0172.25 - TUN – GTC

Bogotá D.C., 05 de Mayo de 2025

Ingeniero
RAFAEL EDUARDO ÁLZATE MORENO
Representante legal
CONSORCIO DC 2025
Bogotá

Asunto: Contrato de Obra No. 622 de 2024 “EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA Y ESPACIO PUBLICO ASOCIADO EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C.” – **Aprobación al informe mensual SST ° 3 V2.**

Respetado Ingeniero.

En cumplimiento de nuestras obligaciones contractuales y en respuesta al comunicado OF.CDC 145-2.04.2025 del 02 de abril y atendiendo observaciones bajo oficio OF.CDC 165-15.04.2025 del 15 de Abril con la entrega de Informe mensual N° 3 que corresponde del 1 al 31 de Marzo de 2025 informamos que se da aprobación.

Este oficio no exime al Consorcio DC 2025 de su responsabilidad sobre la información presentada y la veracidad de la documentación remitida, así como de realizar las complementaciones derivadas de las dinámicas del proyecto y requeridas por interventoría y/o el Fondo de Desarrollo Local de Tunjuelito.

Sin otro en particular, quedamos atentos a cualquier inquietud.

Cordialmente,

CARLOS FERNANDO FERNÁNDEZ AMÓRTEGUI
Director de Interventoría
VELNEC S.A.

Copia: Ingeniero John Fredy Aguirre – Apoyo a Supervisor contrato
Consecutivo de correspondencia
D.M.: Contrato No. 689 de 2024

VELNEC S.A. NIT: 800.028.455-1 AV Carrera 86 No 51-66 Oficina. 301 Bogotá D.C Colombia PBX (571) 2410530 FAX: (571) 2410531 http://www.velnec.com E-mail: webmaster@velnec.com

INFORME MENSUAL
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
CONSORCIO DC 2025

CONTRATO No. FDLT622 – 2025

OBJETO DEL PROYECTO:

“EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/ O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA Y ESPACIO PÚBLICO ASOCIADO EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C.”

BOGOTÁ D.C

MARZO 2025

CONTROL DE VERSIONES

VERSIÓN	FECHA	DESCRICIÓN
1	05/04/2025	Emision del documento
2	15/04/2025	Emisión del documento V2

CONTROL DE FIRMAS

	CARGO	NOMBRE	FECHA	FIRMA
Elabora	Especialista Ambiental y SST	Sonia Liliana Torres Cruz	15/04/2025	
Revisa	Director de obra	Rafael Eduardo Álzate Moreno	15/04/2025	
Aprobado	**Residente Interventoría SST**	**Juan Pablo Fonseca**	28/04/2025	

Contenido

1. CAPITULO 1 5
1.1. RESUMEN DEL INFORME 5
1.2. OBJETIVOS 5
1.2.1. Objetivo General 5
1.2.2. Objetivos Específicos 5
1.3. LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO 6
1.4. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO 7
2. ETAPAS DEL PROYECTO 8
3. LISTADO DE PERSONAL 9
3.1. PERSONAL CONSORCIO DC 2025 9
4. ACTIVIDADES SST REALIZADAS DURANTE EL PERIODO 10
5. CUMPLIMIENTO Y ANALISIS DEL MANEJO AREA SST 11
5.1. GESTIÓN BÁSICA ADMINISTRATIVA 11
5.1.1. Pagos al Sistema de Seguridad Social Integral 11
5.1.2. Pago Salarios y honorarios 11
5.1.3. COPASST (Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo) 11
5.1.4. Programa de Inducción y capacitación 12
5.2. MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO 12
5.2.1. Exámenes medico ocupacionales 12
5.2.2. Ausentismo Laboral 13
5.2.3. Días Hombre Trabajadas 13
5.2.4. Actividades de promoción y Prevención (incluidas las actividades de Prevención de riesgo Psicosocial) 13
5.2.5. Incidentes y accidentes laborales 13
5.3. HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL 14

5.3.1. Manejo de Sustancias Químicas 14
5.3.2. Inspecciones Planeadas de Seguridad 14
5.3.3. Orden, Aseo y Limpieza 14
5.3.4. Investigación y Análisis de Accidentes/Incidentes 14
5.3.5. Cumplimiento de Matriz de EPP 14
5.3.6. Preparación de emergencias 15
5.4. MAQUINARÍA EQUIPOS Y VEHICULOS 16
6. INDICADORES GESTIÓN SST 16
7. CONCLUSIONES 17
8. ANEXOS 18

Índice de Tablas

Tabla 1. Información Contrato de Obra 7
Tabla 2. información Contrato de Interventoría 7
Tabla 3. Etapas del proceso 8
Tabla 4. Personal Contractual Consorcio DC 2025 Mes Marzo 9
Tabla 5. Personal Consorcio DC 2025 Mes Marzo 9
Tabla 6. Personal Retirado Consorcio DC 2025 Mes Marzo 10
Tabla 7. Actividades SST Mes Marzo 10
Tabla 8. Personal Existente Contratista de Obra – Marzo 11
Tabla 9. Charlas y Capacitaciones SST 12
Tabla 10. Trazabilidad Exámenes Medico Ocupacionales - Marzo 2025 12
Tabla 11. Control de Ausentismo 13
Tabla 12. Horas Hombre Trabajadas 13
Tabla 13. Accidentes Laborales 13
Tabla 14. Relación de Elementos de Emergencia 15
Tabla 15. Listado de Vehículos utilizados en el Proyecto 16
Tabla 16. Indicadores SG-SST Contratista de Obra 16

1. CAPITULO 1

1.1. RESUMEN DEL INFORME

El presente informe, tiene por objeto hacer una relación detallada de la gestión que adelantó el contratista de obra CONSORCIO DC 2025, durante la ejecución de actividades del mes (3) según el cronograma general, correspondiente al periodo entre el 1 y el 31 de marzo de 2025, para el contrato que tiene por objeto "EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/ O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA Y ESPACIO PÚBLICO ASOCIADO EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C."

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. Objetivo General

El objetivo de este informe es presentar de manera general las actividades desarrolladas por el contratista; así como mostrar acciones o mecanismos implementados como medio de seguimiento y control a la gestión de Seguridad y Salud en el trabajo.

1.2.2. Objetivos Específicos

- Presentar un resumen de cada una de las actividades ejecutadas por el Contratista CONSORCIO DC 2025, respecto a la gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo para el Contrato de obra FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE TUNJUELITO No. FDLT – 622-2025.

- Revisar y supervisar el cumplimiento de las obligaciones contractuales relacionadas con la gestión de Seguridad y Salud en el trabajo para el Contrato de obra.

- Dar a conocer la gestión del contratista respecto a sus obligaciones relacionadas con la gestión de seguridad y salud en el trabajo en obra.

- Garantizar el cumplimiento de los requisitos legales vigentes en materia de SG-SST.

1.3. LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO

La localidad sexta de Tunjuelito está situada en la zona sur de la ciudad, en la margen derecha del río Tunjuelito. Limita al norte con las localidades de Puente Aranda y Kennedy; al sur con la localidad de Usme; al oriente con la localidad de Rafael Uribe Uribe; al occidente con la localidad de Ciudad Bolívar.

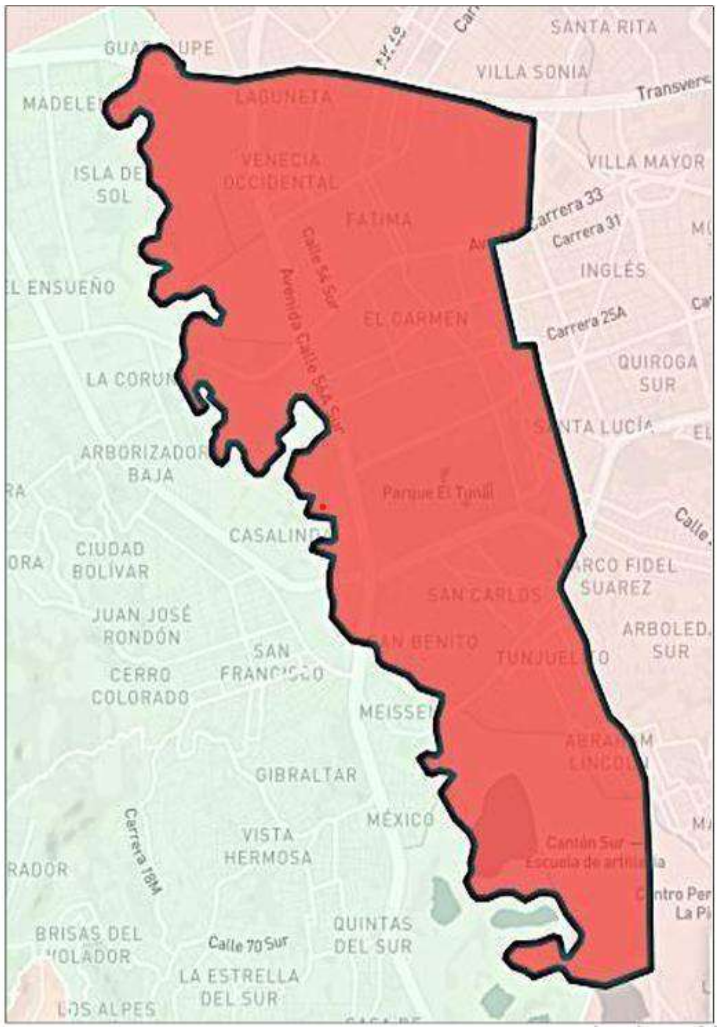


Ilustración 1. Localización localidad Tunjuelito

Fuente: https://osgis.co/cual_es_mi_upl/

1.4. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

CONTRATO DE OBRA PUBLICA No. 622 de 2024	
Contratista	Consorcio DC 2025
NIT	901.893.060-1
Fecha de Inicio	28 de Diciembre de 2024
Plazo de ejecución	10 Meses 15 días
Fecha de terminación	25 de Agosto del 2025
Valor Total del Contrato	4´808.368.602

Tabla 1. Información Contrato de Obra

CONTRATO DE INTERVENTORÍA PÚBLICA No. 689 de 2024	
Contratista Interventoría	Velnec S.A.
NIT	800.028.455-1
Fecha de Inicio	28 de Diciembre de 2024
Plazo de ejecución	10 Meses 15 días
Fecha de terminación	25 de Agosto del 2025

Tabla 2. información Contrato de Interventoría

2. ETAPAS DEL PROYECTO

El plazo total para la ejecución del presente contrato es de diez meses y quince días A continuación, se realiza la descripción de las etapas definidas para el desarrollo del objeto contractual.

FASE	ACTIVIDADES	PLAZO ESTIMADO
Fase Preliminar	Contratación de personal	(2) meses
	Diagnóstico y diseños	
	Consultas – Empresas de servicios públicos	
	Plan de manejo de Transito	
	Componente Social	
	Plan de Manejo Ambiental	
	Plan de Calidad	
	Programa de Gerencia	
	Programa de Obra	
	Punto de Atención a la Comunidad	
Ejecución de Obra	Construcción	(8) meses
Total		(10) meses (15) días

Tabla 3. Etapas del proceso

3. LISTADO DE PERSONAL

3.1. PERSONAL CONSORCIO DC 2025

A continuación, se relaciona el personal contractual de obra y su respectiva dedicación de tiempo.

NOMBRE	CARGO	DEDICACIÓN	APROBACIÓN
RAFAEL EDUARDO ALZATE MORENO	Director de Obra	50%	0001.25 – TUNJ - GTC
AURA LILIANA GARCÍA RUÍZ	Residente de Obra	60% / 100%	0001.25 – TUNJ - GTC
JESSICA LORENA RÁMIREZ	Residente Ambiental & SST	10% / 50%	0028.25 – TUNJ - GTC
KATHERINE GUAYACAN PARRA	Residente Social	15% / 50%	0001.25 – TUNJ - GTC
LEIDY CONSTANZA ACOSTA	Especialista Forestal	10%	0056.25 - TUN – GTC
MARTÍN ALEJANDRO RESTREPO	Especialista en Transito	40% / 20%	0001.25 – TUNJ - GTC
JOHN CAICEDO	Topógrafo	100%	0001.25 – TUNJ - GTC

Tabla 4. Personal Contractual Consorcio DC 2025 Mes Marzo

El contratista hace envió de las hojas de vida de los profesionales contractuales y personal operativo del proyecto. Interventoría realiza revisión a las mismas donde solicita subsanaciones e información complementaria de cada uno de los profesionales radicados.

CONTRATISTA/ SUBCONTRATISTA	TIPO DE CONTRATO	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CEDULA	CARGO
CONSORCIO DC 2025	Obra O Labor	María Fernanda Piñeros Peñuela	1.000.861.580	Controlado Ra De Trafico
INDEPENDIENTE	Obra O Labor	Víctor Orlando Moreno	1.033.758.905	Conductor
CONSTRUCTORA INGECOP	Obra O Labor	Eduin Dabian Murillo Malagón	1.019.602.573	Conductor
CONSTRUCTORA INGTECH SAS	Obra O Labor	Baltazar Londoño Beltrán	80.472.569	Oficial De Obra
ONSTRUCTORA INGTECH SAS	Obra O Labor	Murillo González José Rafael	19.955.221	Oficial De Obra
CONSTRUCTORA INGTECH SAS	Obra O Labor	Eison Alejandro García Esquivel	12.283.895	Oficial De Obra
CONSTRUCTORA INGTECH SAS	Obra O Labor	German Darío Arbeláez Rodríguez	1.054.541.2 77	Ayudante De Obra
CONSTRUCTORA INGTECH SAS	Obra O Labor	Edgar Alfonso Navarro Chávez	85.469.107	Ayudante De Obra
ONSTRUCTORA INGTECH SAS	Obra O Labor	José Eduardo Martínez Castro	1.023.934.5 51	Oficial De Obra
CONSTRUCTORA INGTECH SAS	Obra O Labor	Luis David Fernández Murillo	1.049.935.8 53	Ayudante De Obra
CONSTRUCTORA INGTECH SAS	Obra O Labor	Yaison Esneider Dimate Alfonso	1.069.230.388	Operador
CONSTRUCTORA INGTECH SAS	Obra O Labor	Samuel García	79.900.984	Operador

Tabla 5. Personal Consorcio DC 2025 Mes Marzo

CONTRATISTA/ SUBCONTRATISTA	TIPO DE CONTRATO	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CEDULA	CARGO
CONSORCIO DC	PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Jessica Ramírez	1.013.606.685	Residente Ambiental & SST

Tabla 6. Personal Retirado Consorcio DC 2025 Mes Marzo

4. ACTIVIDADES SST REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

Durante el presente periodo se realizan las siguientes actividades SST.

ACTIVIDAD	FECHA DE ELABORACIÓN
Elaboración del informe Mensual SST	25 Marzo del 2025
Realización de Inspección SST	18 Marzo del 2025
Validación de la documentación de ingreso	06 Marzo del 2025 07 Marzo del 2025 10 Marzo del 2025 14 Marzo del 2025 19 Marzo del 2025 21 Marzo del 2025 28 Marzo del 2025 31 Marzo del 2025
Participación en comités	05 Marzo del 2025 18 Marzo del 2025

Tabla 7. Actividades SST Mes Marzo

5. CUMPLIMIENTO Y ANALISIS DEL MANEJO AREA SST

El presente informe reúne el seguimiento de las actividades de prevención y promoción de Seguridad y Salud en el trabajo, documento mediante el cual se realiza una descripción de cada una de las actividades realizadas por el Contratista.

Con respecto a los ingresos y retiros del talento humano del CONSORCIO DC 2025 para el mes de marzo, se tiene vinculados 7 administrativos y 12 operativos.

Para este periodo se presenta retiro de 01 personal administrativo

5.1. GESTIÓN BÁSICA ADMINISTRATIVA

El Contratista realizó las siguientes actividades respecto a la gestión básica administrativa:

5.1.1. Pagos al Sistema de Seguridad Social Integral

Respecto al manejo de la seguridad social del personal contratado y subcontratado que ejecuto labores en el proyecto, el Contratista presenta a la fecha los soportes de parafiscales y planillas de pago al Sistema de Seguridad Social para el presente periodo del informe.

5.1.2. Pago Salarios y honorarios

El CONSORCIO DC 2024 se encuentra al día con el pago de nómina hasta el mes de marzo, para el mes de análisis hace entrega de los soportes de pago de nómina y honorarios. En la siguiente tabla se relacionan la cantidad de colaboradores que estuvieron activos durante el mes de marzo.

ADMINISTRATIVO	OPERATIVO	TOTAL
7	12	19

Tabla 8. Personal Existente Contratista de Obra – Marzo

5.1.3. COPASST (Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo)

De acuerdo con lo establecido en la resolución 2013 de 1986 y Decreto 1295 de 1994, Art. 63 sé debe conformar el Comité Paritario de la Seguridad y Salud en el Trabajo teniendo en cuenta que para la fecha de inicio de actividades se estaba contratando personal nuevo y organizando los CIV a intervenir, se conformó el COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO designando como VIGIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO a Katherine Guayacán.

5.1.4. Programa de Inducción y capacitación

No. Capacitación	Tema	Fecha	No. Participantes
1	Riesgo Físico – Formas de minimizar los riesgos en obra	14/03/2025	11
2	Políticas SST, ALCOHOL Y Drogas, Convivencia Laboral, Funciones de la Brigada de Orden, Aseo y limpieza	19/03/2025	12
3	Autocuidado y Calistenia	28/03/2025	11

Tabla 9. Charlas y Capacitaciones SST

5.2. MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO

El subprograma de Medicina Preventiva y del Trabajo, tiene como finalidad la promoción, prevención y control de la salud de los trabajadores frente a los factores de riesgo ocupacionales. Al respecto para el mes de marzo el Contratista de obra realizo las siguientes actividades:

5.2.1. Exámenes medico ocupacionales

El contratista hace entrega de los Certificados Médicos de aptitud laboral de ingreso de acuerdo al personal registrado que correspondieron en total a 12 exámenes médicos ocupacionales del personal subcontratista del consorcio CD 2025. Para el caso del personal retirado, se presentarán los respectivos exámenes de egreso

PERSONAL	CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL	INGRESO	RETIRO	TOTAL
Periódico	Certificado médico de aptitud laboral			0
Ingreso	Certificado médico de aptitud laboral	12	0	12
	Certificado médico de aptitud laboral profesionales prestación de servicios	0	0	0
	Certificado médico laboral Conductores/Operadores	4	0	4
	Orden de Examen Médico Egreso	Orden Egreso: 0	Certificado de Egreso: 0	0
	Retiro sin aviso - Subcontratista	Retiro sin aviso: 0	Ingreso – Retiro: 0	0

Tabla 10. Trazabilidad Exámenes Medico Ocupacionales - Marzo 2025

5.2.2. Ausentismo Laboral

Durante el mes de marzo no se causó ausentismo laboral.

TRABAJADOR	CARGO	ORIGEN	DESCRIPCIÓN	MES	DIAS DE INCAPACIDAD		TOTAL DÍAS
					INICIO	FINAL	
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Tabla 11. Control de Ausentismo

5.2.3. Días Hombre Trabajadas

Se realiza el cálculo de las horas hombres trabajados del personal que estuvo desarrollando las actividades desde el inicio hasta el cierre del periodo.

ITEM	MES
Días hombre trabajadas	874

Tabla 12. Horas Hombre Trabajadas

5.2.4. Actividades de promoción y Prevención (incluidas las actividades de Prevención de riesgo Psicosocial)

Dando cumplimiento a la normatividad nacional vigente sobre los factores de Riesgo Psicosocial y como controlarlos El Consorcio DC 2025 realizó durante el periodo, las siguientes actividades:

- Divulgación de las políticas SST
- Charla sobre riesgo físico
- Calistenia

5.2.5. Incidentes y accidentes laborales

Durante el periodo no se presentó ningún accidente laboral

TRABAJADOR	CARGO	ORIGEN	DESCRIPCIÓN	FECHA	DIAS DE INCAPACIDAD		TOTAL DÍAS
					INICIO	FINAL	
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Tabla 13. Accidentes Laborales

5.3. HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL

Disciplina que tiene por objeto el reconocimiento, evaluación y control de aquellos factores ambientales o tensiones que se originan en el lugar de trabajo y que pueden causar enfermedades, perjuicios a la salud o al bienestar de los trabajadores, en los frentes de obra ejecutados, al respecto para el mes objeto del presente informe se describen a continuación los hallazgos presentados.

5.3.1. Manejo de Sustancias Químicas

El contratista realiza la identificación y almacenamiento de las sustancias químicas registradas en el proyecto conforme a lo establecido en el procedimiento de sustancias químicas del SG-SST del proyecto y el decreto 1496 de 2018 el cual se adopta el Sistema Globalmente Armonizado de Clasificación y Etiquetado de Productos Químicos, en el caso que estos se mantengan en el frente de obra.

5.3.2. Inspecciones Planeadas de Seguridad

Para el presente periodo, se realizaron inspecciones del kit de emergencias (botiquín, camilla, y extintor), así como inspecciones de elementos de protección personal e inspección de orden y aseo en el frente de obra. En el anexo 4. Se presentan los diferentes soportes de cada una de estas.

5.3.3. Orden, Aseo y Limpieza

Se establecieron mecanismos para el mantenimiento del orden y el aseo con el objeto de mantener las áreas de trabajo en los CIV intervenidos y de esta manera evitar incidentes y accidentes de trabajo.

5.3.4. Investigación y Análisis de Accidentes/Incidentes

En el mes de marzo de 2025 no se presentan accidentes laborales.

5.3.5. Cumplimiento de Matriz de EPP

Se reporta información y soportes de entrega de EPP por parte del Contratista para el mes de marzo al personal de ingreso al proyecto

5.3.6. Preparación de emergencias

Con respecto a la gestión en los frentes de obra, en los campamentos se publicará por medio de carteles información sobre el personal que se encuentra, estaciones de policía cercana, así como unidades de servicio médico y plan de emergencia, también se consolidará en el listado MEDEVAC.

En las instalaciones de las oficinas el Consorcio DC 2025 cuenta con los elementos necesarios para la atención de emergencias tales como camilla, extintores y botiquines los cuales se encuentran en condiciones adecuadas, y los baños; para el periodo de reporte se contó con los elementos básicos de emergencia.

Ver Anexo 11. Registro Fotografico

ITEM	PUNTO DE HIDRATACIÓN	PUNTO ECOLOGICO	ZONA SST	BAÑOS	ELEMENTOS DE EMERGENCIA (BOTIQUIN, CAMILLA, EXTINTOR)
Oficina	1 Unidad	01 Unidad	01 Oficina	01 Unidad fija	01 botiquín, 01 camilla fell con su inmovilizador, 01 extintor ABC ubicado en el PAC y 01 extintor ABC camioneta
Frentes de Obra	2 Unidades	02 Unidades	02 Carpas por CIV intervenido	02 Unidades sanitarias móviles y 1 unidad Sanitaria fija	01 botiquín, 01 camilla fell con su inmovilizador, 01 extintor ABC ubicado en el PAC y 01 extintor ABC camioneta por cada frente de obra (2 CIV)

Tabla 14. Relación de Elementos de Emergencia

5.4. MAQUINARÍA EQUIPOS Y VEHICULOS

EQUIPO	MARCA	LINEA	PLACA O SERIE	FECHA VENCIMIENTO SOAT	OFICIO APROBACIÓN INTERVENTORIA
Minicargador	Bobcat	330E	M1023223	N/A	0071.25 - TUN – GTC
Vibrocompactador	Dynapac	CC122	129996U	N/A	0071.25 - TUN – GTC
Retroexcavadora	Bobcat	E42	MC698379	N/A	0090.25 - TUN – GTC
Volqueta	Freightliner	2008	SRO465	2025-05-30	0085.25 - TUN – GTC
Volqueta	International	2013	SXS806	2025-12-09	0085.25 - TUN – GTC

Tabla 15. Listado de Vehículos utilizados en el Proyecto

6. INDICADORES GESTIÓN SST

En la siguiente tabla se relaciona los indicadores de la Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo SG- SST del Contratista.

NOMBRE	INDICADOR	OPERACIÓN	RESULTADO
Frecuencia de accidentalidad	$\frac{No.\,de\ accidentes\ en\ el\ periodo}{No.\,de\ trabajadores}$	0/19	0 %
Ausentismo por causa médica	$\frac{No.\,de\ dias\ de\ ausencia}{No.\,de\ dias\ de\ trabajo\ programados\ en\ el\ mes} * 100$	0/874	0 %
Capacitaciones	$\frac{No.\,de\ capacitaciones\ programadas}{No.\,de\ capacitaciones\ realizadas}$	3/3	100%
Inducciones	$\frac{No.\,de\ inducciones\ programadas}{No.\,de\ inducciones\ realizadas}$	12/12	100 %
Inspecciones	$\frac{No.\,de\ inspecciones\ programadas}{No.\,de\ inspecciones\ realizadas}$	0/0	0 %
Cobertura afiliación al SGSSI	$\frac{SGSSI\ Trabajadores\ activos}{Trabajadores\ afiliados\ SGSSI}$	19/19	100 %
Cumplimiento de acciones correctivas ejecutadas	$\frac{No.\,de\ acciones\ correctivas\ solicitadas}{No.\,de\ acciones\ correctivas\ atendidas}$	0/0	100%

Tabla 16. Indicadores SG-SST Contratista de Obra

7. CONCLUSIONES

- Se imparte la Inducción y Notificación de riesgos a los trabajadores nuevos que ingresan al proyecto.
- Se verifica planillas de pago de seguridad Social del personal vinculado al proyecto.
- Durante el mes de marzo se trabaja en la implementación del SG-SST enfocado en el proyecto.
- El Contratista cumple con los indicadores de Gestión SST correspondiente al mes de marzo 2025.
- Dentro de los hallazgos presentados durante el mes, se tomaron las medidas correctivas pertinentes y se realiza la mejora en la Gestión SST.
- Se realizan las charlas y capacitaciones SST programadas
- Durante el mes de marzo no se presentan Accidentes laborales

8. ANEXOS

- ANEXO 1 – BASE DE DATOS
- ANEXO 2 – INGRESO DE PERSONAL
- ANEXO 3 - CAPACITACIONES Y CHARLAS
- ANEXO 4 – INSPECCIONES
- ANEXO 5 - ACTA DE NOMBRAMIENTO DEL VIGIA OCUPACIONAL
- ANEXO 6 - PLANILLAS DE SEGURIDAD SOCIAL
- ANEXO 7 - CERTIFICADO DEL REPRESENTANTE LEGAL
- ANEXO 8 - PREOPERACIONALES
- ANEXO 9 – CRONOGRAMA
- ANEXO 10 – REGISTRO FOTOGRÁFICO

FORMATO

BASE DE DATOS DE PERSONAL OPERATIVO Y ADMINISTRATIVO

PROCESO	VERSIÓN
SISTEMA DE GESTON INTEGRAL	

FECHA			PERIODO INFORME	
31	3	2025	DESDE	1/03/2025
			HASTA	31/03/2025

BASE DE DATOS PERSONAL OPERATIVO - ADMINSITRTAIVO

CONTRATISTA OBRA	
CONTRATO No	**622 DE 2024**
CONTRATISTA	**CONSORCIO DC 2025**
OBJETO	**Contrato de Obra No. 622 de 2024 "EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA Y ESPACIO PUBLICO ASOCIADO EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C."**

No.	EMPRESA	DATOS DEL TRABAJADOR											ARL			EPS		AFP	FECHA EXAMENES			CONCEPTO
	CONTRATISTA/ SUBCONTRATISTA	TIPO DE CONTRATO	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CEDULA	EDAD	SEXO F/M		CARGO	ESTADO	LUGAR RESIDENCIA	FECHA INGRESO	FECHA RETIRO	NOMBRE ARL	CLASE DE RIESGO	FECHA AFILIACION	NOMBRE EPS	FECHA AFILIACIO O CERTIFICACION	NOMBRE AFP	INGRESO	PERIÓDICO	EGRESO	Valoración Ingreso
	PESONAL NUEVO																					
1	**CONSTRUCTORA INGTECH SAS**	OBRA O LABOR	BALTAZAR LONDOÑO BELTRAN	80.472.569	51		X	OFICIAL DE OBRA	ACTIVO	BOGOTA	1/03/2025	N/A	POSITIVA	V	13/02/2025	SALUD TOTAL	13/02/20225	PORVENIR	13/02/2025	NA	NA	APTO PARA EL CARGO
2	**ONSTRUCTORA INGTECH SAS**	OBRA O LABOR	MURILLO GONZALEZ JOSE RAFAEL	19.955.221	41		X	OFICIAL DE OBRA	ACTIVO	BOGOTA	17/03/2025	N/A	POSITIVA	V	17/03/2025	FAMISANAR	17/03/2025	PORVENIR	17/03/2025	NA	NA	APTO PARA EL CARGO
3	**ONSTRUCTORA INGTECH SAS**	OBRA O LABOR	EISON ALEJANDRO GARCIA ESQUIVEL	12.283.895	39		X	OFICIAL DE OBRA	ACTIVO	BOGOTA	4/03/2025	N/A	POSITIVA	V	4/03/2025	FAMISANAR	4/03/2025	COLPENSIONES	5/03/2025	NA	NA	APTO PARA EL CARGO
4	**CONSTRUCTORA INGTECH SAS**	OBRA O LABOR	GERMAN DARIO ARBELAEZ RODRIGUEZ	1.054.541.277	38		X	AYUDANTE DE OBRA	ACTIVO	BOGOTA	1/03/2025	N/A	POSITIVA	V	18/02/2025	NUEVA EPS	18/02/2024	PORVENIR	19/02/2025	NA	NA	APTO PARA EL CARGO
5	**CONSORCIO DC 2025**	OBRA O LABOR	MARIA FERNANDA PIÑEROS PEÑUELA	1.000.861.580	21	X		CONTROLADORA DE TRAFICO	ACTIVO	BOGOTA	7/03/2025	N/A	AXA COLPATRIA	V	7/03/2025	SANITAS	7/03/2025	COLFONDOS	7/03/2025	NA	NA	APTO PARA EL CARGO
6	**CONSTRUCTORA INGTECH SAS**	OBRA O LABOR	EDGAR ALFONSO NAVARRO CHAVEZ	85.469.107	52		X	AYUDANTE DE OBRA	ACTIVO	BOGOTA	3/03/2025	N/A	POSITIVA	V	3/03/2025	FAMISANAR	3/03/2025	PROTECCIÓN	7/12/2024	NA	NA	APTO PARA EL CARGO
7	**ONSTRUCTORA INGTECH SAS**	OBRA O LABOR	JOSE EDUARDO MARTINEZ CASTRO	1.023.934.551	30		X	OFICIAL DE OBRA	ACTIVO	BOGOTA	5/03/2025	N/A	POSITIVA	V	5/03/2025	SALUD TOTAL	24/0/2025	PORVENIR	5/03/2025	NA	NA	APTO PARA EL CARGO
8	**CONSTRUCTORA INGTECH SAS**	OBRA O LABOR	LUIS DAVID FERNANDEZ MURILLO	1.049.935.853	30		X	AYUDANTE DE OBRA	ACTIVO	BOGOTA	1/03/2025	N/A	POSITIVA	V	25/02/2025	SURA	24/02/025	PROTECCIÓN	5/03/2025	NA	NA	APTO PARA EL CARGO
9	**INDEPENDIENTE**	OBRA O LABOR	EDUIN DABIAN MURILLO	1.019.602.573	20		X	CONDUCTOR	ACTIVO	BOGOTA	1/03/2025	N/A	SURA	V	28/02/2025	SALUD TOTAL	28/02/2025	PORVENIR	15/06/2024	NA	NA	APTO PARA EL CARGO
10	**INDEPENDIENTE**	OBRA O LABOR	VICTOR ORLANDO MORENO	1.033.758.905	25		X	CONDUCTOR	ACTIVO	BOGOTA	16/03/2025	N/A	SURA	V	16/03/2025	SURA	15/03/2024	PORVENIR	4/03/2025	NA	NA	APTO PARA EL CARGO
11	**CONSTRUCTORA INGTECH SAS**	OBRA O LABOR	JAISON SNEDIER DIMATE	1.069.230.388	35		X	OPERADOR	ACTIVO	BOGOTA	1/03/2025	N/A	POSITIVA	V	3/03/2025	FAMISANAR	3/03/2025	PORVENIR	2/05/2024	NA	NA	APTO PARA EL CARGO
12	**MATERIALES AGREGADOS Y TRANSPORTE SAS**	OBRA O LABOR	SAMUEL GARCIA PERDOMO	79.900.984	46		X	OPERADOR	ACTIVO	BOGOTA	1/03/2025	N/A	POSITIVA	V	21/02/2025	FAMISANAR	19/02/2025	PORVENIR	2/10/2024	NA	NA	APTO PARA EL CARGO
	PERSONAL ANTIGUO																					
13	**CONSORCIO DC 2025**	PRESTACION DE SERVICIOS	RAFAEL EDUARDO ALZATE MORENO	103368967 5	45		X	DIRECTOR DE OBRA	ACTIVO	BOGOTA	15/01/2025	N.A	AXA COLPATRIA	V	8/02/2025	SANITAS	19/09/2023	PORVEIR	14/02/2025	NA	NA	APTO PARA EL CARGO
14	**CONSORCIO DC 2025**	OBRA O LABOR	AURA LILIANA GARCIA RUIZ	51914024	29	X	X	RESIDENTE DE OBRA	ACTIVO	BOGOTA	15/01/2025	N.A	AXA COLPATRIA	V	16/01/2025	NUEVA EPS	21/09/2023	COLPENSIONES	7/02/2025	NA	NA	APTO PARA EL CARGO
15	**CONSORCIO DC 2025**	PRESTACION DE SERVICIOS	JESSICA LORENA RAMIREZ	1014209834	34		X	SISOMA	ACTIVO	BOGOTA	15/01/2025	N.A	AXA COLPATRIA	V	7/02/2025	COMPENSAR EPS	23/09/2023	COLPENSIONES	14/02/2025	NA	NA	APTO PARA EL CARGO
16	**CONSORCIO DC 2025**	OBRA O LABOR	KATHERINE GUAYACÁN PARRA	52157611	27	X	X	RESIDENTE SOCIAL	ACTIVO	BOGOTA	15/01/2025	N.A	AXA COLPATRIA	V	16/01/2025	NUEVA EPS	23/09/2023	PROTECCION	20/02/2025	NA	NA	APTO PARA EL CARGO
17	**CONSORCIO DC 2025**	PRESTACION DE SERVICIOS	MARTIN ALEJANDRO RESTREPO	12.917.738	49		X	ESP. TRANSITO	ACTIVO	BOGOTA	15/01/2025	N.A	AXA COLPATRIA	V	8/02/2025	SURA	14/10/2023	PORVENIR	15/02/2025	N/A	N/A	APTO PARA EL CARGO
18	**CONSORCIO DC 2025**	PRESTACION DE SERVICIOS	LEIDY ACOSTA	53.030.000	40	X		ESP. FORESTAL	ACTIVO	BOGOTA	21/02/2025	N.A	AXA COLPATRIA	V	22/02/2025	SANITAS	20/02/2025	PORVEIR	21/02/2025	NA	NA	APTO PARA EL CARGO
19	**CONSORCIO DC 2025**	OBRA O LABOR	JHON STEVEN CAICEDO	1.012.419.015	30		X	TOFOGRAFO	ACTIVO	BOGOTA	17/02/2035	N.A	AXA COLPATRIA	V	18/02/2025	SALUD TOTAL	17/02/2025	PORVEIR	14/02/2025	NA	NA	APTO PARA EL CARGO
	RETIRO DE PERSONAL																					
1	**CONSORCIO DC 2025**	PRESTACION DE SERVICIOS	JESSICA LORENA RAMIREZ	1014209834	34		X	SISOMA	ACTIVO	BOGOTA	15/01/2025	31/03/2025	AXA COLPATRIA	V	7/02/2025	COMPENSAR EPS	23/09/2023	COLPENSIONES	14/02/2025	NA	NA	APTO PARA EL CARGO
	TRASLADOS																					
	PERSONAL ROTATIVO																					
	NUEVO																					
	12																					
	ANTIGUO																					
	0																					
	RETIRO																					
	1																					
	INACTIVOS																					

Firma

Nombre

ESP. AMBIENTAL/SST Contratista

Firma

Nombre JUAN PABLO FONSECA CARDONA

Residente SST Interventoria

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80.472.569

LONDOÑO BELTRAN

APELLIDOS

BALTAZAR

NOMBRES





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-FEB-1974

LA DORADA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

09-MAR-1992 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00152256-M-0080472569-20090309 0010251094A 2 1130033405

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, **BALTAZAR LONDOÑO BELTRAN** identificado con **CC** No. **80472569**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
CONSTRUCTORA INGTECH SAS - NI. 901779479	**Fecha de inicio de cobertura :** 13/02/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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): 20250101394422.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 4 días del mes de marzo de 2025.

Cordialmente,

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

APO_13_2_2_FR01 v_03

MIS_4_1_3_FR15 v_010

SALUDTOTAL-FORM. UNICO AFILIACION 5002.CDR [redacted] (CTP)

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S
NIT 800.130.907-4
Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

CODIGO DE BARRAS
* 5 0 0 1 0 1 7 5 0 0 *

No. DE RADICACIÓN 5002017500

Fecha de Radicación 12 02 2025 (D D M M A A A A)

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: Londoño	Segundo apellido: Beltran	Primer nombre: Baltazar	Segundo nombre
7. Tipo de documento de identidad: CC	8. Número del documento de identidad: 80472569	9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]	10. Fecha de nacimiento: 11 02 1974

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad: Tipo [F N M] Condición [T P]	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC
positiva	porvenir	1423500

18. Residencia				
Dirección: cr 160 Nº 136-29	Teléfono: 3663487	Celular: 3205908134	Correo electrónico: baltazarlondono@gmail.com	
Municipio/Distrito: Bogota	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	Localidad/Comuna: Suba	Departamento: Bogota	

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

SALUD TOTAL EPS-S
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
12-02-2025
RECIBIDO PARA COMPROBACIÓN

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

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Constructora Ingtech sas	NIT	901179479	Empleador

39. Ubicación					
Dirección: cr 88A Nº 21-75	Teléfono: 3147696824	Correo electrónico	Municipio/Distrito: Bogota	Departamento: Bogota	

ORIGINAL EPS
COPIA APORTANTE

M-PYCA-F001 V 1.0 - 2018

VIGILADO Supersalud

NIT. 800.815.482 - 8 TEL. (1)224 83 99

PORTADOR S.A.

SALUDTOTAL-FORM. UNICO AFILIACION 5002 - 060219

Bogotá, 03/03/2025

Señor(a)
BALTAZAR LONDOÑO BELTRAN
C – 80472569

Referencia: certificado radicación de afiliación
Formulario No.: 4014230629
Fecha Radicación: 02/18/2025

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 CONSTRUCTORA INGTECH SAS N 901779479, 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
BALTAZAR LONDOÑO BELTRAN	C	02/11/1974	COTIZANTE	M	

Información Afiliación
EPS Anterior: EPS SALUD TOTAL
Posible inicio vigencia afiliación: 03/18/2025 **(sujeto a autorización de traslado)**

Información Laboral
Dirección Empleador: CR 88 NO 21 75 CA 187
Dirección Laboral: CR 88 NO 21 75 CA 187
Fondo de Pensiones: 2
Administradora Riesgos Profesionales: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS
Fecha Ingreso a laborar(mm/dd/aaaa): 02/13/2025

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) ESTRATEGIA EMPRESARIAL AS LTDA Código: N762, o dirigirse a la oficina de SALUD TOTAL EPS-S S.A. más cercana.

Señor usuario, con el ánimo de brindar a usted y a sus beneficiarios un mejor servicio, le solicitamos por favor que los documentos relacionados como Anexos pendientes sean entregados

al asesor a la mayor brevedad. De Acuerdo al decreto 780 de 2016, estos documentos son parte integral de la afiliación y de no ser entregados pueden ocasionar la suspensión de la afiliación de los beneficiarios.

Descripción de anexos:

Documentos exigidos	Cod.	Documentos exigidos	Cod.	Documentos exigidos	Cod.
Documento de identidad	A	Registro civil de matrimonio	B	Declaración extrajuicio de convivencia	C
Certificado de escolaridad (renovable cada periodo escolar)	F	Certificado de incapacidad permanente	G	Certificado de dependencia económica	H
Registro civil prueba de parentesco	S	Carta certificación representante legal	T	Carta contrato de aprendizaje	W
AFP para cotizantes cooperativas	1	ARP para cotizantes cooperativas	2	Certificación ARP	11

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.

Si al momento de recibir esta comunicación, usted ya solucionó dicha situación, por favor haga caso omiso de esta información. ¿Sabía usted que, si nos suministra una dirección válida de correo electrónico, podemos comunicarnos de manera rápida, efectiva y, además, evitamos el uso exagerado de hojas de papel? Ingrese ya mismo a nuestra página WEB www.saludtotal.com.co, y en la opción “Te Escuchamos” registre la información que desea actualizar, y ayúdenos a preservar el planeta.

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:

BALTAZAR LONDOÑO BELTRAN, identificado(a) con cédula de ciudadanía **80.472.569**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 4 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.

Colsubsidio

FORMULARIO DE AFILIACIÓN Y NOVEDADES DE TRABAJADORES DEPENDIENTES, INDEPENDIENTI FACULTATIVOS, PENSIONADOS Y ACREDITACIÓ DE PENSIONADOS POR FIDELIZACIÓN

Colsubsidio
020580549627I A D
2025-02-13 13:46 Anexos: I
E - Recibido Servicios (O)
SUJETO A VERIFICACIÓN

I. TIPO DE NOVEDAD ☐ Afiliación ☐ Novedad ☐ Traslado — Fecha de Radicación DÍA MES AÑO

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

NOVEDADES BÁSICAS DE AFILIADOS	INCLUSIÓN DE PERSONAS A CARGO	RETIROS	DATOS DE UBICACIÓN
☐ Nombres	☐ Hijos	☑ Voluntario	☐ Dirección y teléfono
☐ Documentos de Identificación	☐ Hermanos	☐ Cotizante por fallecimiento	☐ Correo electrónico
☐ Estado civil	☐ Padres	☐ Personas a cargo	Fecha Novedad DÍA MES AÑO
☐ Cambio de Aporte	☐ Hijastros	☐ Caso de convivencia	Otro:
	☐ Dependiente por Custodia	☐ Cambio de grupo familiar	

III. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD PAGADORA

NIT ☑ C.C. ☐ C.E. ☐ C.D. ☐ PE ☐ PT ☐ No. 901377947 9 — Nombre o Razón Social: Constructora Ingtech SAS — Sector: Oficial ☐ Público ☐ Privado ☑ Mixto ☐ — Sucursal:

Dirección: KM 18 VIA 20 CAJICA TOCANCIPA — Departamento: Bogotá — Teléfono: 3147869 1683 44

IV. TIPO DE AFILIADO

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

Independiente aporte 2% ☐ — Residente en el exterior ☐ — Veterano ☐ — ¿Afiliación por primera vez como no dependiente? SI ☐ NO ☐ — Si estuvo afiliado a alguna Caja de Compensación, indique a cuál: — Otro:

V. DATOS BÁSICOS TRABAJADOR, INDEPENDIENTE O PENSIONADO

Nombres: Baltazar — Primer Apellido: Londoño — Segundo Apellido: Beltran

C.C. ☑ C.E. ☐ C.D. ☐ T.I. ☐ PE ☐ PT ☐ RC ☐ No. 80 1472 1569 — Estado Civil: SO ☑ CA ☐ SE ☐ UL ☐ VI ☐ — Fecha de Nacimiento: AÑO 1974 MES 02 DÍA 17 — Género: M ☑ F ☐ I ☐

Nivel Ocupacional: Operativo ☑ Administrativo ☐ Directivo ☐ Staff ☐ Ejecutivo ☐ Profesional ☐ Técnico ☐ — Nivel Educativo: Ninguno ☐ Primaria ☐ Secundaria ☑ Técnico ☐ Profesional ☐ otro ☐

Ingreso a la empresa: AÑO 2025 MES 02 DÍA 03 — Horas/mes: — Trabajador: UR ☐ RU ☐ — Salario básico/mesada: 1473500 — Celular: 3147869 1683 44 — EPS (Solo para independientes): — AFP (Solo para independientes):

Dirección vivienda: KM 18 VIA 20 CAJICA TOCANCIPA — Municipio: Bogotá — Departamento: Bogotá — Rural ☐ Urbano ☒ — Teléfono: 3147869 1683 44

Dirección Trabajo: KM 18 VIA 20 CAJICA TOCANCIPA — Municipio: Bogotá — Departamento: Bogotá — Rural ☐ Urbano ☑ — Teléfono: 3147869 1683 44

Correo Electrónico: manuelmanota9532@gmail.com — País Ciudad de Residencia (Solo para Residentes en el Exterior): — Programa (Sólo no dependientes):

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

Nombre o razón social: — Nit. — Caja por la cual recibe subsidio:

VII. INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A)

C.C. ☐ C.E. ☐ C.D. ☐ T.I. ☐ PE ☐ PT ☐ No. — Fecha de nacimiento: AÑO MES DÍA — Género: M ☐ F ☐ I ☐ — Trabaja: SI ☐ NO ☐ — Salario básico: — Fecha de ingreso a la empresa: AÑO MES DÍA

Nombres: — Primer apellido: — Segundo apellido:

Razón social: — NIT. — Recibe subsidio: SI ☐ NO ☐ — Caja por la cual recibe subsidio:

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

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

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

AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

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

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

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

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR

Baltazar Londoño
FIRMA Y CEDULA DEL SOLICITANTE

PARA USO EXCLUSIVO DE LA CAJA

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

www.colsubsidio.com

VIGILADO SuperSubsidio

Colsubsidio GS.FC.190 Versión 3

LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1
Dir: Cra 41 B # 9 -11
Cel: 316 752 9642
Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
13 DÍA	02 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO - ALTURAS

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

CONSTRUCTORA INGTECH SAS

Nombre de la empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
LONDOÑO BELTRAN BALTAZAR	Masculino	51 Años	CC (Tipo)	80472569 (Número)

Cargo **SUBCONTRATISTA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: No Aplica

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	USAR PROTECTORES AURICULARES EN LA JORANADA LABORAL

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL	✔	AUDIOMETRIA	✔
VISIOMETRIA	✔	PERFIL LIPIDICO	✔
GLICEMIA	✔	OSTEOMUSCULAR	✔

RECOMENDACIONES MEDÍCAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
EVITAR EL USO DE APARATOS REPRODUCTORES AUDITIVOS , CONTROL CON LA EPS Y SEGUIR CON EL TRATAMIENTO INDICADO	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

" USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEGÚN ÁREA DE TRABAJO.

" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.

" CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL.

" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES EN ALTURAS

RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)

" HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.

" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

" VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA ANUAL

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 prop ósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón 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 legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

MÉDICO

Gabriel A. Carrillo F.
MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M. 08882 - L.I.C. S.O. 3252-2022

Firma:
Nombre: CARRILLO FONTALVO GABRIEL ANTONIO
R.M.: 08882 L.S.O.: 3252 2022

Aspirante o Trabajador

Firma:
Nombre: LONDOÑO BELTRAN BALTAZAR
CC 80472569

CONSORCIO DC 2025	FORMATO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÒN	CODIGO	FR-SST-05	
		Nº VER	F. APROB.	F. REV.
		1	15/01/2025	

NOMBRE: BALTAZAR LONDOÑO D **CEDULA:** 80472564

AREA: OBRA **CARGO:** OFICIAL

1. Reflexiones lo siguiente: ¿Por qué me cuido?, ¿Qué es el autocuidado?

INTEGRIDAD ALIMENTACION SALUDABLE SALUD FISICA Y EMOCIONAL

2. Señale cuál de los siguientes son objetivo de la Seguridad y la Salud en el Trabajo.

a.	Identificar peligros, evaluar y valorar los riesgos y establecer controles
b.	Prevenir la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales
c.	Proteger la seguridad y la salud de los trabajadores mediante la mejora continua del SG-SST
X	Todas las anteriores

3. Identifique que lesiones puede sufrir durante la realización de sus labores

a.	Quemaduras		X	Lesiones osteomuscular es	X	Carga mental
X	Fractura - Esguince		e.	Pérdida de peso	X	Caídas del mismo y/o diferente nivel.
X	Cuerpo extraño en ojos		X	Accidentes de tránsito	i.	Aplastamiento por excavaciones.

4. Describa los riesgos a los que usted está expuesto durante la ejecución de sus actividades.

Caídas
Fracturas
Accidentes de tránsito

4. Cómo se proteje usted frente a los riesgos a los cuales está expuesto.

a) USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION
b) CUMPLIENDO DE SEGURIDAD
c)
d)

5.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

	X	Protección auditiva		e.	Careta facial	i.	Delantal de camaza
	X	Botas de seguridad con puntera		f.	Respirador de doble cartucho	X	Camisa manga larga
	X	Casco de Seguridad		g.	Guantes plásticos	k.	Capuchón
	d.	Guantes de carnaza		h.	Guantes de nitrilo	l.	Gafas de seguridad

6. Indique que hacer en caso de presentarse un Accidente de Trabajo y cual es la entidad que lo atiende:

1. Informar al encargado de seguridad – llamar a seguros Axa Colpatria

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad al interior de la compañía.

80472564
FIRMA DEL TRABAJADOR

Jesco Ramírez
ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN

Powered by CamScanner

CONSORCIO DC 2025

NOTIFICACIÒN DE RIESGOS

CODIGO	FR-SST-04	
Nº VER	F. APROB.	F. RE
1	15/01/2025	

POR MEDIO DE LA PRESENTE, Declaro que he sido notificado de todos los riesgos a los cuales puedo estar expuesto durante la jornada laboral y ı comprometo a cumplir con las normas de seguridad y otras disposiciones establecidas por la empresa para prevenir.

Conforme a lo antes expuesto yo, BALTAZAR LONDOÑO, Identificado con cedula de identidad Nº 80472569 con el puesto de trabajo como, oficial de obra , he recibido de la empresa, CONSORCIO DC 2025, amplia y suficiente inducción general y adiestramie operacional donde se me explico y notifico de manera verbal y/o por escrito los riesgos y medidas preventivas inherentes a mi cargo y me ambiente circundante, las normas y procedimientos internos de la empresa y los análisis de riesgo de mis funciones.

Asimismo, me comprometo a cumplir con las obligaciones que como trabajador me impone las normas y procedimientos internos de la Empresa en mate de Seguridad Industrial, normativa legal que tiene como objeto fundamental mi seguridad, salud y bienestar laboral.

El Trabajador,	**Responsable de Seguridad y Salud en el Trabajo**
Nombre: BALTAZAR LONDOÑO B	Nombre: **Jessica Lorena Ramirez Benavides**
Firma:	Firma: Jessica Ramírez
CC 80472569	CC: **1.013.606.685**
Cargo: oficial	Cargo: **Residente ambiental/SST**

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

85469107

NUMERO

NAVARRO CHAVEZ

APELLIDOS

EDGAR ALFONSO

NOMBRES

Edgar Alfonso



Escaneado con CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-JUL-1972**

CAJAMARCA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

14-OCT-1992 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-1500121-42097684-M-0085469107-20020416 **07281** 02105B 02 114881701

Escaneado con CamScanner

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, **EDGAR ALFONSO NAVARRO CHAVEZ** identificado con **CC** No. **85469107**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
CONSTRUCTORA INGTECH SAS - NI. 901779479	**Fecha de inicio de cobertura :** 15/01/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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): 20250101394631.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 4 días del mes de marzo de 2025.

Cordialmente,

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

APO_13_2_2_FR01 v_03

MIS_4_1_3_FR15 v_010

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

No. de Radicación SAT:

Fecha de Radicación: 14 01 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: Navarro	Segundo Apellido: Chavez	Primer Nombre: Edgar	Segundo Nombre: Alfonso

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC [X]	85469107	Femenino [ ] Masculino [X]	30 07 1972

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo / Condición			Positiva	Porvenir

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia				
1423500	CRSF No 48-13 Sur			7724864	
Correo electrónico	Municipio: Bogota	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	Fecha de nacimiento: 20 julio	Teléfono fijo:	Teléfono celular: Bogota

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

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

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

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

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

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo (Femenino / Masculino)	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios: 29. Parentesco	30. Etnia
B1				D D M M A A A A		
B2				D D M M A A A A		
B3				D D M M A A A A		
B4				D D M M A A A A		
B5				D D M M A A A A		

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

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	14-01-2025	
B	Famisanar	
B	Contratado Calma	2300
B		
B1		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Constructora Inytech SAS	NIT	901779479	

39. Ubicación					
CR 88A No 21-75 Cg 187	3147696824			Bogota	Bogota

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo (Femenino / Masculino)	Fecha de nacimiento	42. Fecha de novedad
		[ ] [ ]	D D M M A A A A	13 01 2025

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CRC [ ] NUC [ ] TI [ ] CC [ ] PAS [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] Cantidad: [ ] Total: [ ]

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:

71. Firma del funcionario

VIGILADO SUPERSALUD

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

Cadena s.a.

- ORIGINAL ÚNICA -

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) EDGAR ALFONSO NAVARRO CHAVEZ identificado(a) con CC 85469107 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 2° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	01/09/2019
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO RESTREPO
Categoría:	A

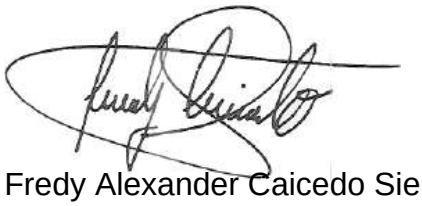
La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 03 días del mes marzo del 2025 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **NAVARRO CHAVEZ EDGAR ALFONSO** identificado(a) con **CC** número **85.469.107** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de octubre de 1996 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

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

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2025030412470

Colsubsidio

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

Colsubsidio
02058054630 19 A D
2025-01-15 12:11 Anexos: 1
E - Recibido Servicios (D)
SUJETO A VERIFICACION

I. TIPO DE NOVEDAD ☐ Afiliación ☐ Novedad ☐ Traslado

Fecha de Radicación: DÍA MES AÑO

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

NOVEDADES BÁSICAS DE AFILIADOS	INCLUSIÓN DE PERSONAS A CARGO	RETIROS
☐ Nombres	☐ Hijos	☐ Voluntario
☐ Documentos de Identificación	☐ Hermanos	☐ Cobrado por fallecimiento
☐ Estado civil	☐ Padres	☐ Personas a cargo
☐ Cambio de Aporte	☐ Hijastros	☐ Cese de convivencia
	☐ Dependiente por Custodia	☐ Cambio de grupo familiar

☐ Dirección y teléfono
☐ Correo electrónico
Fecha Novedad: DÍA MES AÑO
Otra: _____

III. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD PAGADORA

NIT: [X] C.C. ☐ C.E. ☐ C.D. ☐ PE ☐ PT ☐ No. 901 [illegible] 6
Nombre o Razón Social: Constructora ingtech SAS
Sector: Oficial ☐ Público ☐ Privado [X] Mixto ☐
Sucursal:
Dirección: [illegible]
Departamento: Bogotá
Teléfono: 3114769824

IV. TIPO DE AFILIADO

Dependiente ☐ | Servicio Doméstico ☐ | Madre Comunitaria ☐ | Taxista Independiente 2% ☐ | Pensionado aporte del 0% ☐ | Pensionado aporte del 0,6% ☐ | Pensionados aporte del 2% ☐ | Fidelidad 25 años ☐ | Facultativos aporte del 0,6% ☐ | Facultativos aporte del 2% ☐ | Independiente aporte 0,6% ☐
Independiente aporte 2% ☐ | Residente en el exterior ☐ | Veterano ☐ | ¿Afiliación por primera vez como no dependiente? SI ☐ NO ☐ | Si estuvo afiliado a alguna Caja de Compensación, indique a cuál: | Otro:

V. DATOS BÁSICOS TRABAJADOR, INDEPENDIENTE O PENSIONADO

Nombres: Edgar Alfonso
Primer Apellido: Navarro
Segundo Apellido: Chavez
C.C. [X] C.E. ☐ C.D. ☐ T.I. ☐ PE ☐ PT ☐ RC ☐ No. 80[illegible]
Estado Civil: SO [X] CA ☐ SE ☐ UL ☐ VI ☐
Fecha de Nacimiento: AÑO MES DÍA
Género: M [X] F ☐ I ☐
Nivel Ocupacional: Operativo ☐ Administrativo ☐ Directivo ☐ Staff ☐ Ejecutivo ☐ Profesional ☐ Técnico ☐
Nivel Educativo: Ninguno ☐ Primaria ☐ Secundaria [X] Técnico ☐ Profesional ☐ otro ☐
Ingreso a la empresa: DÍA MES AÑO
Horas/mes: 2355
Trabajador: UR [X] RU ☐
Salario básico/mesada: [illegible]
Celular: 3124[illegible]
EPS (Solo para Independientes):
AFP (Solo para Independientes):
Dirección vivienda: [illegible]
Municipio: Bogotá
Departamento: Bogotá
Rural ☐ Urbano [X]
Teléfono: 3124[illegible]
Dirección Trabajo: [illegible]
Municipio: Bogotá
Departamento: Bogotá
Rural ☐ Urbano [X]
Teléfono: 3114769824
Correo Electrónico: Constructoraingtech@gmail.com
País y Ciudad de Residencia (Solo para Residentes en el Exterior):
Programa (Sólo no dependientes):

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

Nombre o razón social:
NIT:
Caja por la cual recibe subsidio:

VII. INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A)

C.C. ☐ C.E. ☐ C.D. ☐ T.I. ☐ PE ☐ PT ☐ No.
Fecha de nacimiento: AÑO MES DÍA
Género: M ☐ F ☐ I ☐
Trabaja: SI ☐ NO ☐
Salario básico:
Fecha de ingreso a la empresa: AÑO MES DÍA
Nombres:
Primer apellido:
Segundo apellido
Razón social:
NIT.
Recibe subsidio: SI ☐ NO ☐
Caja por la cual recibe subsidio

VIII. INFORMACIÓN GRUPO FAMILIAR

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

Discapacidad padre	Cuidador	Servidor	Tipo	No. Documento Identificación	Nombres	Apellidos	Parentesco: Cónyuge	Hijo	Padre	Hermano	Hijastro	Custodia	Fecha de Nacimiento (AÑO MES DÍA)	Género

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

AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

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

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

EMPLEADOR SOLICITANTE/PENSIONADO SOLICITANTE:
Declaro bajo la gravedad de juramento que la anterior información es exacta y necesaria para las funciones de las Cajas y no puede ser suprimida en cumplimiento de los artículos 3, 18, 27 y 37 de la Ley 21/82, Ley 789/02, Dec.2340/03, Dec. 586/01 y Res. 056/04.
NO DEPENDIENTE SOLICITANTE: Autorizo el pagador de mi salario/mesada para descontar y entregar a Colsubsidio el 2% o 0.6% de este valor como aporte de mi afiliación.

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR

Edgar Navarro
FIRMA Y CEDULA DEL SOLICITANTE

PARA USO EXCLUSIVO DE LA CAJA

Recibe Subsidio	No. Beneficiarios	Causal de rechazo (Ver respaldo)	Código Riesgo	Observaciones
SI ☐ NO [X]	[illegible]		[illegible]	

www.colsubsidio.com

Versión Superintendencia

Colsubsidio CS.FC.160 Versión 3

LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1
Dir: Cra 41 B # 9 -11
Cel: 316 752 9642
Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
07 DÍA	12 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO - ALTURAS

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

INGENIERIA TECNICA EN CONSTRUCCION SAS

Nombre de la empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
NAVARRO CHAVEZ EDGAR ALFONSO	Masculino	52 Años	CC (Tipo)	85469107 (Número)

Cargo **AUXILIAR**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON RECOMENDACION

Observaciones: No Aplica

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE,USO DE CORRECCION VISUAL

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL	✔	AUDIOMETRIA	✔
VISIOMETRIA	✔	PERFIL LIPIDICO	✔
GLICEMIA	✔	OSTEOMUSCULAR	✔

RECOMENDACIONES MEDÍCAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
CONTROL POR NUTRICION Y OPTOMETRIA	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA
" USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEGÚN ÁREA DE TRABAJO.
" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.
" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES
RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)
" HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.
" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE
" VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA ANUAL.

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 prop ósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón 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 legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

MÉDICO



Firma:
Nombre: CARRILLO FONTALVO GABRIEL ANTONIO
R.M.: 08882 L.S.O.: 3252 2022

Aspirante o Trabajador

Firma:
Nombre: NAVARRO CHAVEZ EDGAR ALFONSO
CC 85469107

CONSORCIO DC 2025	FORMATO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÒN	CODIGO	FR-SST-05	
		Nº VER	F. APROB.	F. REV.
		1	15/01/2025	

NOMBRE: Edgar Alfonzo Navarro Chavez **CEDULA:** 85469167

AREA: OBRA **CARGO:** ayudante

1. Reflexione lo siguiente: ¿Por qué me cuido?, ¿Qué es el autocuidado?

alimentacion saludable y bien personal descanso

2. Señale cuál de los siguientes son objetivo de la Seguridad y la Salud en el Trabajo.

a.	Identificar peligros, evaluar y valorar los riesgos y establecer controles
b.	Prevenir la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales
c.	Proteger la seguridad y la salud de los trabajadores mediante la mejora continua del SG-SST
X	Todas las anteriores

3. Identifique que lesiones puede sufrir durante la realización de sus labores

a.	Quemaduras		X	Lesiones osteomuscular es	X	Carga mental
X	Fractura - Esguince		e.	Pérdida de peso	X	Caídas del mismo y/o diferente nivel.
X	Cuerpo extraño en ojos		X	Accidentes de tránsito	i.	Aplastamiento por excavaciones.

4. Describa los riesgos a los que usted está expuesto durante la ejecución de sus actividades.

Caídas
Fracturas
Accidentes de tránsito

4. Cómo se proteje usted frente a los riesgos a los cuales está expuesto.

a) uso de elemetos de proteccion personal.
b)
c) cumplir normas de seguridad.
d)

5.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

X	Protección auditiva		e.	Careta facial	i.	Delantal de carnaza
X	Botas de seguridad con puntera		f.	Respirador de doble cartucho	X	Camisa manga larga
X	Casco de Seguridad		g.	Guantes plásticos	k.	Capuchón
d.	Guantes de carnaza		h.	Guantes de nitrilo	l.	Gafas de seguridad

6. Indique que hacer en caso de presentarse un Accidente de Trabajo y cual es la entidad que lo atiende:

1. Informar al encargado de seguridad – llamar a seguros Axa Colpatria

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad al interior de la compañía.

Jesica Ramírez

85469167

FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C 1.012.393.061

ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN

Powered by CamScanner

CONSORCIO DC 2025

NOTIFICACIÒN DE RIESGOS

CODIGO	FR-SST-04	
N° VER	F. APROB.	F. RE
1	15/01/2025	

POR MEDIO DE LA PRESENTE, Declaro que he sido notificado de todos los riesgos a los cuales puedo estar expuesto durante la jornada laboral y r
comprometo a cumplir con las normas de seguridad y otras disposiciones establecidas por la empresa para prevenir.

Conforme a l o antes expuesto yo, EDGAR NAVARRO , Identificado con cedula de identidad Nº 85469107
con el puesto de trabajo como, Ayudante , he recibido de la empresa, CONSORCIO DC 2025, amplia y suficiente inducción general y adiestramier
operacional donde se me explico y notifico de manera verbal y/o por escrito los riesgos y medidas preventivas inherentes a mi cargo y me
ambiente circundante, las normas y procedimientos internos de la empresa y los análisis de riesgo de mis funciones.

Asimismo, me comprometo a cumplir con las obligaciones que como trabajador me impone las normas y procedimientos internos de la Empresa en mate
de Seguridad Industrial, normativa legal que tiene como objeto fundamental mi seguridad, salud y bienestar laboral.

El Trabajador,	**Responsable de Seguridad y Salud en el Trabajo**
Nombre: Edgar Alfonso Navarro Chavez.	Nombre: **Jessica Lorena Ramirez Benavides**
Firma:	Firma: Jessica Ramírez
CC 85469107	CC: **1.013.606.685**
Cargo: ayudante	Cargo: **Residente ambiental/SST**

Powered by CamScanner



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10030484914

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
SXS806	INTERNATIONAL	7600 SBA	2013

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
10.831	BLANCO	PÚBLICO

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
VOLQUETA	PLATON	DIESEL	19357

NÚMERO DE MOTOR	RSG	VIN
35298418	N	3HTWYAH T9DN154410

NÚMERO DE SERIE	RSG	NÚMERO DE CHASIS	RSG
3HTWYAHT9DN154410	N	3HTWYAHT9DN154410	N

PROPIETARIO: APELLIDOS Y NOMBRE(S) — IDENTIFICACIÓN

BELTRAN BELTRAN GERMAN ALBEIRO — C.C. 1069852291



RESTRICCIÓN MOVILIDAD

SUNDAJE ****** — POTENCIA HP 350

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN 48201200012309?

VR | FECHA IMPORT. 21/03/2012 — PUERTAS 2

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

PRENDA - ADRIANA PAOLA GRANADOS FONSECA

FECHA MATRÍCULA 14/05/2012 — FECHA EXP. LIC. TTO. 17/11/2023 — FECHA VENCIMIENTO ******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

DIR TTOYTTE FLORIDABLANCA

LT03006998025

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Scanned with CamScanner

SOAT

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

ASEGURADORA

seguros mundial®

tu compañía siempre

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	6	11	2024	6	12	2025	6	11

No. DE PÓLIZA	PLACA No.	CLASE DE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
88346795 - 600010796	SXS806	CARGA O MIXTOS	PUBLICO	10831	2013

PASAJEROS	MARCA	CARROCERÍA
2	INTERNATIONAL	PLATON
	LÍNEA VEHÍCULO: 7600SBA	

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
35298418	3HTWYAHT9DN154410	3HTWYAHT9DN154410	19,36

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No.DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
GERMAN ALBEIRO BELTRAN BELTRAN	3107999847	CC	1069852291	JERUSALEN

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
1317	469	13158	88346795	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 QUIRURGICOS, 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	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.segurotercero.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 expedición 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 cuál 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

Digitally signed by COMPANIA MUNDIAL DE SEGUROS SA
Date: 2024.06.11 09:49:40 -05:00

Powered by CamScanner

Scanned with CamScanner

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. 175996585

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CDA LA AURORA

NIT: 901393137

No. de Certificado de Acreditación: 24-CDA-006

Fecha de expedición: 2024/09/19

Fecha de vencimiento: 2025/09/19

DATOS VEHÍCULO

PLACA:	SXS806	**CLASE:**	VOLQUETA
MARCA:	INTERNATIONAL	**MODELO:**	2013
SERVICIO:	Público	**COMBUSTIBLE:**	DIESEL
CILINDRAJE:	10831	**NRO. MOTOR:**	35298418
NRO. CHASIS:	3HTWYAHT9DN154410	**VIN:**	3HTWYAHT9DN154410
LÍNEA:	7600 SBA		
COLOR:	BLANCO		

NOMBRE PROPIETARIO: GERMAN A. BELTRAN B.

FIRMA DEL RESPONSABLE

LIBARDO CARREÑO CASTRO

Scanned with CamScanner

Ingecop
OBRAS CIVILES S.A.S
NIT 901.583.763-0

Bogotá D.C., marzo 13 de 2025

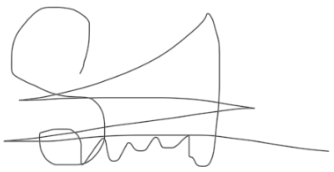
CERTIFICADO IDEONEIDAD

INGECOP OBRAS CIVILES S.A.S., con NIT 901583763-0 certifica que el vehículo de placas **SXS 806** está calificado y en óptimas condiciones para desarrollar el trabajo de transporte de material, así mismo su conductor cuenta con la experiencia suficiente en vehículos de carga sencilla y doble troque.

Sin otro en particular.

Agradezco su atención,

Representante legal:



DAIVE SANTIAGO PINZON AMADO
C.C. 1.000.938.499

Calle 6 N.º 78B – 17 Banderas - Bogotá Colombia
Email: ingecop.obrasciviles@gmail.com
Cel. 316 3091076

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

Libertad y Orden

No. 1019602573



NOMBRE

EDUIN DABIAN MURILLO MALAGON

FECHA DE NACIMIENTO

04-04-2004

SANGRE-RH

B+

FECHA DE EXPEDICION

16-08-2023

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

SDM - BOGOTA D.C.

Scanned with CamScanner

CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
B2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS	16-08-2033	PARTICULAR
C2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS.	16-08-2026	PUBLICO



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC03006320971

Servicios Integrales 60947.2.0-12 01/23

Scanned with CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.019.602.573

MURILLO MALAGON

APELLIDOS

EDUIN DABIAN

NOMBRES



eduin daban murillo

FIRMA

Scanned with CamScanner



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **04-ABR-2004**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.71	B+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

11-ABR-2022 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01330194-M-1019602573-20221121 0090885428A 1 8506242855

Scanned with CamScanner

11:26

MURILLO MALAGON EDUIN D... OK

1 de 1

ARL | sura

Medellín,28 de February de 2025

LAADMINISTRADORADERIESGOSLABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..

CERTIFICA:

Que MURILLO MALAGON EDUIN DABIAN identificado(a) con cedula de ciudadanía 1019602573 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación, se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 01/03/2025 **Fecha fin cobertura:** 01/04/2025

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

MURILLO MALAGON EDUIN DABIAN CC1019602573

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5742101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y ACTIVIDADES CONEXAS DE ASESORAMIENTO TECNICO INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE OBRA DE CONSTRUCCION, DIRECCION, DE OBRAS DE CONSTRUCCION, ARQUITECTURA, INGENIERIA Y AGRIMENSURA, EXPLOT ACION Y PROSPECCION GEO-LOGICAS ASESORAMIENTO TECNICO CONEXO INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A DISEÑO INDUSTRIAL Y DE MAQUINAS CON INTERVENCION DIRECTA EN LA OBRA

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6,96%
CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES
CLASE: 5 **PORCENTAJE:** 6,96% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDADECONÓMICACENTRODE TRABAJO:
5742101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y ACTIVIDADES CONEXAS DE ASESORAMIENTO TECNICO INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE OBRA DE CONSTRUCCION, DIRECCION, DE OBRAS DE CONSTRUCCION, ARQUITECTURA, INGENIERIA Y AGRIMENSURA, EXPLOT ACION Y PROSPECCION GEO-LOGICAS ASESORAMIENTO TECNICO CONEXO INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A DISEÑO INDUSTRIAL Y DE MAQUINAS CON INTERVENCION DIRECTA EN LA OBRA

INFORMACIÓNDEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5742101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y ACTIVIDADES CONEXAS DE ASESORAMIENTO TECNICO INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE OBRA DE CONSTRUCCION, DIRECCION, DE OBRAS DE CONSTRUCCION, ARQUITECTURA, INGENIERIA Y AGRIMENSURA, EXPLOT ACION Y PROSPECCION GEO-LOGICAS ASESORAMIENTO TECNICO CONEXO INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A DISEÑO INDUSTRIAL Y DE MAQUINAS CON INTERVENCION DIRECTA EN LA OBRA

CODIGO DE ACTIVIDAD: 5742101
CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6,96%

Su pago lo debe realizar con riesgo 5 (6,96 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

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

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

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

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:
C19278470211945361 6

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: 28/02/2025 08:50 AM

Dirección IP: 190.248.233.105, 198.143.41.28, 172.16.42.57

Scanned with CamScanner

Bogotá, febrero 28 de 2025

Señor(a):
MURILLO MALAGON EDUIN DABIAN
CC. 1019602573
Ciudad
Bogota

Ref: F370-RVA. 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 agosto 28 de 2014. 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

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
		INDEPENDIENTE	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,



CARLOS JAVIER CARREÑO SANCHEZ
Director de Recaudo y Compensación
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

Scanned with CamScanner

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MURILLO MALAGON EDUIN DABIAN** identificado(a) con **CC** número **1.019.602.573** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de enero de 2024 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 28 de febrero de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

20250228#10585

Scanned with CamScanner

PATRICIA CUELLAR AFANADOR

Medico Cirujano- Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional

Movil. +57(1) 3145467113 E-mail: csp.consultoria2@gmail.com

Av calle 26 N° 69-76 Cons 1104

CERTIFICADO APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

FECHA: 15/7/2024

NOMBRE: EDUIN DABIAN MURILLO **DOC. IDENTIFICACION:** 101960257

CARGO: CONDUCTOR **EMPRESA:** INDEPENDIENTE

TIPO EXAMEN: INGRESO

EXAMENES REALIZADOS:

Examen medico Ocupacional	Normal	Optometria	Normal
Enfasis osteomuscular	Normal	Oximetria	97%
Enfasis cardiovascular	Normal	Espirometria	NA
Enfasis Alturas/E. confinados	NA	Prueba sicologica	NA
Prueba vestibular	NA	Prueba psicometrica	Normal
audiometria	Normal	Otros	

LABORATORIOS Cuadro hematico Pefil lipidico Glicemia

EXAMEN DE INGRESO

- X Apto para conductor
- Apto con restricciones que no intervienen en el trabajo
- Apto con restricciones que intervienen en el trabajo
- Aplazado

EXAMEN PERIODICO Satisfactorio No satisfactorio

EXAMEN DE EGRESO Satisfactorio No satisfactorio

RECOMENDACIONES

X	Higiene postural	X	Uso adecuado EPP	X	Ergonomia puesto de trabajo
X	Pausas activas		Medidas antivarices		Adecuado manejo de cargas
	Dieta y ejercicio		Correccion optica		Mejorar habitos
	Dejar de fumar		Remitir EPS		Remitir ARL
	Doble proteccion auditiva		Apoyo intralaboral		
	Otros:				

SEGUIMIENTO VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual Auditiva Respiratoria Ergonomicc X

cardiovascular Psicolaboral Nutricional

PATRICIA CUELLAR AFANADOR
Medico cirujano
Especialista Gerencia en Salud Ocupacional
No 1019...

Dra Patricia Cuellar A.

Lic SO 12919/2014

Firma Medico

Firma trabajador

cc 101960257

Declaro que no he omitido ninguna información acerca de mi estado actual de salud y estoy consciente

Scanned with CamScanner

CONSORCIO DC 2025	FORMATO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÒN	CODIGO	FR-SST-05	
		N° VER	F. APROB.	F. REV.
		1	15/01/2025	

NOMBRE: Edwin Murillo **CEDULA:** 1019602573

AREA: OBRA **CARGO:** Conductor

1. Reflexiones lo siguiente: ¿Por qué me cuido?, ¿Qué es el autocuidado?

Para evitar Accidentes

2. Señale cuál de los siguientes son objetivo de la Seguridad y la Salud en el Trabajo.

a.	Identificar peligros, evaluar y valorar los riesgos y establecer controles
b.	Prevenir la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales
c.	Proteger la seguridad y la salud de los trabajadores mediante la mejora continua del SG-SST
d.	Todas las anteriores

3. Identifique que lesiones puede sufrir durante la realización de sus labores

a.	Quemaduras		d.	Lesiones osteomuscular es	g.	Carga mental
b.	Fractura - Esguince		e.	Pérdida de peso	h.	Caídas del mismo y/o diferente nivel.
c.	Cuerpo extraño en ojos		f.	Accidentes de tránsito	i.	Aplastamiento por excavaciones.

4. Describa los riesgos a los que usted está expuesto durante la ejecución de sus actividades.

Caídas
Fracturas
Accidentes de tránsito

4. Cómo se proteje usted frente a los riesgos a los cuales está expuesto.

a) Uso EPP
b)
c)
d)

5.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

a.	Protección auditiva		e.	Careta facial	i.	Delantal de carnaza
b.	Botas de seguridad con puntera		f.	Respirador de doble cartucho	j.	Camisa manga larga
c.	Casco de Seguridad		g.	Guantes plásticos	k.	Capuchón
d.	Guantes de carnaza		h.	Guantes de nitrilo	l.	Gafas de seguridad

6. Indique que hacer en caso de presentarse un Accidente de Trabajo y cual es la entidad que lo atiende:

1. Informar al encargado de seguridad – llamar a seguros Axa Colpatria

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad al interior de la compañía.

Edwin Murillo

FIRMA DEL TRABAJADOR

Jesool Ramírez

ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

CONSORCIO DC 2025

NOTIFICACIÒN DE RIESGOS

CODIGO	FR-SST-04	
Nº VER	F. APROB.	F. RI
1	15/01/2025	

POR MEDIO DE LA PRESENTE, Declaro que he sido notificado de todos los riesgos a los cuales puedo estar expuesto durante la jornada laboral y comprometo a cumplir con las normas de seguridad y otras disposiciones establecidas por la empresa para prevenir.

Conforme a lo antes expuesto yo, Edwin Murillo , Identificado con cedula de identidad Nº 1079602573 con el puesto de trabajo como, Conductor , he recibido de la empresa, CONSORCIO DC 2025, amplia y suficiente inducción general y adiestramie operacional donde se me explico y notifico de manera verbal y/o por escrito los riesgos y medidas preventivas inherentes a mi cargo y me ambiente circundante, las normas y procedimientos internos de la empresa y los análisis de riesgo de mis funciones.

Asimismo, me comprometo a cumplir con las obligaciones que como trabajador me impone las normas y procedimientos internos de la Empresa en mat de Seguridad Industrial, normativa legal que tiene como objeto fundamental mi seguridad, salud y bienestar laboral.

El Trabajador,	**Responsable de Seguridad y Salud en el Trabajo**
Nombre: Edwin Murillo	Nombre: **Jessica Lorena Ramirez Benavides**
Firma: Edwin Murillo	Firma: Jessica Ramírez
C 1079602573	CC: **1.013.606.685**
rgo: Conductor.	Cargo: **Residente ambiental/SST**

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-02-28, 08:55:13 a. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 76381370

Periodo Cotización 202502 **Periodo Servicio** 202502

PAGADA 2025-02-28 08:50:59.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MURILLO MALAGON EDUIN DABIAN				
Documento	CC 1019602573	**Dirección**	CL 2 #13 B - 13		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	5880099		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1019602573		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	57	00					MURILLO MALAGON EDUIN DABIAN	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

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

Novedades																								Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF					Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0			$ 1.423.500	230201		16 %	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	EPS002		12,5 %	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	14-11	5	6,960 %	$ 1.423.500	$ 99.100	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PROTECCION	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	SALUD TOTAL EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 99.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 504.900

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

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:

GERMAN DARIO ARBELAEZ RODRIGUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.054.541.277**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 de Febrero 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.

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, **GERMAN DARIO ARBELAEZ RODRIGUEZ** identificado con **CC** No. **1054541277**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
INGECOP OBRAS CIVILES SAS - NI. 901583763	**Fecha de inicio de cobertura :** 20/02/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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): 202501012673285.

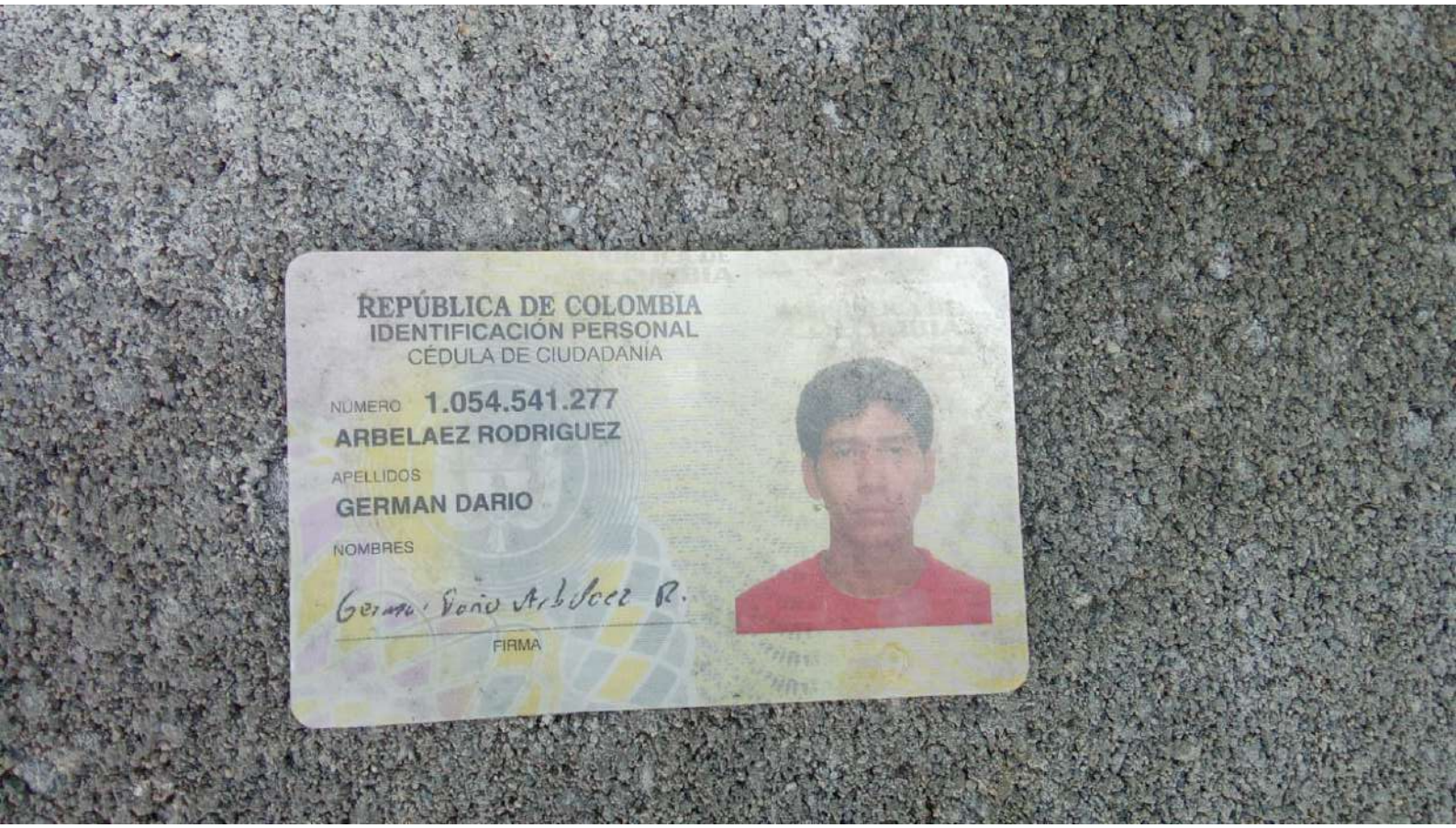
Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 19 días del mes de febrero de 2025.

Cordialmente,

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

APO_13_2_2_FR01 v_03

MIS_4_1_3_FR15 v_010


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 1.054.541.277
ARBELAEZ RODRIGUEZ
APELLIDOS
GERMAN DARIO
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 15-NOV-1986

LA DORADA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

17-NOV-2004 LA DORADA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-0904900-01144222-M-1054541277-20200703

0071117017A 1

9912486488

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) GERMAN DARIO ARBELAEZ RODRIGUEZ identificado (a) con Cédula de ciudadanía No. 1 054 541 277, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de INGECOP OBRAS CIVILES con NIT 9015837630

Fecha de afiliación a la Caja: 19/02/2025.
Fecha de ingreso a la empresa: 19/02/2025.



JOSÉ LEONARDO GONZÁLEZ VEGA
Jefe de Sección Operación Afiliaciones

ILADO SuperSubsidio

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 18/02/2025, el empleador INGECOP OBRAS CIVILES SAS identificado con NIT número 901583763 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
8390187	18/02/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1054541277	GERMANDARIO ARBELAEZ RODRIGUEZ	1423500	AYUDANTE DE CONSTRUCCION	2025-02-19

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 18 días del mes de Febrero del año 2025.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

CONSORCIO DC 2025	FORMATO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÒN	CODIGO	FR-SST-05	
		N° VER	F. APROB.	F. REV.
		1	15/01/2025	

NOMBRE: German Arbelaez	**CEDULA: 1054541277**
AREA: OBRA	**CARGO: ayudante**

1. Reflexiones lo siguiente: ¿Por qué me cuido?, ¿Qué es el autocuidado?

Porque es un trabajo que me expone si no tengo precauciones,

2. Señale cuál de los siguientes son objetivo de la Seguridad y la Salud en el Trabajo.

a.	Identificar peligros, evaluar y valorar los riesgos y establecer controles
b.	Prevenir la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales
c.	Proteger la seguridad y la salud de los trabajadores mediante la mejora continua del SG-SST
d.	Todas las anteriores

3. Identifique que lesiones puede sufrir durante la realización de sus labores

a.	Quemaduras		d.	Lesiones osteomuscular es	g.	Carga mental
b.	Fractura - Esguince		e.	Pérdida de peso	h.	Caídas del mismo y/o diferente nivel.
c.	Cuerpo extraño en ojos		f.	Accidentes de tránsito	i.	Aplastamiento por excavaciones.

4. Describa los riesgos a los que usted está expuesto durante la ejecución de sus actividades.

Caídas

Fracturas

Accidentes de tránsito

4. Cómo se proteje usted frente a los riesgos a los cuales está expuesto.

a) Uso de epp

b) concentración

c)

d)

5.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

a.	Protección auditiva		e.	Careta facial	i.	Delantal de carnaza
b.	Botas de seguridad con puntera		f.	Respirador de doble cartucho	j.	Camisa manga larga
c.	Casco de Seguridad		g.	Guantes plásticos	k.	Capuchón
d.	Guantes de carnaza		h.	Guantes de nitrilo	l.	Gafas de seguridad

6. Indique que hacer en caso de presentarse un Accidente de Trabajo y cual es la entidad que lo atiende:

1. Informar al encargado de seguridad – llamar a seguros Axa Colpatria

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad al interior de la compañía.



FIRMA DEL TRABAJADOR
cc 1.012.393.061



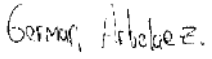
ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN

CONSORCIO DC 2025	NOTIFICACIÒN DE RIESGOS	CODIGO	FR-SST-04	
		N° VER	F. APROB.	F. REV.
		1	15/01/2025	

POR MEDIO DE LA PRESENTE, Declaro que he sido notificado de todos los riesgos a los cuales puedo estar expuesto durante la jornada laboral y me comprometo a cumplir con las normas de seguridad y otras disposiciones establecidas por la empresa para prevenir.

Conforme a l o antes expuesto yo, german dario arbelaez , Identificado con cedula de identidad Nº 1054541277 con el puesto de trabajo como, **ayudante de obra** , he recibido de la empresa, CONSORCIO DC 2025, amplia y suficiente inducción general y adiestramiento operacional donde se me explico y notifico de manera verbal y/o por escrito los riesgos y medidas preventivas inherentes a mi cargo y medio ambiente circundante, las normas y procedimientos internos de la empresa y los análisis de riesgo de mis funciones.

Asimismo, me comprometo a cumplir con las obligaciones que como trabajador me impone las normas y procedimientos internos de la Empresa en materia de Seguridad Industrial, normativa legal que tiene como objeto fundamental mi seguridad, salud y bienestar laboral.

El Trabajador,	**Responsable de Seguridad y Salud en el Trabajo**
Nombre: **German Arbelaez**	Nombre: **Jessica Lorena Ramirez Benavides**
Firma: 	Firma: 
CC: **1054541277**	CC: **1.013.606.685**
Cargo: **ayudante**	Cargo: **Residente ambiental/SST**

Clinisur IPS Ltda Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000536989

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: INGECOP OBRAS CIVILES SAS FECHA 19/02/2025 07:45:26

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

NOMBRE Y APELLIDO: GERMAN DARIO ARBELAEZ RODRIGUEZ **C.C** 1054541277

EDAD 38 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** AYUDANTE DE OBRA



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 día 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

CONTROL MÉDICO DE RUTINA EPS - VALORACION EN EPS CON NUTRICION / DIETA HIPOCALORICA / BAJAR DE PESO
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



Captura Biométrica

Pablo E. Salinas
Médico Especialista
Salud Laboral
C.C 1073.677.274
I.S.O 3395-2020

FIRMA DEL ESPECIALISTA



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.069.230.388

DIMATE ALFONSO
APELLIDOS

JAISON ESNEIDER
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 01-NOV-1988
CABRERA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.77 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

08-NOV-2006 CABRERA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-1502500-43156760-M-1069230388-20070126 01817 07026N 02 207008732

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, **JAISON ESNEIDER DIMATE ALFONSO** identificado con **CC** No. **1069230388**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
CONSTRUCTORA INGTECH SAS - NI. 901779479	**Fecha de inicio de cobertura :** 03/05/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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): 20250101395324.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 4 días del mes de marzo de 2025.

Cordialmente,

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

APO_13_2_2_FR01 v_03

MIS_4_1_3_FR15 v_010

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9011069448
9011069448

No. de Radicación: 27794517

Fecha de Radicación: 02 05 2024

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: DIMATE	Segundo Apellido: ALFONSO	Primer Nombre: JAISON	Segundo Nombre: ESNEIDER

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1069230388	Femenino [ ] Masculino [X]	D D: 01 M M: 11 A A A A: 1988

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

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

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
$1.300.000	Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	
Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna	Departamento

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSTRUCTORA INGTECH SAS	NT	901779479	

39. Ubicación				
RA 88A 21 75	31476968		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	D D: 01 M M: 05 A A A A: 2024

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ]
Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total [ ]

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: AYUDANTE DE OPERADOR DE MAQUINA
71. Firma del funcionario		

VIGILADO Supersalud

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

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JAISON ESNEIDER DIMATE ALFONSO identificado(a) con CC 1069230388 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	01/11/2020
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO SOACHA VENTURA TERREROS
Categoría:	A

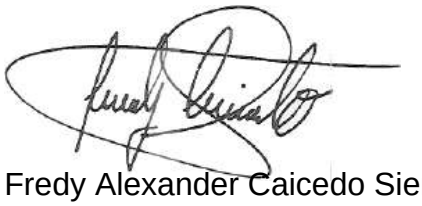
La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 03 días del mes marzo del 2025 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JUSKEILYS GABRIELA DIMATE MORALES identificado(a) con RC 1242688048 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de BENEFICIARIO.

Fecha de Activación de	01/02/2021
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO SOACHA VENTURA TERREROS
Categoría:	A

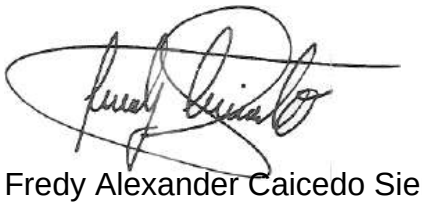
La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 03 días del mes marzo del 2025 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) KATTYUSKA VANESSA MORALES GOMEZ identificado(a) con PT 1571068 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de BENEFICIARIO.

Fecha de Activación de	01/04/2023
Estado de la Afiliación:	CANCELADO
IPS:	
Categoría:	A

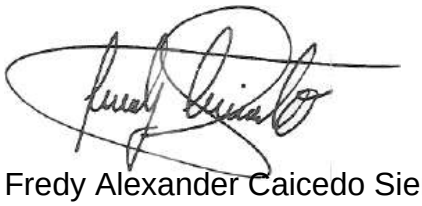
La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 03 días del mes marzo del 2025 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

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:

JAISON ESNEIDER DIMATE ALFONSO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.069.230.388**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 4 de Marzo 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.

Colsubsidio

FORMULARIO DE AFILIACIÓN Y NOVEDADES DE TRABAJADORES DEPENDIENTES, INDEPENDIENTES Y PENSIONA

Espacio reservado para el radicado

Colsubsidio
1206805189715 A D
2024-04-30 13:52 Anexos: 1
E - Recibido Servicios (0)
SUJETO A VERIFICACION

I. TIPO DE NOVEDAD [X] Afiliación [ ] Novedad [ ] Traslado — Fecha de Radicación (DÍA MES AÑO)

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

NOVEDADES BÁSICAS DE AFILIADOS	INCLUSIÓN DE PERSONAS A CARGO	RETIROS	
[ ] Nombres	[ ] Hijos	[ ] Voluntario	[ ] Dirección y teléfono
[ ] Documentos de Identificación	[ ] Hermanos	[ ] Cotizante por fallecimiento	[ ] Correo electrónico
[ ] Estado civil	[ ] Padres	[ ] Parientes a cargo	Fecha Novedad (DÍA MES AÑO)
[ ] Discapacidad	[ ] Hijastros	[ ] Cese de convivencia	
		[ ] Cambio de grupo familiar	Otra:

III. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD PAGADORA

NIT. [X] C.C. [ ] C.E. [ ] PA [ ] C.D. [ ] PE [ ] No. 901 [illegible] 0 | Nombre o Razón Social: Constructora Ingtech SAS | Sector: Oficial [ ] Público [ ] Privado [ ] Mixto [ ] | Sucursal:

Dirección: CL 81B 1A 1NPT 1241-1 AIS | Departamento: Bogotá | Teléfono: 3174747374

IV. TIPO DE AFILIADO

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

Independiente aporte 2% [ ] | Residente en el exterior [ ] | ¿Afiliación por primera vez? SI [ ] NO [ ] | Si estuvo afiliado a alguna Caja de Compensación, indique a cuál: | Otro

V. DATOS BÁSICOS TRABAJADOR, INDEPENDIENTE O PENSIONADO

Nombres: Jaison Esneider | Primer Apellido: Dimate | Segundo Apellido: Alfonso

NIT. [ ] C.C. [X] C.E. [ ] PA [ ] C.D. [ ] T.I. [ ] PE [ ] No. 119 [illegible] 3 | Estado Civil: SO [X] CA [ ] SE [ ] UL [ ] VI [ ] | Fecha de Nacimiento (AÑO MES DÍA) | Género: M [X] F [ ] I [ ]

Nivel Ocupacional: Operativo [X] Administrativo [ ] Directivo [ ] Staff [ ] Ejecutivo [ ] Profesional [ ] Técnico [ ] | Nivel Educativo: Ninguno [ ] Primaria [ ] Secundaria [X] Técnico [ ] Profesional [ ] otro [ ]

Ingreso a la empresa (AÑO MES DÍA) | Horas/mes: 240 | Trabajador: UR [X] RU [ ] | Salario básico/mesada: [illegible] | Celular: 3147476824 | EPS (Solo para independientes) | AFP (Solo para independientes)

Dirección vivienda: [illegible] | Municipio: Soacha | Rural [ ] Urbano [X] | Teléfono: 3147476824

Dirección Trabajo: [illegible] | Municipio: Bogotá | Rural [ ] Urbano [X] | Teléfono: 3147476824

Correo Electrónico: constructoraingtech@gmail.com | País de Residencia: Colombia

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

Nombre o razón social: | NIT. | Caja por la cual recibe subsidio:

VII. INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A)

C.C. [ ] C.E. [ ] PA [ ] C.D. [ ] T.I. [ ] PE [ ] No. | Fecha de nacimiento (AÑO MES DÍA) | Género: M [ ] F [ ] I [ ] | Trabaja: SI [ ] NO [ ] | Salario básico: | Fecha de ingreso a la empresa (AÑO MES DÍA)

Nombres: | Primer apellido: | Segundo apellido

Razón social: | NIT. | Recibe subsidio: SI [ ] NO [ ] | Caja por la cual recibe subsidio

VIII. INFORMACIÓN GRUPO FAMILIAR

(Para acceder al derecho de cuota monetaria debe anexar los documentos descritos en la circular 02 de 2018 de la Superintendencia del Subsidio Familiar)

Requisitos Anexos						Parentesco						
DISCA	CM	SERV	TIPO	No. Documento Identificación	Nombres	Apellidos	Hijo	Padre	Hermano	Hijastro	Cuñado	Fecha de Nacimiento (AÑO MES DÍA)	Género

Apreciado Afiliado: Tu y tu familia son muy importantes para Colsubsidio, por eso queremos estar siempre en contacto contigo. Para lograrlo es indispensable que nos autorices para contactarte. Novedades diligenciar de forma clara y correcta todos tus datos para contarte todo lo que tenemos para ti. Además ten presente que puedes reclamar tu tarjeta de afiliación Multiservicios en alguno de nuestros Centros de Servicios o Puntos de Crédito autorizados, dentro (5) días después de haber radicado este formulario.

AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

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

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

EMPLEADOR SOLICITANTE/PENSIONADO SOLICITANTE
Declaro bajo la gravedad de juramento que lo anterior información es exacta y necesaria para las funciones de las Cajas y no puede ser suprimida en cumplimiento de los artículos 3, 18, 27 y 37 de la Ley 21/82, Ley 789/02, Dec.2340/03, Dec. 686/04 y Res. 058/04.
Autorizo al pagador de mi mesada para descontar y entregar a Colsubsidio el 2% 60,6 % del valor de mi mesada como aporte de mi afiliación.

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR O ENTIDAD PAGADORA

Jaison Dimate
FIRMA Y CEDULA DEL SOLICITANTE

PARA USO EXCLUSIVO DE LA CAJA

Recibe Subsidio?	No. Beneficiarios	Causal de rechazo (Ver respaldo)	Código Revisor	(Solo independiente o pensionado)	Observaciones
SI [ ] NO [ ]					

www.colsubsidio.com

Versión Super Subsidio

Colsubsidio GS.FC.180 Versión 1

CONSTRUCTORA INGETECH SAS
NIT: 901.779.479-6

Asunto: **CERTIFICADO DE IDONEIDAD**

INGETECH SAS certifica que el señor **JAISSON ESNEIDER DIMATE** identificado con cedula de ciudadanía **Nº 1.069.230.388** cuenta con experiencia en el desarrollo de operaciones relacionadas al funcionamiento correcto de la RETROEXCAVADORA BOBCART E42 por lo que damos constancia de que el señor **JAISSON DIMATE** cuenta con suficientes conocimientos operativos realizados en las diferentes obras en la que ha trabajado con nosotros.

El presente Certificado se expide el día 27 de enero del 2025.

Cordialmente,



CONSTRUCTORA INGETECH S.A.S
901.779.479-6

LECMAC Medic
901.330.589-1

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de examen: 2024-05-02 **Fecha de impresión: 2024-05-02**

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos:	DIMATE ALFONSO JAISON ESNEIDER		
Identificación:	CC	**Número:**	1069230388
Fecha de Nacimiento:	01-11-1988	**Edad:**	35 AÑOS
Género:	M	**Identidad de Género:**	MASCULINO
RH:	O+	**Ciudad - Sede:**	BOGOTA
Estado civil:	UNIÓN LIBRE	**Escolaridad:**	BACHILLER
Estrato:	2	**Ciudad:**	BOGOTA
Dirección:	CLL 7D # 81B 03	**Teléfono:**	3133622017
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**	
Empresa:	**CONSTRUCTORA INGTECH SAS**	**Cargo:**	OPERADOR DE RETROEXCAVADORA
Sede:	LECMAC MEDIC SAS		

TIPO EXAMEN: INGRESO **ENFASIS:** TRABAJO EN ALTURAS, OSTEOMUSCULAR

EXAMENES REALIZADOS

1. AUDIOMETRIA
2. EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL
3. VISIOMETRIA
4. GLICEMIA
5. PERFIL LIPIDICO

CONCEPTO

CONCEPTO	APTO SIN RESTRICCIONES PARA LA OCUPACIÓN

CONCEPTO ESPECIFICO

Sin restricciones médicas para trabajo en alturas	SI

RECOMENDACIONES

GENERALES

INICIO O CONTINUAR ACTIVIDAD FISICA	SI
CONTROL DE PESO Y NUTRICION	SI
USO DIARIO DE BLOQUEADOR SOLAR	SI
RECOMENDACIONES GENERALES	RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA • USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEGÚN ÁREA DE TRABAJO • CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y ALTURAS • INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES • PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL RECOMENDACIONES PARA EL USUARIO(A) • HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE • DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE • CONTROL ANUAL POR OPTOMETRÍA

OCUPACIONALES

USO DE EPP	SI
OBSERVACIONES	PARA TRABAJAR

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, 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.

Tayde Avila Garcia
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
LIC|S.O 3274-2022

TAYDE CONCEPCION AVILA GARCIA
C.C 32716395
RM: S.O 3274-2022
Firma y sello del médico evaluador

Jaison Dimate

DIMATE ALFONSO JAISON ESNEIDER
Documento:1069230388
Firma del trabajador

CONSORCIO DC 2025	FORMATO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÒN	CODIGO	FR-SST-05	
		Nº VER	F. APROB.	F. REV.
		1	15/01/2025	

NOMBRE: Jaisson Esneider Alfonso Diante **CEDULA:** 1069230388

AREA: OBRA **CARGO:** Operador

1. Reflexiones lo siguiente: ¿Por qué me cuido?, ¿Qué es el autocuidado?

Es una manera de cuidarse en lo personal como Higiene personal buena alimentacion

2. Señale cuál de los siguientes son objetivo de la Seguridad y la Salud en el Trabajo.

a.	Identificar peligros, evaluar y valorar los riesgos y establecer controles
b.	Prevenir la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales
c.	Proteger la seguridad y la salud de los trabajadores mediante la mejora continua del SG-SST
d. X	Todas las anteriores

3. Identifique que lesiones puede sufrir durante la realización de sus labores

a. X	Quemaduras		d. X	Lesiones osteomuscular es	g. X	Carga mental
b. X	Fractura - Esguince		e.	Pérdida de peso	h. X	Caídas del mismo y/o diferente nivel.
c. X	Cuerpo extraño en ojos		f.	Accidentes de tránsito	i.	Aplastamiento por excavaciones.

4. Describa los riesgos a los que usted está expuesto durante la ejecución de sus actividades.

Caídas
Fracturas
Accidentes de tránsito

4. Cómo se proteje usted frente a los riesgos a los cuales está expuesto.

a) utilizan los elementos de Protección Personal
b) cumplir las normas de seguridad
c)
d)

5.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

a. X	Protección auditiva		e.	Careta facial	i.	Delantal de carnaza
b. X	Botas de seguridad con puntera		f.	Respirador de doble cartucho	j. X	Camisa manga larga
c. X	Casco de Seguridad		g.	Guantes plásticos	k.	Capuchón
d. X	Guantes de carnaza		h. X	Guantes de nitrilo	l. X	Gafas de seguridad

6. Indique que hacer en caso de presentarse un Accidente de Trabajo y cual es la entidad que lo atiende:

1. Informar al encargado de seguridad – llamar a seguros Axa Colpatria

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad al interior de la compañía.

Jesicol Ramírez

Jaisson G. Diante Alfonso C.C. 1069230388
FIRMA DEL TRABAJADOR **ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN**

Powered by CamScanner

CONSORCIO DC 2025

NOTIFICACIÒN DE RIESGOS

CODIGO	FR-SST-04	
Nº VER	F. APROB.	F. RE
1	15/01/2025	

POR MEDIO DE LA PRESENTE, Declaro que he sido notificado de todos los riesgos a los cuales puedo estar expuesto durante la jornada laboral y comprometo a cumplir con las normas de seguridad y otras disposiciones establecidas por la empresa para prevenir.

Conforme a l o antes expuesto yo, JAISON DIMATE ALFONSO Identificado con cedula de identidad Nº 1069230388 con el puesto de trabajo como, OPERADOR , he recibido de la empresa, CONSORCIO DC 2025, amplia y suficiente inducción general y adiestramie operacional donde se me explico y notifico de manera verbal y/o por escrito los riesgos y medidas preventivas inherentes a mi cargo y me ambiente circundante, las normas y procedimientos internos de la empresa y los análisis de riesgo de mis funciones.

Asimismo, me comprometo a cumplir con las obligaciones que como trabajador me impone las normas y procedimientos internos de la Empresa en mate de Seguridad Industrial, normativa legal que tiene como objeto fundamental mi seguridad, salud y bienestar laboral.

El Trabajador,	**Responsable de Seguridad y Salud en el Trabajo**
Nombre: Jaisson Esneider Dimate Alfonso	Nombre: **Jessica Lorena Ramirez Benavides**
Firma: Jaisson E. Dimate A.	Firma: Jessica Ramírez
CC 1069230388	CC: **1.013.606.685**
Cargo: Operador	Cargo: **Residente ambiental/SST**

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.023.934.551

MARTINEZ CASTRO

APELLIDOS

JOSE EDUARDO

NOMBRES

Jose Martinez

FIRMA



Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 19-JUL-1994

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70
ESTATURA

O-
G.S. RH

M
SEXO

24-JUL-2012 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01293766-M-1023934551-20220501 0078994761A 1 8504523853

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 24/02/2025

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901779479
Nombre:	CONSTRUCTORA INGTECH SAS		
Dirección:	KR 88 A 21 75 CA 187		
Departamento:	BOGOTA D.C.	**Municipio:**	BOGOTA D.C.
Correo electrónico:	MANUELMANOTAS32@GMAIL.COM		
Teléfono:	3147696824	**Tarifa:**	6,96000
Actividad Económica:	5422001 CONSTRUCCIÓN DE PROYECTOS DE SERVICIO PÚBLICO, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN DE OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL RELACIONADAS CON TUBERÍAS DE LARGA DISTANCIA, LÍNEAS TRANSMISIÓN DE ENERGÍA ELÉCTRICA Y COMUNICACIONES, TUBERÍAS URBANAS, LÍNEAS URBANAS DE TRANSMISIÓN DE		

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Documento Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC - 72265374	MANUEL ESTEBAN MANOTAS DURAN

DATOS AFILIADOS RADICADOS

#	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	2025-01-012-841133	25/02/2025	CC 1023934551	JOSE EDUARDO MARTINEZ CASTRO	5	6,96000	Dependiente

OBSERVACIONES

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

Cordial saludo,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_07
MIS_4_1_3_FR15 v_07

Código: +dtJFEKk1tUlI6BOrtrsZQ==

Certificado impreso el día 24/02/2025 3:30:38 p. m. por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

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

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

JOSE EDUARDO
MARTINEZ CASTRO
CC - 1023934551

CONSTRUCTORA INGTECH SAS
901779479

Este carné es personal e intransferible.

SALUDTOTAL-FORM. UNICO AFILIACION 5002 CDF (CTP)

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S
NIT 800.130.907-4
Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

5001017500

No. DE RADICACIÓN 5002017500

Fecha de Radicación 24 02 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Martinez	Castro	Jose	Eduardo

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1023934551	Femenino ☐ Masculino ☒	19 07 1994

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización IBC
Positiva	Porvenir	1423500

18. Residencia				
Cll 4 Nº 9-96	3105484696	5484696	inmovisas@gmail.com	
Municipio/Distrito: Bogotá	Zona: Urbana ☑ Rural ☐	Localidad/Comuna: Centro	Departamento: Bogotá.	

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

19. Apellidos y nombres			

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

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

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

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

Datos complementarios

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

	32. Datos de residencia Municipio/Distrito	Zona Urbana / Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la EPS)
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

SALUD TOTAL EPS-S
GERENCIA PROMOTORA DE SALUD
24-02-2025
RECIBIDO PARA CONFIRMACION

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Constructora Ingtech SAS	NI	901779479	Empleador

39. Ubicación Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
Cr 83A Nº 21-75 Casa 189	3147696824	manuelmarotes82@gmail.com	Bogotá	Bogotá

ORIGINAL EPS
COPIA APORTANTE

M-PYGA-F001 V 1.0 - 2018

Bogotá, 28/02/2025

Señor(a)
JOSE EDUARDO MARTINEZ CASTRO
C – 1023934551

Referencia: certificado radicación de afiliación
Formulario No.: 4014285359
Fecha Radicación: 25/02/2025

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 CONSTRUCTORA INGTECH SAS N 901779479, 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
JOSE EDUARDO MARTINEZ CASTRO	C	07/19/1994	COTIZANTE	M	

Información Afiliación
EPS Anterior: EPS SALUD TOTAL
Posible inicio vigencia afiliación: 03/26/2025 **(sujeto a autorización de traslado)**

Información Laboral
Dirección Empleador: CR 88 NO 21 75 CA 187
Dirección Laboral: CR 88 NO 21 75 CA 187
Fondo de Pensiones: 3
Administradora Riesgos Profesionales: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS
Fecha Ingreso a laborar(mm/dd/aaaa): 02/25/2025

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) ESTRATEGIA EMPRESARIAL AS LTDA Código: N762, o dirigirse a la oficina de SALUD TOTAL EPS-S S.A. más cercana.

Señor usuario, con el ánimo de brindar a usted y a sus beneficiarios un mejor servicio, le solicitamos por favor que los documentos relacionados como Anexos pendientes sean entregados

al asesor a la mayor brevedad. De Acuerdo al decreto 780 de 2016, estos documentos son parte integral de la afiliación y de no ser entregados pueden ocasionar la suspensión de la afiliación de los beneficiarios.

Descripción de anexos:

Documentos exigidos	Cod.	Documentos exigidos	Cod.	Documentos exigidos	Cod.
Documento de identidad	A	Registro civil de matrimonio	B	Declaración extrajuicio de convivencia	C
Certificado de escolaridad (renovable cada periodo escolar)	F	Certificado de incapacidad permanente	G	Certificado de dependencia económica	H
Registro civil prueba de parentesco	S	Carta certificación representante legal	T	Carta contrato de aprendizaje	W
AFP para cotizantes cooperativas	1	ARP para cotizantes cooperativas	2	Certificación ARP	11

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.

Si al momento de recibir esta comunicación, usted ya solucionó dicha situación, por favor haga caso omiso de esta información. ¿Sabía usted que, si nos suministra una dirección válida de correo electrónico, podemos comunicarnos de manera rápida, efectiva y, además, evitamos el uso exagerado de hojas de papel? Ingrese ya mismo a nuestra página WEB www.saludtotal.com.co, y en la opción “Te Escuchamos” registre la información que desea actualizar, y ayúdenos a preservar el planeta.

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:

JOSE EDUARDO MARTINEZ CASTRO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.023.934.551**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 de Febrero 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.

Colsubsidio

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

Espacio reservado para el sello de radicación

Colsubsidio
02327055135536 A D
2025-02-25 12:39 Anexos: 1
E - Recibido Servicios (01)
SUJETO A VERIFICACIÓN

I. TIPO DE NOVEDAD ☐ Afiliación ☐ Novedad ☐ Traslado

Fecha de Radicación DÍA MES AÑO

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

NOVEDADES BÁSICAS DE AFILIADOS	INCLUSIÓN DE PERSONAS A CARGO	RETIROS
☐ Nombres	☐ Hijos	☑ Voluntario
☐ Documentos de identificación	☐ Hermanos	☐ Cotizante por fallecimiento
☐ Estado civil	☐ Padres	☐ Personas a cargo
☐ Cambio de Aporte	☐ Hijastros	☐ Cese de convivencia
	☐ Dependiente por Custodia	☐ Cambio de grupo familiar

☐ Correo electrónico

Fecha Novedad DÍA MES

Otra: _____

III. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD PAGADORA

NIT. ☑ C.C. ☐ C.E. ☐ C.D. ☐ PE ☐ PT ☐ No. 901179447 9 | Nombre o Razón Social: Constructora ingtech sas | Sector: Oficial ☐ Público ☐ Privado ☐ Mixto ☐ | Sucursal:

Dirección: CR 18 A # 129 - 21 | Departamento: Bogotá | Teléfono: 3147694824

IV. TIPO DE AFILIADO

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

Independiente aporte 2% ☐ | Residente en el exterior ☐ | Veterano ☐ | ¿Afiliación por primera vez como no dependiente? SI ☐ NO ☐ | Si estuvo afiliado a alguna Caja de Compensación, indique a cuál. | Otro

V. DATOS BÁSICOS TRABAJADOR, INDEPENDIENTE O PENSIONADO

Nombres: Jose Eduardo | Primer Apellido: Martinez | Segundo Apellido: Castro

C.C. ☑ C.E. ☐ C.D. ☐ T.I. ☐ PE ☐ PT ☐ RC ☐ No. 1023 934 551 | Estado Civil: SO ☑ CA ☐ SE ☐ UL ☐ VI ☐ | Fecha de Nacimiento: AÑO 1994 MES 07 DÍA 19 | Género: M ☑ F ☐ I ☐

Nivel Ocupacional: Operativo ☑ Administrativo ☐ Directivo ☐ Staff ☐ Ejecutivo ☐ Profesional ☐ Técnico ☐ | Nivel Educativo: Ninguno ☐ Primaria ☐ Secundaria ☒ Técnico ☐ Profesional ☐ otro ☐

Ingreso a la empresa: AÑO 2025 MES 02 DÍA 25 | Horas/mes: 235 | Trabajador: URB ☑ RU ☐ | Salario básico/mesada: 1423500 | Celular: 3147694824 | EPS (Solo para independientes) | AFP (Solo para independientes)

Dirección vivienda: CR 18 A # 129 - 21 Casa 1187 | Municipio: Bogotá | Departamento: Bogotá | Rural ☐ Urbano ☑ | Teléfono: 3147694824

Dirección Trabajo: CR 18 A # 129 - 21 Casa 1187 | Municipio: Bogotá | Departamento: Bogotá | Rural ☐ Urbano ☑ | Teléfono: 3147694824

Correo Electrónico: manuel.rincon5326@gmail.com | País y Ciudad de Residencia (Solo para Residentes en el Exterior) | Programa (Sólo no dependientes)

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

Nombre o razón social: | Nit. | Caja por la cual recibe subsidio:

VII. INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A)

C.C. ☐ C.E. ☐ C.D. ☐ T.I. ☐ PE ☐ PT ☐ No. | Fecha de nacimiento: AÑO MES DÍA | Género: M ☐ F ☐ I ☐ | Trabaja: SI ☐ NO ☐ | Salario básico: | Fecha de ingreso a la empresa: AÑO MES DÍA

Nombres: | Primer apellido: | Segundo apellido

Razón social: | NIT. | Recibe subsidio: SI ☐ NO ☐ | Caja por la cual recibe subsidio

VIII. INFORMACIÓN GRUPO FAMILIAR

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

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

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

AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

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

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

EMPLEADOR SOLICITANTE/PENSIONADO SOLICITANTE
Declaro bajo la gravedad de juramento que la anterior información es exacta y necesaria para las funciones de las Cajas y no puede ser suprimida en cumplimiento de los artículos 3, 18, 27 y 37 de la Ley 21/82, Ley 789/02, Dec.2340/03, Dec. 586/04 y Res. 0584.
NO DEPENDIENTE SOLICITANTE: Autorizo al pagador de mi salario/mesada para descontar y entregar a Colsubsidio el 2% o 0.6% de este valor como aporte de mi afiliación.

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR

Jose Martinez
FIRMA Y CEDULA DEL SOLICITANTE

PARA USO EXCLUSIVO DE LA CAJA

Recibe Subsidio?	No. Beneficiarios	Causal de rechazo (Ver respaldo)	Código Revisor	Observaciones
SI ☐ NO ☐			521	

www.colsubsidio.com

VIGILADO Supersubsidio

Colsubsidio GS.FC.190 Versión 3

LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1
Dir: Cra 41 B # 9 -11
Cel: 316 752 9642
Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
05 DÍA	03 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO - ALTURAS

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

CONSTRUCTORA INGTECH SAS

Nombre de la empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
MARTINEZ CASTRO JOSE EDUARDO	Masculino	30 Años	CC (Tipo)	1023934551 (Número)

Cargo **OFICIAL DE CONSTRUCCION**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CUMPLE SIN RESTRICCION PARA LA OCUPACIÓN

Observaciones: No Aplica

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL	✔	AUDIOMETRIA	✔
VISIOMETRIA	✔	PERFIL LIPIDICO	✔
GLICEMIA	✔	OSTEOMUSCULAR	✔

RECOMENDACIONES MEDÍCAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
NINGUNO	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

" USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEGÚN ÁREA DE TRABAJO.

" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.

" CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y ALTURAS

" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES EN ALTURAS

RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)

" HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.

" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

" VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA ANUAL

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 prop ósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón 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 legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

MÉDICO

Gabriel A. Carrillo F.
MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M. 08882 - L.C. S.O. 3252-2022

Firma:
Nombre: CARRILLO FONTALVO GABRIEL ANTONIO
R.M.: 08882 L.S.O.: 3252 2022

Aspirante o Trabajador

Firma: JOSE MARTINEZ
Nombre: MARTINEZ CASTRO JOSE EDUARDO
CC 1023934551

	FORMATO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÒN	CODIGO	FR-SST-05	
CONSORCIO DA 2026		Nº VER	F. APROB.	F. REV.
		1	15/01/2025	

NOMBRE: JOSE EDUARDO MARTINEZ **CEDULA:** 1023934551

AREA: OBRA **CARGO:** OFICIAL

1. Reflexiones lo siguiente: ¿Por qué me cuido?, ¿Qué es el autocuidado?

PARE CUIDO, HIGIENE PERSONAL, ALIMENTACION SALUDABLE BIENESTAR, SOCIAL EMOCIONAL.

2. Señale cuál de los siguientes son objetivo de la Seguridad y la Salud en el Trabajo.

a.	Identificar peligros, evaluar y valorar los riesgos y establecer controles
b.	Prevenir la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales
c.	Proteger la seguridad y la salud de los trabajadores mediante la mejora continua del SG-SST
X	Todas las anteriores

3. Identifique que lesiones puede sufrir durante la realización de sus labores

a.	Quemaduras		X	Lesiones osteomuscular es	X	Carga mental
X	Fractura - Esguince		e.	Pérdida de peso	X	Caídas del mismo y/o diferente nivel.
X	Cuerpo extraño en ojos		X	Accidentes de tránsito	i.	Aplastamiento por excavaciones.

4. Describa los riesgos a los que usted está expuesto durante la ejecución de sus actividades.

Caídas

Fracturas

Accidentes de tránsito

4. Cómo se proteje usted frente a los riesgos a los cuales está expuesto.

a) USO ELEMENTO(S) DE PROTECCION PERSONAL.

b)

c) CUMPLIR NORMAS DE SEGURIDAS.

d)

5.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

X	Protección auditiva		e.	Careta facial	i.	Delantal de carnaza
X	Botas de seguridad con puntera		f.	Respirador de doble cartucho	X	Camisa manga larga
X	Casco de Seguridad		g.	Guantes plásticos	k.	Capuchón
d.	Guantes de carnaza		h.	Guantes de nitrilo	l.	Gafas de seguridad

6. Indique que hacer en caso de presentarse un Accidente de Trabajo y cual es la entidad que lo atiende:

1. Informar al encargado de seguridad – llamar a seguros Axa Colpatria

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad al interior de la compañía.

JOSE MARTINEZ 1023934551 Jesicol Ramírez

FIRMA DEL TRABAJADOR **ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN**

Scanned with CamScanner

CONSORCIO DC 2025

NOTIFICACIÒN DE RIESGOS

CODIGO	FR-SST-04	
Nº VER	F. APROB.	F. RE
1	15/01/2025	

POR MEDIO DE LA PRESENTE, Declaro que he sido notificado de todos los riesgos a los cuales puedo estar expuesto durante la jornada laboral y me comprometo a cumplir con las normas de seguridad y otras disposiciones establecidas por la empresa para prevenir.

Conforme a lo antes expuesto yo, JOSE EDUARDO MARTINEZ CASTRO, Identificado con cedula de identidad Nº 1023934551 con el puesto de trabajo como, Oficial , he recibido de la empresa, CONSORCIO DC 2025, amplia y suficiente Inducción general y adiestramiento operacional donde se me explico y notifico de manera verbal y/o por escrito los riesgos y medidas preventivas inherentes a mi cargo y me ambiente circundante, las normas y procedimientos internos de la empresa y los análisis de riesgo de mis funciones.

Asimismo, me comprometo a cumplir con las obligaciones que como trabajador me impone las normas y procedimientos internos de la Empresa en materia de Seguridad Industrial, normativa legal que tiene como objeto fundamental mi seguridad, salud y bienestar laboral.

El Trabajador,	**Responsable de Seguridad y Salud en el Trabajo**
Nombre: JOSE EDUARDO MARTINEZ	Nombre: **Jessica Lorena Ramirez Benavides**
Firma: JOSE MARTINEZ	Firma: Jessica Ramírez
CC 1023934551.	CC: **1.013.606.685**
Cargo: OFICIAL	Cargo: **Residente ambiental/SST**

Scanned with CamScanner

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 19.955.221



Apellidos
MURILLO GONZALEZ

Nombres
JOSE RAFAEL

Nacionalidad: COL
Estatura: 1.80
Sexo: M
Fecha de nacimiento: 10 DIC 1983
G.S.: O+
Lugar de nacimiento: MARIA LA BAJA (BOLIVAR)

Fecha y lugar de expedición
15 MAYO 2003, MARIA LA BAJA

Firma
José Murillo

Fecha de expiración
26 ABR 2034

045617407 B

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL045617407405040<<<<<<<<<<<
8312103M3404263COL19955221<<<1
MURILLO<GONZALEZ<<JOSE<RAFAEL<

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 17/03/2025

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901779479
Nombre:	CONSTRUCTORA INGTECH SAS		
Dirección:	KR 88 A 21 75 CA 187		
Departamento:	BOGOTA D.C.	**Municipio:**	BOGOTA D.C.
Correo electrónico:	MANUELMANOTAS32@GMAIL.COM		
Teléfono:	3147696824	**Tarifa:**	6,96000
Actividad Económica:	5422001 CONSTRUCCIÓN DE PROYECTOS DE SERVICIO PÚBLICO, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN DE OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL RELACIONADAS CON TUBERÍAS DE LARGA DISTANCIA, LÍNEAS TRANSMISIÓN DE ENERGÍA ELÉCTRICA Y COMUNICACIONES, TUBERÍAS URBANAS, LÍNEAS URBANAS DE TRANSMISIÓN DE		

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Documento Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC - 72265374	MANUEL ESTEBAN MANOTAS DURAN

DATOS AFILIADOS RADICADOS

#	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	2025-01-033-61018	18/03/2025	CC 19955221	JOSE RAFAEL MURILLO GONZALEZ	5	6,96000	Dependiente

OBSERVACIONES

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

Cordial saludo,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_10_2_2_FR01 v_09
MIS_4_1_3_FR15 v_010

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

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

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

JOSE RAFAEL
MURILLO GONZALEZ
CC - 19955221

CONSTRUCTORA INGTECH SAS
901779479

Este carné es personal e intransferible.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9011886685
9011886685

No. de Radicación: 29057796

Fecha de Radicación: 17 03 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

6. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
	MURILLO	GONZALEZ	JOSE	RAFAEL

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	19955221	Femenino [ ] Masculino [X]	D D M M A A A A: 10 12 1983

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

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

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia: Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular
$1.423.500			

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

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSTRUCTORA INGTECH SAS	NT	901779479	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
RA 88A 21 75	31476968		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha novedad (D D M M A A A A)
		Femenino [ ] Masculino [ ]		17 03 2025

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: [CN] [RC] [TI] [CC] [PA] [CE] [CD] [SC] Total [ ]
Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: AYUDANTE DE OBRA
71. Firma del funcionario		

VIGILADO Supersalud

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

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

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:

JOSE RAFAEL MURILLO GONZALEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **19.955.221**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 17 de Marzo 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.

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) JOSE RAFAEL MURILLO GONZALEZ identificado(a) con CC No. 19955221, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de CONSTRUCTORA INGTECH SAS con NIT 9017794796:

- Fecha de afiliación a la Caja: 17/03/2025.
- Fecha de ingreso a la empresa: 17/03/2025.

José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Vigilado Supersubsidio

Bogotá D.C. 17/03/2025

LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1
Dir: Cra 41 B # 9 -11
Cel: 316 752 9642
Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
17 DÍA	03 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO - ALTURAS

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

INGENIERIA TECNICA EN CONSTRUCCION SAS

Nombre de la empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
MURILLO GONZALEZ JOSE RAFAEL	Masculino	41 Años	CC (Tipo)	19955221 (Número)

Cargo **OFICIAL**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CUMPLE SIN RESTRICCION PARA LA OCUPACI?N

Observaciones: No Aplica

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL	✔	AUDIOMETRIA	✔
VISIOMETRIA	✔	PERFIL LIPIDICO	✔
GLICEMIA	✔	OSTEOMUSCULAR	✔

RECOMENDACIONES MEDÍCAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
NINGUNO	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA
" USAR ELEMENTOS DE PROTECCI"N ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEG"N "REA DE TRABAJO.
" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.
" CAPACITACI"N EN HIGIENE POSTURAL Y ALTURAS
" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOL"GICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES EN ALTURAS
RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)
" H"BITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.
" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE
" VALORACI"N POR OPTOMETR"A ANUAL

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 prop ósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón 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 legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

MÉDICO

Gabriel A. Carrillo F.
MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M. 08882 - L.C. S.O. 3252-2022

Firma:
Nombre: CARRILLO FONTALVO GABRIEL ANTONIO
R.M.: 08882 L.S.O.: 3252 2022

Aspirante o Trabajador

Firma:
Nombre: MURILLO GONZALEZ JOSE RAFAEL
CC 19955221

CONSORCIO DC 2025	FORMATO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÒN	CODIGO	FR-SST-05	
		Nº VER.	F. APROB.	F. REV.
		1	15/01/2025	

NOMBRE: Jose R murillo **CEDULA:** 1095522 21

AREA: OBRA **CARGO:** oficial

1. Reflexiones lo siguiente: ¿Por qué me cuido?, ¿Qué es el autocuidado?

higiene personal, alimentacion saludable, cuidar de mi

2. Señale cuál de los siguientes son objetivo de la Seguridad y la Salud en el Trabajo.

a.	Identificar peligros, evaluar y valorar los riesgos y establecer controles
b.	Prevenir la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales
c.	Proteger la seguridad y la salud de los trabajadores mediante la mejora continua del SG-SST
d. X	Todas las anteriores

3. Identifique que lesiones puede sufrir durante la realización de sus labores

a.	Quemaduras		d. X	Lesiones osteomuscular es	X	Carga mental
X	Fractura - Esguince		e.	Pérdida de peso	X	Caídas del mismo y/o diferente nivel.
X	Cuerpo extraño en ojos		X	Accidentes de tránsito	X	Aplastamiento por excavaciones.

4. Describa los riesgos a los que usted está expuesto durante la ejecución de sus actividades.

Caídas
Fracturas
Accidentes de tránsito

4. Cómo se proteje usted frente a los riesgos a los cuales está expuesto.

a)
b) Uso de elemantos de trofeccion
c)
d) Cumplir normas de seguridad.

5.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

X	Protección auditiva		e.	Careta facial	i.	Delantal de carnaza
X	Botas de seguridad con puntera		f.	Respirador de doble cartucho	X	Camisa manga larga
X	Casco de Seguridad		g.	Guantes plásticos	k.	Capuchón
d.	Guantes de carnaza		h.	Guantes de nitrilo	l.	Gafas de seguridad

6. Indique que hacer en caso de presentarse un Accidente de Trabajo y cual es la entidad que lo atiende:

1. Informar al encargado de seguridad – llamar a seguros Axa Colpatria

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad al interior de la compañía.

Jose R murillo
FIRMA DEL TRABAJADOR

Jesica Ramírez
ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN

Scanned with CamScanner

CONSORCIO DC 2025

NOTIFICACIÒN DE RIESGOS

CODIGO	FR-SST-04	
Nº VER	F. APROB.	F. R
1	15/01/2025	

POR MEDIO DE LA PRESENTE, Declaro que he sido notificado de todos los riesgos a los cuales puedo estar expuesto durante la jornada laboral y comprometo a cumplir con las normas de seguridad y otras disposiciones establecidas por la empresa para prevenir.

Conforme a lo antes expuesto yo, Jose R murillo , Identificado con cedula de identidad Nº 19955221 con el puesto de trabajo como, , he recibido de la empresa, CONSORCIO DC 2025, amplia y suficiente inducción general y adiestramie operacional donde se me explico y notifico de manera verbal y/o por escrito los riesgos y medidas preventivas inherentes a mi cargo y me ambiente circundante, las normas y procedimientos internos de la empresa y los análisis de riesgo de mis funciones.

Asimismo, me comprometo a cumplir con las obligaciones que como trabajador me impone las normas y procedimientos internos de la Empresa en mat de Seguridad Industrial, normativa legal que tiene como objeto fundamental mi seguridad, salud y bienestar laboral.

El Trabajador,	**Responsable de Seguridad y Salud en el Trabajo**
Nombre: Jose R murillo	Nombre: **Jessica Lorena Ramirez Benavides**
Firma: Jose murillo	Firma: Jessica Ramírez
CC 19955221	CC: **1.013.606.685**
Cargo: oficral	Cargo: **Residente ambiental/SST**

Scanned with CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.049.935.853
FERNANDEZ MURILLO

APELLIDOS
LUIS DAVID

NOMBRES

Luis David
FIRMA



Powered by CamScanner



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-AGO-2004
MARIA LA BAJA
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

24-AGO-2022 MARIA LA BAJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-0504000-01328689-M-1049935853-20221117 0090309562A 1 8505481027

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 24/02/2025

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901779479
Nombre:	CONSTRUCTORA INGTECH SAS		
Dirección:	KR 88 A 21 75 CA 187		
Departamento:	BOGOTA D.C.	**Municipio:**	BOGOTA D.C.
Correo electrónico:	MANUELMANOTAS32@GMAIL.COM		
Teléfono:	3147696824	**Tarifa:**	6,96000
Actividad Económica:	5422001 CONSTRUCCIÓN DE PROYECTOS DE SERVICIO PÚBLICO, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN DE OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL RELACIONADAS CON TUBERÍAS DE LARGA DISTANCIA, LÍNEAS TRANSMISIÓN DE ENERGÍA ELÉCTRICA Y COMUNICACIONES, TUBERÍAS URBANAS, LÍNEAS URBANAS DE TRANSMISIÓN DE		

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Documento Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC - 72265374	MANUEL ESTEBAN MANOTAS DURAN

DATOS AFILIADOS RADICADOS

#	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	2025-01-012-841661	25/02/2025	CC 1049935853	LUIS DAVID FERNANDEZ MURILLO	5	6,96000	Dependiente

OBSERVACIONES

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

Cordial saludo,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_07
MIS_4_1_3_FR15 v_07

Código: CUgcDpRLjOtqNmoDeRErMw== Certificado impreso el día 24/02/2025 3:38:57 p. m. por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

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

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

LUIS DAVID
FERNANDEZ MURILLO
CC - 1049935853

CONSTRUCTORA INGTECH SAS
901779479

Este carné es personal e intransferible.

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

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.
NIT. 800.088.702-2

EPS | sura

I. DATOS DEL TRÁMITE

No. U

Fecha de Radicación (a registrar por la EPS): 24 02 2025

1. Tipo de Trámite (a registrar por la EPS): A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia [X] B. Colectiva [ ] D. Oficio [ ] Beneficiario o afiliado adicional [ ] C. Institucional [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Código Tipo de Cotizante (Ver tabla de códigos que se encuentra en instructivo de diligenciamiento):

Código Tipo de Pensionado:

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres				7. Tipo de doc
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	
Fernandez	Murillo	Luis	David	CC

8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento	Estado civil	EPS anterior
1049435853	Femenino [ ] Masculino [X]	09 08 2004	Soltero	Sura

III. DATOS COMPLEMENTARIOS Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo [F][N][M] Condición [T][P]		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC
Positiva	Porvenir	1423500

18. Residencia Dirección	Teléfono fijo	Teléfono Célular	Correo electrónico
cll 4 nº 9-96	5484696	3105484696	luisFernandez m@gmail.com

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Bogotá	Urbana [X] Rural [ ]		Bogotá	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres				20. Tipo de doc
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	

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

Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Código IPS (a registrar por la EPS)	Teléfono fijo	Teléfono Celular
	Urbana [ ] Rural [ ]				

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

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

	25. Tipo de doc	26. Número de documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	Correo electrónico
B1				D D M M A A A A	
B2				D D M M A A A A	
B3				D D M M A A A A	
B4				D D M M A A A A	
B5				D D M M A A A A	

Datos complementarios	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	33. Valor de la UPC (a registrar por la EPS)
B1			Tipo [F][N][M] Condición [T][P]	
B2			Tipo [F][N][M] Condición [T][P]	
B3			Tipo [F][N][M] Condición [T][P]	
B4			Tipo [F][N][M] Condición [T][P]	
B5			Tipo [F][N][M] Condición [T][P]	

32. Datos de residencia	Dirección	Zona	Municipio / Distrito	Departamento	Teléfono fijo	Celular
B1		U R				
B2		U R				
B3		U R				
B4		U R				
B5		U R				

24-02-2025 RECIBIDO

34. Selección de la IPS Primaria	Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de doc	37. Número de documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
Constructora ingtech sas	Nit	901779479	Empleador

39. Ubicación Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
cr 88A nº 21-95 ca 187	3147696824	manuelmarulas32@gmail.com	Bogotá	Bogotá

- ORIGINAL -

vigilanciasupersalud.gov.co

apotema

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que LUIS DAVID FERNANDEZ MURILLO identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANIA** número **1049935853**, aparece registrado(a) en **EPS SURA** con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1049935853
NOMBRES Y APELLIDOS	LUIS DAVID FERNANDEZ MURILLO
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	02/09/2024
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	30
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	2
EMPLEADOR(ES)	NIT 901779479 CONSTRUCTORA INTECH SAS DESDE 26/02/2025

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: **04/03/2025**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **FERNANDEZ MURILLO LUIS DAVID** identificado(a) con **CC** número **1.049.935.853** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 09 de abril de 2024 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 24 de febrero de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2025022416014

Colsubsidio

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

Colsubsidio
0232705513535 A D
2025-02-26 12:39 Anexos: 1
E - Recibido Servicios (O)
SUJETO A VERIFICACIÓN

I. TIPO DE NOVEDAD ☐ Afiliación ☐ Novedad ☐ Traslado

Fecha de Radicación DÍA MES AÑO

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

NOVEDADES BÁSICAS DE AFILIADOS	INCLUSIÓN DE PERSONAS A CARGO	RETIROS	DATOS DE UBICACIÓN
☐ Nombres	☐ Hijos	☑ Voluntario	☐ Dirección y teléfono
☐ Documentos de identificación	☐ Hermanos	☐ Cotizante por fallecimiento	☐ Correo electrónico
☐ Estado civil	☐ Padres	☐ Personas a cargo	Fecha Novedad DÍA MES AÑO
☐ Cambio de Aporte	☐ Hijastros	☐ Cese de convivencia	Otra:
	☐ Dependiente por Custodia	☐ Cambio de grupo familiar	

III. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD PAGADORA

NIT: ☑ C.C. ☐ C.E. ☐ C.D. ☐ PE ☐ PT ☐ No. 901 779 479 9 — Nombre o Razón Social: constructoraingtech SAS — Sector: Oficial ☐ Público ☐ Privado ☐ Mixto ☐ — Sucursal:

Dirección: CL 18 BIA Nº 121-75 Bloque 1187 — Departamento: Bogotá — Teléfono: 3907169163824

IV. TIPO DE AFILIADO

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

Independiente aporte 2% ☐ — Residente en el exterior ☐ — Veterano ☐ — ¿Afiliación por primera vez como no dependiente? SI ☐ NO ☐ — Si estuvo afiliado a alguna Caja de Compensación, indique a cuál: — Otro

V. DATOS BÁSICOS TRABAJADOR, INDEPENDIENTE O PENSIONADO

Nombres: Luis David — Primer Apellido: Fernandez — Segundo Apellido: Murillo

C.C. ☑ C.E. ☐ C.D. ☐ T.I. ☐ PE ☐ PT ☐ RC ☐ No. 1044 AB5185 53 — Estado Civil: SO ☑ CA ☐ SE ☐ UL ☐ VI ☐ — Fecha de Nacimiento: AÑO 2004 MES 08 DÍA 07 — Género: M ☑ F ☐ I ☐

Nivel Ocupacional: Operativo ☑ Administrativo ☐ Directivo ☐ Staff ☐ Ejecutivo ☐ Profesional ☐ Técnico ☐ — Nivel Educativo: Ninguno ☐ Primaria ☐ Secundaria ☑ Técnico ☐ Profesional ☐ otro ☐

Ingreso a la empresa: AÑO 2025 MES 02 DÍA 25 — Horas/mes: 235 — Trabajador: UR ☑ RU ☐ — Salario básico/mesada: 1423151000 — Celular: 3149761676824 — EPS (Solo para independientes) — AFP (Solo para independientes)

Dirección vivienda: CL 18 BIA Nº 121-75 Bloque 1187 — Municipio: Bogotá — Departamento: Bogotá — Rural ☐ Urbano ☑ — Teléfono: 3149761676824

Dirección Trabajo: CL 18 BIA Nº 121-75 Bloque 1187 — Municipio: Bogotá — Departamento: Bogotá — Rural ☐ Urbano ☑ — Teléfono: 3149761676824

Correo Electrónico: manuelmanotas32@gmail.com — País y Ciudad de Residencia (Solo para Residentes en el Exterior) — Programa (Sólo no dependientes)

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

Nombre o razón social: — Nit. — Caja por la cual recibe subsidio:

VII. INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A)

C.C. ☐ C.E. ☐ C.D. ☐ T.I. ☐ PE ☐ PT ☐ No. — Fecha de nacimiento: AÑO MES DÍA — Género: M ☐ F ☐ I ☐ — Trabaja: SI ☐ NO ☐ — Salario básico: — Fecha de ingreso a la empresa: AÑO MES DÍA

Nombres: — Primer apellido: — Segundo apellido

Razón social: — NIT. — Recibe subsidio: SI ☐ NO ☐ — Caja por la cual recibe subsidio

VIII. INFORMACIÓN GRUPO FAMILIAR

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

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

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

AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

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

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

EMPLEADOR SOLICITANTE/PENSIONADO SOLICITANTE
Declaro bajo la gravedad de juramento que la anterior información es exacta y necesaria para las funciones de las Cajas y no puede ser suprimida en cumplimiento de los artículos 3, 18, 27 y 37 de la Ley 21/82, Ley 789/02, Dec.2340/03, Dec. 568/04 y Res.058/04.
NO DEPENDIENTE SOLICITANTE : Autorizo al pagador de mi salario/mesada para descontar y entregar a Colsubsidio el 2% o 0.6% de este valor como aporte de mi afiliación.

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR

Luis Fernandez
FIRMA Y CEDULA DEL SOLICITANTE

PARA USO EXCLUSIVO DE LA CAJA

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

www.colsubsidio.com

VIGILADO Supersubsidio

Colsubsidio GS.FC.190 Versión 3

CONSORCIO DC 2020	FORMATO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÒN	CODIGO	FR-SST-05	
		Nº VER	F. APROB.	F. REV.
		1	15/01/2025	

NOMBRE: Luis David Fernandez Murillo **CEDULA:** ~~Ayudante~~ 1049935853

AREA: OBRA **CARGO:** Ayudante

1. Reflexiones lo siguiente: ¿Por qué me cuido?, ¿Qué es el autocuidado?

Mantener nuestra salud FICica y Emocional
Higiene Personal y alimentacion Saludable

2. Señale cuál de los siguientes son objetivo de la Seguridad y la Salud en el Trabajo.

a.	Identificar peligros, evaluar y valorar los riesgos y establecer controles
b.	Prevenir la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales
c.	Proteger la seguridad y la salud de los trabajadores mediante la mejora continua del SG-SST
d. X	Todas las anteriores

3. Identifique que lesiones puede sufrir durante la realización de sus labores

a.	Quemaduras		X	Lesiones osteomuscular es	X	Carga mental
X	Fractura - Esguince		e.	Pérdida de peso	X	Caídas del mismo y/o diferente nivel.
X	Cuerpo extraño en ojos		X	Accidentes de tránsito	i.	Aplastamiento por excavaciones.

4. Describa los riesgos a los que usted está expuesto durante la ejecución de sus actividades.

Caídas
Fracturas
Accidentes de tránsito

4. Cómo se proteje usted frente a los riesgos a los cuales está expuesto.

a) Uso Correctos de EPP
b) Cumplir normas de seguridad
c)
d)

5.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

X	Protección auditiva		e.	Careta facial	i.	Delantal de carnaza
X	Botas de seguridad con puntera		f.	Respirador de doble cartucho	j.	Camisa manga larga
X	Casco de Seguridad		g.	Guantes plásticos	X	Capuchón
d.	Guantes de carnaza		h.	Guantes de nitrilo	X	Gafas de seguridad

6. Indique que hacer en caso de presentarse un Accidente de Trabajo y cual es la entidad que lo atiende:

1. Informar al encargado de seguridad – llamar a seguros Axa Colpatria

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad al interior de la compañía.

Jesica Ramírez

Luis David 1049935853
FIRMA DEL TRABAJADOR

ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN

Scanned with CamScanner

CONSORCIO DC 2025

NOTIFICACIÒN DE RIESGOS

CODIGO	FR-SST-04	
Nº VER	F. APROB.	F. RE
1	15/01/2025	

POR MEDIO DE LA PRESENTE, Declaro que he sido notificado de todos los riesgos a los cuales puedo estar expuesto durante la jornada laboral y
comprometo a cumplir con las normas de seguridad y otras disposiciones establecidas por la empresa para prevenir.

Conforme a lo antes expuesto yo, LUIS DAVID FERNANDEZ MURILLO, Identificado con cedula de identidad Nº 1049935853
con el puesto de trabajo como, ayudante , he recibido de la empresa, CONSORCIO DC 2025, amplia y suficiente inducción general y adiestramie
operacional donde se me explico y notifico de manera verbal y/o por escrito los riesgos y medidas preventivas inherentes a mi cargo y me
ambiente circundante, las normas y procedimientos internos de la empresa y los análisis de riesgo de mis funciones.

Asimismo, me comprometo a cumplir con las obligaciones que como trabajador me impone las normas y procedimientos internos de la Empresa en mate
de Seguridad Industrial, normativa legal que tiene como objeto fundamental mi seguridad, salud y bienestar laboral.

El Trabajador,	**Responsable de Seguridad y Salud en el Trabajo**
Nombre: Luis David Fernandez Murillo	Nombre: **Jessica Lorena Ramirez Benavides**
Firma: Luis David	Firma: Jessica Ramírez
CC 1049935853	CC: **1.013.606.685**
Cargo: Ayudante	Cargo: **Residente ambiental/SST**

Scanned with CamScanner

LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1
Dir: Cra 41 B # 9 -11
Cel: 316 752 9642
Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
05 DÍA	03 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO - ALTURAS

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

CONSTRUCTORA INGTECH SAS

Nombre de la empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de identidad, PT. Pasaporte)

	Genero	Edad	Documento de Identificación	
FERNANDEZ MURILLO LUIS DAVID	Masculino	20 Años	CC	1049935853
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo **AYUDANTE DE CONSTRUCCION**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CUMPLE SIN RESTRICCION PARA LA OCUPACIÓN

Observaciones: No Aplica

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL	✔	AUDIOMETRIA	✔
VISIOMETRIA	✔	PERFIL LIPIDICO	✔
GLICEMIA	✔	OSTEOMUSCULAR	✔

RECOMENDACIONES MEDÍCAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
NINGUNO	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA
" USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEGÚN ÁREA DE TRABAJO.
" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.
" CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y ALTURAS
" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES EN ALTURAS
RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)
" HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.
" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE
" VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA ANUAL

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 prop ósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón 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 legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

MÉDICO

Gabriel A. Carrillo F.
MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M. 08882 - L.C. S.O. 3252-2022

Firma:
Nombre: CARRILLO FONTALVO GABRIEL ANTONIO
R.M.: 08882 L.S.O.: 3252 2022

Aspirante o Trabajador

Firma: Luis David
Nombre: FERNANDEZ MURILLO LUIS DAVID
CC 1049935853

CONSORCIO DC 2025

NIT: 901893060-1

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TÉRMINO FIJO

Nombre del empleador: CONSORCIO DC 2025

NIT .: 901.893.060-1

Representante legal: RAFAEL EDUARDO ALZATE MORENO

Nombre del empleado(a): Maria Fernanda Piñeros Peñuela
Identificado con cédula N.°: 1000.861.850

Lugar de residencia: Carrera Diagonal 53 Sur N 61F 26

Cargo por desempeñar: CONTROLADORA DE TRANSITO

Salario: $1.423.500 M/C

Entre el empleador y trabajador, ambos mayores de edad, identificados como ya se anotó, se suscribe CONTRATO A TÉRMINO FIJO POR 6 MESES, regido por las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Lugar. El trabajador(a) desarrollará sus funciones en las dependencias o el lugar que la empresa determine, para este caso en la localidad de Tunjuelito, de la ciudad de Bogotá D.C.

SEGUNDA: Funciones. El empleador contrata al trabajador(a) para desempeñarse como AUXILIAR DE TRANSITO en las labores que se le indique semanalmente o cada que se requiera.

TERCERA: Elementos de trabajo. Corresponde al empleador suministrar los elementos necesarios para el normal desempeño de las funciones del cargo contratado.

CUARTA: Obligaciones del contratado. El trabajador(a) por su parte, prestará su fuerza laboral con fidelidad y entrega, cumpliendo debidamente el (Reglamento Interno de Trabajo, Higiene y de Seguridad y/o sistema de gestión SST-SG), cumpliendo las órdenes e instrucciones que le imparta el empleador o sus representantes, al igual que no laborar por cuenta propia o a otro empleador en el mismo oficio, mientras esté vigente este contrato.

QUINTA: Término del contrato. El presente contrato tendrá una duración de 6 meses, pero podrá darse por terminado por cualquiera de las partes, cumpliendo con las exigencias legales al respecto.

SEXTA: Periodo de prueba: Acuerdan las partes fijar como periodo de prueba los primeros cuarenta y cinco (45) días de labores.

Powered by CamScanner

SEPTIMA: Justas causas para despedir: Son justas causas para dar por terminado unilateralmente el presente contrato por cualquiera de las partes, el incumplimiento a las obligaciones y prohibiciones que se expresan en los artículos 57 y siguientes del Código sustantivo del Trabajo. Además del incumplimiento o violación a las normas establecidas en el (Reglamento Interno de Trabajo, Higiene y de Seguridad, y/o sistema de gestión SST-SG) y las previamente establecidas por el empleador o sus representantes.

OCTAVA: Salario. El empleador cancelará al trabajador(a) un salario mensual equivalente a $1.423.500 pagaderos en la cuenta que suministre el trabajador (a), a prorrata pagando quincenalmente. Dentro de este pago se encuentra incluida la remuneración de los descansos dominicales y festivos de que tratan los capítulos I y II del título VII del Código Sustantivo del Trabajo.

NOVENA: Trabajo extra, en dominicales y festivos. El trabajo suplementario o en horas extras, así como el trabajo en domingo o festivo que correspondan a descanso, al igual que los nocturnos, será remunerado conforme al código laboral. Es de advertir que dicho trabajo debe ser autorizado u ordenado por el empleador para efectos de su reconocimiento. Cuando se presenten situaciones urgentes o inesperadas que requieran la necesidad de este trabajo suplementario, se deberá ejecutar y se dará cuenta de ello por escrito, en el menor tiempo posible al jefe inmediato, de lo contrario, las horas laboradas de manera suplementaria que no se autorizó o no se notificó no será reconocido.

DÉCIMA: Horario. El trabajador se obliga a laborar la jornada ordinaria en los turnos y dentro de las horas señaladas por el empleador (de Lunes a Viernes de 7am a 5pm; y sábados de 7am a 12m eventualmente), pudiendo hacer éste ajustes o cambios de horario cuando lo estime conveniente. Por el acuerdo expreso o tácito de las partes, podrán repartirse las horas jornada ordinaria de la forma prevista en el artículo 164 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado por el artículo 23 de la Ley 50 de 1990, teniendo en cuenta que los tiempos de descanso entre las secciones de la jornada no se computan dentro de la misma, según el artículo 167 ibídem.

DECIMA PRIMERA: Afiliación y pago a seguridad social. Es obligación del empleador afiliar al trabajador a la seguridad social como es salud, pensión y riesgos profesionales, autorizando el trabajador el descuento en su salario, los valores que le corresponda aportan, en la proporción establecida por la ley.

DECIMA SEGUNDA: Nueva obra o cambio del término del contrato. Si al finalizar la obra contratada, el empleador desea continuar con el trabajador en otra obra distinta a la aquí contratada o vincularlo mediante un periodo fijo o término indefinido, se deberá hacer un nuevo contrato de trabajo y no se entenderá como prorroga por desaparecer las causas contractuales que dieron origen a este contrato.

DECIMA TERCERA: Modificaciones. Cualquier modificación al presente contrato debe efectuarse por escrito y anexarse a este documento.

Powered by CamScanner

CONSORCIO DC 2025

NIT: 901893060-1

DECIMA CUARTA: Efectos. El presente contrato reemplaza y deja sin efecto cualquier otro contrato verbal o escrito, que se hubiera celebrado entre las partes con anterioridad. Se firma por las partes, el día DIEZ (10) del mes MARZO de 2025.

En constancia de lo anterior se firma este contrato en la ciudad de Bogotá D.C., a los 10 días del mes de MARZO de 2025.

Rafael Eduardo Álzate Moreno
c.c. 7.176.318
Rep. Legal Consorcio DC 2025

Maria Fernanda Piñeros Peñuela
c.c. No. 1000.861.850
Controladora de transito

Calle 19 #43G-80 Apartamento 812 Medellín - Antioquia Celular: 3123799155

E-mail: consorciodc2025@gmail.com

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.000.861.580

PIÑEROS PEÑUELA

APELLIDOS

MARIA FERNANDA

NOMBRES



FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-AGO-2003

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.71 ESTATURA

O- G.S. RH

F SEXO

25-AGO-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01262174-F-1000861580-20211103 0075952801A 1 8502742912

Powered by CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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

Fecha de Radicación: D D M M A A A A

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

1. Tipo de trámite	A. Afiliación [X]	2. Tipo de Afiliación	A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia [ ]	B. Colectiva [ ]	D. De Oficio [ ]	3. Régimen	A. Contributivo [X]
	B. Reporte de Novedades [ ]		A. Individual - Beneficiario o Afiliado adicional [ ]	C. Institucional [ ]			B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado	A. Cotizante [X]	B. Cabeza de Familia [ ]	C. Beneficiario [ ]	5. Tipo de cotizante	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Piñeros	Peñuela	María	Fernanda.
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
C.C	1.000.861.580	Femenino X Masculino	20082003

III - DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo F N M Condición T P		

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

18. Residencia	Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico
	Diagonal 53 sur # 61f - 26		3118506739	mafepineros Penuela@gmail.com

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
Bogota D.C	Urbana [ ] Rural [ ]	Bogotá.	Bogota D.C.

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

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

Selección de la I.P.S. Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de Aportante o Pagador (A registrar por la E.P.S.)
Consorcio De 2025	N I T	901.893.060 - 1	

39. Ubicación Dirección	Teléfono Fijo	Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
Calle 19 # 43G - 80	3123799155	rafael.alzate2013@gmail.com	Antioquia	Medellín.

Powered by CamScanner

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino	Sexo: Masculino	Fecha de Radicación	42. Fecha
[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]		[ ]	[ ]		06032025

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El Empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
1000[illegible]590	7.176.318

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de Ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de Radicación (DD MM AAAA)	69. Fecha de Validación (DD MM AAAA)
[ ][ ]	[ ][ ]					

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones: Construcción.

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

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

Powered by CamScanner

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901893060
Número Afiliación:	9027138
Razón social:	CONSORCIO DC 2025

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1000861580
Nombre:	MARIA FERNANDA PIÑEROS PEÑUELA
Fecha Ingreso:	07/03/2025
Salario básico:	1,423,500
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	06/03/2025 03:01:59 p. m.

Powered by CamScanner

Colsubsidio

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) MARIA FERNANDA PINEROS PENUELA identificado(a) con CC No. 1000861580, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de CONSORCIO DC 2025 con NIT 9018930601:

- Fecha de afiliación a la Caja: 06/03/2025.
- Fecha de ingreso a la empresa: 06/03/2025.

José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Bogotá D.C. 06/03/2025

Powered by CamScanner

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MARIA FERNANDA PIÑEROS PEÑUELA identificado(a) con C.C No. 1.000.861.580 se encuentra afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias desde el día 20 de enero de 2022 y sus recursos están en el FONDO MAYOR RIESGO desde el día 14 de marzo de 2022.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 08 de marzo de 2025.

El presente certificado fue emitido como mensaje de datos y contiene una firma digital válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción Contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 748 4888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 01 800 05 10000.



Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

Nit. 900.844.030-8
Licencia No. 64 del 10-01-2017
Calle 134 # 7-83 cons 233, Bogotá D. C.
www.bsl.com.co



DATOS PERSONALES

Fecha de Atención: 7 mar 2025 Tipo de Consulta: Examen Médico Ocupacional de Ingreso

Paciente: MARIA FERNANDA PIÑEROS PEÑUELA Documento: 1000861580

Edad: 21 Género: FEMENINO Ciudad: Bogota

Empresa: Consorcio DC 2025 Cargo: Auxiliar de transito

EXÁMENES REALIZADOS

Examen Médico Osteomuscular, Audiometría, Optometría

CONCEPTO EVALUACIÓN MÉDICA

ELEGIBLE PARA EL CARGO SIN RECOMENDACIONES LABORALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a Maria Fernanda Piñeros Peñuela con documento de identificación No 1000861580 se considera que es ELEGIBLE PARA EL CARGO SIN RECOMENDACIONES LABORALES para desempeñar la ocupación del cargo descrito

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

Basándonos en los resultados obtenidos de la evaluación osteomuscular, certificamos que el paciente presenta un sistema osteomuscular en condiciones óptimas de salud. Esta condición le permite llevar a cabo una variedad de actividades físicas y cotidianas sin restricciones notables y con un riesgo mínimo de lesiones osteomusculares.

RECOMENDACIONES GENERALES

RECOMENDACIONES GENERALES:
1. PAUSAS ACTIVAS
2. HIGIENE POSTURAL
3. MEDIDAS ERGONOMICAS
4. TÉCNICAS DE MANEJO DE ESTRÉS
5. ALIMENTACIÓN BALANCEADA

SALUD FÍSICA Y MENTAL

A no ser que presentes una restricción médica realizar al menos 150 minutos semanales de actividad física de intensidad moderada, o al menos 75 minutos semanales de ejercicio de alta intensidad.
Consume alimentos variados, incluyendo frutas y verduras
Reduce el consumo de sal, grasas saturadas y el azúcar
Mantén una buena hidratación bebiendo suficiente agua
Sigue una rutina y organiza tu tiempo en el trabajo, familia, estudio, cuidado personal y hobbies.
Reduce la exposición a noticias negativas
Mantén el contacto social vía telefónica - virtual o de forma presencial teniendo en cuenta las medidas de bioseguridad
Mantén hábitos de sueño

JUAN JOSE REATIGA
REGISTRO MEDICO NO 14791
LICENCIA SALUD OCUPACIONAL 460
6 DE JULIO DE 2020

Verifica la validez de este certificado

Maria Fernanda Piñeros Peñuela

FIRMA

1000861580

	FORMATO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÒN	CODIGO	FR-SST-05	
CONSORCIO DC 2025		Nº VER	F. APROB.	F. REV.
		1	15/01/2025	

NOMBRE: Mara Fernanda Piñeros Peñuela **CEDULA:** 1000861580

AREA: OBRA **CARGO:** Auxiliar de transito

1. Reflexiones lo siguiente: ¿Por qué me cuido?, ¿Qué es el autocuidado?

Cuidar mi integridad física y mental

2. Señale cuál de los siguientes son objetivo de la Seguridad y la Salud en el Trabajo.

a.	Identificar peligros, evaluar y valorar los riesgos y establecer controles
b.	Prevenir la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales
c.	Proteger la seguridad y la salud de los trabajadores mediante la mejora continua del SG-SST
d.	Todas las anteriores

3. Identifique que lesiones puede sufrir durante la realización de sus labores

a.	Quemaduras		d.	Lesiones osteomuscular es	g.	Carga mental
b.	Fractura - Esguince		e.	Pérdida de peso	h.	Caídas del mismo y/o diferente nivel.
c.	Cuerpo extraño en ojos		f.	Accidentes de tránsito	i.	Aplastamiento por excavaciones.

4. Describa los riesgos a los que usted está expuesto durante la ejecución de sus actividades.

Caídas
Fracturas
Accidentes de tránsito

4. Cómo se proteje usted frente a los riesgos a los cuales está expuesto.

a) Usar los EPPS
b)
c)
d)

5.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

	a.	Protección auditiva		e.	Careta facial	i.	Delantal de carnaza
	b.	Botas de seguridad con puntera		f.	Respirador de doble cartucho	j.	Camisa manga larga
	c.	Casco de Seguridad		g.	Guantes plásticos	k.	Capuchón
	d.	Guantes de carnaza		h.	Guantes de nitrilo	l.	Gafas de seguridad

6. Indique que hacer en caso de presentarse un Accidente de Trabajo y cual es la entidad que lo atiende:

1. Informar al encargado de seguridad – llamar a seguros Axa Colpatria

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad al interior de la compañía.

Mara Fernanda Piñeros
FIRMA DEL TRABAJADOR
cc 1000861580

Jesus Ramírez
ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN

Powered by CamScanner

CONSORCIO DC 2025	NOTIFICACIÒN DE RIESGOS	CODIGO	FR-SST-04	
		Nº VER	F. APROB.	F. REV.
		1	15/01/2025	

POR MEDIO DE LA PRESENTE, Declaro que he sido notificado de todos los riesgos a los cuales puedo estar expuesto durante la jornada laboral y me comprometo a cumplir con las normas de seguridad y otras disposiciones establecidas por la empresa para prevenir.

Conforme a lo antes expuesto, yo, Fernanda Piñeros P, Identificado con cedula de identidad Nº 1000861580 con el puesto de trabajo como Auxiliar de transito, he recibido de la empresa, CONSORCIO DC 2025, amplia y suficiente inducción general y adiestramiento operacional donde se me explico y notifico de manera verbal y/o por escrito los riesgos y medidas preventivas inherentes a mi cargo y medio ambiente circundante, las normas y procedimientos internos de la empresa y los análisis de riesgo de mis funciones.

Asimismo, me comprometo a cumplir con las obligaciones que como trabajador me impone las normas y procedimientos internos de la Empresa en materia de Seguridad Industrial, normativa legal que tiene como objeto fundamental mi seguridad, salud y bienestar laboral.

El Trabajador,	**Responsable de Seguridad y Salud en el Trabajo**
Nombre: Maria Fernanda Piñeros Peñuela	Nombre: **Jessica Lorena Ramirez Benavides**
Firma:	Firma:
CC 1000861580	CC: **1.013.606.685**
Cargo: Auxiliar de Transito	Cargo: **Residente ambiental/SST**

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **79.900.984**

GARCIA PERDOMO

APELLIDOS

SAMUEL

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-DIC-1977**

ALGECIRAS
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

11-MAR-1996 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00011601-M-0079900984-20080606 **0000**400874A 1 1140008971

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, **SAMUEL GARCIA PERDOMO** identificado con **CC** No. **79900984**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
MAQUINARIA SERVICIOS Y CONSTRUCCIONES SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA - NI. 830091870	**Fecha de inicio de cobertura :** 12/03/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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): 202501012766047.

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

Cordialmente,

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

APO_13_2_2_FR01 v_03

MIS_4_1_3_FR15 v_010

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación SAT:

Fecha de Radicación: 11 03 2024

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres				
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	
GARCIA	PERDOMO	SAMUEL		

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	79.900.984	Femenino [ ] Masculino [X]	26 12 1977

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

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

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
1.300.000	CR 82 41F 22 SUR			3108542868
samuelgarcia198026@gmail.com	BOGOTA	Zona Urbana [X] Rural [ ]	KENNEDY	CUNDINAMARCA

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

19. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
NOVA	RUGELES	LEONOR	

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
CC	52.112.680	Femenino [X] Masculino [ ]	15 07 1972

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

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

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	Datos complementarios 29. Parentesco	Datos complementarios 30. Etnia
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
MAQUINARIA, SERVICIOS Y CONSTRUCCIONES SAS - MASERCO SAS	NIT	830.091.870-1	

39. Ubicación				
CR 38 10.60 OF 601	6013750153	comercial@maserco.com.co	BOGOTA	CUNDINAMARCA

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]		11 03 2024

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. Firma del cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. Firma del empleador o representante legal de la entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
Samuel Garcia	

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

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

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

VIGILADO Supersalud

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

cadena s.a.

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) SAMUEL GARCIA PERDOMO identificado(a) con CC 79900984 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	14/08/2022
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CHICALA
Categoría:	A

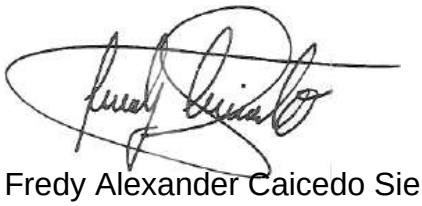
La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 19 días del mes febrero del 2025 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) LEONOR NOVA RUGELES identificado(a) con CC 52112680 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de BENEFICIARIO.

Fecha de Activación de	14/08/2022
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CHICALA
Categoría:	A

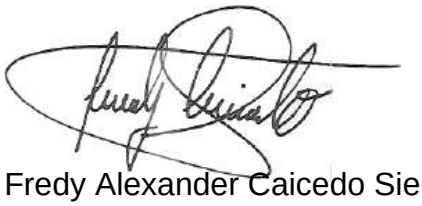
La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 19 días del mes febrero del 2025 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

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:

SAMUEL GARCIA PERDOMO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.900.984**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 19 de Febrero 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.

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **GARCIA PERDOMO SAMUEL, CC - 79900984**, está afiliado(a) desde **11/03/2024**, como trabajador(a) de **MAQUINARIA SERVI Y CONSTRUCCIONES SAS**, con NIT: **8300918701**.

Estado civil: **Unión Libre**
Cónyuge/Compañero(a): **LEONOR NOVA RUGELES**
Categoría: **A**
Fecha de Ingreso a la Empresa: **2024-03-11**

Grupo familiar conformado por:

NOMBRE	No. Identificación	Parentesco
JOHAN DANIEL GARCIA NOVA	1034776281	Hijo

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **11 de julio de 2024** a solicitud del interesado

Cordialmente,

Sandra Milena Mariño O

Sandra Milena Mariño Ojeda
Jefe Departamento Subsidio

PRONTOSALUD IPS

ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL
LICENCIA DE S.O RESOLUCION 0320 21/03/2015
CONTAMOS CON CERTIFICACIÓN EN CALIDAD…

ISO 9001 icontec CO-SC-6873-1 · IQNet CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM · SERVICIO DE SALUD HABILITADO DHS220584

35/000030023495349

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA PRE-OCUPACIONAL INGRESO
(TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS)

RESOLUCIONES 1409 de 2012 y 3673 de 2008 MPS

Registro / Orden: 35 /000030023495349 **Fecha:** 02/10/2024 **EPS:** FAMISANAR
Paciente: SAMUEL GARCIA PERDOMO **Identificación:** 79.900.984 **Edad**: 46 AÑOS
Empresa: MASERCO S A S **Cargo:** OP. MINI CARGADOR
NIT

TIPO DE EXAMEN REALIZADO: *Pre-Ocupacional y de aptitud física para trabajo en alturas y/o espacios confinados.*
FINALIDAD DEL EXAMEN: *Establecer el estado de salud del trabajador de acuerdo con los factores de riesgo a los cuales estará expuesto en el cargo a desempeñar.*

RESULTADOS DE EXAMENES PARACLINICOS:

	EXAMEN REALIZADO	RESULTADO
1.	AUDIOMETRIA (ESCALA DE LARSEN)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL
2.	ESPIROMETRIA (KNUDSON)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL
3.	VISIOMETRIA (OPTEC-2000)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL
4.	HEMOCLASIFICACION	**O +** (POSITIVO)
5.	GLICEMIA	NORMAL
6.	PERFIL LIPIDICO	NORMAL
7.	PSICOTEST DE ALTURAS	NORMAL
8.	PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS	SIN ALTERACIONES
9.	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS ALTURAS	SIN ALTERACIONES
10.	VARIABLES FISICAS	**PESO:** 78 KG **ESTATURA:** 1.64 CMS

CONCEPTO MEDICO LABORAL:

	SI	NO
1. Aprobado para el cargo sin restricciones:	✓	
2. Aprobado con restricciones:		
3. Restringido:		
4. Aplazado:		

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:

VISUAL: ○ AUDITIVO: ○ RESPIRATORIO: ○ CARDIOVASCULAR: ○ PSICOSOCIAL: ○ MUSC/ESQUELETICO ○ NINGUNO: ✓

SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA LABORAR EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS, SEGÚN RESULTADOS DEL CUESTIONARIO, VALORIZACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL Y PARACLÍNICOS SEGÚN RESOLUCIÓN Nº 1409 DEL 23 DE JULIO DEL 2012:

SI: ✓ **NO:** ○

RECOMENDACIONES / RESTRICCIONES PROGRAMA SST:
UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL- HIGIENE POSTURAL-PAUSAS ACTIVAS.
USAR PROTECCION VISUAL Y AUDITIVA DURANTE LA JORNADA LABORAL.
SEGUIR PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO SEGURO- CAPACITACIONES SEGÚN CARGO.
HACER PERIODICAMENTE LOS EXAMENES DE VALORACION OCUPACIONAL

Orlando Duque
Médico ocupacional
R.M 80.370.222 UNC
FIRMA MEDICO OCUPACIONAL
LICENCIA S.O: 6796 de la S.D.S.

FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C:

HUELLA INDICE DEREECHO

OFICIAL

*Declaración de **CONFIDENCIALIDAD:** el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de Salud Ocupacional de la empresa contratante del servicio. En concordancia con la RESOLUCION 2346 de julio de 2007, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento.*

CONSORCIO OC 2025	FORMATO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÒN	CODIGO	FR-SST-05	
		Nº VER	F. APROB.	F. REV.
		1	15/01/2025	

NOMBRE: Samuel Garcia. **CEDULA:** 79900984

AREA: OBRA **CARGO:** Operador

1. Reflexiones lo siguiente: ¿Por qué me cuido?, ¿Qué es el autocuidado?

Cuidarme en la alimentacion. Hacer deporte
Higiene personal.

2. Señale cuál de los siguientes son objetivo de la Seguridad y la Salud en el Trabajo.

a.	Identificar peligros, evaluar y valorar los riesgos y establecer controles
b.	Prevenir la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales
c.	Proteger la seguridad y la salud de los trabajadores mediante la mejora continua del SG-SST
d.	Todas las anteriores

3. Identifique que lesiones puede sufrir durante la realización de sus labores

a.	Quemaduras		d.	Lesiones osteomuscular es	g.	Carga mental
b.	Fractura - Esguince		e.	Pérdida de peso	h.	Caídas del mismo y/o diferente nivel.
c.	Cuerpo extraño en ojos		f.	Accidentes de tránsito	i.	Aplastamiento por excavaciones.

4. Describa los riesgos a los que usted está expuesto durante la ejecución de sus actividades.

Caídas
Fracturas
Accidentes de tránsito

4. Cómo se proteje usted frente a los riesgos a los cuales está expuesto.

a) Utilizando debidamente los elementos de protección personal.
b)
c) Cumplir normas de seguridad.
d)

5.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

a.	Protección auditiva		e.	Careta facial	i.	Delantal de carnaza
b.	Botas de seguridad con puntera		f.	Respirador de doble cartucho	j.	Camisa manga larga
c.	Casco de Seguridad		g.	Guantes plásticos	k.	Capuchón
d.	Guantes de carnaza		h.	Guantes de nitrilo	l.	Gafas de seguridad

6. Indique que hacer en caso de presentarse un Accidente de Trabajo y cual es la entidad que lo atiende:

1. Informar al encargado de seguridad – llamar a seguros Axa Colpatria

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad al interior de la compañía.

Samuel Garcia 79900984.
FIRMA DEL TRABAJADOR

Jesicol Ramírez
ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN

Powered by CamScanner

CONSORCIO DC 2025

NOTIFICACIÒN DE RIESGOS

CODIGO	FR-SST-04	
Nº VER	F. APROB.	F. RE
1	15/01/2025	

POR MEDIO DE LA PRESENTE, Declaro que he sido notificado de todos los riesgos a los cuales puedo estar expuesto durante la jornada laboral y
comprometo a cumplir con las normas de seguridad y otras disposiciones establecidas por la empresa para prevenir.

Conforme a lo antes expuesto yo, , SAMUEL GARCIA , Identificado con cedula de identidad Nº 79900984
con el puesto de trabajo como, operario , he recibido de la empresa, CONSORCIO DC 2025, amplia y suficiente inducción general y adiestramie
operacional donde se me explico y notifico de manera verbal y/o por escrito los riesgos y medidas preventivas inherentes a mi cargo y me
ambiente circundante, las normas y procedimientos internos de la empresa y los análisis de riesgo de mis funciones.

Asimismo, me comprometo a cumplir con las obligaciones que como trabajador me impone las normas y procedimientos internos de la Empresa en mate
de Seguridad Industrial, normativa legal que tiene como objeto fundamental mi seguridad, salud y bienestar laboral.

El Trabajador,	**Responsable de Seguridad y Salud en el Trabajo**
Nombre: Samuel Correa.	Nombre: **Jessica Lorena Ramirez Benavides**
Firma:	Firma:
CC 79 900 984.	CC: **1.013.606.685**
Cargo: Operador.	Cargo: **Residente ambiental/SST**

Powered by CamScanner

Libertad y orden
RÉPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento del Decreto 1072 de 2015
otorga
Certificado de Competencia Laboral a

SAMUEL GARCIA PERDOMO

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 79900984

Quien demostró su Competencia Laboral en la
Norma

Operar maquinaria pesada de acuerdo con manual del fabricante y tipo de labor / Minicargador - NIVEL INTERMEDIO

Código: 270101120 - Versión: 1

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en VILLETA. A los treinta y uno (31) días del mes de Julio de dos mil veintitres (2023)

Firmado Digitalmente por



1637177 - 31/07/2023
No Y FECHA REGISTRO

OLGA PATRICIA MOZO GUERRERO
Subdirectora (E) CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL Y EMPRESARIAL
REGIONAL CUNDINAMARCA

Vigencia:
hasta el 31 de Julio de 2026

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9509002701011206231CC79900984C.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10011271664

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
SRO465	FREIGHTLINER	M2 106	2008

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
6.370	ROJO LLAMA	PÚBLICO

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
CAMION	VOLCO	DIESEL	20000

NUMERO DE MOTOR	REG	VIN
34981243	N	******

NUMERO DE SERIE	REG	NUMERO DE CHASIS	REG
******	N	3ALHCYCS08DZ55765	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) — IDENTIFICACIÓN

CHITIVA VERGARA JAVIER ALONSO — C.C. 3064933

RESTRICCIÓN MOVILIDAD	BLINDAJE	POTENCIA HP
******	0	

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN	LIB	FECHA IMPORT	PUERTAS
07477260211523	I	13/12/2007	2

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

PRENDA - BANCOLOMBIA S.A.

FECHA MATRICULA	FECHA EXP LIC TTO	FECHA VENCIMIENTO
07/05/2008	24/02/2016	******

ORGANISMO DE TRANSITO

STRIA TTO MCPAL FACATATIVA



LT01006398889

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Poliza_SOAT_87804645.pdf Listo

SOAT

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

ASEGURADORA

seguros mundial®

tu compañía siempre

FECHA DE EXPEDICIÓN	AÑO	MES	DÍA
	2024	5	30

VIGENCIA	AÑO	MES	DÍA
DESDE LAS 00 HORAS DEL	2024	5	31
HASTA LAS 23:59 HORAS DEL	2025	5	30

No. DE PÓLIZA.	PLACA No.	CLASE DE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
87804645 - 600008869	SRO465	CARGA O MIXTOS	PUBLICO	6370	2008

PASAJEROS	MARCA	CARROCERÍA
2	FREIGHTLINER	VOLCO
	LÍNEA VEHÍCULO: M2106	

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
34981243	3ALHCYCS08DZ55765	NA	20,00

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No.DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
JAVIER ALONSO CHITIVA VERGARA	3107999847	CC	3064933	BOGOTA D.C.

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
1317	469	13158	87804645	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 QUIRURGICOS, 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

Cero preocupaciones al manejar su vehículo

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.segurotercero.com**

Powered by CamScanner

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. 174824829

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CDA LA AURORA

NIT: 901393137

No. de Certificado de Acreditación: 24-CDA-006

Fecha de expedición: 2024/07/30

Fecha de vencimiento: 2025/07/30

DATOS VEHÍCULO

PLACA: SRO465

CLASE: CAMION

MARCA: FREIGHTLINER

MODELO: 2008

SERVICIO: Público

COMBUSTIBLE: DIESEL

CILINDRAJE: 6370

NRO. MOTOR: 34981243

NRO. CHASIS: 3ALHCYCS08DZ55765

VIN:

LÍNEA: M2 106

COLOR: ROJO LLAMA

NOMBRE PROPIETARIO: JAVIER A. CHITIVA V.

FIRMA DEL RESPONSABLE

LIBARDO CARREÑO CASTRO

Powered by CamScanner

Ingecop
OBRAS CIVILES S.A.S
NIT 901.583.763-0

Bogotá D.C., marzo 13 de 2025

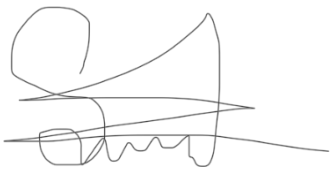
CERTIFICADO IDEONEIDAD

INGECOP OBRAS CIVILES S.A.S., con NIT 901583763-0 certifica que el vehículo de placas **SRO 465** está calificado y en óptimas condiciones para desarrollar el trabajo de transporte de material, así mismo su conductor cuenta con la experiencia suficiente en vehículos de carga sencilla y doble troque.

Sin otro en particular.

Agradezco su atención,

Representante legal:



DAIVE SANTIAGO PINZON AMADO
C.C. 1.000.938.499

Calle 6 N.º 78B – 17 Banderas - Bogotá Colombia
Email: ingecop.obrasciviles@gmail.com
Cel. 316 3091076

Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 1033758905

NOMBRE

VICTOR ORLANDO MORENO LONDOÑO

FECHA DE NACIMIENTO

01-11-1993

SANGRE-RH

O+

FECHA DE EXPEDICION

16-03-2022

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

SDM - BOGOTA D.C.



Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
B2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS	16-03-2032	PARTICULAR
C2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS	16-03-2025	PUBLICO



VALID 1535415 (8671)

ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC06002599184

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.033.758.905



Apellidos
MORENO LONDOÑO

Nombres
VICTOR ORLANDO

Nacionalidad
COL

Estatura
1.72

Sexo
M

Fecha de nacimiento
01 NOV 1993

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
02 NOV 2011, BOGOTA D.C.

Fecha de expiración
11 MAYO 2033

Firma

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

.CO

0213605598

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL0213605986150O1<<<<<<<<<<<<
9311011M3305119COL1033758905<O
MORENO<LONDONO<<VICTOR<ORLANDO

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

ARL | sura

Medellín, 15 de March de 2025

LAADMINISTRADORADERIESGOSLABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..

CERTIFICA:

Que MORENO LONDOÑO VICTOR ORLANDO identificado(a) con cedula de ciudadanía 1033758905 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

Acontinuación, se relacionan los datos de la afiliación:
Fechainicio cobertura: 16/03/2025 **Fechafin cobertura:** 16/04/2025

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

MORENOLONDOÑO VICTOR ORLANDO CC1033758905

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5742101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y ACTIVIDADES CONEXAS DE ASESORAMIENTO TECNICO INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE OBRA DE CONSTRUCCION, DIRECCION, DE OBRAS DE CONSTRUCCION, ARQUITECTURA, INGENIERIA Y AGRIMENSURA, EXPLOT ACION Y PROSPECCION GEO-LOGICAS ASESORAMIENTO TECNICO CONEXO INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A DISEÑO INDUSTRIAL Y DE MAQUINAS CON INTERVENCION DIRECTA EN LA OBRA
CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6,96%
CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES
CLASE: 5 **PORCENTAJE:** 6,96% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDADECONÓMICA CENTRODE TRABAJO:
5742101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y ACTIVIDADES CONEXAS DE ASESORAMIENTO TECNICO INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE OBRA DE CONSTRUCCION, DIRECCION, DE OBRAS DE CONSTRUCCION, ARQUITECTURA, INGENIERIA Y AGRIMENSURA, EXPLOT ACION Y PROSPECCION GEO-LOGICAS ASESORAMIENTO TECNICO CONEXO INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A DISEÑO INDUSTRIAL Y DE MAQUINAS CON INTERVENCION DIRECTA EN LA OBRA

INFORMACIÓNDEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5742101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y ACTIVIDADES CONEXAS DE ASESORAMIENTO TECNICO INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE OBRA DE CONSTRUCCION, DIRECCION, DE OBRAS DE CONSTRUCCION, ARQUITECTURA, INGENIERIA Y AGRIMENSURA, EXPLOT ACION Y PROSPECCION GEO-LOGICAS ASESORAMIENTO TECNICO CONEXO INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A DISEÑO INDUSTRIAL Y DE MAQUINAS CON INTERVENCION DIRECTA EN LA OBRA
CODIGODE ACTIVIDAD: 5742101
CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6,96%

Su pago lo debe realizar con riesgo 5 (6,96 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

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

1. ***Laclase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***Elpropio de la actividad ejecutada por el contratista.***

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

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenidasea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:
C192784702119453616

Atentamente,

Direcciónde 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 informacióncontenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Estecertificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 15/03/2025 09:10 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DireccionIP: 190.248.233.105, 198.143.41.28, 172.16.42.57

Scanned with CamScanner

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que MORENO LONDOÑO VICTOR ORLANDO identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número 1033758905 está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1033758905
NOMBRES Y APELLIDOS	MORENO LONDOÑO VICTOR ORLANDO
TIPO DE AFILIADO	PRIMER COTIZANTE
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE EL SERVICIO ACTIVO
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01-12-2021
FECHA RETIRO LABORAL EPS SURA	31/12/2999

*Se reportan, a partir de la fecha de este certificado, los empleadores con los cuales ha estado afiliado a EPS SURA en los últimos 12 meses.

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **15/03/2025**

Scanned with CamScanner

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

MORENO LONDOÑO VICTOR ORLANDO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.033.758.905**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 15 de marzo 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.

Scanned with CamScanner

PATRICIA CUELLAR AFANADOR

Medico Cirujano- Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional

Movil. +57(1) 3145467113 E-mail: csp.consultoria2@gmail.com

CERTIFICADO APTITUD MEDICO OCUPACIONAL



FECHA: 15/03/2025

NOMBRE: VICTOR ORLANDO MORENO **DOC. IDENTIFICACION:** 1033758905

CARGO: CONDUCTOR **TIPO EXAMEN:** INGRESO

EXAMENES REALIZADOS:

Examen medico Ocupacional	Normal	Optometria	Normal
Enfasis osteomuscular	Normal	Oximetria	97%
Enfasis cardiovascular	Normal	Espirometria	NA
Enfasis Alturas/E. confinados	NA	Prueba sicologica	Normal
Prueba vestibular	NA	Prueba psicometrica	NA
audiometria	Normal	Otros	

LABORATORIOS Cuadro hematico Pefil lipidico Glicemia

EXAMEN DE INGRESO

X Apto COMO CONDUCTOR

Apto con restricciones que no intervienen en el trabajo

Apto con restricciones que intervienen en el trabajo

Aplazado

EXAMEN PERIODICO **EXAMEN DE EGRESO**

Satisfactorio No satisfactorio Satisfactorio No satisfactorio

RECOMENDACIONES

X	Higiene postural	X	Uso adecuado EPP	X	Ergonomia puesto de trabajo
X	Pausas activas		Medidas antivarices		Adecuado manejo de cargas
	Dieta y ejercicio		Correccion optica		Mejorar habitos
	Dejar de fumar		Remitir EPS		Remitir ARL
	Doble proteccion auditiva		Apoyo intralaboral		
	Otros:				

SEGUIMIENTO VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual	Auditiva	Respiratoria	Ergonomico X
cardiovascular	Psicolaboral	Nutricional	

Dra Patricia Cuellar A.

Lic SO 12919/2014

Firma Medico



Firma trabajador VICTOR, M

CC. 1033758905

Declaro que no he omitido ninguna información acerca de mi estado actual de salud y estoy consciente del motivo de la realizacion de los examenes ocupacionales.

Scanned with CamScanner

CONSORCIO DC 2025	FORMATO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÒN	CODIGO	FR-SST-05	
		N° VER	F. APROB.	F. REV.
		1	15/01/2025	

NOMBRE: Victor Moreno	**CEDULA:** 1033758905
AREA: OBRA	**CARGO:** Conductor

1. Reflexiones lo siguiente: ¿Por qué me cuido?, ¿Qué es el autocuidado?

Para evitar Accidentes

2. Señale cuál de los siguientes son objetivo de la Seguridad y la Salud en el Trabajo.

a.	Identificar peligros, evaluar y valorar los riesgos y establecer controles
b.	Prevenir la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales
c.	Proteger la seguridad y la salud de los trabajadores mediante la mejora continua del SG-SST
d.	Todas las anteriores

3. Identifique que lesiones puede sufrir durante la realización de sus labores

a.	Quemaduras		d.	Lesiones osteomuscular es	g.	Carga mental
b.	Fractura - Esguince		e.	Pérdida de peso	h.	Caídas del mismo y/o diferente nivel.
c.	Cuerpo extraño en ojos		f.	Accidentes de tránsito	i.	Aplastamiento por excavaciones.

4. Describa los riesgos a los que usted está expuesto durante la ejecución de sus actividades.

Caídas
Fracturas
Accidentes de tránsito

4. Cómo se proteje usted frente a los riesgos a los cuales está expuesto.

a) Uso EPP
b)
c)
d)

5.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

a.	Protección auditiva		e.	Careta facial	i.	Delantal de carnaza
b.	Botas de seguridad con puntera		f.	Respirador de doble cartucho	j.	Camisa manga larga
c.	Casco de Seguridad		g.	Guantes plásticos	k.	Capuchón
d.	Guantes de carnaza		h.	Guantes de nitrilo	l.	Gafas de seguridad

6. Indique que hacer en caso de presentarse un Accidente de Trabajo y cual es la entidad que lo atiende:

1. Informar al encargado de seguridad – llamar a seguros Axa Colpatria

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad al interior de la compañía.

Jesus Ramírez

FIRMA DEL TRABAJADOR

ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN

Powered by CamScanner

CONSORCIO DC 2025

NOTIFICACIÒN DE RIESGOS

CODIGO	FR-SST-04	
Nº VER	F. APROB.	F. RI
1	15/01/2025	

POR MEDIO DE LA PRESENTE, Declaro que he sido notificado de todos los riesgos a los cuales puedo estar expuesto durante la jornada laboral y comprometo a cumplir con las normas de seguridad y otras disposiciones establecidas por la empresa para prevenir.

Conforme a lo antes expuesto yo, Victor Moreno , Identificado con cedula de identidad Nº 1033758905 con el puesto de trabajo como, Conductor , he recibido de la empresa, CONSORCIO DC 2025, amplia y suficiente inducción general y adiestramie operacional donde se me explico y notifico de manera verbal y/o por escrito los riesgos y medidas preventivas inherentes a mi cargo y me ambiente circundante, las normas y procedimientos internos de la empresa y los análisis de riesgo de mis funciones.

Asimismo, me comprometo a cumplir con las obligaciones que como trabajador me impone las normas y procedimientos internos de la Empresa en mat de Seguridad Industrial, normativa legal que tiene como objeto fundamental mi seguridad, salud y bienestar laboral.

El Trabajador,	**Responsable de Seguridad y Salud en el Trabajo**
Nombre: Victor Moreno	Nombre: **Jessica Lorena Ramirez Benavides**
Firma:	Firma: Jessica Ramírez
CC 1033758905	CC: **1.013.606.685**
Cargo: Conductor	Cargo: **Residente ambiental/SST**

Powered by CamScanner

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-03-15, 09:12:24 a. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 76839829

Periodo Cotización 202503 **Periodo Servicio** 202503

PAGADA 2025-03-15 09:12:22.0 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	VICTOR MORENO				
Documento	CC 1033758905	**Dirección**	CR 12 #13 - 11		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	7280460		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1033758905		**Residente**		**Exonerado**		**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	57	00				N	MORENO LONDOÑO VICTOR ORLANDO	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

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

Novedades																								Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF					Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0				$ 1.423.500	230301		16 %	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	EPS010		12,5 %	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	14-11	5	6.960%	$ 1.423.500	$ 99.100	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SURA	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 99.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 504.900

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **12.283.895**

GARCIA ESQUIVEL

APELLIDOS

YEISON ALEJANDRO

NOMBRES

FIRMA



Powered by CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO **18-AGO-1985**

LA PLATA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.73	**A+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

25-AGO-2003 LA PLATA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00437332-M-0012283895-20130530 **00331**88690A 1 1482351352

Powered by CamScanner

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

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901779479
Nombre:	CONSTRUCTORA INGTECH SAS		
Dirección:	KR 88 A 21 75 CA 187		
Departamento:	BOGOTA D.C.	**Municipio:**	BOGOTA D.C.
Correo electrónico:	MANUELMANOTAS32@GMAIL.COM		
Teléfono:	3147696824	**Tarifa:**	6,96000
Actividad Económica:	5422001 CONSTRUCCIÓN DE PROYECTOS DE SERVICIO PÚBLICO, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN DE OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL RELACIONADAS CON TUBERÍAS DE LARGA DISTANCIA, LÍNEAS TRANSMISIÓN DE ENERGÍA ELÉCTRICA Y COMUNICACIONES, TUBERÍAS URBANAS, LÍNEAS URBANAS DE TRANSMISIÓN DE		

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Documento Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC - 72265374	MANUEL ESTEBAN MANOTAS DURAN

DATOS AFILIADOS RADICADOS

#	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	2025-01-013-72469	04/03/2025	CC 12283895	YEISON ALEJANDRO GARCIA ESQUIVEL	5	6,96000	Dependiente

OBSERVACIONES

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

Cordial saludo,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_07
MIS_4_1_3_FR15 v_07

Código: ikzhlo7cLGDgwG68oNTdag== Certificado impreso el día 03/03/2025 11:47:36 p. m. por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

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

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

YEISON ALEJANDRO
GARCIA ESQUIVEL
CC - 12283895

CONSTRUCTORA INGTECH SAS
901779479

Este carné es personal e intransferible.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9011848619
9011848619

No. de Radicación: 28995870

Fecha de Radicación: 04 03 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: GARCIA	Segundo Apellido: ESQUIVEL	Primer Nombre: YEISON	Segundo Nombre: ALEJANDRO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	12283895	Femenino [ ] Masculino [X]	D D 18 M M 08 A A A A 1985

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

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

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

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSTRUCTORA INGTECH SAS	NT	901779479	

39. Ubicación				
RA 88A 21 75	31476968		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	D D 04 M M 03 A A 2025

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: [CN] [RC] [TI] [CC] [PA] [CE] [CD] [SC] Total [ ]
Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: AYUDANTE DE OBRA
71. Firma del funcionario		

VIGILADO Supersalud

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

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) YEISON ALEJANDRO GARCIA ESQUIVEL identificado con CC 12283895 cabeza de familia se encuentra afiliado(a) a nuestra EPS.

Los siguientes son los datos básicos de dicha afiliación:

Fecha de Activación de Servicios:	22/03/2016
IPS Cotizante:	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAFAM-CENTRO DE ATENCIÓN EN SALUD CAFAM SAN JORGE
Categoría:	A
Estado:	SUSPENDIDO

La presente solicitud se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 04 días del mes marzo del 2025 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **YEISON ALEJANDRO GARCIA ESQUIVEL** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **12283895,** se encuentra afiliado/a desde **12/09/2006** 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 03 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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) YEISON ALEJANDRO GARCIA ESQUIVEL identificado(a) con CC No. 12283895, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de CONSTRUCTORA INGTECH SAS con NIT 901779479:

- Fecha de afiliación a la Caja: 04/03/2025.
- Fecha de ingreso a la empresa: 04/03/2025.

José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Vigilado Supersubsidio

Bogotá D.C. 04/03/2025

LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1
Dir: Cra 41 B # 9 -11
Cel: 316 752 9642
Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
05 DÍA	03 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO - ALTURAS

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

CONSTRUCTORA INGTECH SAS

Nombre de la empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
GARCIA ESQUIVEL YEISON ALEJANDRO	Masculino	39 Años	CC (Tipo)	12283895 (Número)

Cargo **OFICIAL DE CONSTRUCCION**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CUMPLE SIN RESTRICCION PARA LA OCUPACIÓN

Observaciones: No Aplica

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL	✔	AUDIOMETRIA	✔
VISIOMETRIA	✔	PERFIL LIPIDICO	✔
GLICEMIA	✔	OSTEOMUSCULAR	✔

RECOMENDACIONES MEDÍCAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
NINGUNO	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA
" USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEGÚN ÁREA DE TRABAJO.
" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.
" CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y ALTURAS
" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES EN ALTURAS
RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)
" HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.
" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE
" VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA ANUAL

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 prop ósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón 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 legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

MÉDICO

Gabriel A. Carrillo F.
MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M. 08882 - L.C. S.O. 3252-2022

Firma:
Nombre: CARRILLO FONTALVO GABRIEL ANTONIO
R.M.: 08882 L.S.O.: 3252 2022

Aspirante o Trabajador

Firma:
Nombre: GARCIA ESQUIVEL YEISON ALEJANDRO
CC 12283895

	FORMATO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÒN	CODIGO	FR-SST-05	
		Nº VER	F. APROB.	F. REV.
		1	15/01/2025	

NOMBRE: Yoan García Espinel **CEDULA:** 12283895

AREA: OBRA **CARGO:** Oficial.

1. Reflexiones lo siguiente: ¿Por qué me cuido?, ¿Qué es el autocuidado?

Mantener una buena higiene, tener ejercicio, descansar bien, tener hábitos saludables.

2. Señale cuál de los siguientes son objetivo de la Seguridad y la Salud en el Trabajo.

a.	Identificar peligros, evaluar y valorar los riesgos y establecer controles
b.	Prevenir la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales
c.	Proteger la seguridad y la salud de los trabajadores mediante la mejora continua del SG-SST
d. X	Todas las anteriores

3. Identifique que lesiones puede sufrir durante la realización de sus labores

a.	Quemaduras		X	Lesiones osteomuscular es	X	Carga mental
X	Fractura - Esguince		e.	Pérdida de peso	X	Caídas del mismo y/o diferente nivel.
X	Cuerpo extraño en ojos		X	Accidentes de tránsito	i.	Aplastamiento por excavaciones.

4. Describa los riesgos a los que usted está expuesto durante la ejecución de sus actividades.

Caídas
Fracturas
Accidentes de tránsito

4. Cómo se proteje usted frente a los riesgos a los cuales está expuesto.

a)
b) Uso correcto de elementos de protección personal.
c)
d) Cumplir normas de seguridad y salud en el trabajo

5.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

X	Protección auditiva		e.	Careta facial	i.	Delantal de carnaza
X	Botas de seguridad con puntera		f.	Respirador de doble cartucho	j.	Camisa manga larga
X	Casco de Seguridad		g.	Guantes plásticos	X	Capuchón
d.	Guantes de carnaza		h.	Guantes de nitrilo	l.	Gafas de seguridad

6. Indique que hacer en caso de presentarse un Accidente de Trabajo y cual es la entidad que lo atiende:

1. Informar al encargado de seguridad – llamar a seguros Axa Colpatria

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad al interior de la compañía.

12283895

FIRMA DEL TRABAJADOR

Jesica Ramírez

ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN

Scanned with CamScanner

CONSORCIO DC 2025	NOTIFICACIÒN DE RIESGOS	CODIGO	FR-SST-04	
		N° VER	F. APROB.	F. R
		1	15/01/2025	

POR MEDIO DE LA PRESENTE, Declaro que he sido notificado de todos los riesgos a los cuales puedo estar expuesto durante la jornada laboral y comprometo a cumplir con las normas de seguridad y otras disposiciones establecidas por la empresa para prevenir.

Conforme a lo antes expuesto yo, YEISON ALEJANDRO GARCIA ESQUIVEL Identificado con cedula de identidad Nº 12283895 con el puesto de trabajo como, oficial , he recibido de la empresa, CONSORCIO DC 2025, amplia y suficiente inducción general y adiestramie operacional donde se me explico y notifico de manera verbal y/o por escrito los riesgos y medidas preventivas inherentes a mi cargo y me ambiente circundante, las normas y procedimientos internos de la empresa y los análisis de riesgo de mis funciones.

Asimismo, me comprometo a cumplir con las obligaciones que como trabajador me impone las normas y procedimientos internos de la Empresa en mat de Seguridad Industrial, normativa legal que tiene como objeto fundamental mi seguridad, salud y bienestar laboral.

El Trabajador,	**Responsable de Seguridad y Salud en el Trabajo**
Nombre: Yeison García Esquivel.	Nombre: **Jessica Lorena Ramirez Benavides**
Firma:	Firma: Jessica Ramírez
CC 12283895	CC: **1.013.606.685**
Cargo: Oficial.	Cargo: **Residente ambiental/SST**

Scanned with CamScanner

FORMATO REGISTRO INDUCCION CAPACITACION ENTRENAMIENTO Y CHARLAS			BOGOTÁ
CÓDIGO FO-AC-84	PROCESO Gestión Ambiental Calidad y SST	VERSIÓN 3	

FECHA 28 (DD) 03 (MM) 2025 (AAAA)

SUBDIRECCIÓN GENERAL

DIRECCIÓN TECNICA

SUBDIRECCIÓN TÉCNICA

CONTRATO No. 622 DE 2025

OBJETO DEL CONTRATO

EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/ O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA Y ESPACIO PÚBLICO ASOCIADO EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C

NOMBRE DEL PROFESIONAL JESSICA LORENA RAMIREZ

EMPRESA: CONSORCIO DC 2025

TIPO

INDUCCIÓN ☐ **CAPACITACIÓN** ☐ **ENTRENAMIENTO** ☐

CHARLA INFORMATIVA ☒ **OTRO** ☐ **¿Cuál?**

TEMA:

AUTOCUIDADO Y CALESTEMIA

LUGAR DEL EVENTO Nuevo Muzu

HORA DE INICIO: 8:00am **HORA DE TERMINACIÓN:** 8:25am

No.	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	COMPAÑÍA	FIRMA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					

(Firma)
(Nombre) Jessica Ramirez
Residente Ambiental y/o SST Contratista
LIC Res 0841 de 2020
(número y fecha de expedición de la licencia SST, cuando aplique)

(Firma)
(Nombre) Juan Pablo Fonseca
Residente Ambiental y/o SST Interventoría
LIC Res. 8693 de 2023
(número y fecha de expedición de la licencia SST, cuando aplique)

Original:Dependencia responsable del contrato
1era copia : Interventor

Scanned with CamScanner

FORMATO

REGISTRO INDUCCION CAPACITACION ENTRENAMIENTO Y CHARLAS

CÓDIGO	PROCESO	VERSIÓN
FO-AC-84	Gestión Ambiental Calidad y SST	3

FECHA 19 (DD) 03 (MM) 2025 (AAAA)

SUBDIRECCIÓN GENERAL

DIRECCIÓN TECNICA

SUBDIRECCIÓN TÉCNICA

CONTRATO No. 622 DE 2025

OBJETO DEL CONTRATO

EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/ O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA Y ESPACIO PÚBLICO ASOCIADO EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C

NOMBRE DEL PROFESIONAL JESSICA LORENA RAMIREZ

EMPRESA: CONSORCIO DC 2025

TIPO

INDUCCIÓN ☐ **CAPACITACIÓN** ☐ **ENTRENAMIENTO** ☐

CHARLA INFORMATIVA [X] **OTRO** ☐ **¿Cuál?**

TEMA:

POLITICAS : SST, ALCOHOL Y DROGAS, CONVIVENCIA LABORAL
FUNCIONES DE LA BRIGADA DE ORDEN ASEO Y LIMPIEZA

LUGAR DEL EVENTO FRENTE DE OBRA San Vicente

HORA DE INICIO: 10:00am **HORA DE TERMINACIÓN:** 10:40am

No.	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	COMPAÑIA	FIRMA
1	John Steven Caicedo	1012419015	Topografo	DC 2025	
2	Instwan Martinez	1012393061	Cadenero	DC 2025	
3	Ronald Perez	9.396935	Ing. Residente	DC 2025	
4	Khaid Eduardo B	1233911467	Ing Obra	Ingecol	
5	Florentino Bernal	79533307	Oficial	Ingecol	
6	Jose Leonardo Rivera	1070666	Operador	Ingecol	
7	Samuel Curo	1190008[illegible]	Oficial	Ingecol	
8	Cristobal Diaz	1066[illegible]	Oficial	Ingecol	
9	Jose Molano	1070[illegible]	Oficial	Ingecol	
10	Juan Sebastian Moreno	1018494195	Ingeniero	DC 2025	
11	Walter Gomez	1062[illegible]	Oficial	Ingecol	
12	Katherine Guzman	Residente Ambiental	Residente Ambiental	DC 2025	
13					
14					
15					
16					
17					
18					

Firma: Jessica Ramírez
Nombre: Jessica ramirez
Residente Ambiental y/o SST Contratista
LIC Res 0841 del 2020
(número y fecha de expedición de la licencia SST, cuando aplique)

Firma:
Nombre: Juan Pablo Fonseca
Residente Ambiental y/o SST Interventoria
LIC Res 8693 del 2023
(número y fecha de expedición de la licencia SST, cuando aplique)

Original: Dependencia responsable del contrato
1era copia : Interventor
2da copia: Contratista

Scanned with CamScanner

FORMATO REGISTRO INDUCCION CAPACITACION ENTRENAMIENTO Y CHARLAS			BOGOTÁ
CÓDIGO FO-AC-84	PROCESO Gestión Ambiental Calidad y SST	VERSIÓN 3	

FECHA: 14 (DD) 03 (MM) 2025 (AAAA)

SUBDIRECCIÓN GENERAL:

DIRECCIÓN TECNICA:

SUBDIRECCIÓN TÉCNICA:

CONTRATO No. 622 DE 2024

OBJETO DEL CONTRATO

EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/ O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA Y ESPACIO PÚBLICO ASOCIADO EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C

NOMBRE DEL PROFESIONAL: JESSICA LORENA RAMIREZ

EMPRESA: CONSORCIO DC 2025

TIPO

INDUCCIÓN [ ] CAPACITACIÓN [ ] ENTRENAMIENTO [ ]

CHARLA INFORMATIVA [X] OTRO [ ] ¿Cuál? _____

TEMA:

RIESGO FISICO - FORMAS DE MINIMIZAR LOS RIESGOS EN OBRA

LUGAR DEL EVENTO: Nuevo Muzu

HORA DE INICIO: 7:00am HORA DE TERMINACIÓN: 7:35am

No.	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	COMPAÑIA	FIRMA
1	[illegible]	1017419015	[illegible]	DC 2025	
2	[illegible]	1012393061	[illegible]	DC 2025	
3	[illegible]	9.396.935	Ing. Residente	DC 2025	
4	[illegible]	1233911467	Tec. Obra	Logcap	
5	[illegible]	79533302	Oficial	Logcap	
6	[illegible]	4170666	Operador	Ingecar	
7	[illegible]	79.609.851	Ayudante	Ingefe	
8	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
9	[illegible]	[illegible]	Oficial	imtech	
10	[illegible]	1018454145	Ing. Ambiental	DC 2025	
11	[illegible]	1667777	Oficial	DC 2025	
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					

Firma: [signature]
Nombre: Jessica Ramirez
Residente Ambiental y/o SST Contratista
LIC Res 0841 de 2020
(número y fecha de expedición de la licencia SST, cuando aplique)

Firma: [signature]
Nombre: Juan Pablo Fonseca
Residente Ambiental y/o SST Interventoría
LIC Res 8693 del 2023
(número y fecha de expedición de la licencia SST, cuando aplique)

Original: Dependencia responsable del contrato
1era copia : Interventor
2da copia: Contratista

Scanned with CamScanner

INSPECCIÓN DE BOTIQUÍN Y CAMILLA

Proyecto: 622 del 2024	**Fecha:** 12 Marzo 2025
Dependencia a Inspeccionar: SST.	**Cargo:** Residente Ambiental y SST.
Responsable Inspección Jessica Ramirez.	**Cargo:** Residente Ambiental y SST.

CONTENIDO DEL BOTIQUÍN

ITEM	DESCRIPCIÓN	SI	NO	N/A	CANT	FECHA DE VENCIMIENTO	RESPONSABLE	OBSERVACIONES
1	Antiséptico: Clorhexidina o		✓					
2	Solución Salina		✓					
3	Jabón Antibacterial para manos	✓			1	29/01/26	✓	
4	Aplicadores o Copitos	✓			5	N/A		
5	Baja Lenguas	✓			1		ASEIS	
6	Gasa Antiséptica	✓						
7	Compresas o Apósitos		✓				SST	
8	Curitas	✓			1	N/A		
9	Esparadrapo de tela		✓					
10	Cinta Micropore		✓					
11	Vendas Elásticas	✓			1	N/A	✓	
12	Vendas Triangulares		✓					
13	Guantes Quirúrgicos	✓			1	N/A	ASEIS	
14	Tapabocas Quirúrgicos Desechables	✓			1	N/A		
15	Mascarilla RCCP			✓				
16	Inmovilizador Cervical	✓					SST.	
17	Inmovilizador Maleable para Extremida			✓				
18	Inmovilizadores Maleables			✓				
19	Termómetro de Mercurio o Digital		✓					
20	Linterna		✓					
21	Pilas de Repuesto		✓					
22	Otros							

INSPECCIÓN DE LA CAMILLA (Tabla Espinal Larga)

	ESTADO	BUENO	REGULAR	MALO	OBSERVACIO
1	Instalación (Sitio de Ubicación)	✓			
2	Señalización	✓			
3	Estado de la Camilla	✓			
4	Correas de Seguridad	✓			
5	Sujetadores para Cargue	✓			

Nombre quien realizó la Inspección: Jessica Ramirez.	**VoBo Coordinador SST** Jessica Ramirez.
Cargo y Firma: Residente Ambiental y SST.	

Scanned with CamScanner

INSPECCIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

BOGOTÁ

Proyecto/Área: Contrato 622/2024. Fecha: 10 Marzo / 2025.

Responsable Inspección: Jessica Ramirez. Cargo: Residente Ambiental y SST.

NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	CARGO	ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)	ESTADO			USO			PLAN DE ACCIÓN			
				C	N.C	N.A	C	N.C	N.A	ACCION PROPUESTA	FECHA PROPUESTA	FECHA EJECUCIÓN	RESPONSABLE
Carlos Torres	1141869	Oficial	Casco	✓			✓						
			Gafas	✓			✓						
			Guantes	✓			✓						
			Tapa oidos	✓			✓						
			Botas.	✓			✓						
Mª Fernanda Pinz	1000851582	Coordinadora de	Casco	✓			✓						
		Trafico.	Gafas.	✓			✓						
			Guantes	✓			✓						
			Botas	✓			✓						
Eddi Bustamante	11933970	Ayudante de	Casco.	✓			✓						
		obra.	Gafas	✓			✓						
			Guantes	✓			✓						
			Botas	✓			✓						
Jose Martinez	1023934551	Oficial	Casco	✓			✓						
			Gafas	✓			✓						
			Guantes	✓			✓						
			Botas.	✓			✓						

Conclusiones y Recomendaciones: El personal cumple con todos los elementos de protección personal.

Firma Responsable de inspección: Jessica Ramirez.

E.P.P. = Elemento de Protección Personal
C= Cumple - N.C= No Cumple - N.A. = No aplica

Scanned with CamScanner

INSPECCIÓN DE EXTINTORES

Inspección realizada por: Jessica Ramirez. | Cargo: Residente Ambiental y SST. | Fecha de inspección: 15 Marzo / 2025. | Proyecto o lugar: 622/24.

N° del Extintor	Lugar donde se encuentra Ubicado el Extintor	Agente Extintor	Capacidad	Fecha Última Recarga		Señalización / Demarcación		CONDICIONES EXTINTOR																	
								Manómetro cargado		Manguera		Boquilla		Soporte		Cilindro		Pintura		Carga		Etiquetas		Ubicación Visible	
				Mes	Año	Conforme	No conforme	Conforme	No conforme	Conforme	No conforme	Conforme	No conforme	Conforme	No conforme	Conforme	No conforme	Conforme	No conforme	Conforme	No conforme	Conforme	No conforme	Conforme	No conforme
1.	Nuevo Peru.	ABC.	40 lb	03	25	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	

Observaciones:

Acciones propuestas:

Fecha de realización: 15/03/2025

Nombre de quien realiza la inspección: Jessica Ramirez

Firma de quien realiza la inspección:

Cargo: Res. Amb y SST.

Scanned with CamScanner

INSPECCIÓN DE ORDEN Y ASEO

Proyecto o Lugar: 622 del 2024. **Fecha:** 09/Marzo/2025.

Inspección realizada por: Jessica Ramirez. **Cargo:** Residente SSTMS.

Este formato debe diligenciarse mensualmente por parte del Coordinación SIG, Residente de Obra, Residente SST, Supervisor SST, Inspector SST.

No	DESCRIPCIÓN	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
1	Los productos y materias primas están bien apilados y ordenados en forma adecuada.	✓			
2	Se tiene un programa de reciclaje y protección del medio ambiente.	✓			
3	Los sitios para el almacenamiento de residuos están ordenados.	✓			
4	Los resguardos que hay en la maquinaria están debidamente empotrados.	✓			
5	Los recipientes donde se recolecta la basura son adecuados en tamaño y número.	✓			
6	Los pisos tienen superficies seguras y adecuadas para el trabajo.	✓			
7	Los pisos están limpios, secos, sin desperdicios y libres de obstáculos.			✓	El espacio público se encuentra limpio, el de intervención NO.
8	Los pasillos y áreas de trabajo están debidamente señalizados y demarcados.	✓			
9	Los extintores están debidamente señalizados, y libre de obstrucciones.	✓			
10	Los baños están debidamente dotados y está en condiciones de uso.	✓			
11	Los materiales (hierro, madera, escombro, excavación entre otros)están separados y ordenados.	✓			
12	Las herramientas y equipos se encuentran limpios y en buen estado	✓			
13	Las áreas de almacenamiento están señalizadas.	✓			
14	Se cuenta con un espacio específico para el almacenamiento de herramientas y equipos.	✓			
15	Existen vías de circulación y están demarcadas.	✓			
16	Existen normas de seguridad en el lugar y se están aplicando.	✓			
17	Existen las hojas de seguridad de los productos químicos. (están todas).	✓			
18	Debajo de los espacios de los puestos de trabajo hay espacio para el estiramiento de piernas.			✓	El trabajo esta establecido fuera de oficina.
19	La iluminación, ventilación general del área de trabajo es suficiente.	✓			
20	El área se encuentra libre de caída de objetos.	✓			
21	Se cuenta con un espacio para guardar la ropa y elementos de protección personal.	✓			
22	Los productos inflamables se almacenan en áreas restringidas.	✓			
23	Los puestos de trabajo se encuentran limpios y libres de objetos que no se utilizan.			✓	El trabajo es en campo y no hay puestos de trabajo asignados

SEGUIMIENTO		
ACCIÓN	FECHA	RESPONSABLE
Firma de quien realiza la inspección :	Jessica Ramirez.	

Scanned with CamScanner

CONSORCIO DC 2025	**ACTA DE NOMBRAMIENTO VIGIA OCUPACIONAL**	**CONSORCIO DC 20225** **Contrato de obra No: 622 DE 2024**
	"EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/ O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA Y ESPACIO PÚBLICO ASOCIADO EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C."	

ACTA DE NOMBRAMIENTO DEL VIGIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

En cumplimiento a lo establecido en el Decreto 1072 del 2015, la Resolución 2013 de 1986, "P*or la cual se reglamenta la organización y funcionamiento de los Comités de Medicina, Higiene y Seguridad Industrial en los lugares de trabajo"* se designa como Vigía en Seguridad y Salud en el Trabajo en calidad de principal a KATHERINE GUAYACAN como Vigía Principal y a sí mismo RAFAEL EDUARDO ALZATE MORENO, se designa como Vigía suplente.

En virtud a lo anterior, los referidos actuaran como vigía principal y como vigía suplente por el termino de 2 años de conformidad con el Decreto 1295 de 1994, periodo durante el cual el empleador se obliga a brindar 4 horas semanales dentro de la jornada normal para que estos realicen sus respectivas funciones.

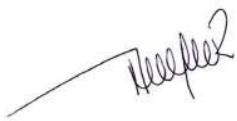
Para constancia de lo anterior se firma a los días 01 del mes de MARZO de 2025.

Vigía Principal



Cargo: RESDIDENTE SOCIAL
CC: 1.000.726.045

Vigía suplente



Cargo: DIRECTOR DE OBRA
CC: 7.176.318

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	901779479-6	CONSTRUCTORA INGTECH SAS	CRA 88 NO 21 75 CASA 187	9238628	constructoraingtech@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					10	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-02	E	26/03/2025	85232495	$2.776.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	110.200	0		0		0	7	500	0	110.700	4
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	57.000	0		0		0	7	300	0	57.300	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	11.400	0		0		0	7	100	0	11.500	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	114.000	0		0		0	7	500	0	114.500	2
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	64.600	0		0		0	7	300	0	64.900	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	501.200	0	0	0	0	7	2.200	0	503.400	3
230301	Porvenir	800224808-8	668.300	0	0	0	0	7	3.000	0	671.300	5
231001	Colfondos	800227940-6	227.800	0	0	0	0	7	1.000	0	228.800	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	30.400	0	0	0	0	7	200	0	30.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	621.400				621.400	7	2.800	624.200			6.214	624.200	10

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	357.200	7	1.600	358.800	10

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	901779479-6	CONSTRUCTORA INGTECH SAS		CRA 88 NO 21 75 CASA 187	9238628	constructoraingtech@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					10	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-02	E	26/03/2025	85232495	$2.776.000	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	7	0	0	0
ICBF				
0	7	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	5	357.200	358.900
Pensión	4	1.427.700	1.434.100
Riesgos Laborales	1	621.400	624.200
CCF	1	357.200	358.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	11	2.763.500	2.776.000

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901779479-6	CONSTRUCTORA INGTECH SAS		CRA 88 NO 21 75 CASA 187	9238628	constructoraingtech@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					10	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-02	E	26/03/2025	85232495	$2.776.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1010062706	AÑEZ RAMOS GUSTAVO ADOLFO	1	0			S																	231001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	57.000	14-23	1.423.500	5	99.100	CCF22	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
2	CC	1023934551	MARTINEZ CASTRO JOSE EDUARDO	1	0			S	X																230301	284.700	45.600	0	0	0	0	EPS002	284.700	11.400	14-23	284.700	5	19.900	CCF22	284.700	11.400	0	0	0	0	0
3	CC	1049935853	FERNANDEZ MURILLO LUIS DAVID	1	0			S	X																230201	284.700	45.600	0	0	0	0	EPS010	284.700	11.400	14-23	284.700	5	19.900	CCF22	284.700	11.400	0	0	0	0	0
4	CC	1069230388	DIMATE ALFONSO JAISON ESNEIDER	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	57.000	14-23	1.423.500	5	99.100	CCF22	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
5	CC	1119837197	ROJAS AÑEZ SILVIO DANIEL	1	0			S	X																230301	189.800	30.400	0	0	0	0	EPS037	189.800	7.600	14-23	189.800	5	13.300	CCF22	189.800	7.600	0	0	0	0	0
6	CC	15621773	GARCES MORELO WALTER	1	0			S																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	57.000	14-23	1.423.500	5	99.100	CCF22	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
7	CC	17343272	PINZON CARDOZO JESUS ALBERTO	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	57.000	14-23	1.423.500	5	99.100	CCF22	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
8	CC	4255489	VEGA CALDERON VICENTE	1	0			S	X																25-14	189.800	30.400	0	0	0	0	EPS002	189.800	7.600	14-23	189.800	5	13.300	CCF22	189.800	7.600	0	0	0	0	0
9	CC	80472569	LONDOÑO BELTRAN BALTAZAR	1	0			S	X																230301	854.100	136.700	0	0	0	0	EPS002	854.100	34.200	14-23	854.100	5	59.500	CCF22	854.100	34.200	0	0	0	0	0
10	CC	85469107	NAVARRO CHAVEZ EDGAR ALFONSO	1	0			S																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	57.000	14-23	1.423.500	5	99.100	CCF22	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1013606685	JESSICA LORENA RAMIREZ BENAVIDES	Cra 80D No. 7B-83 Torre 1 apto 110	3112447605	jlorenita.ramirez@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-02	I	26/03/2025	84817674	$467.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	200.000	0		0		0	6	800	0	200.800	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	256.000	0	0	0	0	6	1.000	0	257.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

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

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	9.600	6	100	9.700	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	6	0	0	0
ICBF				
0	6	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	200.000	200.800
Pensión	1	256.000	257.000
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	1	9.600	9.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	465.600	467.500

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	**NÚMERO**	**NOMBRE APORTANTE**	**DIRECCIÓN**	**TELÉFONO**	**CORREO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
CC	1013606685	JESSICA LORENA RAMIREZ BENAVIDES	Cra 80D No. 7B-83 Torre 1 apto 110	3112447605	jlorenita.ramirez@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL** / **CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	**FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)**	**TIPO PLANILLA**	**FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)**	**NÚMERO PLANILLA**	**CANTIDAD**	
					EMPLEADOS	**UPC**
					1	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2025-02	2025-02	I	26/03/2025	84817674	$467.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	**Tipo**	**No. de Identificación**	**Apellidos y Nombres**	**Cotizante**	**Subtipo**	**Extranjero**	**Colom. exterior**	**Estornado**	**ING**	**RET**	**TDE**	**TAE**	**TDP**	**TAP**	**VSP**	**VST**	**SLN**	**IGE**	**LMA**	**VAC**	**AVP**	**VCT**	**IRL**	**CORRECCIÓN**	**Cód. AFP**	**IBC AFP**	**Cotización**	**Voluntario Afiliado**	**Voluntario Aportante**	**Fondo pensional de solidaridad**	**Fondo pensional de subsistencia**	**Cód. EPS**	**IBC EPS**	**Cotización / Valor UPC**	**Cód. ARL**	**IBC ARL**	**Clase de Riesgo**	**Cotización**	**Código CCF**	**IBC CCF**	**Aporte CCF**	**IBC otros parafiscales**	**Aporte SENA**	**Aporte ICBF**	**Aporte ESAP**	**Aporte MEN**
1	CC	1013606685	RAMIREZ BENAVIDES JESSICA LORENA	3	0			N																	230301	1.600.000	256.000	0	0	0	0	EPS008	1.600.000	200.000		0		0	CCF24	1.600.000	9.600	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53030000	LEIDY CONSTANZA ACOSTA RODRIGUEZ	Cll 63D 70 D 17	0000000	lcacostarodriguez2019@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
85234619	26/03/2025				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-03	N	31/03/2025	85388286	$41.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-8	Seguros Vida Aurora	860022137-5	41.000				41.000	0	0	41.000			410	41.000	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	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	0	0	0
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	41.000	41.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	41.000	41.000

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53030000	LEIDY CONSTANZA ACOSTA RODRIGUEZ	Cll 63D 70 D 17	0000000	lcacostarodriguez2019@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
85234619	26/03/2025				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-03	N	31/03/2025	85388286	$41.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Economiado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	53030000	ACOSTA RODRIGUEZ LEIDY CONSTANZA	59	0			N																	230201	3.920.000	627.200	0	0	0	0	EPS008	3.920.000	490.000	14-8	3.920.000	2	41.000		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
CC	53030000	LEIDY CONSTANZA ACOSTA RODRIGUEZ	Cll 63D 70 D 17	0000000	lcacostarodriguez2019@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-03	I	20/03/2025	84944569	$405.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN

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

TOTALES RIESGOS LABORALES

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

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

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

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	**NÚMERO**	**NOMBRE APORTANTE**	**DIRECCIÓN**	**TELÉFONO**	**CORREO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
CC	53030000	LEIDY CONSTANZA ACOSTA RODRIGUEZ	Cll 63D 70 D 17	0000000	lcacostarodriguez2019@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL** / **CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	**FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)**	**TIPO PLANILLA**	**FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)**	**NÚMERO PLANILLA**	**CANTIDAD**	
					EMPLEADOS	**UPC**
					1	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2025-03	2025-03	I	20/03/2025	84944569	$405.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	**Tipo**	**No. de Identificación**	**Apellidos y Nombres**	**Cotizante**	**Subtipo**	**Extranjero**	**Colom. exterior**	**Estornado**	**ING**	**RET**	**TDE**	**TAE**	**TDP**	**TAP**	**VSP**	**VST**	**SLN**	**IGE**	**LMA**	**VAC**	**AVP**	**VCT**	**IRL**	**CORRECCIÓN**	**Cód. AFP**	**IBC AFP**	**Cotización**	**Voluntario Afiliado**	**Voluntario Aportante**	**Fondo pensional de solidaridad**	**Fondo pensional de subsistencia**	**Cód. EPS**	**IBC EPS**	**Cotización / Valor UPC**	**Cód. ARL**	**IBC ARL**	**Clase de Riesgo**	**Cotización**	**Código CCF**	**IBC CCF**	**Aporte CCF**	**IBC otros parafiscales**	**Aporte SENA**	**Aporte ICBF**	**Aporte ESAP**	**Aporte MEN**
1	CC	53030000	ACOSTA RODRIGUEZ LEIDY CONSTANZA	3	0			N																		230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000		0		0		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53030000	LEIDY CONSTANZA ACOSTA RODRIGUEZ	Cll 63D 70 D 17	0000000	lcacostarodriguez2019@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-03	I	20/03/2025	84944569	$405.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN

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

TOTALES RIESGOS LABORALES

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

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

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

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	**NÚMERO**	**NOMBRE APORTANTE**	**DIRECCIÓN**	**TELÉFONO**	**CORREO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
CC	53030000	LEIDY CONSTANZA ACOSTA RODRIGUEZ	Cll 63D 70 D 17	0000000	lcacostarodriguez2019@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL** / **CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	**FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)**	**TIPO PLANILLA**	**FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)**	**NÚMERO PLANILLA**	**CANTIDAD**	
					EMPLEADOS	**UPC**
					1	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2025-03	2025-03	I	20/03/2025	84944569	$405.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	**Tipo**	**No. de Identificación**	**Apellidos y Nombres**	**Cotizante**	**Subtipo**	**Extranjero**	**Colom. exterior**	**Estornado**	**ING**	**RET**	**TDE**	**TAE**	**TDP**	**TAP**	**VSP**	**VST**	**SLN**	**IGE**	**LMA**	**VAC**	**AVP**	**VCT**	**IRL**	**CORRECCIÓN**	**Cód. AFP**	**IBC AFP**	**Cotización**	**Voluntario Afiliado**	**Voluntario Aportante**	**Fondo pensional de solidaridad**	**Fondo pensional de subsistencia**	**Cód. EPS**	**IBC EPS**	**Cotización / Valor UPC**	**Cód. ARL**	**IBC ARL**	**Clase de Riesgo**	**Cotización**	**Código CCF**	**IBC CCF**	**Aporte CCF**	**IBC otros parafiscales**	**Aporte SENA**	**Aporte ICBF**	**Aporte ESAP**	**Aporte MEN**
1	CC	53030000	ACOSTA RODRIGUEZ LEIDY CONSTANZA	3	0			N																		230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000		0		0		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

BANCO GNB SUDAMERIS

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	72005111
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		MARTIN ALEJANDRO RESTREPO ATUESTA	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 82 # 25G - 60 EDIFICIO VIVA	TELÉFONO:	8142758
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7965142848**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2025	SALUD:	AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/04/02	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1382343795

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002297390	230201	230201- PROTECCION	1	$ 320.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 320.000**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8000887022	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 250.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 250.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 10.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 10.500**

VALOR SIN MORA:	**$ 580.500**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 580.500**

Planilla Pagada

aportes en línea

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901893060	1	CONSORCIO DC 2025	A - 200 O MAS COTIZANTES	RAFAEL ALZATE	CALLE 19 # 43G - 80	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3150013218	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1383439990	9484034040	Y	2025/04/14	2025/04/03	BANCOLOMBIA	0	$396,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO									NOVEDADES																														
No.	Tipo id	No id	Nombre	Tipo Cotizante	Horas Laboradas	Extranjero	Temp. Ext.	Fecha Radicación en el Exterior	ing	Fecha ing	ret	Fecha ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	Fecha Inicio vsp	cor	vst	sln	Fecha Inicio sln	Fecha Fin sln	ige	Fecha Inicio ige	Fecha Fin ige	lma	Fecha Inicio lma	Fecha Fin lma	vac-lr	Fecha Inicio vac-lr	Fecha Fin vac-lr	avp	vc
1	CC	53030000	ACOSTA RODRIGUEZ LEIDY CONSTANZA	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	0	No	No																												
2	CC	7176318	ALZATE MORENO RAFAEL EDUARDO	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	0	No	No																												
3	CC	1013606685	RAMIREZ BENAVIDES JESSICA LORENA	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	0	No	No				X	2025/03/30																						
4	CC	72005111	RESTREPO ATUESTA MARTIN ALEJANDRO	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	0	No	No																												
Total		**Afiliados(4)**																																	

2025/04/03 08:11 a.m.

							SALARIO			PENSION														SALUD					
:t	Fecha Inicio vct	Fecha Fin vct	irl	Fecha Inicio irl	Fecha Fin irl	vip	Valor	Integral	Tipo de Salario	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Tarifa Alto Riesgo Pensión	Valor Cotización	Cotización Voluntaria Empleador	Cotización Voluntaria Afiliado	Fondo Solidaridad Pensional	Fondo Subsistencia	Valor No retenido	Total	AFP Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Valor UPC
							$ 1.423.500	No			0	$ 0	0%	SIN RIESGO	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0			0	$ 0	0%	$ 0	$
							$ 1.423.500	No			0	$ 0	0%	SIN RIESGO	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0			0	$ 0	0%	$ 0	$
							$ 1.423.500	No			0	$ 0	0%	SIN RIESGO	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0			0	$ 0	0%	$ 0	$
							$ 1.423.500	No			0	$ 0	0%	SIN RIESGO	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0			0	$ 0	0%	$ 0	$
																					$ 0						$ 0	

			CCF					RIESGOS						PARAFISCALES										
	Total	EPS Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Clase Riesgo	Valor Cotización	Días	IBC	Tarifa SENA	Valor Cotización SENA	Tarifa ICBF	Valor Cotización ICBF	Tarifa ESAP	Valor Cotización ESAP	Tarifa MEN	Valor Cotización MEN	Exonerado SENA e ICBF
0	$ 0			0	$ 0	0%	$ 0	COLPATRIA ARP	30	$ 1.423.500	6,96%	5	$ 99.100	0	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	No
0	$ 0			0	$ 0	0%	$ 0	COLPATRIA ARP	30	$ 1.423.500	6,96%	5	$ 99.100	0	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	No
0	$ 0			0	$ 0	0%	$ 0	COLPATRIA ARP	30	$ 1.423.500	6,96%	5	$ 99.100	0	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	No
0	$ 0			0	$ 0	0%	$ 0	COLPATRIA ARP	30	$ 1.423.500	6,96%	5	$ 99.100	0	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	No
	$ 0						$ 0						$ 396.400				$ 0		$ 0		$ 0		$ 0	

aportes en línea

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901893060	1	CONSORCIO DC 2025	A - 200 O MAS COTIZANTES	RAFAEL ALZATE	CALLE 19 # 43G - 80	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3150013218	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1383439990	9484034040	Y	2025/04/14	2025/04/03	BANCOLOMBIA	0	$396,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$396,400	$0	$0	$396,400
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	4	$396,400	$0	$0	$396,400
TOTAL				4	$396,400	$0	$0	$396,400

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	7176318
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			RAFAEL EDUARDO ALZATE MORENO
CIUDAD/MUNICIPIO:	TUNJA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CRA 11 N° 24-22	TELÉFONO:	7404987
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Construcción de otras obras de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7962909528**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	marzo	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	marzo
	AÑO:	2025		AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/04/02	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1382618737

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 320.000
SUBTOTAL:			1	**$ 320.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 250.000
SUBTOTAL:			1	**$ 250.000**

TOTAL PAGADO:	**$ 570.000**

Planilla Pagada

CONSORCIO DC 2025

NIT: 9 0 1 8 9 3 0 6 0 – 1

CERTIFICACION PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES LEGALES

ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002

MIRYAM PATRICIA ALBA ACEVEDO identificada con cedula de ciudadanía No. 40.031.136, y con Tarjeta Profesional No. 67193-T de la Junta Central de Contadores de Colombia, en mi condición de Contadora de CONSORCIO DC 2025 identificada con NIT 901.893.060-1, luego de examinar de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, los estados financieros de la compañía, bajo la gravedad de juramento, certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar y al Fondo Nacional de Formación Profesional para la Industria de Construcción (artículo 65 Ley 1819 de 2016 y articulo 3 Decreto 1047 de 1983) correspondientes al mes de Febrero, a la fecha de la suscripción del presente documento. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Conforme el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016, bajo la gravedad de juramento, manifiesto que CONSORCIO DC 2025 se encuentra exonerado del pago de los aportes parafiscales a favor del Servicio Nacional del Aprendizaje (SENA), del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y las cotizaciones al Régimen Contributivo de Salud, las sociedades y personas jurídicas y asimiladas contribuyentes declarantes del impuesto sobre la renta y complementarios, correspondientes a los trabajadores que devenguen, individualmente considerados, menos de diez (10) salarios mínimos mensuales legales vigentes.

La presente certificación corresponde al personal registrado en el formato BASE DE DATOS o el que lo modifique o sustituya, en el informe mensual No. 03 correspondiente al periodo del 01 al 31 de marzo del 2025.

En constancia, se firma en Bogotá, a los 02 días del mes de abril de 2025



MIRYAM PATRICIA ALBA ACEVEDO

C.C. 40.031.136 T.P. 67193-T

Calle 19 #43G-80 Apartamento 812 Medellín - Antioquia Celular: 3123799155

E-mail: consorciodc2025@gmail.com

FORMATO

PREOPERACIONALES MAQUINARIA PESADA EQUIPOS

código	proceso	versión
FO-AC-45	Prácticas Integrales de Gestión	2

MARCA	JHON DEERE	**MODELO**	320E	**AÑO**	2015	**REFERENCIA**	MIO23223	**SERIAL**	11032DEATFG2778848
TIPO DE EQUIPO		**MINICARGADOR**		***CERTIFICADO INSPECCION DEL EQUIPO**		**VENCE**			
No. IDENTIFICACIÓN	N/A	**CAPACIDAD**	0	**MANIFIESTO DE IMPORTACIÓN**			872015000189942		
***PRCE**		**VENCE**		***CERTIFICADO OPERADOR**	1637177	**VENCE**	31/07/2026		
PERIODO EVALUADO	3/03/2025	**AL**	9/03/2025						
CONTRATO N°	622	**DE**	2024						

FOTOGRAFÍAS



SISTEMA DE LA MAQUINA	ITEM DE REVISION	N/A	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
			BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL
ELECTRICO / TABLERO DE CONTROL	Funcionamiento y aspecto de la batería, bornes y cables		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Indicador de temperatura		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Indicador de aceite		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Indicador de batería		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	indicador de refrigerante		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	indicador de combustible		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	indicador de filtro de aire		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Horometro		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
LUCES	*Frontales de trabajo		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Traseras de trabajo (Reflector)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Señales de giro (derecha, izquierda)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Baliza		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
HIDRAULICO	*Nivel de aceite del motor (verificar fugas)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Nivel de aceite en la transmisión (verificar fugas)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Nivel del sistema hidráulico (verificar fugas)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Nivel del liquido de refrigerante del sistema de enfriamiento (verificar fugas)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Mangueras, tubos , conexiones y racores (verificar fugas)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
GENERAL	*Espejo central convexo		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Espejos laterales		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Alarma de retroceso		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Pito		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	* Freno de servicio		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	* Freno de estacionamiento		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Cinturones de seguridad		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Vidrio Panorámico		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Kit para Derrames		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Extintor de incendios Capacidad: 30LB PQS		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Cabina antivuelco (R.O.P.S)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Asiento		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Escaleras y apoyos de acceso		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Llantas buen estado (sin cortaduras profundas y sin abultamientos)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Presión de aire de las llantas		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
MECÁNICO	* Servotransmisión		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	* Dirección		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Estado de pasadores		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Estado y tensión de las correas	N/A														
	Estado de pedales	N/A														
	Estado de Orugas (tensionadas)	N/A														
	Mecanismo de giro y escualización cuchillas	N/A														
	Estado de las Hojas de empuje o Nivelación	N/A														
	Mecanismo de giro (Tornameza)	N/A														
	*Bomba Hidráulica	N/A														
	Corona de tornameza en buen estado	N/A														
	*Mandos de avance	N/A														
	* Mando de estacionamiento	N/A														
	Estado general desgarrador (balde)	N/A														
	*Mandos de levante del brazo	N/A														
	Estado de filtro de aire	N/A														
	Estado de filtro de combustible	N/A														
	Pasadores y tornillos en buen estado	N/A														
	* Estado de cilindro (amortiguadores)	N/A														
	* Resguardos	N/A														
	Anclajes de contrapeso	N/A														
	Guardas	N/A														
	Estado del bastidor	N/A														
	Ruidos extraños en el motor	N/A														
	*Motor sin grietas	N/A														
	Exosto (Humo de escape)	N/A														
			HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL
SEGUIMIENTO DIARIO			9120	9124	9124	9128	9128	9130	9130	9134	9134	9138	9138	9142		
OBSERVACIONES																
OPERADOR		Nombre	SAMUEL GARCIA		SAMUEL GARCIA		SAMUEL GARCIA		SAMUEL GARCIA		SAMUEL GARCIA		SAMUEL GARCIA			
		Firma														
AUTORIZACIÓN PARA USO DE MÁQUINA POR ING. RESIDENTE TÉCNICO/INSPECTOR INTERVENTORÍA		Nombre														
		Firma														

NOTAS

TIPO: Conjunto de características que definen la función de la Máquina.
REFERENCIA: Clasificación según la capacidad o especificaciones dados por la Marca o Fabricante de la Maquinaria.
No. IDENTIFICACIÓN: Identificación exterior empleada por las Máquinas, vinculadas al Proyecto.
MODELO: Año de fabricación de la Máquina.
CAPACIDAD: Capacidad estimada en No. de pasajeros o carga a ser transportada.
N/A: No aplica

El incumplimiento de cualquiera de los ítems (*) inhabilita la máquina para operar.
Para el resto de los ítems que se encuentren seleccionados en la opción (mal), se deberá reportar las observaciones encontradas al Ingeniero Residente Técnico/inspector de la Obra, para que estos le comuniquen al Ing. Mecánico de Obra o responsable de la maquinaria y/o equipos; y éste determine las acciones a seguir de acuerdo con el programa de mantenimiento.

CONSTANCIA DE VERIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN

Con el presente registro de Ingreso preoperacional de maquinaria, se da constancia que la máquina es aceptada para ingresar al Proyecto, cumple a satisfacción cada uno de los ítem evaluados.

(Firma) Autoimcon

(Nombre)
Responsable de la Maquinaria y Equipos del Contratista

Vo. Bo. Samuel Garcia

(Nombre)
Responsable de la Maquinaria y Equipos de la Interventoría

Original: Dependencia responsable del contrato
1era copia : interventor
2da copia : contratista

FORMATO

PREOPERACIONALES MAQUINARIA PESADA EQUIPOS

código	proceso	versión
FO-AC-45	Prácticas Integrales de Gestión	2

BOGOTÁ

MARCA	JHON DEERE	**MODELO**	320E	**AÑO**	2015	**REFERENCIA**	MIO23223	**SERIAL**	11032DEATFG2778848
TIPO DE EQUIPO		**MINICARGADOR**		***CERTIFICADO INSPECCION DEL EQUIPO**		**VENCE**	
No. IDENTIFICACIÓN	N/A	**CAPACIDAD**	0	**MANIFIESTO DE IMPORTACIÓN**		872015000189942	
***PRCE**		**VENCE**		***CERTIFICADO OPERADOR**	1637177	**VENCE**	31/07/2026
PERIODO EVALUADO	10/03/2025	**AL**	16/03/2025				
CONTRATO N°	622	**DE**	2024				

FOTOGRAFÍAS



SISTEMA DE LA MAQUINA	ITEM DE REVISION	N/A	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
			BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL
ELECTRICO / TABLERO DE CONTROL	Funcionamiento y aspecto de la batería, bornes y cables		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Indicador de temperatura		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Indicador de aceite		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Indicador de batería		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	indicador de refrigerante		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	indicador de combustible		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	indicador de filtro de aire		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Horometro		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
LUCES	*Frontales de trabajo		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Traseras de trabajo (Reflector)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Señales de giro (derecha, izquierda)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Baliza		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
HIDRAULICO	*Nivel de aceite del motor (verificar fugas)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Nivel de aceite en la transmisión (verificar fugas)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Nivel del sistema hidráulico (verificar fugas)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Nivel del liquido de refrigerante del sistema de enfriamiento (verificar fugas)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Mangueras, tubos , conexiones y racores (verificar fugas)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
GENERAL	*Espejo central convexo		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Espejos laterales		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Alarma de retroceso		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Pito		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	* Freno de servicio		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	* Freno de estacionamiento		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Cinturones de seguridad		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Vidrio Panorámico		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Kit para Derrames		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Extintor de incendios Capacidad: 30LB PQS		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Cabina antivuelco (R.O.P.S)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Asiento		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Escaleras y apoyos de acceso		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Llantas buen estado (sin cortaduras profundas y sin abultamientos)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Presión de aire de las llantas		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
MECÁNICO	* Servotransmisión		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	* Dirección		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Estado de pasadores		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Estado y tensión de las correas	N/A														
	Estado de pedales	N/A														
	Estado de Orugas (tensionadas)	N/A														
	Mecanismo de giro y escualización cuchillas	N/A														
	Estado de las Hojas de empuje o Nivelación	N/A														
	Mecanismo de giro (Tornameza)	N/A														
	*Bomba Hidráulica	N/A														
	Corona de tornameza en buen estado	N/A														
	*Mandos de avance	N/A														
	* Mando de estacionamiento	N/A														
	Estado general desgarrador (balde)	N/A														
	*Mandos de levante del brazo	N/A														
	Estado de filtro de aire	N/A														
	Estado de filtro de combustible	N/A														
	Pasadores y tornillos en buen estado	N/A														
	* Estado de cilindro (amortiguadores)	N/A														
	* Resguardos	N/A														
	Anclajes de contrapeso	N/A														
	Guardas	N/A														
	Estado del bastidor	N/A														
	Ruidos extraños en el motor	N/A														
	*Motor sin grietas	N/A														
	Exosto (Humo de escape)	N/A														
			HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL
SEGUIMIENTO DIARIO			9142	9146	9146	9150	9154	9158	9158	9162	9162	9166	9170	9174		
OBSERVACIONES																
OPERADOR		Nombre	SAMUEL GARCIA		SAMUEL GARCIA		SAMUEL GARCIA		SAMUEL GARCIA		SAMUEL GARCIA		SAMUEL GARCIA			
		Firma														
AUTORIZACIÓN PARA USO DE MÁQUINA POR ING. RESIDENTE TÉCNICO/INSPECTOR INTERVENTORÍA		Nombre														
		Firma														

NOTAS

TIPO: Conjunto de características que definen la función de la Máquina.
REFERENCIA: Clasificación según la capacidad o especificaciones dados por la Marca o Fabricante de la Maquinaria.
No. IDENTIFICACIÓN: Identificación exterior empleada por las Máquinas, vinculadas al Proyecto.
MODELO: Año de fabricación de la Máquina.
CAPACIDAD: Capacidad estimada en No. de pasajeros o carga a ser transportada.
N/A: No aplica

El incumplimiento de cualquiera de los ítems (*) inhabilita la máquina para operar.
Para el resto de los ítems que se encuentren seleccionados en la opción (mal), se deberá reportar las observaciones encontradas al Ingeniero Residente Técnico/inspector de la Obra, para que estos le comuniquen al Ing. Mecánico de Obra o responsable de la maquinaria y/o equipos; y éste determine las acciones a seguir de acuerdo con el programa de mantenimiento.

CONSTANCIA DE VERIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN

Con el presente registro de Ingreso preoperacional de maquinaria, se da constancia que la máquina es aceptada para ingresar al Proyecto, cumple a satisfacción cada uno de los ítem evaluados.

(Firma) Autoimagen

(Nombre)
Responsable de la Maquinaria y Equipos del Contratista

Vo. Bo. Samuel Garcia

(Nombre)
Responsable de la Maquinaria y Equipos de la Interventoría

Original: Dependencia responsable del contrato
1era copia : interventor
2da copia : contratista

FORMATO

PREOPERACIONALES MAQUINARIA PESADA EQUIPOS

código	proceso	versión
FO-AC-45	Prácticas Integrales de Gestión	2

BOGOTÁ

MARCA	JHON DEERE	**MODELO**	320E	**AÑO**	2015	**REFERENCIA**	MIO23223	**SERIAL**	11032DEATFG2778848
TIPO DE EQUIPO		**MINICARGADOR**		***CERTIFICADO INSPECCION DEL EQUIPO**		**VENCE**	
No. IDENTIFICACIÓN	N/A	**CAPACIDAD**	0	**MANIFIESTO DE IMPORTACIÓN**		872015000189942	
***PRCE**		**VENCE**		***CERTIFICADO OPERADOR**	1637177	**VENCE**	31/07/2026
PERIODO EVALUADO	17/03/2025	**AL**	23/03/2025				
CONTRATO N°	622	**DE**	2024				

FOTOGRAFÍAS



SISTEMA DE LA MAQUINA	ITEM DE REVISION	N/A	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
			BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL
ELECTRICO / TABLERO DE CONTROL	Funcionamiento y aspecto de la batería, bornes y cables		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Indicador de temperatura		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Indicador de aceite		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Indicador de batería		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	indicador de refrigerante		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	indicador de combustible		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	indicador de filtro de aire		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Horometro		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
LUCES	*Frontales de trabajo		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Traseras de trabajo (Reflector)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Señales de giro (derecha, izquierda)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Baliza		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
HIDRAULICO	*Nivel de aceite del motor (verificar fugas)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Nivel de aceite en la transmisión (verificar fugas)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Nivel del sistema hidráulico (verificar fugas)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Nivel del liquido de refrigerante del sistema de enfriamiento (verificar fugas)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Mangueras, tubos , conexiones y racores (verificar fugas)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
GENERAL	*Espejo central convexo		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Espejos laterales		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Alarma de retroceso		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Pito		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	* Freno de servicio		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	* Freno de estacionamiento		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Cinturones de seguridad		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Vidrio Panorámico		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Kit para Derrames		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Extintor de incendios Capacidad: 30LB PQS		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Cabina antivuelco (R.O.P.S)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Asiento		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Escaleras y apoyos de acceso		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Llantas buen estado (sin cortaduras profundas y sin abultamientos)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Presión de aire de las llantas		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
MECÁNICO	* Servotransmisión		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	* Dirección		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Estado de pasadores		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Estado y tensión de las correas	N/A														
	Estado de pedales	N/A														
	Estado de Orugas (tensionadas)	N/A														
	Mecanismo de giro y escualización cuchillas	N/A														
	Estado de las Hojas de empuje o Nivelación	N/A														
	Mecanismo de giro (Tornameza)	N/A														
	*Bomba Hidráulica	N/A														
	Corona de tornameza en buen estado	N/A														
	*Mandos de avance	N/A														
	* Mando de estacionamiento	N/A														
	Estado general desgarrador (balde)	N/A														
	*Mandos de levante del brazo	N/A														
	Estado de filtro de aire	N/A														
	Estado de filtro de combustible	N/A														
	Pasadores y tornillos en buen estado	N/A														
	* Estado de cilindro (amortiguadores)	N/A														
	* Resguardos	N/A														
	Anclajes de contrapeso	N/A														
	Guardas	N/A														
	Estado del bastidor	N/A														
	Ruidos extraños en el motor	N/A														
	*Motor sin grietas	N/A														
	Exosto (Humo de escape)	N/A														
			HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL
SEGUIMIENTO DIARIO			9174	9178	9178	9182	9182	9186	9186	9190	9190	9194	9194	9196		
OBSERVACIONES																
OPERADOR		Nombre	SAMUEL GARCIA		SAMUEL GARCIA		SAMUEL GARCIA		SAMUEL GARCIA		SAMUEL GARCIA		SAMUEL GARCIA			
		Firma														
AUTORIZACIÓN PARA USO DE MÁQUINA POR ING. RESIDENTE TÉCNICO/INSPECTOR INTERVENTORÍA		Nombre														
		Firma														

NOTAS

TIPO: Conjunto de características que definen la función de la Máquina.
REFERENCIA: Clasificación según la capacidad o especificaciones dados por la Marca o Fabricante de la Maquinaria.
No. IDENTIFICACIÓN: Identificación exterior empleada por las Máquinas, vinculadas al Proyecto.
MODELO: Año de fabricación de la Máquina.
CAPACIDAD: Capacidad estimada en No. de pasajeros o carga a ser transportada.
N/A: No aplica

El incumplimiento de cualquiera de los ítems (*) inhabilita la máquina para operar.
Para el resto de los ítems que se encuentren seleccionados en la opción (mal), se deberá reportar las observaciones encontradas al Ingeniero Residente Técnico/inspector de la Obra, para que estos le comuniquen al Ing. Mecánico de Obra o responsable de la maquinaria y/o equipos; y éste determine las acciones a seguir de acuerdo con el programa de mantenimiento.

CONSTANCIA DE VERIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN

Con el presente registro de Ingreso preoperacional de maquinaria, se da constancia que la máquina es aceptada para ingresar al Proyecto, cumple a satisfacción cada uno de los ítem evaluados.

(Firma) Autorizacion

(Nombre)
Responsable de la Maquinaria y Equipos del Contratista

Vo. Bo. Samuel Garcia

(Nombre)
Responsable de la Maquinaria y Equipos de la Interventoría

Original: Dependencia responsable del contrato
1era copia : interventor
2da copia : contratista

FORMATO

PREOPERACIONALES MAQUINARIA PESADA EQUIPOS

código	proceso	versión
FO-AC-45	Prácticas Integrales de Gestión	2

MARCA	JHON DEERE	**MODELO**	320E	**AÑO**	2015	**REFERENCIA**	MIO23223	**SERIAL**	11032DEATFG2778848
TIPO DE EQUIPO		**MINICARGADOR**		***CERTIFICADO INSPECCION DEL EQUIPO**		**VENCE**	
No. IDENTIFICACIÓN	N/A	**CAPACIDAD**	0	**MANIFIESTO DE IMPORTACIÓN**			872015000189942
***PRCE**		**VENCE**		***CERTIFICADO OPERADOR**	1637177	**VENCE**	31/07/2026
PERIODO EVALUADO	24/03/2025	**AL**	30/03/2025				
CONTRATO N°	622	**DE**	2024				

FOTOGRAFÍAS



SISTEMA DE LA MAQUINA	ITEM DE REVISION	N/A	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
			BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL
ELECTRICO / TABLERO DE CONTROL	Funcionamiento y aspecto de la batería, bornes y cables		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Indicador de temperatura		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Indicador de aceite		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Indicador de batería		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	indicador de refrigerante		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	indicador de combustible		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	indicador de filtro de aire		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Horometro		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
LUCES	*Frontales de trabajo		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Traseras de trabajo (Reflector)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Señales de giro (derecha, izquierda)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Baliza		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
HIDRAULICO	*Nivel de aceite del motor (verificar fugas)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Nivel de aceite en la transmisión (verificar fugas)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Nivel del sistema hidráulico (verificar fugas)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Nivel del liquido de refrigerante del sistema de enfriamiento (verificar fugas)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Mangueras, tubos , conexiones y racores (verificar fugas)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
GENERAL	*Espejo central convexo		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Espejos laterales		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Alarma de retroceso		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Pito		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	* Freno de servicio		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	* Freno de estacionamiento		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Cinturones de seguridad		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Vidrio Panorámico		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Kit para Derrames		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Extintor de incendios Capacidad: 30LB PQS		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Cabina antivuelco (R.O.P.S)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Asiento		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Escaleras y apoyos de acceso		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Llantas buen estado (sin cortaduras profundas y sin abultamientos)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Presión de aire de las llantas		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
MECÁNICO	* Servotransmisión		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	* Dirección		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Estado de pasadores		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Estado y tensión de las correas	N/A														
	Estado de pedales	N/A														
	Estado de Orugas (tensionadas)	N/A														
	Mecanismo de giro y escualización cuchillas	N/A														
	Estado de las Hojas de empuje o Nivelación	N/A														
	Mecanismo de giro (Tornameza)	N/A														
	*Bomba Hidráulica	N/A														
	Corona de tornameza en buen estado	N/A														
	*Mandos de avance	N/A														
	* Mando de estacionamiento	N/A														
	Estado general desgarrador (balde)	N/A														
	*Mandos de levante del brazo	N/A														
	Estado de filtro de aire	N/A														
	Estado de filtro de combustible	N/A														
	Pasadores y tornillos en buen estado	N/A														
	* Estado de cilindro (amortiguadores)	N/A														
	* Resguardos	N/A														
	Anclajes de contrapeso	N/A														
	Guardas	N/A														
	Estado del bastidor	N/A														
	Ruidos extraños en el motor	N/A														
	*Motor sin grietas	N/A														
	Exosto (Humo de escape)	N/A														
			HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL
SEGUIMIENTO DIARIO			9196	9200	9200	9204	9204	9208	9208	9212	9212	9216	9216	9218		
OBSERVACIONES																
OPERADOR		Nombre	SAMUEL GARCIA		SAMUEL GARCIA		SAMUEL GARCIA		SAMUEL GARCIA		SAMUEL GARCIA		SAMUEL GARCIA			
		Firma														
AUTORIZACIÓN PARA USO DE MÁQUINA POR ING. RESIDENTE TÉCNICO/INSPECTOR INTERVENTORÍA		Nombre														
		Firma														

NOTAS

TIPO: Conjunto de características que definen la función de la Máquina.
REFERENCIA: Clasificación según la capacidad o especificaciones dados por la Marca o Fabricante de la Maquinaria.
No. IDENTIFICACIÓN: Identificación exterior empleada por las Máquinas, vinculadas al Proyecto.
MODELO: Año de fabricación de la Máquina.
CAPACIDAD: Capacidad estimada en No. de pasajeros o carga a ser transportada.
N/A: No aplica

El incumplimiento de cualquiera de los ítems (*) inhabilita la máquina para operar.
Para el resto de los ítems que se encuentren seleccionados en la opción (mal), se deberá reportar las observaciones encontradas al Ingeniero Residente Técnico/inspector de la Obra, para que estos le comuniquen al Ing. Mecánico de Obra o responsable de la maquinaria y/o equipos; y éste determine las acciones a seguir de acuerdo con el programa de mantenimiento.

CONSTANCIA DE VERIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN

Con el presente registro de Ingreso preoperacional de maquinaria, se da constancia que la máquina es aceptada para ingresar al Proyecto, cumple a satisfacción cada uno de los ítem evaluados.

(Firma) Autoforma

(Nombre)
Responsable de la Maquinaria y Equipos del Contratista

Vo. Bo. Samuel Garcia

(Nombre)
Responsable de la Maquinaria y Equipos de la Interventoría

Original: Dependencia responsable del contrato
1era copia : interventor
2da copia : contratista

FORMATO

PREOPERACIONALES MAQUINARIA PESADA EQUIPOS

CÓDIGO	PROCESO	VERSIÓN
FO-AC-45	Prácticas Integrales de Gestión	2

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

MARCA	E42	**MODELO**	BOBCAT	**AÑO**	2014	**REFERENCIA**	MC019128
SERIAL	AG3414239						
TIPO DE EQUIPO	RETROEXCAVADORA			***CERTIFICADO INSPECCION DEL EQUIPO**		**VENCE**	
No. IDENTIFICACIÓN	N/A	**CAPACIDAD**	0	**MANIFIESTO DE IMPORTACIÓN**	32014001585539		
***PRCE**		**VENCE**		***CERTIFICADO OPERADOR**	95121	**VENCE**	13/12/2025
PERIODO EVALUADO	3/03/2025	**AL**	9/03/2025				
CONTRATO N°	622	**DE**	2024				

FOTOGRAFÍAS



SISTEMA DE LA MAQUINA	ITEM DE REVISION	N/A	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
			BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL
ELECTRICO / TABLERO DE CONTRO	Funcionamiento y aspecto de la batería, bornes y cables		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Indicador de temperatura		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Indicador de aceite		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Indicador de batería		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	indicador de refrigerante		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	indicador de combustible		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	indicador de filtro de aire		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Horometro		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
LUCES	*Frontales de trabajo		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Traseras de trabajo (Reflector)	N/A														
	Señales de giro (derecha, izquierda)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Baliza		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
HIDRAULICO	*Nivel de aceite del motor (verificar fugas)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Nivel de aceite en la transmisión (verificar fugas)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Nivel del sistema hidráulico (verificar fugas)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Nivel del líquido de refrigerante del sistema de enfriamiento (verificar fugas)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Mangueras, tubos , conexiones y racores (verificar fugas)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
GENERAL	*Espejo central convexo	N/A														
	*Espejos laterales	N/A														
	*Alarma de retroceso	N/A														
	Pito		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	* Freno de servicio		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	* Freno de estacionamiento		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Cinturones de seguridad		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Vidrio Panorámico	N/A														
	*Kit para Derrames		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Extintor de incendios Capacidad: 20LB PQS		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Cabina antivuelco (R.O.P.S)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Asiento		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Escaleras y apoyos de acceso		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Llantas buen estado (sin cortaduras profundas y sin abultamientos)	N/A														
	Presión de aire de las llantas	N/A														
MECÁNICO	* Servotransmisión	N/A														
	* Dirección	N/A														
	Estado de pasadores		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Estado y tensión de las correas		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Estado de pedales		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Estado de Orugas (tensionadas)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Mecanismo de giro y escualización cuchillas		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Estado de las Hojas de empuje o Nivelación		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Mecanismo de giro (Tornameza)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Bomba Hidráulica		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Corona de tornameza en buen estado		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Mandos de avance		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	* Mando de estacionamiento		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Estado general desgarrador (balde)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Mandos de levante del brazo		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Estado de filtro de aire		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Estado de filtro de combustible		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Pasadores y tornillos en buen estado		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	* Estado de cilindro (amortiguadores)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	* Resguardos		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Anclajes de contrapeso		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Guardas		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Estado del bastidor		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Ruidos extraños en el motor		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Motor sin grietas		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Exosto (Humo de escape)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
			HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL
SEGUIMIENTO DIARIO			1110	1117	1117	1122	1122	1130	1130	1137	1137	1144	1144	1147		
OBSERVACIONES																
OPERADOR		**Nombre**	JAISON DIMATE		JAISON DIMATE		JAISON DIMATE		JAISON DIMATE		JAISON DIMATE		JAISON DIMATE		JAISON DIMATE	
		Firma														
AUTORIZACIÓN PARA USO DE MÁQUINA POR ING. RESIDENTE TÉCNICO/INSPECTOR INTERVENTORÍA		**Nombre**														
		Firma														

NOTAS

TIPO: Conjunto de características que definen la función de la Máquina.
REFERENCIA: Clasificación según la capacidad o especificaciones dados por la Marca o Fabricante de la Maquinaria.
No. IDENTIFICACIÓN: Identificación exterior empleada por las Máquinas, vinculadas al Proyecto.
MODELO: Año de fabricación de la Máquina.
CAPACIDAD: Capacidad estimada en No. de pasajeros o carga a ser transportada.
N/A: No aplica

El incumplimiento de cualquiera de los ítems (*) inhabilita la máquina para operar.
Para el resto de los ítems que se encuentren seleccionados en la opción (mal), se deberá reportar las observaciones encontradas al Ingeniero Residente Técnico/inspector de la Obra, para que estos le comuniquen al Ing. Mecánico de Obra o responsable de la maquinaria y/o equipos; y éste determine las acciones a seguir de acuerdo con el programa de mantenimiento.

CONSTANCIA DE VERIFICACION Y ACEPTACION

Con el presente registro de Ingreso preoperacional de maquinaría, se da constancia que la máquina es aceptada para ingresar al Proyecto, cumple a satisfacción cada uno de los ítem evaluados.

(Firma)

(Nombre)
Responsable de la Maquinaria y Equipos del Contratista

Vo. Bo.

(Nombre)
Responsable de la Maquinaria y Equipos de la Interventoria

Original: Dependencia responsable del contrato
1era copia : interventor
2da copia: contratista

FORMATO

PREOPERACIONALES MAQUINARIA PESADA EQUIPOS

código	proceso	versión
FO-AC-45	Prácticas Integrales de Gestión	2

MARCA	E42	**MODELO**	BOBCAT	**AÑO**	2014	**REFERENCIA**	MC019128	**SERIAL**	AG3414239
TIPO DE EQUIPO	RETROEXCAVADORA			***CERTIFICADO INSPECCION DEL EQUIPO**		**VENCE**	
No. IDENTIFICACIÓN	N/A	**CAPACIDAD**	0	**MANIFIESTO DE IMPORTACIÓN**			32014001585539		
***PRCE**		**VENCE**		***CERTIFICADO OPERADOR**	95121	**VENCE**	13/12/2025		
PERIODO EVALUADO	10/03/2025	**AL**	16/03/2025						
CONTRATO N°	622	**DE**	2024						

FOTOGRAFÍAS



SISTEMA DE LA MAQUINA	ITEM DE REVISION	N/A	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
			BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL
ELECTRICO Y TABLERO DE CONTROL	Funcionamiento y aspecto de la batería, bornes y cables		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Indicador de temperatura		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Indicador de aceite		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Indicador de batería		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	indicador de refrigerante		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	indicador de combustible		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	indicador de filtro de aire		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Horometro		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
LUCES	*Frontales de trabajo		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Traseras de trabajo (Reflector)	N/A														
	Señales de giro (derecha, izquierda)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Baliza		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
HIDRAULICO	*Nivel de aceite del motor (verificar fugas)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Nivel de aceite en la transmisión (verificar fugas)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Nivel del sistema hidráulico (verificar fugas)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Nivel del líquido de refrigerante del sistema de enfriamiento (verificar fugas)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Mangueras, tubos , conexiones y racores (verificar fugas)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
GENERAL	*Espejo central convexo	N/A														
	*Espejos laterales	N/A														
	*Alarma de retroceso	N/A														
	Pito		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	* Freno de servicio		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	* Freno de estacionamiento		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Cinturones de seguridad		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Vidrio Panorámico	N/A														
	*Kit para Derrames		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Extintor de incendios Capacidad: 20LB PQS		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Cabina antivuelco (R.O.P.S)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Asiento		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Escaleras y apoyos de acceso		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Llantas buen estado (sin cortaduras profundas y sin abultamientos)	N/A														
	Presión de aire de las llantas	N/A														
MECANICO	* Servotransmisión	N/A														
	* Dirección	N/A														
	Estado de pasadores		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Estado y tensión de las correas		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Estado de pedales		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Estado de Orugas (tensionadas)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Mecanismo de giro y escualización cuchillas		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Estado de las Hojas de empuje o Nivelación		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Mecanismo de giro (Tornameza)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Bomba Hidráulica		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Corona de tornameza en buen estado		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Mandos de avance		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	* Mando de estacionamiento		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Estado general desgarrador (balde)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Mandos de levante del brazo		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Estado de filtro de aire		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Estado de filtro de combustible		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Pasadores y tornillos en buen estado		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	* Estado de cilindro (amortiguadores)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	* Resguardos		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Anclajes de contrapeso		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Guardas		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Estado del bastidor		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Ruidos extraños en el motor		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Motor sin grietas		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Exosto (Humo de escape)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
			HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL
SEGUIMIENTO DIARIO			1147	1152	1152	1157	1157	1162	1162	1167	1167	1172	1172	1175		
OBSERVACIONES																
OPERADOR		**Nombre**	JAISON DIMATE		JAISON DIMATE		JAISON DIMATE		JAISON DIMATE		JAISON DIMATE		JAISON DIMATE		JAISON DIMATE	
		Firma														
AUTORIZACIÓN PARA USO DE MÁQUINA POR ING. RESIDENTE TÉCNICO/INSPECTOR INTERVENTORÍA		**Nombre**														
		Firma														

NOTAS

TIPO: Conjunto de características que definen la función de la Máquina.
REFERENCIA: Clasificación según la capacidad o especificaciones dados por la Marca o Fabricante de la Maquinaria.
No. IDENTIFICACIÓN: Identificación exterior empleada por las Máquinas, vinculadas al Proyecto.
MODELO: Año de fabricación de la Máquina.
CAPACIDAD: Capacidad estimada en No. de pasajeros o carga a ser transportada.
N/A: No aplica

El incumplimiento de cualquiera de los ítems (*) inhabilita la máquina para operar.
Para el resto de los ítems que se encuentren seleccionados en la opción (mal), se deberá reportar las observaciones encontradas al Ingeniero Residente Técnico/inspector de la Obra, para que estos le comuniquen al Ing. Mecánico de Obra o responsable de la maquinaria y/o equipos; y éste determine las acciones a seguir de acuerdo con el programa de mantenimiento.

CONSTANCIA DE VERIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN

Con el presente registro de Ingreso preoperacional de maquinaría, se da constancia que la máquina es aceptada para ingresar al Proyecto, cumple a satisfacción cada uno de los ítem evaluados.

(Firma) Autolimca

(Nombre)
Responsable de la Maquinaria y Equipos del Contratista

Vo. Bo.

(Nombre)
Responsable de la Maquinaria y Equipos de la Interventoría

Original: Dependencia responsable del contrato
1era copia : interventor
2da copia: contratista

FORMATO

PREOPERACIONALES MAQUINARIA PESADA EQUIPOS

código	proceso	versión
FO-AC-45	Prácticas Integrales de Gestión	2

MARCA	E42	**MODELO**	BOBCAT	**AÑO**	2014	**REFERENCIA**	MC019128	**SERIAL**	AG3414239
TIPO DE EQUIPO	RETROEXCAVADORA			***CERTIFICADO INSPECCION DEL EQUIPO**		**VENCE**	
No. IDENTIFICACIÓN	N/A	**CAPACIDAD**	0	**MANIFIESTO DE IMPORTACIÓN**			32014001585539
***PRCE**		**VENCE**		***CERTIFICADO OPERADOR**	95121	**VENCE**	13/12/2025
PERIODO EVALUADO	17/03/2025	**AL**	23/03/2025				
CONTRATO N°	622	**DE**	2024				

FOTOGRAFÍAS



SISTEMA DE LA MAQUINA	ITEM DE REVISION	N/A	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
			BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL
ELECTRICO Y TABLERO DE CONTROL	Funcionamiento y aspecto de la batería, bornes y cables		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Indicador de temperatura		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Indicador de aceite		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Indicador de batería		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	indicador de refrigerante		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	indicador de combustible		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	indicador de filtro de aire		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Horometro		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
LUCES	*Frontales de trabajo		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Traseras de trabajo (Reflector)	N/A														
	Señales de giro (derecha, izquierda)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Baliza		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
HIDRAULICO	*Nivel de aceite del motor (verificar fugas)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Nivel de aceite en la transmisión (verificar fugas)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Nivel del sistema hidráulico (verificar fugas)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Nivel del líquido de refrigerante del sistema de enfriamiento (verificar fugas)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Mangueras, tubos , conexiones y racores (verificar fugas)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
GENERAL	*Espejo central convexo	N/A														
	*Espejos laterales	N/A														
	*Alarma de retroceso	N/A														
	Pito		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	* Freno de servicio		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	* Freno de estacionamiento		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Cinturones de seguridad		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Vidrio Panorámico	N/A														
	*Kit para Derrames		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Extintor de incendios Capacidad: 20LB PQS		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Cabina antivuelco (R.O.P.S)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Asiento		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Escaleras y apoyos de acceso		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Llantas buen estado (sin cortaduras profundas y sin abultamientos)	N/A														
	Presión de aire de las llantas	N/A														
MECANICO	* Servotransmisión	N/A														
	* Dirección	N/A														
	Estado de pasadores		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Estado y tensión de las correas		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Estado de pedales		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Estado de Orugas (tensionadas)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Mecanismo de giro y escualización cuchillas		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Estado de las Hojas de empuje o Nivelación		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Mecanismo de giro (Tornameza)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Bomba Hidráulica		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Corona de tornameza en buen estado		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Mandos de avance		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	* Mando de estacionamiento		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Estado general desgarrador (balde)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Mandos de levante del brazo		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Estado de filtro de aire		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Estado de filtro de combustible		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Pasadores y tornillos en buen estado		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	* Estado de cilindro (amortiguadores)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	* Resguardos		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Anclajes de contrapeso		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Guardas		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Estado del bastidor		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Ruidos extraños en el motor		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Motor sin grietas		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Exosto (Humo de escape)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
			HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL
SEGUIMIENTO DIARIO			1175	1180	1180	1185	1185	1190	1190	1195	1195	1200	1200	1203		
OBSERVACIONES																
OPERADOR		**Nombre**	JAISON DIMATE		JAISON DIMATE		JAISON DIMATE		JAISON DIMATE		JAISON DIMATE		JAISON DIMATE		JAISON DIMATE	
		Firma														
AUTORIZACIÓN PARA USO DE MÁQUINA POR ING. RESIDENTE TÉCNICO/INSPECTOR INTERVENTORÍA		**Nombre**														
		Firma														

NOTAS

TIPO: Conjunto de características que definen la función de la Máquina.
REFERENCIA: Clasificación según la capacidad o especificaciones dados por la Marca o Fabricante de la Maquinaria.
No. IDENTIFICACIÓN: Identificación exterior empleada por las Máquinas, vinculadas al Proyecto.
MODELO: Año de fabricación de la Máquina.
CAPACIDAD: Capacidad estimada en No. de pasajeros o carga a ser transportada.
N/A: No aplica

El incumplimiento de cualquiera de los ítems (*) inhabilita la máquina para operar.
Para el resto de los ítems que se encuentren seleccionados en la opción (mal), se deberá reportar las observaciones encontradas al Ingeniero Residente Técnico/inspector de la Obra, para que estos le comuniquen al Ing. Mecánico de Obra o responsable de la maquinaria y/o equipos; y éste determine las acciones a seguir de acuerdo con el programa de mantenimiento.

CONSTANCIA DE VERIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN

Con el presente registro de Ingreso preoperacional de maquinaría, se da constancia que la máquina es aceptada para ingresar al Proyecto, cumple a satisfacción cada uno de los ítem evaluados.

(Firma) Automotriz

(Nombre)
Responsable de la Maquinaria y Equipos del Contratista

Vo. Bo.

(Nombre)
Responsable de la Maquinaria y Equipos de la Interventoría

Original: Dependencia responsable del contrato
1era copia : interventor
2da copia: contratista

FORMATO

PREOPERACIONALES MAQUINARIA PESADA EQUIPOS

código		proceso		versión
FO-AC-45		Prácticas Integrales de Gestión		2

MARCA E42 **MODELO** BOBCAT **AÑO** 2014 **REFERENCIA** MC019128 **SERIAL** AG3414239

TIPO DE EQUIPO RETROEXCAVADORA ***CERTIFICADO INSPECCION DEL EQUIPO** **VENCE**

No. IDENTIFICACIÓN N/A **CAPACIDAD** 0 **MANIFIESTO DE IMPORTACIÓN** 32014001585539

***PRCE** **VENCE** ***CERTIFICADO OPERADOR** 95121 **VENCE** 13/12/2025

PERIODO EVALUADO 24/03/2025 **AL** 30/03/2025

CONTRATO N° 622 **DE** 2024

FOTOGRAFÍAS



SISTEMA DE LA MAQUINA	ITEM DE REVISION	N/A	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
			BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL
ELECTRICO Y TABLERO DE CONTROL	Funcionamiento y aspecto de la batería, bornes y cables				BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Indicador de temperatura				BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Indicador de aceite				BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Indicador de batería				BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	indicador de refrigerante				BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	indicador de combustible				BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	indicador de filtro de aire				BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Horometro				BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
LUCES	*Frontales de trabajo				BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Traseras de trabajo (Reflector)	N/A														
	Señales de giro (derecha, izquierda)				BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Baliza				BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
HIDRAULICO	*Nivel de aceite del motor (verificar fugas)				BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Nivel de aceite en la transmisión (verificar fugas)				BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Nivel del sistema hidráulico (verificar fugas)				BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Nivel del líquido de refrigerante del sistema de enfriamiento (verificar fugas)				BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Mangueras, tubos , conexiones y racores (verificar fugas)				BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
GENERAL	*Espejo central convexo	N/A														
	*Espejos laterales	N/A														
	*Alarma de retroceso	N/A														
	Pito				BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	* Freno de servicio				BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	* Freno de estacionamiento				BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Cinturones de seguridad				BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Vidrio Panorámico	N/A														
	*Kit para Derrames				BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Extintor de incendios Capacidad: 20LB PQS				BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Cabina antivuelco (R.O.P.S)				BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Asiento				BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Escaleras y apoyos de acceso				BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Llantas buen estado (sin cortaduras profundas y sin abultamientos)	N/A														
	Presión de aire de las llantas	N/A														
MECANICO	* Servotransmisión	N/A														
	* Dirección	N/A														
	Estado de pasadores				BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Estado y tensión de las correas				BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Estado de pedales				BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Estado de Orugas (tensionadas)				BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Mecanismo de giro y escualización cuchillas				BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Estado de las Hojas de empuje o Nivelación				BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Mecanismo de giro (Tornameza)				BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Bomba Hidráulica				BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Corona de tornameza en buen estado				BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Mandos de avance				BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	* Mando de estacionamiento				BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Estado general desgarrador (balde)				BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Mandos de levante del brazo				BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Estado de filtro de aire				BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Estado de filtro de combustible				BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Pasadores y tornillos en buen estado				BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	* Estado de cilindro (amortiguadores)				BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	* Resguardos				BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Anclajes de contrapeso				BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Guardas				BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Estado del bastidor				BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Ruidos extraños en el motor				BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Motor sin grietas				BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Exosto (Humo de escape)				BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
			HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL
SEGUIMIENTO DIARIO			FESTIVO		1203	1208	1208	1213	1213	1218	1218	1223	1223	1225		
OBSERVACIONES																
OPERADOR	**Nombre**				JAISON DIMATE		JAISON DIMATE		JAISON DIMATE		JAISON DIMATE		JAISON DIMATE		JAISON DIMATE	
	Firma															
AUTORIZACIÓN PARA USO DE MÁQUINA POR ING. RESIDENTE TÉCNICO/INSPECTOR INTERVENTORÍA	**Nombre**															
	Firma															

NOTAS

TIPO: Conjunto de características que definen la función de la Máquina.
REFERENCIA: Clasificación según la capacidad o especificaciones dados por la Marca o Fabricante de la Maquinaria.
No. IDENTIFICACIÓN: Identificación exterior empleada por las Máquinas, vinculadas al Proyecto.
MODELO: Año de fabricación de la Máquina.
CAPACIDAD: Capacidad estimada en No. de pasajeros o carga a ser transportada.
N/A: No aplica

El incumplimiento de cualquiera de los ítems (*) inhabilita la máquina para operar.
Para el resto de los ítems que se encuentren seleccionados en la opción (mal), se deberá reportar las observaciones encontradas al Ingeniero Residente Técnico/inspector de la Obra, para que estos le comuniquen al Ing. Mecánico de Obra o responsable de la maquinaria y/o equipos; y éste determine las acciones a seguir de acuerdo con el programa de mantenimiento.

CONSTANCIA DE VERIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN

Con el presente registro de Ingreso preoperacional de maquinaria, se da constancia que la máquina es aceptada para ingresar al Proyecto, cumple a satisfacción cada uno de los ítem evaluados.

(Firma) (Nombre)
Responsable de la Maquinaria y Equipos del Contratista

Vo. Bo. (Nombre)
Responsable de la Maquinaria y Equipos de la Interventoría

Original: Dependencia responsable del contrato
1era copia : interventor
2da copia: contratista

FORMATO

PREOPERACIONALES MAQUINARIA PESADA EQUIPOS

código	proceso	versión
FO-AC-45	Prácticas Integrales de Gestión	2

MARCA	DYNAPAC	**MODELO**	C-900	**AÑO**	2011	**REFERENCIA**	129996U
SERIAL	10000301OOA006040	**TIPO DE EQUIPO**	VIBROCOMPACTADOR	***CERTIFICADO INSPECCION DEL EQUIPO**		**VENCE**	
No. IDENTIFICACIÓN	N/A	**CAPACIDAD**	0	**MANIFIESTO DE IMPORTACIÓN**	4820140002777O3-7		
***PRCE**		**VENCE**		***CERTIFICADO OPERADOR**	1637177	**VENCE**	31/07/2026
PERIODO EVALUADO	3/03/2025	**AL**	9/03/2025				
CONTRATO N°	622	**DE**	2024				

FOTOGRAFÍAS



SISTEMA DE LA MAQUINA	ITEM DE REVISION	N/A	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
			BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL
ELECTRICO / TABLERO DE CONTROL	Funcionamiento y aspecto de la batería, bornes y cables		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Indicador de temperatura		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Indicador de aceite		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Indicador de batería		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	indicador de refrigerante		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	indicador de combustible		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	indicador de filtro de aire		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Horometro		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
LUCES	*Frontales de trabajo		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Traseras de trabajo (Reflector)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Señales de giro (derecha, izquierda)	N/A														
	*Baliza	N/A														
HIDRAULICO	*Nivel de aceite del motor (verificar fugas)	N/A														
	*Nivel de aceite en la transmisión (verificar fugas)	N/A														
	*Nivel del sistema hidráulico (verificar fugas)	N/A														
	*Nivel del liquido de refrigerante del sistema de enfriamiento (verificar fugas)	N/A														
	*Mangueras, tubos , conexiones y racores (verificar fugas)	N/A														
GENERAL	*Espejo central convexo		BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN			
	*Espejos laterales	N/A														
	*Alarma de retroceso		BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN			
	Pito		BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN			
	* Freno de servicio	N/A														
	* Freno de estacionamiento	N/A														
	*Cinturones de seguridad		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Vidrio Panorámico		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Kit para Derrames	N/A														
	*Extintor de incendios Capacidad: 10LB PQS		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Cabina antivuelco (R.O.P.S)	N/A			BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Asiento		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Escaleras y apoyos de acceso	N/A														
	Llantas buen estado (sin cortaduras profundas y sin abultamientos)	N/A														
	Presión de aire de las llantas	N/A														
MECÁNICO	* Servotransmisión	N/A														
	* Dirección	N/A														
	Estado de pasadores	N/A														
	Estado y tensión de las correas	N/A														
	Estado de pedales	N/A														
	Estado de Orugas (tensionadas)	N/A														
	Mecanismo de giro y escualización cuchillas	N/A														
	Estado de las Hojas de empuje o Nivelación	N/A														
	Mecanismo de giro (Tornameza)	N/A														
	*Bomba Hidráulica		BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN			
	Corona de tornameza en buen estado	N/A														
	*Mandos de avance		BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN			
	* Mando de estacionamiento		BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN			
	Estado general desgarrador (balde)	N/A														
	*Mandos de levante del brazo	N/A														
	Estado de filtro de aire	N/A														
	Estado de filtro de combustible	N/A														
	Pasadores y tornillos en buen estado	N/A														
	* Estado de cilindro (amortiguadores)		BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN			
	* Resguardos		BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN			
	Anclajes de contrapeso	N/A														
	Guardas	N/A														
	Estado del bastidor	N/A														
	Ruidos extraños en el motor	N/A														
	*Motor sin grietas	N/A														
	Exosto (Humo de escape)	N/A														
			HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL
SEGUIMIENTO DIARIO			N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		
OBSERVACIONES																
OPERADOR		Nombre	SAMUEL GARCIA		SAMUEL GARCIA		SAMUEL GARCIA		SAMUEL GARCIA		SAMUEL GARCIA		SAMUEL GARCIA			
		Firma														
AUTORIZACIÓN PARA USO DE MÁQUINA POR ING. RESIDENTE TÉCNICO/INSPECTOR INTERVENTORÍA		Nombre														
		Firma														

NOTAS

TIPO: Conjunto de características que definen la función de la Máquina.
REFERENCIA: Clasificación según la capacidad o especificaciones dados por la Marca o Fabricante de la Maquinaria.
No. IDENTIFICACIÓN: Identificación exterior empleada por las Máquinas, vinculadas al Proyecto.
MODELO: Año de fabricación de la Máquina.
CAPACIDAD: Capacidad estimada en No. de pasajeros o carga a ser transportada.
N/A: No aplica

El incumplimiento de cualquiera de los ítems (*) inhabilita la máquina para operar.
Para el resto de los ítems que se encuentren seleccionados en la opción (mal), se deberá reportar las observaciones encontradas al Ingeniero Residente Técnico/inspector de la Obra, para que estos le comuniquen al Ing. Mecánico de Obra o responsable de la maquinaria y/o equipos; y éste determine las acciones a seguir de acuerdo con el programa de mantenimiento.

CONSTANCIA DE VERIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN

Con el presente registro de Ingreso preoperacional de maquinaria, se da constancia que la máquina es aceptada para ingresar al Proyecto, cumple a satisfacción cada uno de los ítem evaluados.

(Firma) Autónoma

(Nombre)
Responsable de la Maquinaria y Equipos del Contratista

Vo. Bo. Samuel Garcia

(Nombre)
Responsable de la Maquinaria y Equipos de la Interventoría

Original: Dependencia responsable del contrato
1era copia : interventor
2da copia : contratista

FORMATO

PREOPERACIONALES MAQUINARIA PESADA EQUIPOS

código	proceso	versión
FO-AC-45	Prácticas Integrales de Gestión	2

MARCA	DYNAPAC	**MODELO**	C-900	**AÑO**	2011	**REFERENCIA**	129996U
SERIAL	10000301OOA006040	**TIPO DE EQUIPO**	VIBROCOMPACTADOR	***CERTIFICADO INSPECCION DEL EQUIPO**		**VENCE**	
No. IDENTIFICACIÓN	N/A	**CAPACIDAD**	0	**MANIFIESTO DE IMPORTACIÓN**	4820140002777O3-7		
***PRCE**		**VENCE**		***CERTIFICADO OPERADOR**	1637177	**VENCE**	31/07/2026
PERIODO EVALUADO	10/03/2025	**AL**	16/03/2025				
CONTRATO N°	622	**DE**	2024				

FOTOGRAFÍAS



SISTEMA DE LA MAQUINA	ITEM DE REVISION	N/A	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
			BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL
ELECTRICO / TABLERO DE CONTROL	Funcionamiento y aspecto de la batería, bornes y cables		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Indicador de temperatura		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Indicador de aceite		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Indicador de batería		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	indicador de refrigerante		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	indicador de combustible		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	indicador de filtro de aire		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Horometro		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
LUCES	*Frontales de trabajo		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Traseras de trabajo (Reflector)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Señales de giro (derecha, izquierda)	N/A														
	*Baliza	N/A														
HIDRAULICO	*Nivel de aceite del motor (verificar fugas)	N/A														
	*Nivel de aceite en la transmisión (verificar fugas)	N/A														
	*Nivel del sistema hidráulico (verificar fugas)	N/A														
	*Nivel del liquido de refrigerante del sistema de enfriamiento (verificar fugas)	N/A														
	*Mangueras, tubos , conexiones y racores (verificar fugas)	N/A														
GENERAL	*Espejo central convexo		BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN			
	*Espejos laterales	N/A														
	*Alarma de retroceso		BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN			
	Pito		BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN			
	* Freno de servicio	N/A														
	* Freno de estacionamiento	N/A														
	*Cinturones de seguridad		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Vidrio Panorámico		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Kit para Derrames	N/A														
	*Extintor de incendios Capacidad: 10LB PQS		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Cabina antivuelco (R.O.P.S)	N/A			BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Asiento		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Escaleras y apoyos de acceso	N/A														
	Llantas buen estado (sin cortaduras profundas y sin abultamientos)	N/A														
	Presión de aire de las llantas	N/A														
MECÁNICO	* Servotransmisión	N/A														
	* Dirección	N/A														
	Estado de pasadores	N/A														
	Estado y tensión de las correas	N/A														
	Estado de pedales	N/A														
	Estado de Orugas (tensionadas)	N/A														
	Mecanismo de giro y escualización cuchillas	N/A														
	Estado de las Hojas de empuje o Nivelación	N/A														
	Mecanismo de giro (Tornameza)	N/A														
	*Bomba Hidráulica		BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN			
	Corona de tornameza en buen estado	N/A														
	*Mandos de avance		BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN			
	* Mando de estacionamiento		BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN			
	Estado general desgarrador (balde)	N/A														
	*Mandos de levante del brazo	N/A														
	Estado de filtro de aire	N/A														
	Estado de filtro de combustible	N/A														
	Pasadores y tornillos en buen estado	N/A														
	* Estado de cilindro (amortiguadores)		BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN			
	* Resguardos		BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN			
	Anclajes de contrapeso	N/A														
	Guardas	N/A														
	Estado del bastidor	N/A														
	Ruidos extraños en el motor	N/A														
	*Motor sin grietas	N/A														
	Exosto (Humo de escape)	N/A														
			HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL
SEGUIMIENTO DIARIO			N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		
OBSERVACIONES																
OPERADOR		Nombre	SAMUEL GARCIA		SAMUEL GARCIA		SAMUEL GARCIA		SAMUEL GARCIA		SAMUEL GARCIA		SAMUEL GARCIA			
		Firma														
AUTORIZACIÓN PARA USO DE MÁQUINA POR ING. RESIDENTE TÉCNICO/INSPECTOR INTERVENTORÍA		Nombre														
		Firma														

NOTAS

TIPO: Conjunto de características que definen la función de la Máquina.
REFERENCIA: Clasificación según la capacidad o especificaciones dados por la Marca o Fabricante de la Maquinaria.
No. IDENTIFICACIÓN: Identificación exterior empleada por las Máquinas, vinculadas al Proyecto.
MODELO: Año de fabricación de la Máquina.
CAPACIDAD: Capacidad estimada en No. de pasajeros o carga a ser transportada.
N/A: No aplica

El incumplimiento de cualquiera de los ítems (*) inhabilita la máquina para operar.
Para el resto de los ítems que se encuentren seleccionados en la opción (mal), se deberá reportar las observaciones encontradas al Ingeniero Residente Técnico/inspector de la Obra, para que estos le comuniquen al Ing. Mecánico de Obra o responsable de la maquinaria y/o equipos; y éste determine las acciones a seguir de acuerdo con el programa de mantenimiento.

CONSTANCIA DE VERIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN

Con el presente registro de Ingreso preoperacional de maquinaria, se da constancia que la máquina es aceptada para ingresar al Proyecto, cumple a satisfacción cada uno de los ítem evaluados.

(Firma) (Nombre)
Responsable de la Maquinaria y Equipos del Contratista

Vo. Bo. (Nombre)
Responsable de la Maquinaria y Equipos de la Interventoría

Original: Dependencia responsable del contrato
1era copia : interventor
2da copia : contratista

FORMATO

PREOPERACIONALES MAQUINARIA PESADA EQUIPOS

código	proceso	versión
FO-AC-45	Prácticas Integrales de Gestión	2

MARCA	DYNAPAC	**MODELO**	C-900	**AÑO**	2011	**REFERENCIA**	129996U
SERIAL	10000301OOA006040	**TIPO DE EQUIPO**	VIBROCOMPACTADOR	***CERTIFICADO INSPECCION DEL EQUIPO**		**VENCE**	
No. IDENTIFICACIÓN	N/A	**CAPACIDAD**	0	**MANIFIESTO DE IMPORTACIÓN**			4820140002777O3-7
***PRCE**		**VENCE**		***CERTIFICADO OPERADOR**	1637177	**VENCE**	31/07/2026
PERIODO EVALUADO	17/03/2025	**AL**	23/03/2025				
CONTRATO N°	622	**DE**	2024				

FOTOGRAFÍAS



SISTEMA DE LA MAQUINA	ITEM DE REVISION	N/A	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
			BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL
ELECTRICO / TABLERO DE CONTROL	Funcionamiento y aspecto de la batería, bornes y cables		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Indicador de temperatura		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Indicador de aceite		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Indicador de batería		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	indicador de refrigerante		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	indicador de combustible		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	indicador de filtro de aire		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Horometro		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
LUCES	*Frontales de trabajo		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Traseras de trabajo (Reflector)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Señales de giro (derecha, izquierda)	N/A														
	*Baliza	N/A														
HIDRAULICO	*Nivel de aceite del motor (verificar fugas)	N/A														
	*Nivel de aceite en la transmisión (verificar fugas)	N/A														
	*Nivel del sistema hidráulico (verificar fugas)	N/A														
	*Nivel del liquido de refrigerante del sistema de enfriamiento (verificar fugas)	N/A														
	*Mangueras, tubos , conexiones y racores (verificar fugas)	N/A														
GENERAL	*Espejo central convexo		BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN			
	*Espejos laterales	N/A														
	*Alarma de retroceso		BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN			
	Pito		BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN			
	* Freno de servicio	N/A														
	* Freno de estacionamiento	N/A														
	*Cinturones de seguridad		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Vidrio Panorámico		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Kit para Derrames	N/A														
	*Extintor de incendios Capacidad: 10LB PQS		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Cabina antivuelco (R.O.P.S)	N/A			BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Asiento		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Escaleras y apoyos de acceso	N/A														
	Llantas buen estado (sin cortaduras profundas y sin abultamientos)	N/A														
	Presión de aire de las llantas	N/A														
MECÁNICO	* Servotransmisión	N/A														
	* Dirección	N/A														
	Estado de pasadores	N/A														
	Estado y tensión de las correas	N/A														
	Estado de pedales	N/A														
	Estado de Orugas (tensionadas)	N/A														
	Mecanismo de giro y escualización cuchillas	N/A														
	Estado de las Hojas de empuje o Nivelación	N/A														
	Mecanismo de giro (Tornameza)	N/A														
	*Bomba Hidráulica		BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN			
	Corona de tornameza en buen estado	N/A														
	*Mandos de avance		BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN			
	* Mando de estacionamiento		BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN			
	Estado general desgarrador (balde)	N/A														
	*Mandos de levante del brazo	N/A														
	Estado de filtro de aire	N/A														
	Estado de filtro de combustible	N/A														
	Pasadores y tornillos en buen estado	N/A														
	* Estado de cilindro (amortiguadores)		BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN			
	* Resguardos		BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN			
	Anclajes de contrapeso	N/A														
	Guardas	N/A														
	Estado del bastidor	N/A														
	Ruidos extraños en el motor	N/A														
	*Motor sin grietas	N/A														
	Exosto (Humo de escape)	N/A														
			HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL
SEGUIMIENTO DIARIO			N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		
OBSERVACIONES																
OPERADOR		Nombre	SAMUEL GARCIA		SAMUEL GARCIA		SAMUEL GARCIA		SAMUEL GARCIA		SAMUEL GARCIA		SAMUEL GARCIA			
		Firma														
AUTORIZACIÓN PARA USO DE MÁQUINA POR ING. RESIDENTE TÉCNICO/INSPECTOR INTERVENTORÍA		Nombre														
		Firma														

NOTAS

TIPO: Conjunto de características que definen la función de la Máquina.
REFERENCIA: Clasificación según la capacidad o especificaciones dados por la Marca o Fabricante de la Maquinaria.
No. IDENTIFICACIÓN: Identificación exterior empleada por las Máquinas, vinculadas al Proyecto.
MODELO: Año de fabricación de la Máquina.
CAPACIDAD: Capacidad estimada en No. de pasajeros o carga a ser transportada.
N/A: No aplica

El incumplimiento de cualquiera de los ítems (*) inhabilita la máquina para operar.
Para el resto de los ítems que se encuentren seleccionados en la opción (mal), se deberá reportar las observaciones encontradas al Ingeniero Residente Técnico/inspector de la Obra, para que estos le comuniquen al Ing. Mecánico de Obra o responsable de la maquinaria y/o equipos; y éste determine las acciones a seguir de acuerdo con el programa de mantenimiento.

CONSTANCIA DE VERIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN

Con el presente registro de Ingreso preoperacional de maquinaria, se da constancia que la máquina es aceptada para ingresar al Proyecto, cumple a satisfacción cada uno de los ítem evaluados.

(Firma) (Nombre)
Responsable de la Maquinaria y Equipos del Contratista

Vo. Bo. (Nombre)
Responsable de la Maquinaria y Equipos de la Interventoría

Original: Dependencia responsable del contrato
1era copia : interventor
2da copia : contratista

FORMATO

PREOPERACIONALES MAQUINARIA PESADA EQUIPOS

código	proceso	versión
FO-AC-45	Prácticas Integrales de Gestión	2

MARCA	DYNAPAC	**MODELO**	C-900	**AÑO**	2011	**REFERENCIA**	129996U
SERIAL	10000301OOA006040	**TIPO DE EQUIPO**	VIBROCOMPACTADOR	***CERTIFICADO INSPECCION DEL EQUIPO**		**VENCE**	
No. IDENTIFICACIÓN	N/A	**CAPACIDAD**	0	**MANIFIESTO DE IMPORTACIÓN**			4820140002777O3-7
***PRCE**		**VENCE**		***CERTIFICADO OPERADOR**	1637177	**VENCE**	31/07/2026
PERIODO EVALUADO	24/03/2025	**AL**	30/03/2025				
CONTRATO N°	622	**DE**	2024				

FOTOGRAFÍAS



SISTEMA DE LA MAQUINA	ITEM DE REVISION	N/A	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
			BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL
ELECTRICO / TABLERO DE CONTROL	Funcionamiento y aspecto de la batería, bornes y cables		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Indicador de temperatura		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Indicador de aceite		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Indicador de batería		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	indicador de refrigerante		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	indicador de combustible		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	indicador de filtro de aire		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Horometro		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
LUCES	*Frontales de trabajo		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Traseras de trabajo (Reflector)		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Señales de giro (derecha, izquierda)	N/A														
	*Baliza	N/A														
HIDRAULICO	*Nivel de aceite del motor (verificar fugas)	N/A														
	*Nivel de aceite en la transmisión (verificar fugas)	N/A														
	*Nivel del sistema hidráulico (verificar fugas)	N/A														
	*Nivel del líquido de refrigerante del sistema de enfriamiento (verificar fugas)	N/A														
	*Mangueras, tubos , conexiones y racores (verificar fugas)	N/A														
GENERAL	*Espejo central convexo		BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN			
	*Espejos laterales	N/A														
	*Alarma de retroceso		BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN			
	Pito		BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN			
	* Freno de servicio	N/A														
	* Freno de estacionamiento	N/A														
	*Cinturones de seguridad		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Vidrio Panorámico		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Kit para Derrames	N/A														
	*Extintor de incendios Capacidad: 10LB PQS		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	*Cabina antivuelco (R.O.P.S)	N/A			BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Asiento		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN		BIEN			
	Escaleras y apoyos de acceso	N/A														
	Llantas buen estado (sin cortaduras profundas y sin abultamientos)	N/A														
	Presión de aire de las llantas	N/A														
MECÁNICO	* Servotransmisión	N/A														
	* Dirección	N/A														
	Estado de pasadores	N/A														
	Estado y tensión de las correas	N/A														
	Estado de pedales	N/A														
	Estado de Orugas (tensionadas)	N/A														
	Mecanismo de giro y escualización cuchillas	N/A														
	Estado de las Hojas de empuje o Nivelación	N/A														
	Mecanismo de giro (Tornameza)	N/A														
	*Bomba Hidráulica		BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN			
	Corona de tornameza en buen estado	N/A														
	*Mandos de avance		BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN			
	* Mando de estacionamiento		BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN			
	Estado general desgarrador (balde)	N/A														
	*Mandos de levante del brazo	N/A														
	Estado de filtro de aire	N/A														
	Estado de filtro de combustible	N/A														
	Pasadores y tornillos en buen estado	N/A														
	* Estado de cilindro (amortiguadores)		BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN			
	* Resguardos		BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN			
	Anclajes de contrapeso	N/A														
	Guardas	N/A														
	Estado del bastidor	N/A														
	Ruidos extraños en el motor	N/A														
	*Motor sin grietas	N/A														
	Exosto (Humo de escape)	N/A														
			HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL	HOROMETRO INICIAL	HOROMETRO FINAL
SEGUIMIENTO DIARIO			N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		
OBSERVACIONES																
OPERADOR		Nombre	SAMUEL GARCIA		SAMUEL GARCIA		SAMUEL GARCIA		SAMUEL GARCIA		SAMUEL GARCIA		SAMUEL GARCIA			
		Firma														
AUTORIZACIÓN PARA USO DE MÁQUINA POR ING. RESIDENTE TÉCNICO/INSPECTOR INTERVENTORÍA		Nombre														
		Firma														

NOTAS

TIPO: Conjunto de características que definen la función de la Máquina.
REFERENCIA: Clasificación según la capacidad o especificaciones dados por la Marca o Fabricante de la Maquinaria.
No. IDENTIFICACIÓN: Identificación exterior empleada por las Máquinas, vinculadas al Proyecto.
MODELO: Año de fabricación de la Máquina.
CAPACIDAD: Capacidad estimada en No. de pasajeros o carga a ser transportada.
N/A: No aplica

El incumplimiento de cualquiera de los ítems (*) inhabilita la máquina para operar.
Para el resto de los ítems que se encuentren seleccionados en la opción (mal), se deberá reportar las observaciones encontradas al Ingeniero Residente Técnico/inspector de la Obra, para que estos le comuniquen al Ing. Mecánico de Obra o responsable de la maquinaria y/o equipos; y éste determine las acciones a seguir de acuerdo con el programa de mantenimiento.

CONSTANCIA DE VERIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN

Con el presente registro de Ingreso preoperacional de maquinaria, se da constancia que la máquina es aceptada para ingresar al Proyecto, cumple a satisfacción cada uno de los ítem evaluados.

(Firma) Autónoma

(Nombre)
Responsable de la Maquinaria y Equipos del Contratista

Vo. Bo. Samuel Garcia

(Nombre)
Responsable de la Maquinaria y Equipos de la Interventoría

Original: Dependencia responsable del contrato
1era copia : interventor
2da copia : contratista

FORMATO		
PREOPERACIONALES VEHICULOS LIVIANOS CARGA		
CÓDIGO	**PROCESO**	**VERSIÓN**
FO-AC-47	Prácticas Integrales de Gestión	2

PLACA SRO 465 **MODELO** 2008 **MARCA** FREIGHTLINER

No. IDENTIFICACIÓN IDU N/A **CAPACIDAD** 20000 **PERIODO EVALUADO** ######## **AL** 23/03/2025

***LICENCIA DE TRANSITO** 10012771664 **TIPO DE VEHICULO** CAMION VOLCO

***LICENCIA DE CONDUCCION No.** 1,034E+09 VENCE **16/03/2032**

***MANEJO DEFENSIVO No.** VENCE

***REVISION TECNICO-MECANICA No.** 174824829 VENCE **30/07/2025**

***SOAT No.** 87804645-600008869 VENCE **30/05/2025**

FOTOGRAFÍAS

Parte Delantera	Lado Derecho

CONTRATO N° 622 **DE** 2024

SISTEMA DEL VEHICULO	ITEM DE REVISION	N/A	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
			BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL
ELECTRICO / TABLERO DE CONTROL	Funcionamiento y aspecto de la batería, bornes y cables										BIEN					
	Indicador de temperatura										BIEN					
	Indicador de aceite										BIEN					
	Indicador de batería										BIEN					
	indicador de combustible										BIEN					
	Indicador de velocidad (velocímetro)/Horometro										BIEN					
	*Indicador de presión de aire										BIEN					
	Conexiones eléctricas										BIEN					
	Fusibles										BIEN					
LUCES / SEÑALES	* Exteriores (Altas y bajas)										BIEN					
	Direccionales delanteras										BIEN					
	Direccionales traseras										BIEN					
	Traseras de trabajo (reflector)										BIEN					
	De estacionamiento										BIEN					
	De Stop y reversa										BIEN					
	*Baliza										BIEN					
HIDRAULICO	*Nivel de aceite del motor (verificar fugas)										BIEN					
	*Nivel de aceite hidráulico de la dirección (verificar fugas)										BIEN					
	*Nivel del líquido de frenos (verificar fugas)										BIEN					
	*Nivel del líquido de refrigerante (verificar fugas)										BIEN					
	*Nivel del líquido de embrague (verificar fugas)										BIEN					
	*Mangueras, tubos , conexiones y racores										BIEN					
GENERAL	Espejo central convexo	N/A														
	Espejos laterales										BIEN					
	Alarma de retroceso										BIEN					
	Pito										BIEN					
	* Freno de servicio										BIEN					
	* Freno de emergencia										BIEN					
	Cinturones de seguridad										BIEN					
	Vidrio frontal / Limpia brisas										BIEN					
	*Kit de control de emergencias ambientales										BIEN					
	Barra antivuelco										BIEN					
	Asientos y tapicería										BIEN					
	Sistema de carpado										BIEN					
	Grapas y anclaje de chasis										BIEN					
	Cadena del cardam										BIEN					
	Ajustes y seguros de las puertas										BIEN					
	Llantas: Profundidad de labrado (mínimo 3 mm) - Sin cortaduras profundas y sin abultamientos										BIEN					
	Presión de aire de las llantas										BIEN					
	Llanta de repuesto (CALIBRADA)										BIEN					
MECÁNICO	* Caja de cambios/Transmisión										BIEN					
	* Suspensión (muelles, amortiguadores)										BIEN					
	* Dirección										BIEN					
	* Tanque de combustible (Abrazaderas, soporte)										BIEN					
	Estado Radiador										BIEN					
	Estado y tensión de las correas										BIEN					
	Estado de pedales (embrague, acelerador y freno)										BIEN					
	Estado de filtro de aire										BIEN					
	Estado de filtro de combustible										BIEN					
	Ruidos extraños en el motor	N/A														
	*Motor sin grietas										BIEN					
	Humo de escape										BIEN					
EQUIPO DE CARRETERA	*Gato con capacidad de elevar el vehículo										BIEN					
	*Botiquín										BIEN					
	*cruceta										BIEN					
	*Tacos para bloquear el vehículo										BIEN					
	*Triángulos reflectivos-Conos										BIEN					
	*Linterna										BIEN					
	*Caja de herramientas (alicate, destornilladores, llave de expansión y llaves fijas										BIEN					
	*Extintor de incendios capacidad: PQS										BIEN					
	Operador	Nombre									VICTOR MORENO					
		Firma														
	Autorización para uso de Máquina por Ing. Residente Técnico/Inspector Interventoría	Nombre														
		Firma														
	SEGUIMIENTO DIARIO		KM-HOROMETRO INICIAL	KM-HOROMETRO FINAL	KM-HOROMETRO INICIAL	KM-HOROMETRO FINAL	KM-HOROMETRO INICIAL	KM-HOROMETRO FINAL	KM-HOROMETRO INICIAL	KM-HOROMETRO FINAL	KM-HOROMETRO INICIAL	KM-HOROMETRO FINAL	KM-HOROMETRO INICIAL	KM-HOROMETRO FINAL	KM-HOROMETRO INICIAL	KM-HOROMETRO FINAL
											319184	319304				
	OBSERVACIONES															

NOTAS

TIPO: Conjunto de características (carrocería, chasis entre otras) que definen al Vehículo.
REFERENCIA: Clasificación según la capacidad o especificaciones dados por la Marca o Fabricante de los Vehículos.
No. IDENTIFICACION IDU: Identificación exterior empleada por los vehículos, vinculados al Proyecto.
MODELO: Año de fabricación, importación del Vehículo.
CAPACIDAD: Capacidad estimada en No. de pasajeros o carga a ser transportada.
N/A: No aplica

El incumplimiento de cualquiera de los ítems (*) inhabilita el vehículo para operar.
Para el resto de los ítems que se encuentren seleccionados en la opción (mal), se deberá reportar las observaciones encontradas al Ingeniero Residente Técnico/inspector de la Obra, para que estos le comuniquen al Ing. Mecánico de Obra o Responsable de la maquinaria-equipos y?o vehículos y éste determine las acciones a seguir de acuerdo con el programa de mantenimiento.

Este formato es aplicable a: Volquetas, camionetas, furgones, tractocamiones, camperos, automóviles.

CONSTANCIA DE VERIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN

Con el presente registro de Ingreso preoperacional de Vehículos, se da constancia que el vehículo es aceptado para ingresar al Proyecto, cumple a satisfacción cada uno de los ítem evaluados.

(Firma)
(Nombre)
Responsable de la Maquinaria y Equipos del Contratista

Vo. Bo. (Firma)
(Nombre)
Responsable de la Maquinaria y Equipos de la Interventoría

FORMATO

PREOPERACIONALES VEHICULOS LIVIANOS CARGA

CÓDIGO	PROCESO	VERSIÓN
FO-AC-47	Prácticas Integrales de Gestión	2

PLACA SRO 465 **MODELO** 2008 **MARCA** FREIGHTLINER

No. IDENTIFICACIÓN IDU N/A **CAPACIDAD** 20000 **PERIODO EVALUADO** ######## **AL** 30/03/2025

***LICENCIA DE TRANSITO** 10012771664 **TIPO DE VEHICULO** CAMION VOLCO

***LICENCIA DE CONDUCCION No.** 1,034E+09 VENCE **16/03/2032**

***MANEJO DEFENSIVO No.** VENCE

***REVISION TECNICO-MECANICA No.** 174824829 VENCE **30/07/2025**

***SOAT No.** 87804645-600008869 VENCE **30/05/2025**

FOTOGRAFÍAS

Parte Delantera	Lado Derecho

CONTRATO N° 622 **DE** 2024

SISTEMA DEL VEHICULO	ITEM DE REVISION	N/A	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
			BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL
ELECTRICO / TABLERO DE CONTROL	Funcionamiento y aspecto de la batería, bornes y cables		BIEN				BIEN				BIEN					
	Indicador de temperatura		BIEN				BIEN				BIEN					
	Indicador de aceite		BIEN				BIEN				BIEN					
	Indicador de batería		BIEN				BIEN				BIEN					
	indicador de combustible		BIEN				BIEN				BIEN					
	Indicador de velocidad (velocímetro)/Horometro		BIEN				BIEN				BIEN					
	*Indicador de presión de aire		BIEN				BIEN				BIEN					
	Conexiones eléctricas		BIEN				BIEN				BIEN					
	Fusibles		BIEN				BIEN				BIEN					
LUCES / SEÑALES	* Exteriores (Altas y bajas)		BIEN				BIEN				BIEN					
	Direccionales delanteras		BIEN				BIEN				BIEN					
	Direccionales traseras		BIEN				BIEN				BIEN					
	Traseras de trabajo (reflector)		BIEN				BIEN				BIEN					
	De estacionamiento		BIEN				BIEN				BIEN					
	De Stop y reversa		BIEN				BIEN				BIEN					
	*Baliza		BIEN				BIEN				BIEN					
HIDRAULICO	*Nivel de aceite del motor (verificar fugas)		BIEN				BIEN				BIEN					
	*Nivel de aceite hidráulico de la dirección (verificar fugas)		BIEN				BIEN				BIEN					
	*Nivel del líquido de frenos (verificar fugas)		BIEN				BIEN				BIEN					
	*Nivel del líquido de refrigerante (verificar fugas)		BIEN				BIEN				BIEN					
	*Nivel del líquido de embrague (verificar fugas)		BIEN				BIEN				BIEN					
	*Mangueras, tubos , conexiones y racores		BIEN				BIEN				BIEN					
GENERAL	Espejo central convexo	N/A														
	Espejos laterales		BIEN				BIEN				BIEN					
	Alarma de retroceso		BIEN				BIEN				BIEN					
	Pito		BIEN				BIEN				BIEN					
	* Freno de servicio		BIEN				BIEN				BIEN					
	* Freno de emergencia		BIEN				BIEN				BIEN					
	Cinturones de seguridad		BIEN				BIEN				BIEN					
	Vidrio frontal / Limpia brisas		BIEN				BIEN				BIEN					
	*Kit de control de emergencias ambientales		BIEN				BIEN				BIEN					
	Barra antivuelco		BIEN				BIEN				BIEN					
	Asientos y tapicería		BIEN				BIEN				BIEN					
	Sistema de carpado		BIEN				BIEN				BIEN					
	Grapas y anclaje de chasis		BIEN				BIEN				BIEN					
	Cadena del cardam		BIEN				BIEN				BIEN					
	Ajustes y seguros de las puertas		BIEN				BIEN				BIEN					
	Llantas: Profundidad de labrado (mínimo 3 mm) - Sin cortaduras profundas y sin abultamientos		BIEN				BIEN				BIEN					
	Presión de aire de las llantas		BIEN				BIEN				BIEN					
	Llanta de repuesto (CALIBRADA)		BIEN				BIEN				BIEN					
MECÁNICO	* Caja de cambios/Transmisión		BIEN				BIEN				BIEN					
	* Suspensión (muelles, amortiguadores)		BIEN				BIEN				BIEN					
	* Dirección		BIEN				BIEN				BIEN					
	* Tanque de combustible (Abrazaderas, soporte)		BIEN				BIEN				BIEN					
	Estado Radiador		BIEN				BIEN				BIEN					
	Estado y tensión de las correas		BIEN				BIEN				BIEN					
	Estado de pedales (embrague, acelerador y freno)		BIEN				BIEN				BIEN					
	Estado de filtro de aire		BIEN				BIEN				BIEN					
	Estado de filtro de combustible		BIEN				BIEN				BIEN					
	Ruidos extraños en el motor	N/A														
	*Motor sin grietas		BIEN				BIEN				BIEN					
	Humo de escape		BIEN				BIEN				BIEN					
EQUIPO DE CARRETERA	*Gato con capacidad de elevar el vehículo		BIEN				BIEN				BIEN					
	*Botiquín		BIEN				BIEN				BIEN					
	*cruceta		BIEN				BIEN				BIEN					
	*Tacos para bloquear el vehículo		BIEN				BIEN				BIEN					
	*Triángulos reflectivos-Conos		BIEN				BIEN				BIEN					
	*Linterna		BIEN				BIEN				BIEN					
	*Caja de herramientas (alicate, destornilladores, llave de expansión y llaves fijas		BIEN				BIEN				BIEN					
	*Extintor de incendios capacidad: PQS		BIEN				BIEN				BIEN					
	Operador	Nombre	VICTOR MORENO				VICTOR MORENO				VICTOR MORENO					
		Firma														
	Autorización para uso de Máquina por Ing. Residente Técnico/Inspector Interventoría	Nombre														
		Firma														
	SEGUIMIENTO DIARIO		KM-HOROMETRO INICIAL	KM-HOROMETRO FINAL	KM-HOROMETRO INICIAL	KM-HOROMETRO FINAL	KM-HOROMETRO INICIAL	KM-HOROMETRO FINAL	KM-HOROMETRO INICIAL	KM-HOROMETRO FINAL	KM-HOROMETRO INICIAL	KM-HOROMETRO FINAL	KM-HOROMETRO INICIAL	KM-HOROMETRO FINAL	KM-HOROMETRO INICIAL	KM-HOROMETRO FINAL
			319424	319544			319664	319784			319904	320024				
	OBSERVACIONES															

NOTAS

TIPO: Conjunto de características (carrocería, chasis entre otras) que definen al Vehículo.
REFERENCIA: Clasificación según la capacidad o especificaciones dados por la Marca o Fabricante de los Vehículos.
No. IDENTIFICACION IDU: Identificación exterior empleada por los vehículos, vinculados al Proyecto.
MODELO: Año de fabricación, importación del Vehículo.
CAPACIDAD: Capacidad estimada en No. de pasajeros o carga a ser transportada.
N/A: No aplica

El incumplimiento de cualquiera de los ítems (*) inhabilita el vehículo para operar.
Para el resto de los ítems que se encuentren seleccionados en la opción (mal), se deberá reportar las observaciones encontradas al Ingeniero Residente Técnico/inspector de la Obra, para que estos le comuniquen al Ing. Mecánico de Obra o Responsable de la maquinaria-equipos y?o vehículos y éste determine las acciones a seguir de acuerdo con el programa de mantenimiento.

Este formato es aplicable a: Volquetas, camionetas, furgones, tractocamiones, camperos, automóviles.

CONSTANCIA DE VERIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN

Con el presente registro de Ingreso preoperacional de Vehículos, se da constancia que el vehículo es aceptado para ingresar al Proyecto, cumple a satisfacción cada uno de los ítem evaluados.

(Firma)
(Nombre)
Responsable de la Maquinaria y Equipos del Contratista

Vo. Bo. (Firma)
(Nombre)
Responsable de la Maquinaria y Equipos de la Interventoría

FORMATO

PREOPERACIONALES VEHICULOS LIVIANOS CARGA

CÓDIGO	PROCESO	VERSIÓN
FO-AC-47	Prácticas Integrales de Gestión	2

PLACA SXS 806 **MODELO** 2013 **MARCA** INTERNATIONAL

No. IDENTIFICACIÓN IDU N/A **CAPACIDAD** 19357 **PERIODO EVALUADO** 17/03/2025 **AL** 23/03/2025

***LICENCIA DE TRANSITO** 10030484914 **TIPO DE VEHICULO** VOLQUETA

***LICENCIA DE CONDUCCION No.** 1,02E+09 VENCE **16/09/2026**

***MANEJO DEFENSIVO No.** VENCE

***REVISION TECNICO-MECANICA No.** 175996585 VENCE **19/19/2025**

***SOAT No.** 88346795 - 600010796 VENCE **11/06/2025**

FOTOGRAFÍAS

Parte Delantera	Lado Derecho

CONTRATO N° 622 **DE** 2024

SISTEMA DEL VEHICULO	ITEM DE REVISION	N/A	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
			BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL
ELECTRICO / TABLERO DE CONTROL	Funcionamiento y aspecto de la batería, bornes y cables								BIEN				BIEN			
	Indicador de temperatura								BIEN				BIEN			
	Indicador de aceite								BIEN				BIEN			
	Indicador de batería								BIEN				BIEN			
	indicador de combustible								BIEN				BIEN			
	Indicador de velocidad (velocímetro)/Horometro								BIEN				BIEN			
	*Indicador de presión de aire								BIEN				BIEN			
	Conexiones eléctricas								BIEN				BIEN			
	Fusibles								BIEN				BIEN			
LUCES / SEÑALES	* Exteriores (Altas y bajas)								BIEN				BIEN			
	Direccionales delanteras								BIEN				BIEN			
	Direccionales traseras								BIEN				BIEN			
	Traseras de trabajo (reflector)								BIEN				BIEN			
	De estacionamiento								BIEN				BIEN			
	De Stop y reversa								BIEN				BIEN			
	*Baliza								BIEN				BIEN			
HIDRAULICO	*Nivel de aceite del motor (verificar fugas)								BIEN				BIEN			
	*Nivel de aceite hidráulico de la dirección (verificar fugas)								BIEN				BIEN			
	*Nivel del líquido de frenos (verificar fugas)								BIEN				BIEN			
	*Nivel del líquido de refrigerante (verificar fugas)								BIEN				BIEN			
	*Nivel del líquido de embrague (verificar fugas)								BIEN				BIEN			
	*Mangueras, tubos , conexiones y racores								BIEN				BIEN			
GENERAL	Espejo central convexo	N/A														
	Espejos laterales								BIEN				BIEN			
	Alarma de retroceso								BIEN				BIEN			
	Pito								BIEN				BIEN			
	* Freno de servicio								BIEN				BIEN			
	* Freno de emergencia								BIEN				BIEN			
	Cinturones de seguridad								BIEN				BIEN			
	Vidrio frontal / Limpia brisas								BIEN				BIEN			
	*Kit de control de emergencias ambientales								BIEN				BIEN			
	Barra antivuelco								BIEN				BIEN			
	Asientos y tapicería								BIEN				BIEN			
	Sistema de carpado								BIEN				BIEN			
	Grapas y anclaje de chasis								BIEN				BIEN			
	Cadena del cardam								BIEN				BIEN			
	Ajustes y seguros de las puertas								BIEN				BIEN			
	Llantas: Profundidad de labrado (mínimo 3 mm) - Sin cortaduras profundas y sin abultamientos								BIEN				BIEN			
	Presión de aire de las llantas								BIEN				BIEN			
	Llanta de repuesto (CALIBRADA)								BIEN				BIEN			
MECÁNICO	* Caja de cambios/Transmisión								BIEN				BIEN			
	* Suspensión (muelles, amortiguadores)								BIEN				BIEN			
	* Dirección								BIEN				BIEN			
	* Tanque de combustible (Abrazaderas, soporte)								BIEN				BIEN			
	Estado Radiador								BIEN				BIEN			
	Estado y tensión de las correas								BIEN				BIEN			
	Estado de pedales (embrague, acelerador y freno)								BIEN				BIEN			
	Estado de filtro de aire								BIEN				BIEN			
	Estado de filtro de combustible								BIEN				BIEN			
	Ruidos extraños en el motor	N/A														
	*Motor sin grietas								BIEN				BIEN			
	Humo de escape								BIEN				BIEN			
EQUIPO DE CARRETERA	*Gato con capacidad de elevar el vehículo								BIEN				BIEN			
	*Botiquín								BIEN				BIEN			
	*cruceta								BIEN				BIEN			
	*Tacos para bloquear el vehículo								BIEN				BIEN			
	*Triángulos reflectivos-Conos								BIEN				BIEN			
	*Linterna								BIEN				BIEN			
	*Caja de herramientas (alicate, destornilladores, llave de expansión y llaves fijas								BIEN				BIEN			
	*Extintor de incendios capacidad: PQS								BIEN				BIEN			
	Operador	Nombre							EDWIN MURILLO				EDWIN MURILLO			
		Firma														
	Autorización para uso de Máquina por Ing. Residente Técnico/Inspector Interventoría	Nombre														
		Firma														
	SEGUIMIENTO DIARIO		KM-HOROMETRO INICIAL	KM-HOROMETRO FINAL	KM- HOROMETRO INICIAL	KM-HOROMETRO FINAL	KM-HOROMETRO INICIAL	KM-HOROMETRO FINAL	KM-HOROMETRO INICIAL	KM-HOROMETRO FINAL	KM-HOROMETRO INICIAL	KM-HOROMETRO FINAL	KM-HOROMETRO INICIAL	KM-HOROMETRO FINAL	KM-HOROMETRO INICIAL	KM-HOROMETRO FINAL
									465028	465079			465128	465187		
	OBSERVACIONES															

NOTAS

TIPO: Conjunto de características (carrocería, chasis entre otras) que definen al Vehículo.
REFERENCIA: Clasificación según la capacidad o especificaciones dados por la Marca o Fabricante de los Vehículos.
No. IDENTIFICACION IDU: Identificación exterior empleada por los vehículos, vinculados al Proyecto.
MODELO: Año de fabricación, importación del Vehículo.
CAPACIDAD: Capacidad estimada en No. de pasajeros o carga a ser transportada.
N/A: No aplica

El incumplimiento de cualquiera de los ítems (*) inhabilita el vehículo para operar.
Para el resto de los ítems que se encuentren seleccionados en la opción (mal), se deberá reportar las observaciones encontradas al Ingeniero Residente Técnico/inspector de la Obra, para que estos le comuniquen al Ing. Mecánico de Obra o Responsable de la maquinaria-equipos y?o vehículos y éste determine las acciones a seguir de acuerdo con el programa de mantenimiento.

Este formato es aplicable a: Volquetas, camionetas, furgones, tractocamiones, camperos, automóviles.

CONSTANCIA DE VERIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN

Con el presente registro de Ingreso preoperacional de Vehículos, se da constancia que el vehículo es aceptado para ingresar al Proyecto, cumple a satisfacción cada uno de los ítem evaluados.

(Firma)
(Nombre)
Responsable de la Maquinaria y Equipos del Contratista

Vo. Bo. (Firma)
(Nombre)
Responsable de la Maquinaria y Equipos de la Interventoría

FORMATO		
PREOPERACIONALES VEHICULOS LIVIANOS CARGA		
CÓDIGO	**PROCESO**	**VERSIÓN**
FO-AC-47	Prácticas Integrales de Gestión	2

PLACA SXS 806 **MODELO** 2013 **MARCA** INTERNATIONAL

No. IDENTIFICACIÓN IDU N/A **CAPACIDAD** 19357 **PERIODO EVALUADO** ######## **AL** 30/03/2025

***LICENCIA DE TRANSITO** 10030484914 **TIPO DE VEHICULO** VOLQUETA

***LICENCIA DE CONDUCCION No.** 1,02E+09 VENCE **16/09/2026**

***MANEJO DEFENSIVO No.** VENCE

***REVISION TECNICO-MECANICA No.** 175996585 VENCE **19/19/2025**

***SOAT No.** 88346795 - 600010796 VENCE **11/06/2025**

FOTOGRAFÍAS

Parte Delantera	Lado Derecho

CONTRATO N° 622 **DE** 2024

SISTEMA DEL VEHICULO	ITEM DE REVISION	N/A	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
			BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL
ELECTRICO / TABLERO DE CONTROL	Funcionamiento y aspecto de la batería, bornes y cables				BIEN						BIEN		BIEN			
	Indicador de temperatura				BIEN						BIEN		BIEN			
	Indicador de aceite				BIEN						BIEN		BIEN			
	Indicador de batería				BIEN						BIEN		BIEN			
	indicador de combustible				BIEN						BIEN		BIEN			
	Indicador de velocidad (velocímetro)/Horometro				BIEN						BIEN		BIEN			
	*Indicador de presión de aire				BIEN						BIEN		BIEN			
	Conexiones eléctricas				BIEN						BIEN		BIEN			
	Fusibles				BIEN						BIEN		BIEN			
LUCES / SEÑALES	* Exteriores (Altas y bajas)				BIEN						BIEN		BIEN			
	Direccionales delanteras				BIEN						BIEN		BIEN			
	Direccionales traseras				BIEN						BIEN		BIEN			
	Traseras de trabajo (reflector)				BIEN						BIEN		BIEN			
	De estacionamiento				BIEN						BIEN		BIEN			
	De Stop y reversa				BIEN						BIEN		BIEN			
	*Baliza				BIEN						BIEN		BIEN			
HIDRAULICO	*Nivel de aceite del motor (verificar fugas)				BIEN						BIEN		BIEN			
	*Nivel de aceite hidráulico de la dirección (verificar fugas)				BIEN						BIEN		BIEN			
	*Nivel del líquido de frenos (verificar fugas)				BIEN						BIEN		BIEN			
	*Nivel del líquido de refrigerante (verificar fugas)				BIEN						BIEN		BIEN			
	*Nivel del líquido de embrague (verificar fugas)				BIEN						BIEN		BIEN			
	*Mangueras, tubos , conexiones y racores				BIEN						BIEN		BIEN			
GENERAL	Espejo central convexo	N/A														
	Espejos laterales				BIEN						BIEN		BIEN			
	Alarma de retroceso				BIEN						BIEN		BIEN			
	Pito				BIEN						BIEN		BIEN			
	* Freno de servicio				BIEN						BIEN		BIEN			
	* Freno de emergencia				BIEN						BIEN		BIEN			
	Cinturones de seguridad				BIEN						BIEN		BIEN			
	Vidrio frontal / Limpia brisas				BIEN						BIEN		BIEN			
	*Kit de control de emergencias ambientales				BIEN						BIEN		BIEN			
	Barra antivuelco				BIEN						BIEN		BIEN			
	Asientos y tapicería				BIEN						BIEN		BIEN			
	Sistema de carpado				BIEN						BIEN		BIEN			
	Grapas y anclaje de chasis				BIEN						BIEN		BIEN			
	Cadena del cardam				BIEN						BIEN		BIEN			
	Ajustes y seguros de las puertas				BIEN						BIEN		BIEN			
	Llantas: Profundidad de labrado (mínimo 3 mm) - Sin cortaduras profundas y sin abultamientos				BIEN						BIEN		BIEN			
	Presión de aire de las llantas				BIEN						BIEN		BIEN			
	Llanta de repuesto (CALIBRADA)				BIEN						BIEN		BIEN			
MECÁNICO	* Caja de cambios/Transmisión				BIEN						BIEN		BIEN			
	* Suspensión (muelles, amortiguadores)				BIEN						BIEN		BIEN			
	* Dirección				BIEN						BIEN		BIEN			
	* Tanque de combustible (Abrazaderas, soporte)				BIEN						BIEN		BIEN			
	Estado Radiador				BIEN						BIEN		BIEN			
	Estado y tensión de las correas				BIEN						BIEN		BIEN			
	Estado de pedales (embrague, acelerador y freno)				BIEN						BIEN		BIEN			
	Estado de filtro de aire				BIEN						BIEN		BIEN			
	Estado de filtro de combustible				BIEN						BIEN		BIEN			
	Ruidos extraños en el motor	N/A														
	*Motor sin grietas				BIEN						BIEN		BIEN			
	Humo de escape				BIEN						BIEN		BIEN			
EQUIPO DE CARRETERA	*Gato con capacidad de elevar el vehículo				BIEN						BIEN		BIEN			
	*Botiquín				BIEN						BIEN		BIEN			
	*cruceta				BIEN						BIEN		BIEN			
	*Tacos para bloquear el vehículo				BIEN						BIEN		BIEN			
	*Triángulos reflectivos-Conos				BIEN						BIEN		BIEN			
	*Linterna				BIEN						BIEN		BIEN			
	*Caja de herramientas (alicate, destornilladores, llave de expansión y llaves fijas				BIEN						BIEN		BIEN			
	*Extintor de incendios capacidad: PQS				BIEN						BIEN		BIEN			
	Operador	Nombre			EDWIN MURILLO						EDWIN MURILLO		EDWIN MURILLO			
		Firma														
	Autorización para uso de Máquina por Ing. Residente Técnico/Inspector Interventoría	Nombre														
		Firma														
	SEGUIMIENTO DIARIO		KM-HOROMETRO INICIAL	KM-HOROMETRO FINAL	KM-HOROMETRO INICIAL	KM-HOROMETRO FINAL	KM-HOROMETRO INICIAL	KM-HOROMETRO FINAL	KM-HOROMETRO INICIAL	KM-HOROMETRO FINAL	KM-HOROMETRO INICIAL	KM-HOROMETRO FINAL	KM-HOROMETRO INICIAL	KM-HOROMETRO FINAL	KM-HOROMETRO INICIAL	KM-HOROMETRO FINAL
					465317	465407					465602	465712	465712	465782		
	OBSERVACIONES															

NOTAS

TIPO: Conjunto de características (carrocería, chasis entre otras) que definen al Vehículo.
REFERENCIA: Clasificación según la capacidad o especificaciones dados por la Marca o Fabricante de los Vehículos.
No. IDENTIFICACION IDU: Identificación exterior empleada por los vehículos, vinculados al Proyecto.
MODELO: Año de fabricación, importación del Vehículo.
CAPACIDAD: Capacidad estimada en No. de pasajeros o carga a ser transportada.
N/A: No aplica

El incumplimiento de cualquiera de los ítems (*) inhabilita el vehículo para operar.
Para el resto de los ítems que se encuentren seleccionados en la opción (mal), se deberá reportar las observaciones encontradas al Ingeniero Residente Técnico/inspector de la Obra, para que estos le comuniquen al Ing. Mecánico de Obra o Responsable de la maquinaria-equipos y?o vehículos y éste determine las acciones a seguir de acuerdo con el programa de mantenimiento.

Este formato es aplicable a: Volquetas, camionetas, furgones, tractocamiones, camperos, automóviles.

CONSTANCIA DE VERIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN

Con el presente registro de Ingreso preoperacional de Vehículos, se da constancia que el vehículo es aceptado para ingresar al Proyecto, cumple a satisfacción cada uno de los ítem evaluados.

(Firma)
(Nombre)
Responsable de la Maquinaria y Equipos del Contratista

Vo. Bo. (Firma)
(Nombre)
Responsable de la Maquinaria y Equipos de la Interventoría

CONSORCIO DC 2026

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE SST

ACTIVIDADES	P/E	FECHA / PERIOCIDAD	MARZO 1	MARZO 2	MARZO 3	MARZO 4	ABRIL 1	ABRIL 2	ABRIL 3	ABRIL 4	MAYO 1	MAYO 2	MAYO 3	MAYO 4	JUNIO 1	JUNIO 2	JUNIO 3	JUNIO 4	JULIO 1	JULIO 2	JULIO 3	JULIO 4	PROGRAMADO	EJECUTADO	%CUMPLIMIENTO
SUBPROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA																									
Capacitación sobre estilos de vida saludable	P	Durante la ejcución del proyecto y de refuerzo																					1		0%
	E																								
Capacitación sobre prevenciòn alcoholismo, drogadicción y farmacodependencia	P	Durante la ejcución del proyecto y de refuerzo																					1		0%
	E																								
Subtotal cumplimiento		**0%**																							
SUBPROGRAMA DE HIGIENE INDUSTRIAL																									
Capacitación sobre riesgo fisico	P	Durante la ejcución del proyecto y de refuerzo																					2	1	50%
	E																								
Capacitación en cuidado de manos	P	Durante la ejcución del proyecto y de refuerzo																					3	1	33%
	E																								
Capacitación Funciones de la Brigada de Orden, Aseo y limpieza	P	Durante la ejcución del proyecto y de refuerzo																					2	1	50%
	E																								
Capacitación sobre manejo de sustancias químicas	P	Durante la ejcución del proyecto y de refuerzo																					1		0%
	E																								
Capacitación en higiene postural	P	Durante la ejcución del proyecto y de refuerzo																					1		0%
	E																								
Capacitación en uso de protección respiratoria	P	Durante la ejcución del proyecto y de refuerzo																					1		0%
	E																								
Subtotal cumplimiento		**22%**																							

CONSORCIO DC 2026

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE SST

ACTIVIDADES	P/E	FECHA / PERIOCIDAD	AGOSTO 1	AGOSTO 2	AGOSTO 3	AGOSTO 4	SEPTIEMBRE 1	SEPTIEMBRE 2	SEPTIEMBRE 3	SEPTIEMBRE 4	OCTUBRE 1	OCTUBRE 2	OCTUBRE 3	OCTUBRE 4	NOVIEMBRE 1	NOVIEMBRE 2	NOVIEMBRE 3	NOVIEMBRE 4	DICIEMBRE 1	DICIEMBRE 2	DICIEMBRE 3	DICIEMBRE 4	PROGRAMADO	EJECUTADO	%CUMPLIMIENTO
SUBPROGRAMA DE SEGURIDAD INDUSTRIAL																									
Capacitaciòn en procedimiento seguro trabajo en alturas	P	Durante la ejcución del proyecto y de refuerzo																					1		0%
	E																								
Capacitación en manejo de cargas	P	Durante la ejcución del proyecto y de refuerzo																					3		0%
	E																								
Capacitación en manejo defensivo-seguridad vial	P	Durante la ejcución del proyecto y de refuerzo																					1		0%
	E																								
Capacitación en manejo de herramientas	P	Durante la ejcución del proyecto y de refuerzo																					2		0%
	E																								
Uso y cuidado de la señalización de obra.	P	Durante la ejcución del proyecto y de refuerzo																					2		0%
	E																								
Factores de riesgo individuales	P	Durante la ejcución del proyecto y de refuerzo																					3		0%
	E																								
Autocuidado y cuidado mutuo	P	Durante la ejcución del proyecto y de refuerzo																					4		0%
	E																								
Identificación de peligros y riesgos	P	Durante la ejcución del proyecto y de refuerzo																					3		0%
	E																								
Gestión del cambio.	P	Durante la ejcución del proyecto y de refuerzo																					3		0%
	E																								
Riesgos en la operación de maquinaria pesada.	P	Durante la ejcución del proyecto y de refuerzo																					3		0%
	E																								
Subtotal cumplimiento		**0%**																							

COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO - COPASST					
Capacitación en funciones del copasst	P	Durante la ejcución del proyecto y de refuerzo	2		0%
	E				
Subtotal cumplimiento	**0%**				
EMERGENCIAS					
plan de evacuación de emergencias médicas.	P	Durante la ejcución del proyecto y de refuerzo	2		0%
	E				
Subtotal cumplimiento	**0%**				
TOTAL	**6%**				
NOTA: Este cronograma se ajustará de acuerdo con las necesidades de capacitación identifcadas según riesgos a los que están expuestos los trabajadores, duración de la obra y actividades que se ejecutan. Las actividades programadas y del Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo se realizarán					
FIRMA RESPONSABLE DE EJECUCIÓN		**CARGO**	**RESIDENTE SSTMA**		

Reviso y aprobo
Juan Pablo Fonseca Cardona
Profesional SST Interventoría


BOTIQUIN
53 a sur 07 Carrera 29
Tunjuelito
Bogotá
Cundinamarca
19 mar 2025 11:36:09 a. m.
315° NW
Velocidad:1.0km/h
Consorcio DC
#consorcio DC 2025
Número de índice: 7449
Avenida Boyacá
Carrera 35A
Transversal 33
Carrera 34
Carrera 31
Carrera 33
Diagonal 52 Sur
Carrera 32
Carrera 28
SAN VICENTE FERRER
Centro Com
Ciudad
Carrera 27
Carrera 25
CIUDAD TUNAL
Google


KIT
PARA CONTROLAR
DERRAME DE
SUSTANCIAS
PELIGROSAS
CAMILLA
PRIMEROS
AUXILIOS
19 mar 2025 9:49:10 a. m.
61A-3 Diagonal 51b Sur
Tunjuelito
Bogotá, D.C.
#Consorcio DC 2025


BOTIQUIN
FIRST AID KIT
KIT
PARA CONTROLAR
DERRAME DE
SUSTANCIAS
PELIGROSAS
RESIDUOS NO
APROVECHABLES
19 mar 2025 9:45:37 a. m.
60F-53 Diagonal 51a Sur
Tunjuelito
Bogotá, D.C.
#Consorcio DC 2025


Tunjuelito
Bogotá
PUNTO ECOLÓGICO
19/03/2025 08:30 am


19 mar 2025 9:45:37 a. m.
60F-53 Diagonal 51a Sur
Tunjuelito
Bogotá, D.C.
#Consorcio DC 2025



28-96 Calle 53b Sur
Tunjuelito
Bogotá, D.C.
19 mar 2025 11:23:00 a. m.
333° NW
Velocidad:1.9km/h
Consorcio DC
#consorcio DC 2025
Número de índice: 7444


PROHIBIDO
EL PASO A PERSONAL
NO AUTORIZADO
PROHIBITED THE PASSAGE
TO UNAUTHORIZED PERSONNEL
Avenida Boyacá
Carrera 35A
Transversal 33
Carrera 34
Carrera 31
Carrera 33
Carrera 32
Diagonal 52 Sur
Carrera 28
SAN VICENTE
FERRER
Centro Cor
Ciudad
AR DE
TARIO
Carrera 27
Carrera 25
CIUDAD TUNAL
Google
Parque Metropolitano
53A-14 Carrera 29
Tunjuelito
Bogotá, D.C.
19 mar 2025 11:01:24 a. m.
331° NW
Velocidad:12.6km/h
Consorcio DC
#consorcio DC 2025
Número de índice: 7439


RUTA DE EVACUACIÓN
EVACUATION ROUTE
Avenida Boyacá
Carrera 35A
Transversal 33
Carrera 34
Carrera 33
Carrera 32
Diagonal 52 Sur
Carrera 31
Carrera 28
SAN VICENTE FERRER
Carrera 27
Carrera 25
CIUDAD TUNAL
Google
Parque Metropolitano
53A-38 Carrera 29
Tunjuelito
Bogotá, D.C.
19 mar 2025 11:01:56 a. m.
22° N
Velocidad:1.4km/h
Consorcio DC
#consorcio DC 2025
Número de índice: 7441



2905 Calle 53a Sur
Tunjuelito
Bogotá
19 mar 2025 11:26:59 a. m.
260° W
Velocidad:0.5km/h
Consorcio DC
#consorcio DC 2025
Número de índice: 7447


20
19 mar 2025 9:45:51 a. m.
60F-53 Diagonal 51a Sur
Tunjuelito
Bogotá, D.C.
#Consorcio DC 2025