimiento para la adecuada programación, ejecución, soporte y control de maniobras para asegurar que los circuitos y equipos no sean energizados o desenergizados ya sea por error o de manera inadvertida (se anexando soportes de riesgo)	SI	NA

UBICACIÓN ESPECÍFICA DEL SITIO A REALIZAR EL TRABAJO (Nombrar sitio de trabajo, especificar lugares como bodega, área de [illegible])

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

Mecánico		Público		Ruidos	
Eléctrico		Locativo	X	Carga física (ergonomía y manejo de cargas)	
Otros					

LISTA DE VERIFICACION DE LA JORNADA

1	El sitio donde se ejecutará el trabajo está aislado completamente (Verificar que en sitio y alrededores no existan materiales o equipos que generen riesgo y se haya instalado la señalización)	SI	NA
2	El personal que realizará la labor es apto para el trabajo. Evidencia condiciones físicas y psíquicas adecuadas	SI	NA
3	Las escaleras dieléctricas cumplen con la norma para la labor a desempeñar (Escaleras aprobadas para labor, limpias, sin presentar deterioro, revisar puntos apoyo)	SI	NA
4	El montaje y/o operación del sistema de acceso (Escalera, y/o demás elementos) garantiza estabilidad y seguridad para evitar volcamiento o caída y la distancia segura entre éste y las líneas energizadas	SI	NA
5	Se ha inspeccionado el piso, estructura o árbol y otros riesgos que se encuentren a alrededor y cumplen con los elementos de seguridad para desarrollar el trabajo. En no ser así, se asegurarán las cadas trabajo, señalización y otros medios adecuados	SI	NA
6	Se ha identificado el punto de anclaje fijo y se cuenta con un punto de anclaje móvil para el sistema de protección contra caídas	SI	NA
7	Se cumple las condiciones ambientales para iniciar los trabajos (Presencia de humedad, niveles de radiación, vientos fuertes o altos)	SI	NA
8	El trabajo se realiza con acompañado y vigía de seguridad	SI	NA
9	Se utiliza portaherramientas que no interfieren con el arnés y las EPP, y no de la línea de vida para evitar caídas de herramientas	SI	NA
10	El lugar donde realizará la tarea tiene instalada la línea de vida o un sistema equivalente donde el trabajador pueda asegurar el arnés	SI	NA
11	Se han realizado otros permisos aplicables, y se cumple con todos los requerimientos y condiciones de los mismos	SI	NA

Powered by CamScanner

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

NA. No aplica

OBSERVACIONES:

AUTORIZACIÓN:	
PERSONA QUE AUTORIZA/JEFE INMEDIATO: Como encargado de a actividad, motivo que he verificado que en e sitio de trabajo, se han aplicado os controles para minimizar os riesgos asociados a la actividad y los comunicare a los compañeros de trabajo involucrados, me verificado que e estado de las herramientas, equipos y elementos de proteccion personal es adecuado para su utilizacion. Me comprometo a no apartarme de os requerimientos de seguridad. Ante cualquier cambio que pueda afectar la seguridad, suspendere el trabajo y dare aviso a la persona encargada de seguridad y salud en el Trabajo	**RESPONSABLE DEL PERMISO/COORDINADOR:** Verifico que como emisor de permiso he revisado y he aplicado los controles asociados a la actividad mencionada en os riesgos asociados y la misma por consiguiente considero seguro proceder a la ejecucion de la actividad. En caso de presentarse una emergencia sere el responsable de activar el protocolo dentro Plan de Emergencias.
FIRMA DE QUIEN AUTORIZA/JEFE INMEDIATO	**FIRMA DEL RESPONSABLE DEL PERMISO DE TRABAJO**
NOMBRE COMPLETO: Jorge Cruz Estrada	**NOMBRE COMPLETO:**
C.C. 79766418	**C.C.**

CIERRE DE PERMISO

Entrega Supervisor Responsable del Trabajo:		Recibe Supervisor Responsable del Area
Firma		Firma
Fecha		
Hora Inicio:		

Powered by CamScanner

	FORMATO DE ATS - TRABAJO SEGURO	CSJC.FR.SST-12 VERSIÓN: 01 PAG 1 DE 1 20221201

ACTIVIDAD:	instalacion de estuco exterior	CONTRATISTA:	Steel

LUGAR DE TRABAJO: Piscina de los deportes

FECHA DE INICIO: 22-04-25 HORA: 7:00 FECHA DE FINALIZACIÓN: 26-04-25 HORA: 12:00

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

Rodillo, palustra, espatula

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

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

Desarrollo del Análisis Seguro de Trabajo (ATS)

Tabla de Peligros:

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

ITEM	Alcance de los trabajos	Peligros Asociados	Consecuencia(Riesgo)	Controles
1	Traslado de Herramientas al sitio	Fisico Biomecanico condiciones ST	caidas, Golpes fracturas	Uso de EPP Usar senderos peatonales
2	Armado de Andamio	Fisico Biomecanico seguridad	caidas, Golpes fracturas muerte	Uso de EPP Uso de EPCC Puchas Activas
3	Estuco del exterior	Fisico Biomecanico Quimico	caidas, Quemadura fracturas Esguin	Uso de EPP Uso de proteccion contra caidas Permanente
	Orden y Aseo	Fisico Biomecanico Seguridad	caidas, Esguin Fracturas	Uso de EPP Pausas Activas Uso EPCC
5	Desarme y Almacenamiento de Andamio	Fisico Biomecanico seguridad	caidas Esguin Fracturas muerte	Uso de EPP Pausas Activas Uso de EPCC
6				
7				

Powered by CamScanner