INFORME MENSUAL HSEQ

NUMERO DE CONTRATO DE INTERVENTORIA:
156-SG-2024

OBJETO DEL CONTRATO DE INTERVENTORIA:
"REALIZAR LA INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, CONTABLE, FINANCIERA, Y JURÍDICA AL CONTRATO RESULTANTE DEL PROCESO DE SELECCIÓN PARA LA RENOVACIÓN INTEGRAL DE LA CUBIERTA Y SUSTITUCIÓN DEL SISTEMA DE SUPLENCIA ELÉCTRICA DEL EDIFICIO DE DOCENCIA DE LA SEDE CENTRAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES"

INFORME HSEQ No. 5

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORESES

PERIODO:
DEL 25 DE FEBRERO AL 24 DE MARZO DE 2025

Bogotá D.C.

Contenido

INTRODUCCIÓN 3
1. RECURSOS HUMANOS INTERVENTORIA 4
2. RECURSOS HUMANOS DEL CONTRATISTA 4
3. INFORME MENSUAL HSEQ 6
3.1 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE MANEJO AMBIENTAL . 6
3.1.1 MANEJO DE DEMOLICIONES, ESCOMBROS Y DESECHOS DE CONSTRUCCIÓN. 7
Indicadores de Seguimiento DEL Programa 7
3.1.2 MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS ORDINARIOS, RECICLABLES Y PELIGROSOS. 8
Indicadores de seguimiento programa 8
3.1.3 PROGRAMA ALMACENAMIENTO Y MANEJO DE MATERIALES DE CONSTRUCCIÓN. 9
3.1.4 MANEJO DE CAMPAMENTOS E INSTALACIONES TEMPORALES 10
3.1.5 MANEJO DE MAQUINARIA, EQUIPOS Y TRANSPORTE. 10
3.1.6 MANEJO DE RESIDUOS LÍQUIDOS, COMBUSTIBLES, ACEITES Y SUSTANCIAS QUÍMICAS. 12
3.2 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO 12
3.2.1 MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO 12
3.2.1.1 Exámenes Medico ocupacionales: 13
3.2.1.2 CONSOLIDADO DE INDICADORES DE ACCIDENTALIDAD 15
3.2.2 HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL 18
3.2.2.1 SEGUIMIENTO AL CRONOGRAMA DE SST 18
3.2.2.2 PROGRAMA DE CAPACITACIONES 19
3.2.3 ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL 19
3.2.4 PLAN DE CONTINGENCIA 20
3.3 SEGUIMIENTO AL PLAN DE APLICACIÓN DEL PROTOCOLO SANITARIO PARA LA OBRA (PAPSO) 20
OBSERVACIONES Y CONCLUSIONES 22

INTRODUCCIÓN

El siguiente informe tiene como objeto dar a conocer el seguimiento HSEQ que se ha realizado por parte de la Interventoría, al contrato de obra No. LP-0002-SG-2024 durante el periodo comprendido entre el 25 de febrero al 24 de marzo de 2025; el cual corresponde al **Informe HSEQ de Interventoría No. 5,** y describe cada uno de los factores e indicadores de control establecidos y cubiertos por el contrato de interventoría No. 156-SG-2024, cuyo objeto "REALIZAR LA INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, CONTABLE, FINANCIERA, Y JURÍDICA AL CONTRATO RESULTANTE DEL PROCESO DE SELECCIÓN PARA LA RENOVACIÓN INTEGRAL DE LA CUBIERTA Y SUSTITUCIÓN DEL SISTEMA DE SUPLENCIA ELÉCTRICA DEL EDIFICIO DE DOCENCIA DE LA SEDE CENTRAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES"

1. RECURSOS HUMANOS INTERVENTORIA

PROFESIONALES INTERVENTORIA		
CARGO	**NOMBRE**	**IDENTIFICACION**
DIRECTOR DE INTERVENTORÍA	LILIANA QUIROGA SEPULVEDA	37277497
RESIDENTE DE INTERVENTORIA	EDWARD RICARDO VERA REDONDO	1098697864
PRO. HSEQ INTERVENTORIA	RUBY CACERES QUINTERO	1095940261
INSPECTOR DE INTERVENTORIA	JUAN ANTONIO ORJUELA QUINTERO	79506624
INGENIERO ELECTRICISTA	JOSE ALEXANDER GONZALEZ BAUTISTA	80024639

***Tabla 1**. Personal de Interventoría*

NOTA: En el anexo 1**.** Se adjunta el pago de seguridad social del personal de interventoría durante el periodo.

2. RECURSOS HUMANOS DEL CONTRATISTA

PROFESIONALES CONTRATISTA-OBRA			
CARGO	**NOMBRE**	**IDENTIFICACION**	**RETIRO**
DIRECTOR DE OBRA	DANIEL RUIZ VALBUENA	79796893	
RESIDENTE DE OBRA	JOSE LUIS HERNANDEZ GRANADOS	13271447	26/12/2024
RESIDENTE DE OBRA	SERGIO ANDRES ARANDA NIEVES	1030666198	27/01/2025
RESIDENTE DE OBRA	ARIEL HUMBERTO CALDERON TORRES	74346826	
PROFESIONAL HSEQ OBRA	JOSE ALEXANDER ESMERAL VARGAS	72276971	
MAESTRO DE OBRA	MILTON NARCISO CAMARGO MUÑOZ	9320168	28/02/2025
INGENIERO ELECTRICISTA	MARIO ALBERTO GUTIERREZ MORALES	11429848	
PROFESIONAL GERECIA PROYECTOS	LILIANA DEL PILAR CANO REYES	1049648446	28/02/2025

***Tabla 2**. Relación de Profesionales - Contratista de Obra*

PERSONAL OPERATIVO- PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS				
NOMBRE	**CEDULA**	**CARGO**	**FECHA INGRESO**	**FECHA RETIRO**
AMBERSON SANCHEZ PALMA	1.077.484.377	AYUDANTE DE OBRA	8/11/2024	28/02/2025
ALVARO DE LUQUE PARRA	1.118.828.077	OFICIAL DE OBRA	8/11/2024	28/02/2025
LUIS MIGUEL WILCHES SANCHEZ	1.136.889.853	OFICIAL DE OBRA	8/11/2024	28/02/2025
MILTON NARCISO CAMARGO MUÑOZ	9.320.168	MAESTRO DE OBRA	19/11/2024	28/02/2025
NUBIA SANCHEZ OSPINA	52.031.303	AUXILIAR DE OBRA	9/12/2024	
JINETH DAYANA ARIZA QUIÑONEZ	1.005.451.899	AUXILIAR DE OBRA	9/12/2024	
YONATHAN GERARDO BAUTISTA SOPO	1.010.211.404	AYUDANTE DE OBRA	17/03/2025	
CONTRATAR SAS				
CARLOS FERNANDO PERDOMO YUNDA	1.006.502.375	PASANTE DE OBRA	19/03/2025	
ELECTRICISTAS PARA LA PLANTA: CENTRAL POWER SAS				
ERNESTO ALVAREZ OSPINA	71.682.045	ING PLANTA ELEC	16/12/2024	
RICARDO MERLO PINZON	1.023.863.273	TECNICO	16/12/2024	
MANTENIMIENTO DE BAÑOS: BIOGAVI SAS				
FRANKLIN EDUARDO MORALES RAMIREZ	PT 2.013.060	MANTENIMIENTO BAÑO	20/12/2024	
CONTRATISTA CUBIERTA: ESTRUCTURAS Y MONTAJES DE COLOMBIA Y HERMANOS				
MANUEL ALFONSO BERNAL ARIAS	7.177.425	TECNICO	2/01/2025	
FRANCISCO JAVIER BERNAL ALVAREZ	7.183.379	TECNICO	2/01/2025	
JOSE ALEX CORD FARIAS GAMEZ	1.002.365.079	OFICIAL DE OBRA	2/01/2025	
CRISTOFER FARIAS GAMEZ	1.002.364.996	OFICIAL DE OBRA	2/01/2025	
YAMID ECHAVARRIA SOLER	1.056.708.237	AYUDANTE DE OBRA	2/01/2025	
WILMAN SOTELO RODRIGUEZ	1.002.331.275	AYUDANTE DE OBRA	24/01/2025	

EQUIPO OBRA CIVIL: GRUPO CONSTRUARQ S.A.S				
LUIS HERNANDO FONSECA NOBSA	79.811.664	MAESTRO SUB CONTRATISTA	7/03/2025	
MAURICIO RAFAEL VILLA PEREIRA	19.603.727	AYUDANTE DE OBRA	7/03/2025	
FREDYS JOSE CORONADO PINEDA	78.699.131	AYUDANTE DE OBRA	17/03/2025	
LUIS JAFET MANJARREZ DE LA HOZ	1.193.103.140	OFICIAL DE OBRA	17/03/2025	
AMBIENTALISTAS DE COLOMBIA SAS				
NELSON GONZALEZ CRUZ	1.106.948.917	RETIRO DE ESCOMBROS	7/02/2025	
JEAN CARLOS ORDONEZ CARIEL	PT 5028854	RETIRO DE ESCOMBROS	7/02/2025	
PERSONAL ELECTRICISTA: CIASERPRO SAS				
JESUS NICOLAS PARRA TORRES	1.033.758.019	ELECTRICISTA	10/03/2025	14/03/2025
BRAYAN JAVIER RINCON JIMENEZA	1.000.616.857	ELECTRICISTA	10/03/2025	
JHON ALEXANDER RUIZ HERNANDEZ	80.123.702	ELECTRICISTA	10/03/2025	
JESUS ALEJANDRO CUASPUD	79.894.116	TECNICO ELECTRICISTA	10/03/2025	
VICTOR ALFONSO RAMIREZ RENGIFO	1.130.672.956	ELECTRICISTA	17/03/2025	

Tabla 3. *Relación de personal operativo - Contratista de Obra*

NOTA: Durante el presente informe, el sub contratista de la empresa ESTRUCTURAS Y MONTAJES DE COLOMBIA Y HERMANOS quien realiza las actividades de desinstalación e instalación de cubierta se reactivan toda vez que retoman actividades y realizan entrega de planillas vigentes de seguridad social. Así mismo, se realiza ingreso de personal para labores de electricidad y otro grupo de trabajadores para las actividades de obra civil, correspondientes a los sub contratistas CIASERPRO SAS y GRUPO CONSTRUARQ S.A.S. Ver anexo 2. Seguridad Social del contratista y sub contratista.

3. INFORME MENSUAL HSEQ

3.1 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE MANEJO AMBIENTAL

3.1.1 MANEJO DE DEMOLICIONES, ESCOMBROS Y DESECHOS DE CONSTRUCCIÓN.

Para el periodo del presente informe, el ejecutor continuo con alguna parte de las actividades de desinstalación de cubierta existente, la cual está compuesta por asbesto cemento, residuos el cual requiere especial manipulación y disposición final, así mismo, la realización de dicha actividad incluye el retiro del encorozado lo cual es un residuo de demolición y debe ser dispuesto en escombrera autorizada.

N° PIN AMBIENTAL	FECHA DE REPORTE DE APERTURA
26587	07 DE NOVIEMBRE DE 2024

Tabla 4. *Relación PIN ambiental*

NOTA: A la fecha, el contratista no ha realizado la entrega de los soportes de cargue o actualización de información al PIN ambiental asignado por el la SDA distrital.

CONSOLIDADO DE ESCOMBROS DISPUESTOS			
DESCRIPCIÓN	**CANTIDAD GENERADA**	**PERIODO**	**CANTIDAD CERTIFICADA**
ESCOMBROS POR DEMOLICIÓN (ENCOROZADO)	1.84 m^3	25 de febrero al 24 de marzo de 2025	0 m^3

Tabla 5. *Consolidado de Escombros Dispuestos*

INDICADORES DE SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA

#	MANEJO DE DEMOLICIONES, ESCOMBROS Y DESECHOS DE CONSTRUCCIONES
01	**Volumen de escombros dispuestos adecuadamente/ Volumen de escombros totales Generados * 100** % Escombros Dispuestos Escombrera= $\frac{0\ kg}{1.84\ kg} * 100$ % Escombros Dispuestos Escombrera = 0%

Tabla 6. *Indicadores de Seguimiento Programa*

NOTA: En el presente periodo, durante la actividad de desinstalación de cubierta se generó material RCD producto de las demoliciones de encorozado y demás elementos que sostenían dicha cubierta. Por otra parte, el contratista no realizo el retiro de escombros acopiados en el punto de temporal de acopio.

3.1.2 *MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS ORDINARIOS,*

3.1.3 *RECICLABLES Y PELIGROSOS.*

Para el presente periodo, el contratista incumplió en reiteradas ocasiones la solicitud de implementación de las bolsas de colores en el punto ecológico dispuesto para la clasificación en la fuente de los residuos según las disposiciones legales sobre la separación, clasificación, transporte y disposición final de los residuos, Resolución No. 2184 de 2019 la cual establece el *CÓDIGO DE COLORES PARA LA SEPARACIÓN DE LOS RESIDUOS SÓLIDOS*, blanco, negro y verde, rojo para la separación de residuos en la fuente.

A continuación, la interventoría relaciona un estimado de la cantidad de residuos sólidos posiblemente generados en obra, según la cantidad de personas activas

CANTIDADES DE RESIDUOS ORDINARIOS Y RECICLABLES GENERADOS EN OBRA				
ORDINARIOS	**RECICLAJE**	**TOTAL**	**UNIDAD**	**PERIODO**
26,4	4,4	30,8	Kg	25 de febrero al 24 de 24 de marzo de 2025

Tabla 7. *Cantidad de residuos ordinarios generados en obra.*

CANTIDADES DE RESIDUOS ESPECIALESO PELIGROSOS GENERADOS EN OBRA				
DESCRIPCIÓN	**TOTAL**	**UNIDAD**	**PERIODO**	**CANTIDAD CERTIFICADA**
RESIDUOS DE ASBESTO	1460	Kg	25 de enero al 24 de febrero de 2025	0

Tabla 7.1 *Cantidad de residuos peligrosos o especiales generados en obra.*

NOTA: En el periodo del presente informe, el contratista realiza la entrega del certificado de disposición final de los residuos de asbesto cemento, retirados entre los meses de enero y febrero. Ver anexo 3.

Indicadores de seguimiento programa

#	MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS ORIDNARIOS, RECICLABLES Y PELIGROSOS.
01	**Residuos ordinarios del periodo / Total de Residuos*100** $\% \text{ Material RSO} = \frac{26{,}4 \text{ kg} * 100}{30{,}8 \text{ kg}}$ % Material RSO = 85,71%

02	**Residuos Reciclables del periodo / Total de Residuos*100** % Material reciclado= $\frac{4{,}4 \text{ kg} * 100}{30{,}8 \text{ kg}}$ % Material reciclado= 14,28%
03	**Residuos Peligrosos del periodo dispuestos correctamente / Total de Residuos peligrosos generados*100** % Respel Generados = $\frac{0 \text{ kg} * 100}{1975 \text{ kg}}$ % Respel Dispuestos Adecuadamente = 0 %

Tabla 8. *Indicadores de Seguimiento Programa*

3.1.4 PROGRAMA ALMACENAMIENTO Y MANEJO DE MATERIALES DE CONSTRUCCIÓN.

Durante el periodo correspondiente al presente informe, el contratista no realiza adquisición de materiales pétreos que requieran verificación de su origen, sin embargo, realiza el ingreso del material relacionado a continuación:

FECHA DE INGRESO	TIPO DE MATERIAL
07/03/2025	LIJAS
07/03/2025	PINTURA
07/03/2025	ESTUCO
07/03/2025	FIBRA MINERAL

Tabla 9. *Relación material adquirido.*

Indicadores de Seguimiento Programa

#	ALMACENAMIENTO Y MANEJO DE MATERIALES DE CONSTRUCCIÓN
01	**Acopio de material señalizado en los frentes de obra / Acopio de material en los frentes de obra x 100.** % Señalización de Acopios = $\frac{1* 100}{2}$ % Señalización de Acopios = 50%

Tabla 10*. Indicadores de Seguimiento Programa*

3.1.5 MANEJO DE CAMPAMENTOS E INSTALACIONES TEMPORALES

Durante el tiempo recorrido en el presente informe, el equipo de interventoría realiza el respectivo seguimiento a los acopios, señalización y cerramientos para el campamento temporal, punto de almacenamiento de residuos y áreas de trabajo, donde la interventoría solicitó al contratista en reiteradas ocasiones, la limpieza y evacuación de residuos acopiados en lugares no autorizados para esta actividad.

Por otra parte, el contratista continúa implementando la unidad de baño portátil destinada al uso de los trabajadores vinculados al contrato

Indicadores de Seguimiento Programa

#	MANEJO DE CAMPAMENTOS E INSTALACIONES TEMPORALES
01	**Cantidad de USP instaladas / Cantidad de baños requeridos según # de trabajadores * 100** % Cantidad de USP Instaladas = $\frac{1}{1} * 100$ % Cantidad de USP Instaladas = 100 %

Tabla 12. *Indicadores de Seguimiento Programa*

NOTA: A la fecha de emisión del presente informe, el contratista no realizo la entrega de los soportes de mantenimiento del sanitario correspondiente al periodo del presente informe.

3.1.6 MANEJO DE MAQUINARIA, EQUIPOS Y TRANSPORTE.

En el periodo comprendido en el presente informe, el contratista continuó realizando actividades de desinstalación de cubierta existente, así como instalación de la nueva cubierta en la zona de archivo, para esto realiza el alistamiento del área de trabajo de algunos equipos y herramientas

Así mismo, la interventoría en medio de sus recorridos, realiza inspección visual de cada uno de los equipos o elementos utilizados en obra, con el fin de realizar seguimiento y control del estado y uso de maquinaria, equipos o vehículos.

A continuación, se evidencia la relación de los equipos y/o vehículos evidenciados en el presente periodo:

MAQUINARIA Y EQUIPOS	CANTIDAD / PLACA
EQUIPO CUBIERTA	
Compresor	1
Pulidoras	3
Taladros	4
Equipo de soldadura	3
Extensión eléctrica	1
Arnés	7
Líneas de vida	2
Arnés	2
EQUIPO CONSTRUARQ	
Pulidora	1
Taladro	1
Soplete	1
Línea de vida	1
Arnés	3
Extensión	1
VEHICULO/MAQUINARIA	**PLACA/REF**
Camioneta de estacas	RZN 238
Camión de estacas	GKA 109

Tabla 13. *Listado de Equipos y Vehículos en Obra*

NOTA: En el presente periodo, se realizó retiro de residuos de teja por medio vehículo transportador de los residuos ANEXO 4. Documentación de Vehículos y ANEXO 5. INSPECCIONES EQUIPOS

Indicadores de Seguimiento Programa

#	MANEJO DE MAQUINARIA, EQUIPOS Y TRANSPORTE
01	No. de vehículos con certificados técnico mecánica/No. Total, de vehículos que requieren revisión tecnicomencánica * 100 % Vehículos con CTM= $\frac{1}{1} * 100$ % Vehículos con CTM = 100 %

Tabla 14. *Indicadores de Seguimiento*

3.1.7 MANEJO DE RESIDUOS LÍQUIDOS, COMBUSTIBLES, ACEITES Y SUSTANCIAS QUÍMICAS.

Durante el desarrollo de actividades en el periodo del presente informe, no se presentaron emergencias ambientales relacionadas con derrames de residuos líquidos, combustibles, aceites o sustancias químicas;

Indicadores de Seguimiento Programa

#	MANEJO DE RESIDUOS LÍQUIDOS, COMBUSTIBLES Y SUSTANCIAS QUÍMICAS
01	Derrames producidos y controlados / derrames producidos * 100 % Derrames generados = $\frac{0 * 100}{0}$ % Derrames generados = 0

Tabla 15. *Indicadores de Seguimiento*

3.2 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

3.2.1 MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO

La medicina preventiva es esa área que se ocupa de difundir actividades y políticas de prevención de enfermedades en el ámbito laboral. Así mismo, durante el presente informe, se evaluaron las condiciones y el ambiente de trabajo en el que se desarrollan las actividades en esta área y cómo esas circunstancias afectan la salud de los empleados.

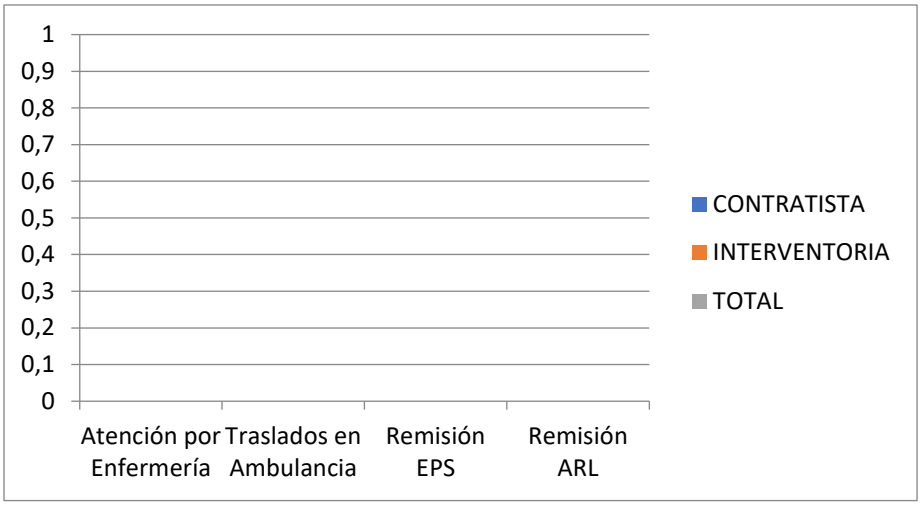
Las principales actividades evidenciadas en el periodo son:

- Identificación de riegos y peligros
- Estadísticas en seguridad y salud en el trabajo
- Capacitaciones sobre estilos de vida saludables y exposición a riesgos
- Condiciones de salud

Número de casos atendidos en el período:

TIPO DE ATENCIÓN	CONTRATISTA	INTERVENTORIA	TOTAL
Atención por Enfermería	0	0	0
Remisión EPS	0	0	0
Remisión ARL	0	0	0
TOTAL	**0**	**0**	**0**

Tabla 16. *Tipo de atenciones en el periodo.*



Grafica 1. Tipo de atenciones en el periodo

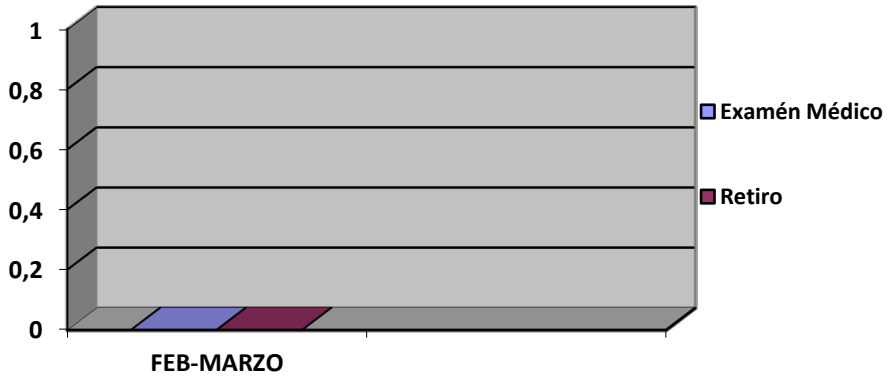
NOTA: Durante el periodo del presente informe, no se presentaron accidentes de trabajo ni enfermedades laborales

3.2.1.1 EXÁMENES MEDICO OCUPACIONALES:

Interventoría: En el presente informe, el equipo de interventoría no presenta ingresos

TIPO DE EXAMEN	INTERVENTORÍA		
	Ingreso	Periódico	Retiro
Examen medico	0	0	0

Tabla 17 *Exámenes Médicos Ocupacionales*



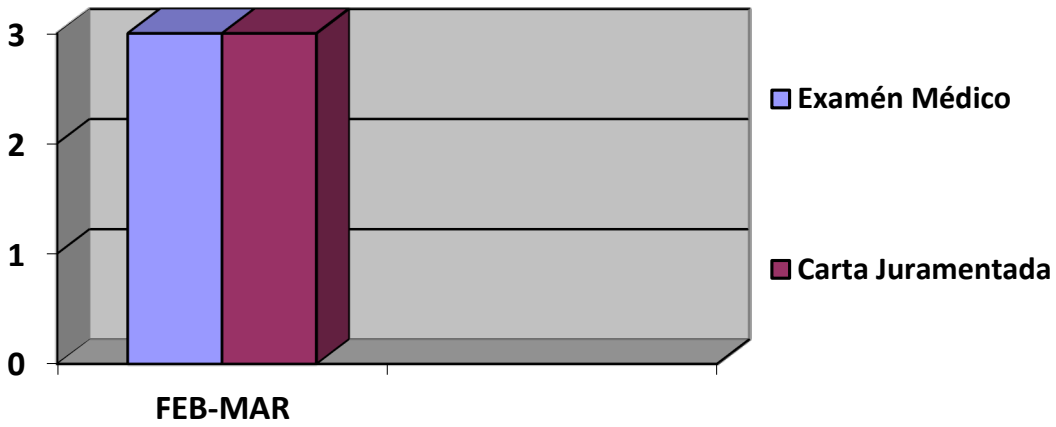
Grafica 2. Exámenes médicos ocupacionales

Contratista: El contratista debe realizar el examen médico de ingreso, previo a su vinculación laboral, para identificar restricciones y su aptitud laboral para ejecutar las tareas. Para el presente periodo, el contratista realiza el ingreso de 1 trabajador vinculado al sub contratista ESTRUCTURAS Y MONTAJES DE COLOMBIA HERMANOS y del ingreso del nuevo residente de obra

Durante este periodo el contratista realizó los siguientes exámenes de ingreso, así mismo, para el personal profesional se remitió una carta juramentada como soporte de la realización de los mismos

TIPO DE EXAMEN	CONTRATISTA		
	Ingreso	Retiro	Carta Juramentada
Examen medico	0	0	2
	SUB CONTRATISTAS		
	3	0	1

Tabla 18 *Exámenes Médicos Ocupacionales*



Grafica 3. Exámenes médicos ocupacionales

NOTA: Ver anexo 6. Exámenes de ingreso y carta juramentada

3.2.1.2 CONSOLIDADO DE INDICADORES DE ACCIDENTALIDAD

Interventoría: Durante el periodo comprendido en este informe en el equipo de interventoría NO presenta accidentes de trabajo

De acuerdo a lo anterior, el resultado de los índices estipulados en la Resolución 0312 de 2019 es:

Índice de severidad: 0.00%
Índice de frecuencia: 0,00%
Índice de lesión incapacitante: 0.00%

Accidentalidad e Incidentalidad por frentes de trabajo

INDICADOR / FRENTE	N° IT	N° IT Investigados	N° AT	N° AT investigados	N° días incapacidad	N° Trabajadores	Tasa AT
TRABAJOS DE OFICINA	0	0	0	0	0	1	0%
TRABAJOS DE CAMPO	0	0	0	0	0	4	0%
TOTAL	0	0	0	0	0	0	0%

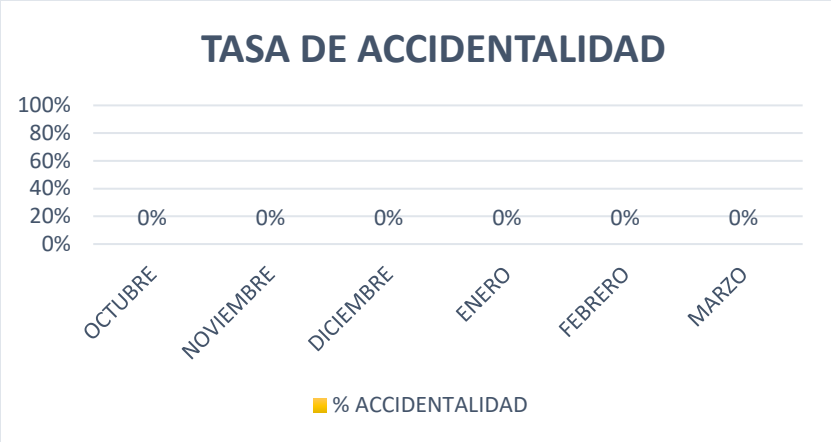
Tasa Accidentalidad Acumulado Interventoría

MES / INDICADOR	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	TOTALES
Número Trabajadores mes	5	5	5	5	5	5	5
Número AT	0	0	0	0	0	0	0
Número de Incidentes	0	0	0	0	0	0	0
Tasa AT (%)	0	0	0	0	0	0	0
Días Incapacidad	0	0	0	0	0	0	0

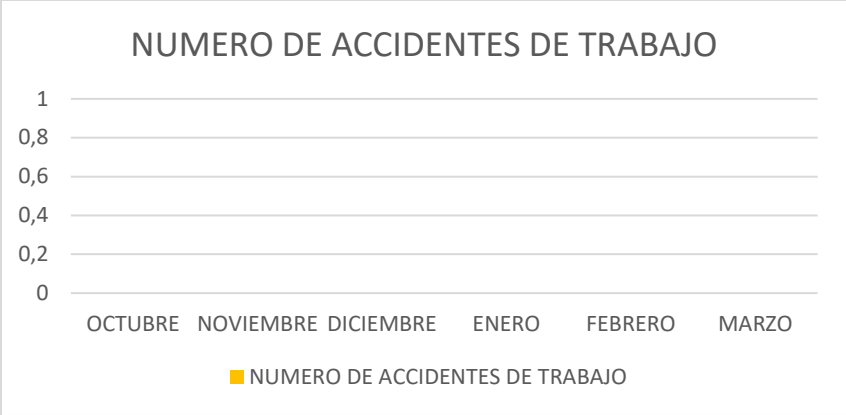
Fórmulas Tasa De Accidentalidad

$$= \left({No. Accidentes}/{No. Promedio\ trabajadores\ acumulados} \right) x\ 100\%$$

Gráficas de la Tendencia de la accidentalidad de la Interventoría



Gráfica 4. Tasa de accidentalidad por mes INTERVENTORIA



Gráfica 5. N° de accidentes de trabajo mensual INTERVENTORIA

Contratista: Para el tiempo comprendido en este periodo no se presentan accidentes de trabajo

Accidentalidad e Incidentalidad por frentes de trabajo

INDICADOR / FRENTE	N° IT	N° IT Investigados	N° AT	N° AT investigados	N° días incapacidad	N° Trabajadores	Tasa AT
TRABAJOS DE OFICINA	0	0	0	0	0	1	0%
TRABAJOS DE CAMPO	0	0	0	0	0	23	0%
TOTAL	0	0	0	0	0	24	0%

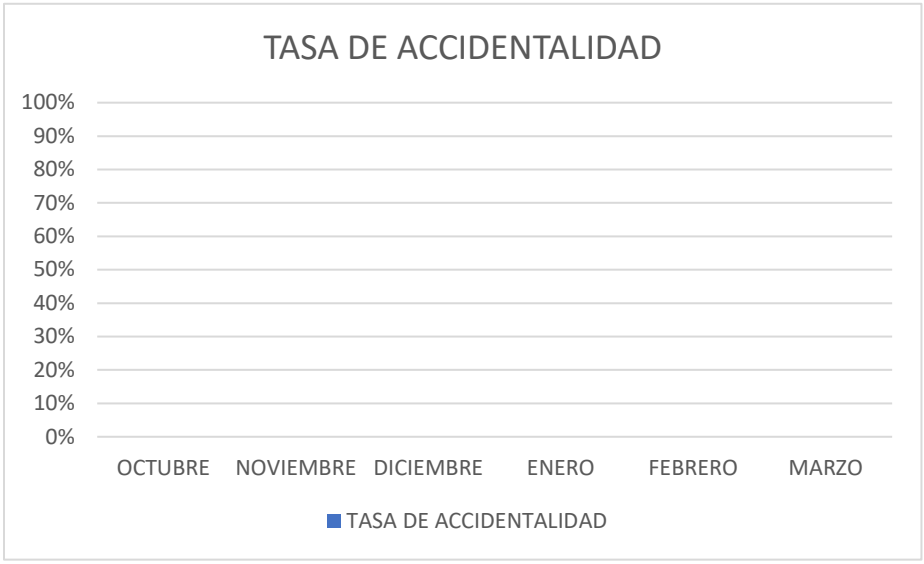
Tasa Accidentalidad Acumulado Contratista

MES / INDICADOR	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	TOTALES
Número Trabajadores mes	5	9	13	18	15	24	14
Número AT	0	0	0	0	0	0	0
Número de Incidentes	0	0	0	0	0	0	0
Tasa AT (%)	0	0	0	0	0	0	0
Días Incapacidad	0	0	0	0	0	0	0

Fórmulas Tasa De Accidentalidad

$$= \left({No. Accidentes}/{No. Promedio\ trabajadores\ acumulados} \right) x\ 100\%$$

Gráficas de la Tendencia de la accidentalidad del Contratista



Gráfica 6. Tasa de accidentalidad por mes CONTRATISTA



Gráfica 7. N° de accidentes de trabajo mensual CONTRATISTA

3.2.2 HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL

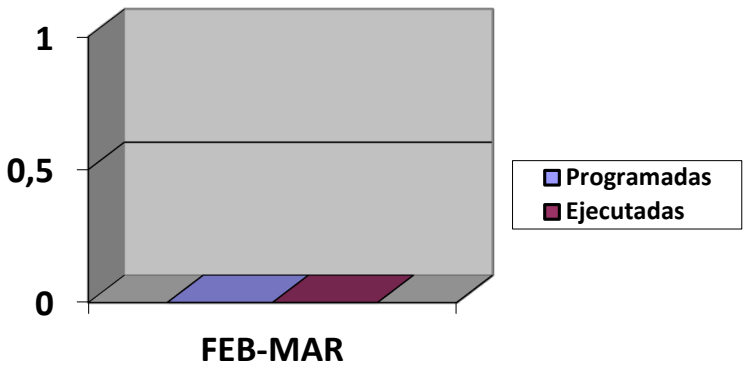
Sus actividades comprenden la identificación, evaluación, análisis de riesgos ocupacionales y las recomendaciones específicas para su control, a través de la elaboración de panoramas de riesgo, visitas de inspección a las áreas de trabajo, mediciones ambientales, entre otras.

3.2.2.1 SEGUIMIENTO AL CRONOGRAMA DE SST

Porcentaje de actividades cumplidas en el mes según cronograma

N° Capacitaciones programadas en cronograma en el periodo	N° Capacitaciones ejecutadas del cronograma en el periodo	% Cumplimiento
0	0	0%

Tabla 19. *Actividades Cumplidas en el mes*



Grafica 8. Cumplimiento de capacitaciones mensuales

NOTA: La interpretación anterior, se da ya que a la fecha el contratista no ha entregado el cronograma actualizado de actividades del área HSEQ, dando como resultado que la interventoría no pueda realizar el seguimiento correspondiente a este componente, así mismo, los soportes entregados sobre las actividades realizadas, solo corresponden a las inducciones dadas al personal nuevo.

Sin embargo, la interventoría en cumplimiento de sus obligaciones solicitó y realizó el seguimiento respectivo al cumplimiento a los siguientes requerimientos del área:

- ✓ Afiliaciones y pago a seguridad social del personal de obra
- ✓ Acordonamiento y demarcación de zonas de trabajo
- ✓ Inspecciones
- ✓ Revisión de estado y uso de los elementos de protección personal

3.2.2.2 PROGRAMA DE CAPACITACIONES

De acuerdo al desarrollo de las actividades, el contratista realiza capacitaciones según el cronograma entregado inicialmente, por otra parte, al personal que ingresa nuevo a obra se da la respectiva inducción, todo esto con el fin de divulgar, educar y concientizar a los trabajadores prevenir o minimizar riesgos.

CONTRATISTA				
DESCRIPCIÓN	FECHA	TIPO DE FOMACIÓN		No. ASISTENTES
		AMB	SST	
Inducción	10/03/2025		x	3
Inducción	12/03/2025		x	2
Inducción	16/03/2025		x	1
INTERVENTORIA				
Buenas prácticas ambientales para manejo de material entregable	21/03/2025		x	1

Tabla 20. *Relación temas de capacitación en el mes*

NOTA: Ver anexo 7. Inducciones del contratista y capacitación de interventoría

3.2.3 ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

El contratista e interventoría cuentan con su política de elementos de protección personal dentro de la implementación de su SG SST, la cual es divulgada y socializada al personal

Por otra parte, constantemente la interventoría realiza inspección visual del uso adecuado y permanente de los elementos de protección personal y del estado en el

que se evidencian. Sin embargo, en el periodo comprendido en el presente informe, no se evidenció reposición y/o entrega de elementos de protección personal.

3.2.4 PLAN DE CONTINGENCIA

El Plan de Contingencia es una herramienta que permite implementar medidas de tipo preventivo que mitiguen o eviten la ocurrencia de accidentes.

Por tanto, el contratista establece inicialmente las medidas de prevención, atención y control requeridas que se debería tomar para afrontar de manera oportuna, adecuada y efectiva, ante la eventualidad de incidentes, accidentes y/o estados de emergencias que pudieran ocurrir en el área de influencia del contrato.

Interventoría: El equipo de interventoría en campo, se apropia del plan de contingencia de obra establecido por el contratista ya que nuestros trabajadores se desempeñarán dentro de la obra en ejecución.

Contratista: Durante el presente informe la interventoría solicito constantemente la implementación del equipo de emergencia. El contratista realiza dicha implementación de manera tardía

UBICACIÓN FRENTES ACTIVOS DE TRABAJO	EXTINTOR	BOTIQUÍN	CAMILLAS
Edificio de docencia de la sede central del instituto nacional de medicina legal y ciencias forenses	**1**	**1**	1

Tabla 21. *Existencia de elementos de emergencia*

NOTA: Ver ANEXO 8. Inspecciones al equipo de emergencia

3.3 SEGUIMIENTO AL PLAN DE APLICACIÓN DEL PROTOCOLO SANITARIO PARA LA OBRA (PAPSO)

Durante lo recorrido del presente informe la interventoría realiza seguimiento a las condiciones de salud tanto del equipo contratista como el propio, así mismo, se solicitan los soportes de vacunación del personal.

Algunas actividades realizadas o previstas a realizar referente a este tema son:

- ✓ Sondeo de vacunación contra el COVID 19
- ✓ Capacitaciones al personal sobre prevención de contagios
- ✓ Aislamiento ante posible contagio

A continuación, se realiza la relación del personal en obra y el esquema de vacunación actual.



Como se observa en la gráfica anterior el 100% del equipo de interventoría cuenta con los soportes de vacunación.



Con base en la gráfica anterior, notamos que no todo el personal del contratista cuenta con el soporte de vacunación COVID19, sin embargo, se requirió que para aquellos que no cuenten con este carnet se deberá implementar la evaluación de condiciones de salud, pero a la fecha no han sido remitidos

OBSERVACIONES Y CONCLUSIONES

1. Durante el periodo del presente informe el contratista realiza la entrega oportuna de los soportes de pago a seguridad social de la empresa PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS, así mismo, remite las planillas vigentes del personal vinculado con los diferentes sub contratistas

2. La interventoría en medio de sus recorridos HSEQ, realiza la verificación del uso adecuado de los elementos de protección de todo el personal que realice actividades en obra, sin embargo, se realizan algunas observaciones sobre el adecuado uso de los mismos, las cuales son sub sanadas por el contratista en campo

3. En el tiempo recorrido en el presente informe, se evidenció en campo la implementación de equipos de emergencia donde el profesional de obra realiza inspecciones a los mismos, así mismo, se evidencia punto ecológico que, en algunas ocasiones, se encontraba incompleto ya que no contaba con sus respectivas bolsas de colores

4. Se evidenció el retiro de residuos considerados como peligrosos por su composición de asbesto, los cuales fueron producto de la actividad de desinstalación de cubierta existente, la interventoría no ha recibido los soportes de disposición final de dichos residuos ya que el contratista no ha emitido las certificaciones dadas por el gestor ambiental autorizado



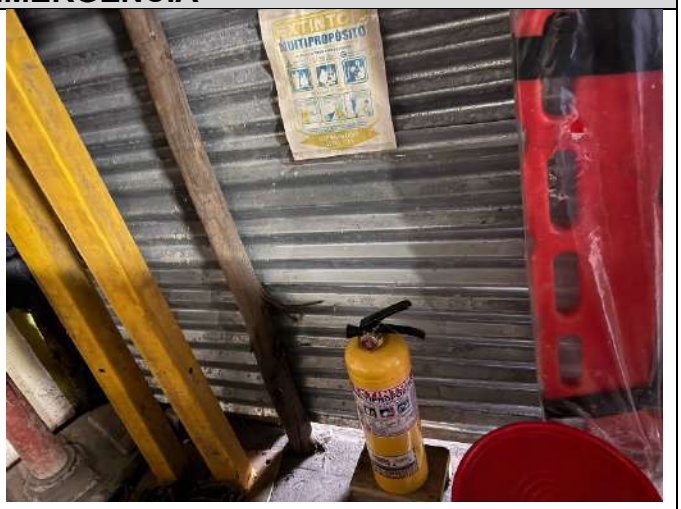
RUBY CÁCERES QUINTERO
PROFESIONAL HSEQ DE INTERVENTORIA

REGISTRO FOTOGRAFICO HSEQ

RETIRO DE TEJA DE ASBESTO CEMENTO	
	
SEÑALIZACION EN OBRA	
	
	

EQUIPO DE EMERGENCIA





SANITARIO PORTATIL



ANEXO #01

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	901272510-1	EQUILATERO ARQUITECTURA E INGENIERIA SAS	CRA 27 36-38 OFICINA 209 CENTRO EMPRESAR	7013082	contabilidad@equilateroapp.com	SI
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	CONTRATO MEDI	063	SANTANDER	BUCARAMANGA	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-02	E	02/04/2025	84313381	$897.700	

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	114.000	0		0		0	28	2.100	0	116.100	2

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	28	4.100	0	231.900	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	227.800	0	0	0	0	28	4.100	0	231.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	198.200				198.200	28	3.500	201.700			1.982	201.700	2

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF39	Cajasan	890200106-1	114.000	28	2.100	116.100	2

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	28	0	0	0
ICBF				
0	28	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	114.000	116.100
Pensión	2	455.600	463.800
Riesgos Laborales	1	198.200	201.700
CCF	1	114.000	116.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	5	881.800	897.700

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	901272510-1	EQUILATERO ARQUITECTURA E INGENIERIA SAS	CRA 27 36-38 OFICINA 209 CENTRO EMPRESAR	7013082	contabilidad@equilateroapp.com	
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	
SUCURSAL	C – MIPYME	CONTRATO MEDI	063	SANTANDER	BUCARAMANGA	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	**FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)**	**TIPO PLANILLA**	**FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)**	**NÚMERO PLANILLA**	**CANTIDAD**	
					EMPLEADOS	**UPC**
					2	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2025-03	2025-02	E	02/04/2025	84313381	$897.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	**Tipo**	**No. de Identificación**	**Apellidos y Nombres**	**Cotizante**	**Subtipo**	**Extranjero**	**Colom. exterior**	**Estudiante**	**ING**	**RET**	**TDE**	**TAE**	**TDP**	**TAP**	**VSP**	**VST**	**SLN**	**IGE**	**LMA**	**VAC**	**AVP**	**VCT**	**IRL**	**CORRECCIÓN**	**Cód. AFP**	**IBC AFP**	**Cotización**	**Voluntario Afiliado**	**Voluntario Aportante**	**Fondo pensional de solidaridad**	**Fondo pensional de subsistencia**	**Cód. EPS**	**IBC EPS**	**Cotización / Valor UPC**	**Cód. ARL**	**IBC ARL**	**Clase de Riesgo**	**Cotización**	**Código CCF**	**IBC CCF**	**Aporte CCF**	**IBC otros parafiscales**	**Aporte SENA**	**Aporte ICBF**	**Aporte ESAP**	**Aporte MEN**
1	CC	1098697864	VERA REDONDO EDWARD RICARDO	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF39	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
2	CC	79506624	ORJUELA QUINTERO JUAN ANTONIO	1	0			S																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF39	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
NI	901272510-1	EQUILATERO ARQUITECTURA E INGENIERIA SAS	CRA 27 36-38 OFICINA 209 CENTRO EMPRESAR	7013082	contabilidad@equilateroapp.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	HSEO	066	SANTANDER	BUCARAMANGA	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-02	E	02/04/2025	84313384	$787.800	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	100.000	0		0		0	28	1.800	0	101.800	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	400.000	0	0	0	0	28	7.100	0	407.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	174.000				174.000	28	3.100	177.100			1.740	177.100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF39	Cajasan	890200106-1	100.000	28	1.800	101.800	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	28	0	0	0
ICBF				
0	28	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	100.000	101.800
Pensión	1	400.000	407.100
Riesgos Laborales	1	174.000	177.100
CCF	1	100.000	101.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	774.000	787.800

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
NI	901272510-1	EQUILATERO ARQUITECTURA E INGENIERIA SAS		CRA 27 36-38 OFICINA 209 CENTRO EMPRESAR	7013082	contabilidad@equilateroapp.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	HSEO	066	SANTANDER	BUCARAMANGA	

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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-02	E	02/04/2025	84313384	$787.800	

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	1095940261	CACERES QUINTERO RUBY STEFANY	1	0			S																	230301	2.500.000	400.000	0	0	0	0	EPS002	2.500.000	100.000	14-11	2.500.000	5	174.000	CCF39	2.500.000	100.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901272510-1	EQUILATERO ARQUITECTURA E INGENIERIA SAS	CRA 27 36-38 OFICINA 209 CENTRO EMPRESAR	7013082	contabilidad@equilateroapp.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	DIRECTORA 1	765	SANTANDER	BUCARAMANGA	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-02	E	02/04/2025	84490835	$472.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	60.000	0		0		0	28	1.100	0	61.100	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	240.000	0	0	0	0	28	4.300	0	244.300	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	104.400				104.400	28	1.900	106.300			1.044	106.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	60.000	28	1.100	61.100	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	28	0	0	0
ICBF				
0	28	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	60.000	61.100
Pensión	1	240.000	244.300
Riesgos Laborales	1	104.400	106.300
CCF	1	60.000	61.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	464.400	472.800

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
NI	901272510-1	EQUILATERO ARQUITECTURA E INGENIERIA SAS		CRA 27 36-38 OFICINA 209 CENTRO EMPRESAR	7013082	contabilidad@equilateroapp.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	DIRECTORA 1	765	SANTANDER	BUCARAMANGA	

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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-02	E	02/04/2025	84490835	$472.800	

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	37277497	QUIROGA SEPULVEDA SANDRA LILIANA	1	0			S																	230201	1.500.000	240.000	0	0	0	0	EPS005	1.500.000	60.000	14-11	1.500.000	5	104.400	CCF22	1.500.000	60.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901272510-1	EQUILATERO ARQUITECTURA E INGENIERIA SAS	CRA 27 36-38 OFICINA 209 CENTRO EMPRESAR	7013082	contabilidad@equilateroapp.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	SUCURSAL	00000	SANTANDER	BUCARAMANGA	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-02	E	02/04/2025	85037434	$355.800	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	57.000	0		0		0	28	1.100	0	58.100	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	28	4.100	0	231.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	7.500				7.500	28	200	7.700			75	7.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF39	Cajasan	890200106-1	57.000	28	1.100	58.100	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	28	0	0	0
ICBF				
0	28	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	57.000	58.100
Pensión	1	227.800	231.900
Riesgos Laborales	1	7.500	7.700
CCF	1	57.000	58.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	349.300	355.800

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**
NI	901272510-1	EQUILATERO ARQUITECTURA E INGENIERIA SAS	CRA 27 36-38 OFICINA 209 CENTRO EMPRESAR	7013082	contabilidad@equilateroapp.com	
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	
SUCURSAL	C – MIPYME	SUCURSAL	00000	SANTANDER	BUCARAMANGA	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	**FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)**	**TIPO PLANILLA**	**FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)**	**NÚMERO PLANILLA**	**CANTIDAD**	
					EMPLEADOS	**UPC**
					1	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2025-03	2025-02	E	02/04/2025	85037434	$355.800	

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	80024639	GONZALEZ BAUTISTA JOSE ALEXANDER	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	1	7.500	CCF39	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

ANEXO #02

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:

ARIEL HUMBERTO CALDERON TORRES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **74.346.826**, 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.

Medellín, 04 de March de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C74346826	CALDERON TORRES ARIEL HUMBERTO	05/03/2025		22616025	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 04/03/2025 12:06:52 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 152.201.118.235, 192.230.104.6, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **74.346.826**

CALDERON TORRES

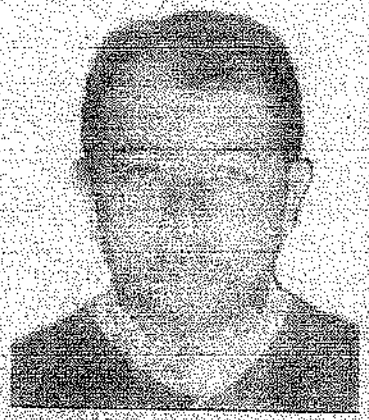
APELLIDOS

ARIEL HUMBERTO

NOMBRES



FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-JUL-1975**

MIRAFLORES
(BOYACA)

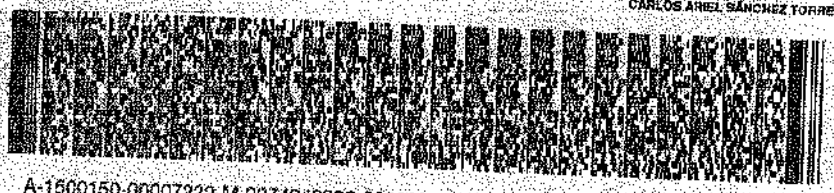
LUGAR DE NACIMIENTO

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

30-NOV-1993 MIRAFLORES

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00007222-M-0074346826-20080507 0000242357A 1 1150025477

PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES LEGALES

ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002
PERSONAS JURÍDICAS

Yo MARLLY LORENA MORALES SANCHEZ identificado con cedula de ciudadanía No 1.136.884.052 en mi condición de Representante Legal de PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS identificada con NIT 901.621.980-6 bajo la gravedad de juramento, certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, al Servicio Nacional de Aprendizaje y al Fondo Nacional de Formación Profesional para la Industria de Construcción (*artículo65 Ley 1819 de 2016 y artículo 3 Decreto 1047 de 1983),* pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses contados a partir dela fecha de cierre del presente procedimiento de selección. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002. De igual manera certifico al personal de obra que cumple con todas las actitudes que arrojó el examen médico ocupacional de ingreso

NOMBRE Y APELLIDO	IDENTIFICACIÒN	RESTRINCIÒN	FECHA
ARIEL CARDERON	73.346.826	Acto sin restricción para el cargo	3/03/2025

En constancia, se firma en Bogotá D.C, a los tres (3) días del mes de marzo de 2025.

MARLLY LORENA MORALES SANCHEZ
Representante Legal
PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES S.A.S

Bogotá DC. 4 de Marzo de 2.025

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 4/3/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

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

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

Tipo y Número de Identificación	CC 74346826
Nombres y Apellidos	ARIEL HUMBERTO CALDERON TORRES
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901621980
Razón Social Empleador	PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	5/3/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	4/3/2025
Cargo	RESIDENTE OBRA
Horas Labor Mes	46
Sueldo básico	$ 3200000

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS, este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

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

VIGILADO SuperSubsidio

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014315379	0|4|0|3|2|0|2|5

I. DATOS DEL TRÁMITE **(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)** **Página 1 de 2**

1.tipo de tramite — A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion — A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐

3.Regimen — A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4.Contribución Solidaria — Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado — A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐

6. Tipo de cotizante — A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

7.Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
CALDERON Primer apellido	TORRES Segundo apellido	ARIEL Primer nombre	HUMBERTO Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	74346826	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:		
COLOMBIA	COLOMBIA	BOYACA	BOYACA		1|1|0|7|1|9|7|5

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	3200000	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 162 A BIS 56 22 PI 4	6015468	3112730753	NOTENMGO22@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
BOGOTA	BOGOTA	SUBA	Urbana cabecera municipal ☒ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento			34.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:	

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

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

	36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	Pais	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
					Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoria	Si	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

		53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C		VS AUTOPISTA NORTE CL 162 - VS AUTOPISTA NORTE CL 162	VSAUTONORT - VSAUTONORT
B		-	-
B		-	-
B		-	-

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS	NIT	901621980	01

59.Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito
CL 129 B 54 20	4670383	ADMINISTRATIVO22@PETRA.COM.CO	BOGOTA	BOGOTA

No de Radicacion
4014315379

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	0|5|0|3|2|0|2|5	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS

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

X.ANEXOS

- ☐ **82.** Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐ **PT.** ☐

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

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

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

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

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

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	95.Firma del funcionario
☐		
96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

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

Medellín, 07 de March de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1010211404	BAUTISTA SOPO YONATHAN GERARDO	10/03/2025		[1]9421617	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 07/03/2025 13:59:51 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 152.201.107.16, 192.230.104.4, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES LEGALES

ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002
PERSONAS JURÍDICAS

Yo MARLLY LORENA MORALES SANCHEZ identificado con cedula de ciudadanía No 1.136.884.052 en mi condición de Representante Legal de PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS identificada con NIT 901.621.980-6 bajo la gravedad de juramento, certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, al Servicio Nacional de Aprendizaje y al Fondo Nacional de Formación Profesional para la Industria de Construcción (*artículo65 Ley 1819 de 2016 y artículo 3 Decreto 1047 de 1983),* pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses contados a partir dela fecha de cierre del presente procedimiento de selección. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002. De igual manera certifico al personal de obra que cumple con todas las actitudes que arrojó el examen médico ocupacional de ingreso.

Ingresos de Octubre

NOMBRE Y APELLIDO	IDENTIFICACIÒN	RESTRINCIÒN	FECHA
YONATHAN BAUTISTA	1.010.211.404	Apto y sin restricciones para el cargo	6/03/2025

En constancia, se firma en Bogotá D.C, a los seis (6) días del mes de marzo de 2025.

MARLLY LORENA MORALES SANCHEZ
Representante Legal
PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES S.A.S

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.010.211.404**

BAUTISTA SOPO

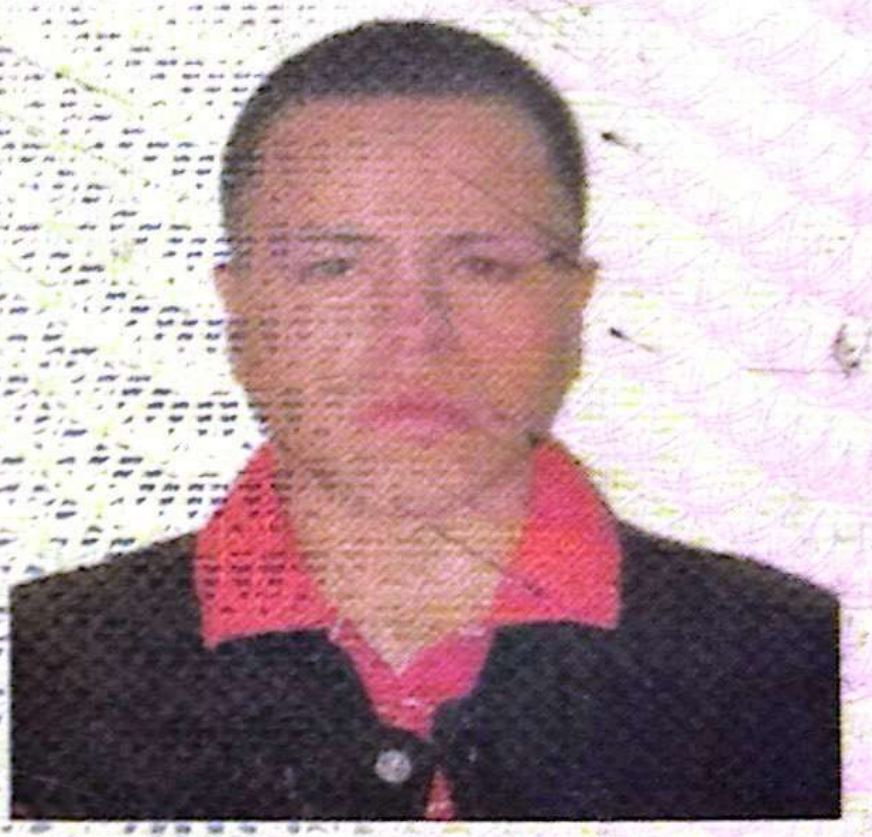
APELLIDOS

YONATHAN GERARDO

NOMBRES

YONATHAN

FIRMA



Scanned with CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO 09-OCT-1993

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

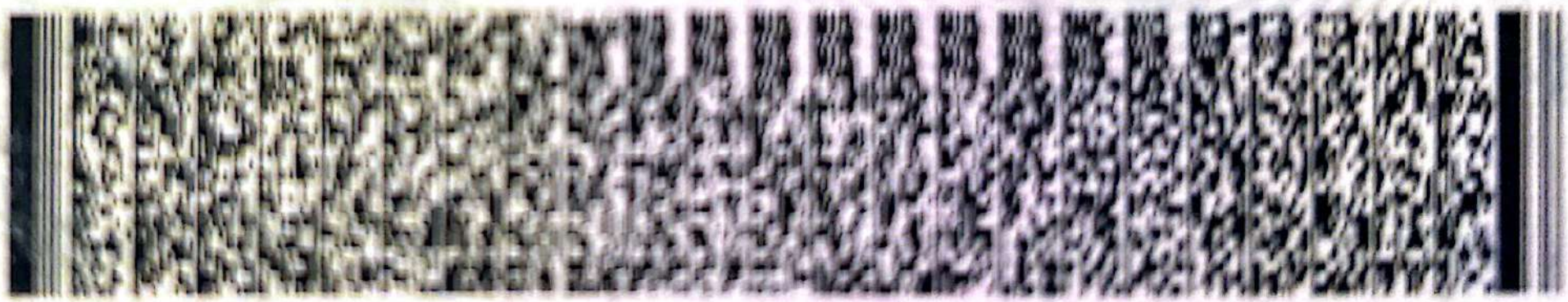
1.55	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

09-NOV-2011 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-1500150-0043813-M-1010211404-20130605 0030271927A 1 1462367117

Scanned with CamScanner

Bogotá DC. 10 de Marzo de 2.025

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 10/3/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

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

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

Tipo y Número de Identificación	CC 1010211404
Nombres y Apellidos	YONATHAN GERARDO BAUTISTA SOPO
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901621980
Razón Social Empleador	PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	10/3/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	10/3/2025
Cargo	AYUDANTE
Horas Labor Mes	46
Sueldo básico	$ 1423500

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS, este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

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

VIGILADO SuperSubsidio

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **BAUTISTA SOPO YONATHAN GERARDO** identificado(a) con **CC** número **1.010.211.404** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 20 de octubre de 2012 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 10 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

2025031011100

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014360477	1|0|0|3|2|0|2|5

I. DATOS DEL TRÁMITE **(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)**

1.tipo de tramite — **A.** Afiliación ☐ **B.**Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion — **A.** Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ **B.** Colectiva ☐ **C.** Institucional ☐ **D.** De oficio ☐

3.Regimen — **A.**Contributivo ☒ **B.**Subsidiado ☐

4.Contribución Solidaria — Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado — **A.** Cotizante ☒ **B.** Cabeza de Familia ☐ **C.** Beneficiario ☐ **D.** Afiliado adicional ☐

6. Tipo de cotizante — **A.** Dependiente ☒ **B.** Independiente ☐ **C.** Pensionado ☐

7.Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
BAUTISTA Primer apellido	SOPO Segundo apellido	YONATHAN Primer nombre	GERARDO Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación	13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento	15.Fecha Nacimiento
CC	1010211404	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	COLOMBIA	Pais: COLOMBIA Departamento: BOGOTA Municipio: BOGOTA	0|9|1|0|1|9|9|3

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN	21.Grupo población especial
6		Si ☐ No ☒ Categoria Discapacidad	SI ☐ NO ☒	Nivel Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PROTECCION	1423500	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 2 B 5 B 29 ESTE..	4789663	3214789656	JHONATANBAUTISTA@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
BOGOTA	BOGOTA	57	Urbana cabecera municipal ☒ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

28. Tipo documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento	34.Fecha Nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual		Pais: Departamento: Municipio:	

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

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

	36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	Pais	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
					Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoria	Si	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS CHAPINERO - VS CHAPINERO	VSCHAPINER - VSCHAPINER
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS	NIT	901621980	01

59.Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito
CL 129 B 54 20	4670383	NOTENGO@GMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA

No de Radicacion
4014360477

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	1|0|0|3|2|0|2|5	1	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad

IX. FIRMAS

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

X.ANEXOS

- ☐ **82.** Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐ **PT.** ☐

  Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

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

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

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

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

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	95.Firma del funcionario
96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

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

Medellín, 18 de March de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C19369562	SERNA BEDOYA GERMAN RICARDO	19/03/2025		81871832	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 18/03/2025 10:24:29 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.119.100.182, 192.230.104.2, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **19.369.562**

SERNA BEDOYA
APELLIDOS

GERMAN RICARDO
NOMBRES

FIRMA



Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-SEP-1957**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66	**B+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

07-NOV-1977 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-1505500-01094776-M-0019369562-20190823 **00675**12856A 1 1805597360

Powered by CamScanner

Bogotá DC. 18 de Marzo de 2.025

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 18/3/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

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

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

Tipo y Número de Identificación	CC 19369562
Nombres y Apellidos	GERMAN RICARDO SERNA BEDOYA
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901621980
Razón Social Empleador	PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	19/3/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	18/3/2025
Cargo	MAESTRIO
Horas Labor Mes	46
Sueldo básico	$ 2400000

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS, este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

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

VIGILADO SuperSubsidio

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO ESPECIAL DE RETIRO PROGRAMADO
NIT 900.394.960-0

CERTIFICA QUE:

GERMAN RICARDO SERNA BEDOYA, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **19.369.562** se le aprobó la **SOLICITUD POR PENSION DE GARANTIA MINIMA** a partir del 01 de Julio de 2022 y actualmente se encuentra bajo la modalidad de Retiro Programado.

La presente certificación se expide el 11 de febrero de 2025.

Cordialmente,

Gerente de Clientes

Tenga en cuenta:

En los Fondos privados como Porvenir la pensión es para toda la vida. Cuando fallece el pensionado, la mesada no termina pasa a sus beneficiarios de ley como hijos y esposa(o).

La afiliación a la EPS en calidad de pensionado el pagador es el Fondo de Pensiones Porvenir S.A. NIT 800.224.808.

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: 18 03 2025

200394241

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

A. AFILIACIÓN

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria
A. Afiliación	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia: X	A. Contributivo: X	Si
B. Reporte de Novedades: X	- Beneficiario o Afiliado adicional	B. Subsidiado	No: X
	B. Colectiva		
	C. Institucional		
	D. De Oficio		

5. Tipo de Afiliado	6. Tipo de Cotizante	7. Código
A. Cotizante: X	A. Dependiente: X	(a registrar por la EPS)
B. Cabeza de Familia	B. Independiente	
C. Beneficiario	C. Pensionado	
D. Afiliado adicional		

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

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
SERNA	BEDOYA	GERMAN	RICARDO

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	19369562	Femenino / Masculino: X	F / M: X / T / NB / Otro / Cuál	COLOMBIA

14. Lugar de nacimiento			15. Fecha de nacimiento
País	Departamento	Municipio	
COLOMBIA	BOGOTA	BOGOTA	28 09 1957

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
06.		Si / No: X / Categoría de discapacidad	Si / No: X	Nivel / Grupo	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SURA	PORVENIR	$2,400,000	

26. Residencia Dirección	Teléfono Fijo
CL 87 96 - 51 INT 1	0

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3144930841	german.serna@hotmail.com

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
BOGOTA	BOGOTA		Cabecera Municipal: X / Centro Poblado / Rural Disperso / Resto Rural

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante

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

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino / Masculino	F / M / T / NB / Otro / Cual	

33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento
País	Departamento	Municipio	

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

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

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
				Femenino / Masculino	F / M / T / NB / Otro / Cual	País / Departamento / Municipio	
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

200394241

B. REPORTE DE NOVEDADES

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	IPS CENTRO MEDICO CALLE 80 PISO 4	
B1	IPS CENTRO MEDICO CALLE 80 PISO 4	
B2		
B3		
B4		
B5		

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de Identificación	57. Número del documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
PETRA INGENIERIA Y	NIT	901621980	

59. Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o Celular
CL 129B 54-20 OF 24	3107564637

Correo Electrónico	Departamento	Municipio / Distrito
ADMINISTRATIVO@PETRA.COM.CO	BOGOTA	BOGOTA

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál	D D M M A A A A

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
SANITAS	D 19 M 03 A 2025 A	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento de identidad	No. del documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
German Serna	

X. ANEXOS

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

Total Anexos

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

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

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

94. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. fecha de radicación	97. Fecha de validación
			D 18 M 03 A 2025 A	D 18 M 03 A 2025

OBSERVACIONES:

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

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
AFSE SAS Nit. 901448973-3	EPS Sanitas RECIBIDO PARA VERIFICACION 18 03 2025 Recibido por:	

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901621980	6	PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CLLE 129 B # 54 - 20 CS 24	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4670383	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-03	9483280966	9483280966	E	2025/03/19	2025/03/20	BANCO DE BOGOTA	1	$6,444,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (12 Afiliados)						$20,174,500	$3,228,200			$21,598,000	$864,400			$21,071,000	$843,200			$21,598,000	$1,503,500		$0	$0
Centro de Trabajo: MEDICINA LEGAL (9 Afiliados)						$17,327,500	$2,772,600			$17,327,500	$693,400			$17,327,500	$693,400			$17,327,500	$1,206,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (9 Afiliados)						$17,327,500	$2,772,600			$17,327,500	$693,400			$17,327,500	$693,400			$17,327,500	$1,206,200		$0	$0
1	CC	1005451899	ARIZA QUIÑONEZ JINETH DAYANA	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS010	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
2	CC	1070943671	BONILLA VARGAS JHONESBY	25-14	30	$2,610,000	$417,600	EPS002	30	$2,610,000	$104,400	CCF24	30	$2,610,000	$104,400	14-11	30	$2,610,000	$181,700	30	$0	$0
3	CC	9320168	CAMARGO MUÑOZ MILTON NARCISO	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
4	CC	1049648446	CANO REYES LILIANA DEL PILAR	230201	30	$2,500,000	$400,000	ESSC24	30	$2,500,000	$100,000	CCF24	30	$2,500,000	$100,000	14-11	30	$2,500,000	$174,000	30	$0	$0
5	CC	1118828077	DE LUQUE PARRA ALVARO	231001	30	$1,423,500	$227,800	EPS041	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
6	CC	72276971	ESMERAL VARGAS JOSE ALEXANDER	230301	30	$3,500,000	$560,000	EPS005	30	$3,500,000	$140,000	CCF24	30	$3,500,000	$140,000	14-11	30	$3,500,000	$243,600	30	$0	$0
7	CC	1077484377	SANCHEZ PALMA AMBERSON	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS040	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
8	CC	52031303	SANCHEZ OSPINA NUBIA	231001	30	$1,600,000	$256,000	EPS008	30	$1,600,000	$64,000	CCF24	30	$1,600,000	$64,000	14-11	30	$1,600,000	$111,400	30	$0	$0
9	CC	1136889853	WILCHES SANCHEZ LUIS MIGUEL	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (3 Afiliados)						$2,847,000	$455,600			$4,270,500	$171,000			$3,743,500	$149,800			$4,270,500	$297,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (3 Afiliados)						$2,847,000	$455,600			$4,270,500	$171,000			$3,743,500	$149,800			$4,270,500	$297,300		$0	$0
10	CC	1136884052	MORALES SANCHEZ MARLLY LORENA	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS001	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
11	CC	79387863	MORALES FORERO MILTON EMILIO		0	$0	$0	EPSC34	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,160,000	$46,400	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
12	CC	79796893	RUIZ VALBUENA DANIEL	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS001	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,160,000	$46,400	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
Total			**Afiliados(12)**			$20,174,500	$3,228,200			$21,598,000	$864,400			$21,071,000	$843,200			$21,598,000	$1,503,500		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901621980	6	PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CLLE 129 B # 54 - 20 CS 24	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4670383	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-03	9483280966	9483280966	E	2025/03/19	2025/03/20	BANCO DE BOGOTA	1	$6,444,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				11	$3,228,200	$2,300	$0	$3,230,500
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	2	$483,800	$400	$0	$484,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	3	$873,200	$600	$0	$873,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	3	$1,015,600	$700	$0	$1,016,300
PROTECCION	230201	800,229,739	0	3	$855,600	$600	$0	$856,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				12	$1,503,500	$1,000	$0	$1,504,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	12	$1,503,500	$1,000	$0	$1,504,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				12	$843,200	$600	$0	$843,800
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	12	$843,200	$600	$0	$843,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 9)				12	$864,400	$1,000	$0	$865,400
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	2	$114,000	$100	$0	$114,100
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	$57,000	$100	$0	$57,100
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$64,000	$100	$0	$64,100
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	1	$100,000	$100	$0	$100,100
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$57,000	$100	$0	$57,100
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$57,000	$100	$0	$57,100
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	3	$218,400	$200	$0	$218,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$140,000	$100	$0	$140,100
SAVIA SALUD	EPS040	900,604,350	0	1	$57,000	$100	$0	$57,100
TOTAL				12	$6,439,300	$4,900	$0	$6,444,200

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900551608-6	CIASERPRO SAS		CALLE 71-1B-48 SUR	3229464755	ciaserpro@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					7	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-02	E	27/02/2025	84494925	$2.231.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	117.000	0		0		0	0	0	0	117.000	2
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	36.100	0		0		0	0	0	0	36.100	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	73.000	0		0		0	0	0	0	73.000	2
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	36.100	0		0		0	0	0	0	36.100	1
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	38.000	0		0		0	0	0	0	38.000	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	531.800	0	0	0	0	0	0		531.800	3
230301	Porvenir	800224808-8	379.800	0	0	0	0	0	0		379.800	2
25-14	Colpensiones	900336004-7	288.600	0	0	0	0	0	0		288.600	2

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	430.700				430.700	0	0	430.700			4.307	430.700	7

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	300.200	0	0	300.200	7

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	900551608-6	CIASERPRO SAS		CALLE 71-1B-48 SUR	3229464755	ciaserpro@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					7	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-02	E	27/02/2025	84494925	$2.231.300	

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	5	300.200	300.200
Pensión	3	1.200.200	1.200.200
Riesgos Laborales	1	430.700	430.700
CCF	1	300.200	300.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	10	2.231.300	2.231.300

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900551608-6	CIASERPRO SAS		CALLE 71-1B-48 SUR	3229464755	ciaserpro@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 7 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-03	2025-02	E	27/02/2025	84494925	$2.231.300

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1023029061	VELASQUEZ SANCHEZ MICHAEL STIVEN	1	0			S	X																230301	950.000	152.000	0	0	0	0	EPSC34	950.000	38.000	14-11	950.000	5	66.200	CCF22	950.000	38.000	0	0	0	0	0
2	CC	1054658299	PEÑA RODRIGUEZ JAROL ANDRES	1	0			S	X																25-14	901.550	144.300	0	0	0	0	EPS041	901.550	36.100	14-11	901.550	5	62.800	CCF22	901.550	36.100	0	0	0	0	0
3	CC	3188514	GOMEZ RODRIGUEZ NELSON ENRIQUE	1	0			S																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF22	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
4	CC	52952344	PORRAS GONZALEZ LUZ DARY	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	1	7.500	CCF22	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
5	CC	79894116	CUASPUD JESUS ALEJANDRO	1	0			S																	230201	1.500.000	240.000	0	0	0	0	EPS005	1.500.000	60.000	14-11	1.500.000	5	104.400	CCF22	1.500.000	60.000	0	0	0	0	0
6	CC	80123702	RUIZ HERNANDEZ JOHN ALEXANDER	1	0			S	X																230201	400.000	64.000	0	0	0	0	EPS017	400.000	16.000	14-11	400.000	5	27.900	CCF22	400.000	16.000	0	0	0	0	0
7	CC	80440524	SUSA PARDO JOSE MAURICIO	1	0			S	X																25-14	901.550	144.300	0	0	0	0	EPS008	901.550	36.100	14-11	901.550	5	62.800	CCF22	901.550	36.100	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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, **LUIS HERNANDO FONSECA NOBSA** identificado con **CC** No. **79811664**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
GRUPO CONSTRUARQ S.A.S - NI. 901883169	**Fecha de inicio de cobertura :** 05/03/2025 **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): 20250101396314.

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **79.811.664**

FONSECA NOBSA

APELLIDOS

LUIS HERNANDO

NOMBRES

Luis H Fonseca

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-JUN-1972**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

22-MAR-1996 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00247825-M-0079811664-20100803 0023229412A 1 1890882588

PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES LEGALES

ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002
PERSONAS JURÍDICAS

Yo MARLLY LORENA MORALES SANCHEZ identificado con cedula de ciudadanía No 1.136.884.052 en mi condición de Representante Legal de PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS identificada con NIT 901.621.980-6 bajo la gravedad de juramento, certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, al Servicio Nacional de Aprendizaje y al Fondo Nacional de Formación Profesional para la Industria de Construcción (*artículo65 Ley 1819 de 2016 y artículo 3 Decreto 1047 de 1983),* pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses contados a partir dela fecha de cierre del presente procedimiento de selección. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002. De igual manera certifico al personal de obra que cumple con todas las actitudes que arrojó el examen médico ocupacional de ingreso

NOMBRE Y APELLIDO	IDENTIFICACIÒN	RESTRINCIÒN	FECHA
LUIS FONSECA	79.811.664	Acto sin restricción para el cargo	4/03/2025

En constancia, se firma en Bogotá D.C, a los cuatro (4) días del mes de marzo de 2025.

MARLLY LORENA MORALES SANCHEZ
Representante Legal
PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES S.A.S

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) LUIS HERNANDO FONSECA NOBSA identificado(a) con CC No. 79811664, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de GRUPO CONSTRUARQ S.A.S con NIT 901883169:

- Fecha de afiliación a la Caja: 05/03/2025.
- Fecha de ingreso a la empresa: 05/03/2025.

José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Bogotá D.C. 05/03/2025

Vigilado Supersubsidio

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9011853434
9011853434

No. de Radicación: 29003444

Fecha de Radicación: 05 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 [ ]	A. Cotizante [X]	A. Dependiente [X]	
B. Reporte de Novedades [X]	• Beneficiario o afiliado adicional [ ]	B. Subsidiado [X]	B. Cabeza de familia [ ]	B. Independiente [ ]	
	B. Colectiva [ ] C. 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: FONSECA	Segundo Apellido: NOBSA	Primer Nombre: LUIS	Segundo Nombre: HERNANDO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	79811664	Femenino [ ] Masculino [X]	D D 19 M M 06 A A A A 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 [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
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

	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)
GRUPO CONSTRUARQ SAS	NT	901883169	

39. Ubicación	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CALLE 63 A 108 33	31120552		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

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

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.

VIGILADO Supersalud

INTERNET

Cambio Empleo

05/2016

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **FONSECA NOBSA LUIS HERNANDO** identificado(a) con **CC** número **79.811.664** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de junio de 2005 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 05 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

2025030512042

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, **MAURICIO RAFAEL VILLA PEREIRA** identificado con **CC** No. **19603727**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
GRUPO CONSTRUARQ S.A.S - NI. 901883169	**Fecha de inicio de cobertura :** 05/03/2025 **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): 20250101396011.

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

PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES LEGALES

ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002
PERSONAS JURÍDICAS

Yo MARLLY LORENA MORALES SANCHEZ identificado con cedula de ciudadanía No 1.136.884.052 en mi condición de Representante Legal de PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS identificada con NIT 901.621.980-6 bajo la gravedad de juramento, certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, al Servicio Nacional de Aprendizaje y al Fondo Nacional de Formación Profesional para la Industria de Construcción (*artículo65 Ley 1819 de 2016 y artículo 3 Decreto 1047 de 1983),* pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses contados a partir dela fecha de cierre del presente procedimiento de selección. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002. De igual manera certifico al personal de obra que cumple con todas las actitudes que arrojó el examen médico ocupacional de ingreso

NOMBRE Y APELLIDO	IDENTIFICACIÒN	RESTRINCIÒN	FECHA
MAURICIO VILLA	19.603.727	Acto sin restricción para el cargo	4/03/2025

En constancia, se firma en Bogotá D.C, a los cuatro (4) días del mes de marzo de 2025.

MARLLY LORENA MORALES SANCHEZ
Representante Legal
PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES S.A.S

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) MAURICIO RAFAEL VILLA PEREIRA identificado(a) con CC No. 19603727, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de GRUPO CONSTRUARQ S.A.S con NIT 901883169:

- Fecha de afiliación a la Caja: 05/03/2025.
- Fecha de ingreso a la empresa: 05/03/2025.

José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Bogotá D.C. 05/03/2025

Vigilado Supersubsidio

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 04/03/2025, el empleador GRUPO CONSTRUARQ S.A.S identificado con NIT número 901883169 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
8459476	04/03/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	19603727	MAURICIORAFAEL VILLA PEREIRA	1423500	AYUDANTE DE CONSTRUCCION	2025-03-04

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 4 días del mes de Marzo del año 2025.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **VILLA PEREIRA MAURICIO RAFAEL** identificado(a) con **CC** número **19.603.727** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de marzo de 2018 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 05 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

2025030512074

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, **AGUSTIN ALFONSO RODRIGUEZ MARTINEZ** identificado con **CC** No. **19602561**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
GRUPO CONSTRUARQ S.A.S - NI. 901883169	**Fecha de inicio de cobertura :** 05/03/2025 **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): 20250101396152.

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 19.602.561

RODRIGUEZ MARTINEZ

APELLIDOS

AGUSTIN ALFONSO

NOMBRES

Agustin Rod...

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 19-MAR-1980

FUNDACION
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 ESTATURA

A+ G.S. RH

M SEXO

22-FEB-2002 FUNDACION

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

A-8881515-01227920-M-0019602561-20210418 0074115128A 1 9915381779

PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES LEGALES

ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002
PERSONAS JURÍDICAS

Yo MARLLY LORENA MORALES SANCHEZ identificado con cedula de ciudadanía No 1.136.884.052 en mi condición de Representante Legal de PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS identificada con NIT 901.621.980-6 bajo la gravedad de juramento, certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, al Servicio Nacional de Aprendizaje y al Fondo Nacional de Formación Profesional para la Industria de Construcción (*artículo65 Ley 1819 de 2016 y artículo 3 Decreto 1047 de 1983),* pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses contados a partir dela fecha de cierre del presente procedimiento de selección. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002. De igual manera certifico al personal de obra que cumple con todas las actitudes que arrojó el examen médico ocupacional de ingreso

NOMBRE Y APELLIDO	IDENTIFICACIÒN	RESTRINCIÒN	FECHA
AGUSTIN RODRIGUEZ	19.602.561	Acto sin restricción para el cargo	4/03/2025

En constancia, se firma en Bogotá D.C, a los cuatro (4) días del mes de marzo de 2025.

MARLLY LORENA MORALES SANCHEZ
Representante Legal
PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES S.A.S

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) AGUSTIN ALFONSO RODRIGUEZ MARTINEZ identificado(a) con CC No. 19602561, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de GRUPO CONSTRUARQ S.A.S con NIT 901883169:

- Fecha de afiliación a la Caja: 05/03/2025.
- Fecha de ingreso a la empresa: 05/03/2025.

José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Bogotá D.C. 05/03/2025

Vigilado Supersubsidio

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9011853423
9011853423

No. de Radicación: 29003429

Fecha de Radicación: 05 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 [ ]	A. Cotizante [X]	A. Dependiente [X]	
B. Reporte de Novedades [X]	• Beneficiario o afiliado adicional [ ]	B. Subsidiado [X]	B. Cabeza de familia [ ]	B. Independiente [ ]	
	B. Colectiva [ ] C. 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
RODRIGUEZ	MARTINEZ	AGUSTIN	ALFONSO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	19602561	Femenino [ ] Masculino [X]	D D M M A A A A: 19 03 1980

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)
GRUPO CONSTRUARQ SAS	NT	901883169	

39. Ubicación				
CALLE 63 A 108 33	31120552		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 [X] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación				
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha novedad: 05 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		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

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:

AGUSTIN ALFONSO RODRIGUEZ MARTINEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **19.602.561**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 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.

Colfondos
HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) FREDYS JOSE CORONADO PINEDA con identificación No. 78.699.131 se encuentra afiliado(a) a Pension Obligatoria desde el día 01 de julio del 2006 y sus recursos están en el FONDO MODERADO desde el día 20 de mayo del 2020.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 13 de marzo del 2025.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada 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 PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 5 10000.

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, **FREDYS JOSE CORONADO PINEDA** identificado con **CC** No. **78699131**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
GRUPO CONSTRUARQ S.A.S - NI. 901883169	**Fecha de inicio de cobertura :** 12/03/2025 **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): 202501013331641.

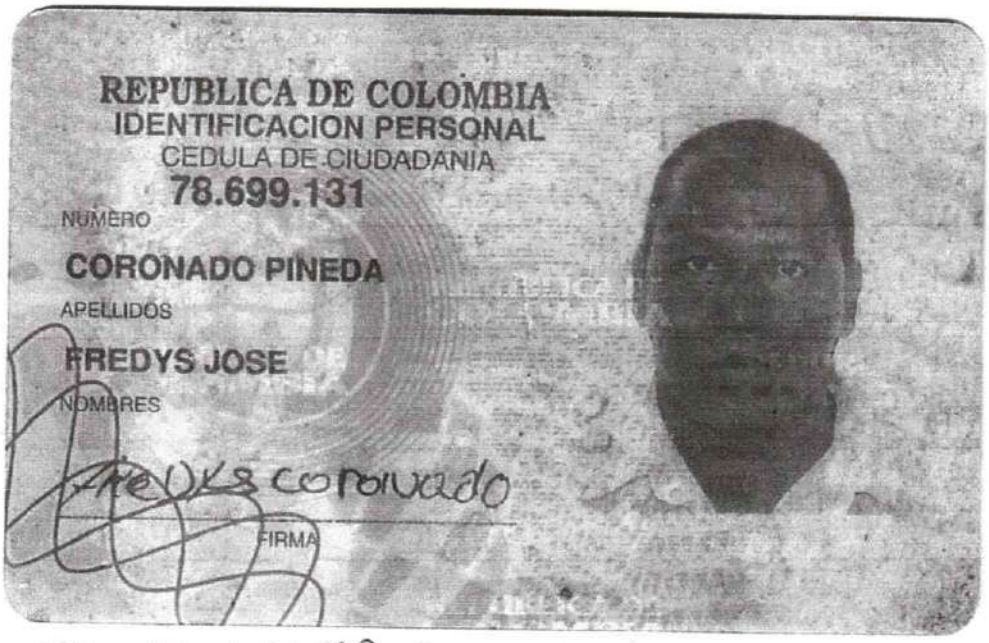
Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 11 días del mes de marzo de 2025.

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


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
78.699.131
NUMERO
CORONADO PINEDA
APELLIDOS
FREDYS JOSE
NOMBRES
FIRMA

EPS FAMISANAR
PENSION COLFONDOS
DIRECCION. CRA 14 ESTE Nº 62-61 Barrio Nuevodelhi
Telefono 311-464-2698.


FECHA DE NACIMIENTO 01-ABR-1969
MONTERIA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.64
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
19-JUN-1987 MONTERIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ
INDICE DERECHO
A-4800100-68132546-M-0078699131-20050705
0376205186B 02 168080312

PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES LEGALES

ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002
PERSONAS JURÍDICAS

Yo MARLLY LORENA MORALES SANCHEZ identificado con cedula de ciudadanía No 1.136.884.052 en mi condición de Representante Legal de PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS identificada con NIT 901.621.980-6 bajo la gravedad de juramento, certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, al Servicio Nacional de Aprendizaje y al Fondo Nacional de Formación Profesional para la Industria de Construcción (*artículo65 Ley 1819 de 2016 y artículo 3 Decreto 1047 de 1983),* pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses contados a partir dela fecha de cierre del presente procedimiento de selección. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002. De igual manera certifico al personal de obra que cumple con todas las actitudes que arrojó el examen médico ocupacional de ingreso

NOMBRE Y APELLIDO	IDENTIFICACIÒN	RESTRINCIÒN	FECHA
FREDYS CORONADO	78.699.131	Acto sin restricción para el cargo	10/03/2025

En constancia, se firma en Bogotá D.C, a los diez (10) días del mes de marzo de 2025.

MARLLY LORENA MORALES SANCHEZ
Representante Legal
PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES S.A.S

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) FREDYS JOSE CORONADO PINEDA identificado(a) con CC No. 78699131, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de GRUPO CONSTRUARQ S.A.S con NIT 901883169:

- Fecha de afiliación a la Caja: 11/03/2025.
- Fecha de ingreso a la empresa: 11/03/2025.

José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Bogotá D.C. 11/03/2025

Vigilado Supersubsidio

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9011871587
9011871587

No. de Radicación: 29033360

Fecha de Radicación: 11 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 [ ]	A. Cotizante [X]	A. Dependiente [X]	
B. Reporte de Novedades [X]	• Beneficiario o afiliado adicional [ ]	B. Subsidiado [X]	B. Cabeza de familia [ ]	B. Independiente [ ]	
	B. Colectiva [ ] C. 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
CORONADO	PINEDA	FREDYS	JOSE

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	78699131	Femenino [ ] Masculino [X]	D D 01 M M 04 A A A A 1969

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
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
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

	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)
GRUPO CONSTRUARQ SAS	NT	901883169	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CALLE 63 A 108 33	31120552		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	D D 11 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 [ ] 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:
		CARGO: OBRERO DE CONSTRUCCION
71. Firma del funcionario		

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

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

VIGILADO Supersalud



Colfondos
HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) LUIS JAFET MANJARREZ DE LA HOZ con identificación No. 1.193.103.140 se encuentra afiliado(a) al Pension Obligatoria desde el dia 28 de noviembre del 2020

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el dia 13 de marzo del 2025.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada 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 PQR's, o comuniquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellin 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.

Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

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, **LUIS JAFET MANJARREZ DE LA HOZ** identificado con **CC** No. **1193103140**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
GRUPO CONSTRUARQ S.A.S - NI. 901883169	**Fecha de inicio de cobertura :** 12/03/2025 **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): 202501013331883.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 11 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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.193.103.140
MANJARREZ DE LA HOZ
APELLIDOS
LUIS JAFET
NOMBRES

Luis manjarrez
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 22-JUL-2001
FUNDACION
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.78 ESTATURA
B+ G.S. RH
M SEXO
30-JUL-2019 FUNDACION
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO

P-2103100-01107475-M-1193103140-20191101 0066670018A 2 53335991

Carrera 6. 188b 34

Cc = 1.193.103.140

Celular = 3244964755

EPS = Salud total

PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES LEGALES

ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002
PERSONAS JURÍDICAS

Yo MARLLY LORENA MORALES SANCHEZ identificado con cedula de ciudadanía No 1.136.884.052 en mi condición de Representante Legal de PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS identificada con NIT 901.621.980-6 bajo la gravedad de juramento, certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, al Servicio Nacional de Aprendizaje y al Fondo Nacional de Formación Profesional para la Industria de Construcción (*artículo65 Ley 1819 de 2016 y artículo 3 Decreto 1047 de 1983),* pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses contados a partir dela fecha de cierre del presente procedimiento de selección. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002. De igual manera certifico al personal de obra que cumple con todas las actitudes que arrojó el examen médico ocupacional de ingreso

NOMBRE Y APELLIDO	IDENTIFICACIÒN	RESTRINCIÒN	FECHA
LUIS MANJARREZ	1.193.103.140	Acto sin restricción para el cargo	10/03/2025

En constancia, se firma en Bogotá D.C, a los diez (10) días del mes de marzo de 2025.

MARLLY LORENA MORALES SANCHEZ
Representante Legal
PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES S.A.S

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) LUIS JAFET MANJARREZ DE LA HOZ identificado(a) con CC No. 1193103140, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de GRUPO CONSTRUARQ S.A.S con NIT 901883169:

- Fecha de afiliación a la Caja: 11/03/2025.
- Fecha de ingreso a la empresa: 11/03/2025.

José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Bogotá D.C. 11/03/2025

Vigilado Supersubsidio

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014370457	1|1|0|3|2|0|2|5

I. DATOS DEL TRÁMITE **(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)**

1.tipo de tramite — A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion — A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐

3.Regimen — A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4.Contribución Solidaria — Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado — A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐

6. Tipo de cotizante — A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

7.Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
MANJARREZ Primer apellido	DE LA HOZ Segundo apellido	LUIS Primer nombre	JAFET Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1193103140	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento			15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA	Departamento: MAGDALENA	Municipio: FUNDACION	2|2|0|7|2|0|0|1

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS		1423500	

26.Residencia

CR 6 188 B 34 Dirección	3244964 Telefono fijo	3244964755 Telefono celular	SOLUCIONESDBTCOMPANY@GMAIL.COM Correo electronico

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

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento			34.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:	

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

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

	36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	Pais	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
					Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoria	Si	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

		53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C		VS CALLE 98 - UOD CPO CALLE 98	VSCALLE98 - UODCPO98
B		-	-
B		-	-
B		-	-

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
GRUPO CONSTRUARQ S A S	NIT	901883169	01

59.Ubicación

CL 63 A 108 33 Dirección	4798780 Teléfono fijo o celular	GRUPOCONSTRUARQSAS@GMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Departamento	BOGOTA Municipio/distrito

No de Radicacion
4014370457

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

65. EPS anterior	66. Fecha de Novedad	67. Motivo de traslado Código:	68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	1|1|0|3|2|0|2|5	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS

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

X. ANEXOS

- ☐ **82.** Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐ **PT.** ☐

  Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0
- ☐ **83.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **84.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **85.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ **86.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ **87.** Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ **88.** Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ **89.** Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ **90.** Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ **91.** Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

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

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

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

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	95. Firma del funcionario
☐		
96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.106.948.917**

GONZALEZ CRUZ

APELLIDOS

NELSON

NOMBRES



Nelson Gonzalez C

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-OCT-1969**

VILLETA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.77 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **M** SEXO

31-OCT-2006 PALOCABILDO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALAN CARLOS SUAREZ LAGOS



P-2908700-61093569-M-1106948917-20190816 0067361600A 1 9909745143

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

No. 5028854

ORDONEZ CARIEL
APELLIDOS

JEAN CARLOS
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

M
SEXO

16800117
DNI Nro.

15-12-1980
FECHA DE NACIMIENTO

02-12-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO



COL

5028854

VISIBLES

FIRMA

E1305618

INDICE DERECHO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

Carlos Fernando García Manosalva
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL5028854<<0<<<<<<<<<<<<<<<
8012159M3105308VENE1305618<<<0
ORDONEZ<CARIEL<<JEAN<CARLOS<<<

Powered by CamScanner

República Bolivariana de Venezuela

Ministerio del Poder Popular para Relaciones Interiores, Justicia y Paz

Instituto Nacional de Transporte Terrestre

Licencia para Conducir

C.I.: V-16.800.117



Apellidos: ORDOÑEZ CARIEL

Nombres: JEAN CARLOS

F. Nacimiento: 15/12/1980

Sexo: Masculino

Limitaciones:

F. Expedición: 08/03/2017

F. Vencimiento: 15/12/2027

Tipo: QUINTO 5



Venezuela

AHORA ES DE TODOS

Drivers License - Patente di Guida
Permis de Conduire - Führerschein

Tlf. Emergencia: 0412 0339304

Inf. Médica: NADA

Alérgico a: NADA

Grupo Sanguíneo: O

Factor RH: POSITIVO

IMPORTANTE: Esta Licencia autoriza a su portador para conducir la clase de vehículo en ella determinada, pero si sobreviene algún impedimento que incapacite física, mental o legalmente al titular o cuando el mismo conduzca en condiciones que pongan en peligro la seguridad del tránsito u ocasione daños a personas, podrá ser anulada, revocada o suspendida.

23131571104

231

7915546643149

B1717476

INTT

LA SOLICITUD DE RENOVACIÓN DE ESTA LICENCIA DEBERÁ SER EFECTUADA 60 DÍAS ANTES DE SU VENCIMIENTO

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. 173782889

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CDA AVENIDA SEXTA SAS

NIT: 900135773

No. de Certificado de Acreditación: 09-OIN-011-001

Fecha de expedición: 2024/06/13

Fecha de vencimiento: 2025/06/13

DATOS VEHÍCULO

PLACA: GKA109

CLASE: CAMION

MARCA: DODGE

MODELO: 1979

SERVICIO: Particular

COMBUSTIBLE: DIESEL

CILINDRAJE: 5216

NRO. MOTOR: FD6024705

NRO. CHASIS: DT951817

VIN:

LÍNEA: D 300

COLOR: AZUL BRUMA

NOMBRE PROPIETARIO: ESNEIDER PINZON C.

FIRMA DEL RESPONSABLE

EDITH RANGEL ARIZA

SOAT

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

ASEGURADORA

sura

890.903.407 – 9

FECHA DE EXPEDICIÓN				VIGENCIA							
	AÑO	MES	DÍA		AÑO	MES	DÍA		AÑO	MES	DÍA
	2024	05	10	DESDE LAS 00 HORAS DEL	2024	05	11	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL	2025	05	10

No. DE PÓLIZA.	PLACA No.	CLASE DE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
39184714	GKA109	CAMION	PARTICULAR	5216	1979

PASAJEROS	MARCA	CARROCERÍA
2	DODGE	
	LÍNEA VEHÍCULO: D300	

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
FD6024705	DT951817		3000.0

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No.DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
ESNEIDER PINZON	3144017317	CEDULA	3087638	

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
AT1318	248	4999		

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
310	$ 636,000	$ 330,700	$ 2,100

TOTAL A PAGAR $ 968,800

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	



Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito lo pueden solicitar en cualquier momento.
- Recuerde validar que su póliza esté registrada en el RUNT
- Esté atento al momento en que deba renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas, la inmovilización del vehículo y en caso de accidente de tránsito el recobro por todos los costos de la atención de las victimas 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 la ADRES solo lo puede realizar la institución prestadora de servicios de salud.
- Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

Modificación unilateral de la vigencia por duplicidad de amparos:
La Aseguradora podrá modificar la vigencia de la póliza de forma unilateral y exclusivamente en beneficio del consumidor, en aquellos casos que se corrobore la existencia de duplicidad de amparos y pago de primas respecto del mismo vehículo. (Circular Externa 021 de 2017 – Superintendencia Financiera)

Datos personales
Autorizo a la compañía para que trate mis datos personales, incluso los de salud que son sensibles, con la finalidad de vincularme como tomador del contrato de seguro, incluyendo todas las acciones requeridas para el cumplimiento del mismo, así como para las demás finalidades incluidas en la política de tratamiento de datos personales, disponible en la página web de la aseguradora, donde se encuentran los canales para ejercer mis derechos a actualizar, rectificar, conocer y suprimir mis datos.

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10024581630

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
GKA109	DODGE	D 300	1979

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
5.216	AZUL BRUMA	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/P.S.J
CAMION	ESTACAS	DIESEL	3000

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
FD6024705	N	******

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
DT951817	N	DT951817	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
PINZON CASAS ESNEIDER	C.C. 3087638

	BLINDAJE	POTENCIA
	******	0

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN	ME	FECHA IMPORT.	PUERTAS
36488	I	16/11/1979	2

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

******

FECHA MATRÍCULA	FECHA EXP. LIC. TTO.	FECHA VENCIMIENTO
10/01/1980	24/11/2021	******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA TTEY MOV CUND/CAQUEZA

CDSISCO.08-01-21

LT07001186118

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901784175	2	AMBIENTALISTAS COLOMBIA VIDA 7 SAS ESP	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL 1	CALLE 75 # 69Q 21	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3203483584	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-02	1278984269	9481831835	E	2025/02/18	2025/02/19	BANCO CAJA SOCIAL	1	$5,150,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL 1 (15 Afiliados)						$17,603,950	$2,818,100			$20,450,950	$818,900			$19,718,192	$790,100			$20,450,950	$719,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (9 Afiliados)						$12,716,600	$2,035,700			$12,716,600	$509,200			$12,189,672	$488,400			$12,716,600	$654,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (9 Afiliados)						$12,716,600	$2,035,700			$12,716,600	$509,200			$12,189,672	$488,400			$12,716,600	$654,300		$0	$0
1	CC	79058825	BUSTOS SOCHA CARLOS JULIO	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS008	30	$1,423,500	$57,000	CCF21	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
2	PT	6484962	CASTILLO VELA YORMAN ALBERTO	230301	10	$474,500	$76,000	EPS002	10	$474,500	$19,000	CCF21	10	$433,334	$17,400	14-11	10	$474,500	$0	10	$0	$0
3	PT	6484962	CASTILLO VELA YORMAN ALBERTO	230301	20	$949,000	$151,900	EPS002	20	$949,000	$38,000	CCF21	20	$949,000	$38,000	14-11	20	$949,000	$66,100	20	$0	$0
4	CC	1106948917	GONZALEZ CRUZ NELSON	231001	10	$474,500	$76,000	EPS002	10	$474,500	$19,000	CCF21	10	$433,334	$17,400	14-11	10	$474,500	$0	10	$0	$0
5	CC	1106948917	GONZALEZ CRUZ NELSON	231001	20	$949,000	$151,900	EPS002	20	$949,000	$38,000	CCF21	20	$949,000	$38,000	14-11	20	$949,000	$66,100	20	$0	$0
6	PT	5028854	ORDONEZ CARIEL JEAN CARLOS	25-14	10	$474,500	$76,000	EPS002	10	$474,500	$19,000	CCF21	10	$433,334	$17,400	14-11	10	$474,500	$0	10	$0	$0
7	PT	5028854	ORDONEZ CARIEL JEAN CARLOS	25-14	20	$949,000	$151,900	EPS002	20	$949,000	$38,000	CCF21	20	$949,000	$38,000	14-11	20	$949,000	$66,100	20	$0	$0
8	CC	1003558077	PEREZ ROA CRISTHIAN CAMILO	230301	28	$1,328,600	$212,600	EPS008	28	$1,328,600	$53,200	CCF21	28	$1,213,334	$48,600	14-11	28	$1,328,600	$92,500	28	$0	$0
9	SC	8027754	POLANCO ORTIZ JOSE VICENTE	230301	10	$474,500	$76,000	EPSC34	10	$474,500	$19,000	CCF21	10	$433,334	$17,400	14-11	10	$474,500	$0	10	$0	$0
10	SC	8027754	POLANCO ORTIZ JOSE VICENTE	230301	20	$949,000	$151,900	EPSC34	20	$949,000	$38,000	CCF21	20	$949,000	$38,000	14-11	20	$949,000	$66,100	20	$0	$0
11	CC	1083467866	ROMERO OROZCO CRISTIAN MANUEL	230301	10	$474,500	$76,000	EPS002	10	$474,500	$19,000	CCF21	10	$433,334	$17,400	14-11	10	$474,500	$0	10	$0	$0
12	CC	1083467866	ROMERO OROZCO CRISTIAN MANUEL	230301	20	$949,000	$151,900	EPS002	20	$949,000	$38,000	CCF21	20	$949,000	$38,000	14-11	20	$949,000	$66,100	20	$0	$0
13	PT	1261247	SANTIAGO MENDOZA JOSE LUIS	230301	10	$474,500	$76,000	EPS005	10	$474,500	$19,000	CCF21	10	$433,334	$17,400	14-11	10	$474,500	$0	10	$0	$0
14	PT	1261247	SANTIAGO MENDOZA JOSE LUIS	230301	20	$949,000	$151,900	EPS005	20	$949,000	$38,000	CCF21	20	$949,000	$38,000	14-11	20	$949,000	$66,100	20	$0	$0
15	CC	1014480755	TABARES LANDINEZ JOSE ORLANDO	25-14	10	$474,500	$76,000	EPS002	10	$474,500	$19,000	CCF21	10	$433,334	$17,400	14-11	10	$474,500	$0	10	$0	$0
16	CC	1014480755	TABARES LANDINEZ JOSE ORLANDO	25-14	20	$949,000	$151,900	EPS002	20	$949,000	$38,000	CCF21	20	$949,000	$38,000	14-11	20	$949,000	$66,100	20	$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL2 (4 Afiliados)						$3,463,850	$554,500			$4,887,350	$195,700			$4,763,852	$190,900			$4,887,350	$18,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (4 Afiliados)						$3,463,850	$554,500			$4,887,350	$195,700			$4,763,852	$190,900			$4,887,350	$18,300		$0	$0
17	CC	53052222	HERRERA HERNANDEZ DIANA MARIA	230301	10	$474,500	$76,000	EPS002	10	$474,500	$19,000	CCF21	10	$433,334	$17,400	14-11	10	$474,500	$0	10	$0	$0
18	CC	53052222	HERRERA HERNANDEZ DIANA MARIA	230301	20	$949,000	$151,900	EPS002	20	$949,000	$38,000	CCF21	20	$949,000	$38,000	14-11	20	$949,000	$5,000	20	$0	$0
19	CC	1014206156	JORAQUIRA VELANDIA MARYLUZ	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF21	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$7,500	30	$0	$0
20	PT	1261023	LOZADA MENDOZA DANIEL ENRIQUE		0	$0	$0	EPS002	10	$474,500	$19,000	CCF21	10	$433,334	$17,400	14-11	10	$474,500	$0	10	$0	$0
21	PT	1261023	LOZADA MENDOZA DANIEL ENRIQUE		0	$0	$0	EPS002	20	$949,000	$38,000	CCF21	20	$949,000	$38,000	14-11	20	$949,000	$5,000	20	$0	$0
22	CC	1070709084	MORA BUSTOS LIZ YINETH	230301	10	$474,500	$76,000	EPS008	10	$474,500	$19,000	CCF21	10	$433,334	$17,400	14-11	10	$474,500	$0	10	$0	$0
23	CC	1070709084	MORA BUSTOS LIZ YINETH	230301	3	$142,350	$22,800	EPS008	3	$142,350	$5,700	CCF21	3	$142,350	$5,700	14-11	3	$142,350	$800	3	$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL3 (2 Afiliados)						$1,423,500	$227,900			$2,847,000	$114,000			$2,764,668	$110,800			$2,847,000	$46,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados)						$1,423,500	$227,900			$2,847,000	$114,000			$2,764,668	$110,800			$2,847,000	$46,400		$0	$0
24	CC	20715481	BUSTOS CASAS OLGA YANETH	230301	10	$474,500	$76,000	EPS008	10	$474,500	$19,000	CCF21	10	$433,334	$17,400	14-11	10	$474,500	$0	10	$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
25	CC	20715481	BUSTOS CASAS OLGA YANETH	230301	20	$949,000	$151,900	EPS008	20	$949,000	$38,000	CCF21	20	$949,000	$38,000	14-11	20	$949,000	$23,200	20	$0	$0
26	PT	6377957	RUIZ MOLINA YESLEIDY YORALDY		0	$0	$0	EPS002	10	$474,500	$19,000	CCF21	10	$433,334	$17,400	14-11	10	$474,500	$0	10	$0	$0
27	PT	6377957	RUIZ MOLINA YESLEIDY YORALDY		0	$0	$0	EPS002	20	$949,000	$38,000	CCF21	20	$949,000	$38,000	14-11	20	$949,000	$23,200	20	$0	$0
Total			**Afiliados(15)**			**$17,603,950**	**$2,818,100**			**$20,450,950**	**$818,900**			**$19,718,192**	**$790,100**			**$20,450,950**	**$719,000**		**$0**	**$0**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901784175	2	AMBIENTALISTAS COLOMBIA VIDA 7 SAS ESP	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL 1	CALLE 75 # 69Q 21	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3203483584	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-02	1278984269	9481831835	E	2025/02/18	2025/02/19	BANCO CAJA SOCIAL	1	$5,150,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				13	$2,818,100	$2,100	$0	$2,820,200
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$227,900	$200	$0	$228,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	3	$683,600	$500	$0	$684,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	8	$1,678,800	$1,200	$0	$1,680,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$227,800	$200	$0	$228,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				15	$719,000	$500	$0	$719,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	15	$719,000	$500	$0	$719,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				15	$790,100	$600	$0	$790,700
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	15	$790,100	$600	$0	$790,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 4)				15	$818,900	$800	$0	$819,700
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	$57,000	$100	$0	$57,100
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	4	$191,900	$200	$0	$192,100
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	9	$513,000	$400	$0	$513,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$57,000	$100	$0	$57,100
TOTAL				**15**	**$5,146,100**	**$4,000**	**$0**	**$5,150,100**

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	901510653-6	CENTRAL POWER SAS	CL 6 1-75 ESTE	3143144342	jesusospina@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL / PPAL	CUNDINAMARCA	MADRID		SI

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
					5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-02	E	11/03/2025	84922964	$2.956.000	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	57.000	0		0		0	0	0	0	57.000	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	57.000	0		0		0	0	0	0	57.000	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	394.000	0		0		0	0	0	0	394.000	3

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1
230301	Porvenir	800224808-8	455.600	0	0	0	0	0	0		455.600	2
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.120.000	0	0	35.000	35.000	0	0		1.190.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	66.600				66.600	0	0	66.600			666	66.600	5

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	508.000	0	0	508.000	5

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	3	508.000	508.000
Pensión	3	1.873.400	1.873.400
Riesgos Laborales	1	66.600	66.600
CCF	1	508.000	508.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	2.956.000	2.956.000

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	901510653-6	CENTRAL POWER SAS		CL 6 1-75 ESTE	3143144342	jesusospina@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL	PPAL	CUNDINAMARCA	MADRID	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-02	E	11/03/2025	84922964	$2.956.000	

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	1010214736	ALVAREZ BARRERA LAURA LILIANA	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	1	7.500	CCF22	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
2	CC	1023863273	MERLO PINZON RICARDO	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	1	7.500	CCF22	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
3	CC	1073681036	VERDUGO CORTES ERIKA JOHANNA	1	0			S																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	1	7.500	CCF22	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
4	CC	3179048	MERLO ACOSTA JORGE ALBERTO	1	5			S																		0	0	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	1	7.500	CCF22	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
5	CC	71682045	ALVAREZ OSPINA ERNESTO	1	0			S																	25-14	7.000.000	1.120.000	0	0	35.000	35.000	EPS037	7.000.000	280.000	14-11	7.000.000	1	36.600	CCF22	7.000.000	280.000	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 GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION (U C S D)	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO
NI	900612250-6	APLICACIONES COLOMBIA SAS	S	PRINCIPAL	PPAL

PERIODOS DE COTIZACION

SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO
2025	3	2025	8454095

NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
	PRIVADA	PEQUEÑO	14-11	83

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	No. AUTORIZACION
Finca Chamicera- vereda Mancilla	FACATATIVÁ	25269	CUNDINAMARCA	25	3102681638		aplicacionescolombia@gmail.com	4290	1.500.000	1	2025/03/13	1333031191

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATOR	UPC ADICIONAL	INCAPACIDADES No.AUTOR	INCAPACIDADES VALOR	LIC.MATERNIDAD No.AUT	LIC.MATERNIDAD VALOR	NETO COTIZAC	DIAS MORA	INTERESES MORA OBL	INTERESES MORA UPC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC.	No. RADIC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
EPS008	860066942-7	60.000	0		0		0	60.000	0	0	0	60.000	0		0	0	60.000	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

COD AFP	NIT AFP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL AFILIADO	COTIZ VOL APORTANT	FONDO SOLI PENS	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
CCF22	860007336-1	60.000	0	0	60.000	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

CONC	VALOR	DIAS MORA	INT MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
ICBF					
1	0	0	0	0	0
SENA					
1	0	0	0	0	0

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES No.AUTORIZ	INCAPACIDADES VALOR	APORTES OTROS RIESG	VALOR NETO COTIZACION
14-11	890903790-5	104.400		0	0	104.400
DIAS MORA	**INTERES MORA COTI**	**SUBTOTAL APORT COTIZ**	**No. RADICAC SALDO A FAVOR**	**SALDO A FAVOR**	**FONDO SOLIDARIDAD**	**TOTAL A PAGAR**
0	0	104.400		0	1.044	104.400

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS

PENSIONES	0
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	1
OTRAS	0
TOTAL	3

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE IGE,LMA,IRP Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	0	0
SALUD	60.000	60.000
RIESGOS LABORALES	104.400	104.400
CCF	60.000	60.000
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	224.400	224.400

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

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES																	VALOR IBC							LIQUIDACION DE APORTES				
№	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	SUBTIPO COTIZANTE	EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	11429848	GUTIERREZ MORALES MARIO ALBERTO	EPS008		CCF22																			1.500.000	0	1.500.000	1.500.000	3			0	0	0	60.000	0

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

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, **CARLOS FERNANDO PERDOMO YUNDA** identificado con **CC** No. **1006502375**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
CONTRATAR SAS - NI. 900332538	**Fecha de inicio de cobertura :** 22/02/2025 **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): 202501013446614.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 14 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


.00
00404950O
REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha
ICCOL00404950000100l<<<<<<<<<<<
0103266M3209206COL1006502375<9
PERDOMO<YUNDA<<CARLOS<FERNANDO


CÉDULA DE CIUDADANÍA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 1.006.502.375
Apellidos
PERDOMO YUNDA
Nombres
CARLOS FERNANDO
Nacionalidad
COL
Estatura
1.71
Sexo
M
Fecha de nacimiento
26 MAR 2001
G.S.
O+
Lugar de nacimiento
FLORENCIA (CAQUETA)
Fecha y lugar de expedición
13 MAYO 2019, MEDELLIN
Firma
Carlos Perdomo Yunda
Fecha de expiración
20 SEPT 2032

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:

CARLOS FERNANDO PERDOMO YUNDA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.006.502.375**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 14 de Marzo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Hogar infantil - San José - Correo

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

No. de Radicación	Fecha de Radicación
	D D M M A A A A

184932078

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Perdomo	Yurda	Carlos	Fernando

7. Tipo de documento de identidad: CN — TI — CE — CD — RC — CC ✗ — PA — SC
8. Número del documento de identidad: 1006502375
9. Sexo: Femenino — Masculino ✓
10. Fecha de nacimiento: 26/03/2001

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: Positiva
16. Administradora de Pensiones: Porvenir
17. Ingreso base de cotización - IBC: 1423-500
18. Residencia — Dirección: Cl 33D #02 Este-31 — Teléfono Fijo
Teléfono Celular — Correo Electrónico
Municipio / Distrito: Florencia — Zona: Urbana ✓ Rural — Localidad / Comuna — Departamento: Caquetá

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: CN — TI — CE — CD — RC — CC — PA — SC
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				

Datos Complementarios

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B2			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B3			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B4			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B5			Femenino Masculino	D D M M A A A A	

	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo	Condición	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1		F N M	T P		Urbana Rural			
B2		F N M	T P		Urbana Rural			
B3		F N M	T P		Urbana Rural			
B4		F N M	T P		Urbana Rural			
B5		F N M	T P		Urbana Rural			

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	Urocaq	
B		
B		
B		

-Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR -2a Copia: AFILIADO -

OFIX 1002644458 Sku 23572

Powered by CamScanner

Negar / Infantil · Sanos · Carlos

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo documento de Identificación	37. Número del documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
Contratar	NIT X TI CE CC PA CD	900332538	Dependiente

39. Ubicación

Dirección: Cll 10 #9A-45 — Teléfono Fijo:

Correo Electrónico: contratarsas79@outlook.com — Municipio / Distrito: Florenaa — Departamento: Caqueta

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
- [X] 9 Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10 Terminacion 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
CN TI CE CD RC CC PA SC		Femenino Masculino	D D M M A A A A	2 2 0 2 2 0 2 5

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
Sanitas	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, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- [X] 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
- [X] 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 vigente y a las entidades publicas que por sus funciones la requieran.
- [X] 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
- [X] 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, institución o de oficio

IX. ANEXOS

- [ ] 56 Anexo copia del documento de identidad — Cantidad: CN RC TI CC PA CE 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 publica, 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 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: Numero de 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	Numero de documento de identidad	71. Firma del Funcionario

Observaciones:

E.P.S. Sanitas

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de la declaración de la EPS contenida en el capítulo VII del formulario

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
Sandra Garaa.	26 FEB 2025	

Powered by CamScanner

Certificado Medico Ocupacional

Fecha/Hora EXAMEN
14/03/2025 4:30 p. m.

Clase de Certificado
Evaluación Médica Pre-Ocupacional o de Ingreso

FLORENCIA - CAQUETA

Licencia 00369 de 20 de Noviembre de 2017 expedida por la Secretaria Deptal del Caqueta

CARLOS FERNANDO PERDOMO YUNDA

Documento	**1006502375**	◉ Masculino	○ Femenino
Fecha Nacimiento	***26-mar.-01***	Lugar	***FLORENCIA***
Dirección	***PALERMO***		
Teléfono/Movil	***(310)772-71-20***	***FLORENCIA, CAQUETA***	
Tipo Sangre - RH		Estado Civil	***Soltero/a***
Escolaridad	***Secundaria***		
Empresa	***CONTRATAR S.A.S***		
Cargo	***INGENIERO(A)***		

Clase de Examen Ocupacional
VALORACION POR TELEMEDICINA

20250314001006502375 01

EPS:	ARL: Otros	AFP: Otros

EXAMENES PARACLINICOS OCUPACIONALES

PRUEBAS ADICIONALES REQUERIDAS PARA EL CARGO

CONDUCTAS

MANEJO POR EPS Y ARL, CONDUCTAS OCUPACIONALES

CONTROL PYP EPS	☐	REMISION ARL PARA MANEJO DE CASO	☐	HIGIENE POSTURAL	☑
REMISION A EPS	☐	SEGUIMIENTO CASO ARL	☐	USO EPP	☑
CONTINUAR MANEJO MEDICO	☐	CONTROL PERIODICO OCUPACIONAL	☑	USO AYUDAS ERGONOMICAS	☐
				PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	☐

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

DIETA	☑	REDUCIR ALCOHOL	☑
EJERCICIOS REGULAR	☑	PAUSAS ACTIVAS	☑
NO FUMAR	☑		

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL OFICIO

Clasificacion Consulta	Nivel Consulta	CONCEPTO
Evaluación Médica Pre-Ocupacional o de Ingreso	**VALORACION POR TELEMEDICINA**	**SIN RESTRICCIONES**

DIAGNOSTICO Y RECOMENDACIONES

OBSERVACIONES: EXAMEN OSTEOMUSCULAR NORMAL...

RESTRICCIONES-LIMITACIONES: NO

RECOMENDACIONES: SE EDUCA EN HIGIENE POSTURAL (MANEJO DE CARGAS EN SITIO DE TRABAJO Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL INDICADOS POR LA EMPRESA); HIGIENE VISUAL (PROTECCION OCULAR CONTRA USO DE COMPUTADORA Y EXPOSICION A PARTICULAS POLVOS U OTROS); HIGIENE AUDITIVA (EVITAR USO DE DISPOSITIVOS A ALTO VOLUMEN, RUIDO CONTINUO Y REALIZAR REPOSO AUTIVIO EXTRALABORAL POR AL MENOS 8 HORAS). CUMPLIR CON ACTIVIDADES DE SST DE LA EMPRESA. RECOMENDACIONES SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES (DIETA HIPOGRASA, AUMENTO DE CONSUMO DE FRUTAS Y VEGETALES FRESCOS Y LAVADOS; LAVADO DE MANOS PREVIO, DURANTE Y POSTERIOR A MANIPULACION DE ALIMENTOS, EVITAR HABITOS TOXICOS: SEDENTARISMO-TABAQUISMO-ALCOHOLISMO). MANTENER LIMPIAS LAS HERRAMIENTAS DE TRABAJO Y LAS SUPERFICIES DE TRABAJO. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS POR AL MENOS 5 MINUTOS EN SU TRABAJO. DURANTE ENDEMIA POR COVID - 19 USO TAPABOCA SEGUN ESTIPULADO POR MINISTERIO DE SALUD, LAVADO DE MANOS. RECORDAR VACUNACION CONTRA COVID 19 ACORDE A FASE DE VACUNACION EN COLOMBIA.CONTROL NUTRICION EPS.

AUTORIZO AL PROFESIONAL, MENCIONADO EN ESTE DOCUMENTO, A REALIZAR LOS PROCEDIMIENTOS PERTINENTES PARA EL EXAMEN MEDICO Y/O PARACLINICOS OCUPACIONALES REGISTRADOS EN ESTA EVALUACION MEDICA, TENIENDO DE ANTEMANO CLARIDAD SOBRE EL OBJETIVO DE ESTE EXAMEN. LA REALIZACION DE LAS PRUEBAS REQUERIDAS PARA ESTE EXAMEN FUERON REALIZADAS DE FORMA VOLUNTARIA Y SIN NINGUNA COACCION POR PARTE DE TERCEROS, TENIENDO LA OPORTUNIDAD DE CANCELAR DICHO PROCESO EN CUALQUIER MOMENTO. LA EMPRESA FUNDADORES ME HA ACLARADO QUE DICHA INFORMACION VA A SER DE TIPO CONFIDENCIAL. CERTIFICO QUE NO OMITI NINGUN DATO RELEVANTE SOBRE MIS ANTECEDENTES OCUPACIONALES, PERSONALES Y FAMILIARES QUE PUDIESEN INFLUIR SOBRES MI ESTADO DE SALUD Y QUE TODA LA INFORMACION QUE HE EXPRESADO, PARA LA ELABORACION DE ESTE DOCUMENTO, ES CIERTA, ADEMAS AUTORIZO EL ENVIO DE ESTE INFORME A MI EMPLEADOR.

Oneldis De Luque Brito

ONELDIS DE LUQUE BRITO
RM:44398/2008 Lic. S.O 0002 /2023
FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

CARLOS FERNANDO PERDOMO YUNDA
P ENTE CC: 1006502375

REPUBLICA DE COLOMBIA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO O DE CASADA	NOMBRES
PERDOMO	**YUNDA**	**CARLOS FERNANDO**

C.C. ◉ **C.E.** ○ **PAS** ○ 1,006,502,375 — SEXO: **F** **M** **X** — NACIONALIDAD: **COLOMBIANO**

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE — N° — D.M.:

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 26 MES 03 AÑO 01

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: CAQUETA

MUNICIPIO: FLORENCIA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: DIAGONAL 45D 16A -50 PALERMO, BOGOTA DC

PAÍS: COLOMBIA — DEPTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO: BOGOTA DC

TELÉFONO: 3107727120 — EMAIL: carlospy04@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ULTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA

EDUCACIÓN BÁSICA											
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*	*FECHA DE GRADO*	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10o.	11o.	MES DICIEMBRE AÑO 2018
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGÍSTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NUMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD ACADÉMICA	NO. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	11		X	INGENIERO CIVIL	9	2025	

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR **[R]**, BIEN **[B]**, O MUY BIEN **[MB]**

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB
INGLES		X			X			X	
FRANCES									

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
CONTRATAR S.A.S.		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CUNDINAMARCA	BOGOTA DC	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DIA 17 MES 3 AÑO 2025	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR DE INGENIERIA DE OBRA	INGENIERIA DE OBRA	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
CONSTRUCTORA CIMIENTOS BPM SAS		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CAQUETA	FLORENCIA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DIA 17 MES 5 AÑO 2024	DIA 19 MES 7 AÑO 2024

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR DE INGENIERIA Y SUPERVISION	SUPERVISION TECNICA	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
SECRETARÍA DE PLANEACIÓN Y ORDENAMIENTO TERRITORIAL DE LA ALCALDÍA DE FLORENCIA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CAQUETA	FLORENCIA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DIA 28 MES 3 AÑO 2024	DIA 17 MES 5 AÑO 2024

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	PLANEACION MUNICIPAL	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

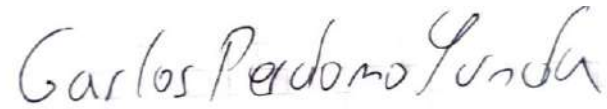
INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PUBLICO		2
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		2
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		2
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		**6**

5 FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ○ NO ◉ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PUBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTICULO 5o. DE LA LEY 190/95).



FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

ANEXO #03

CERTIFICADO DE DISPOSICIÓN FINAL

Emitido por:
CENTRO DE GESTION SOSTENIBLE S.A.S. E.S.P
Nit: 901483038-1

CERTIFICADO N° 113026082

En las instalaciones de la planta de disposición final de residuos del **CENTRO DE GESTION SOSTENIBLE S.A.S. E.S.P**, con Licencia Ambiental **N° 20217000362 de 26 de agosto de 2021**, otorgada por la Corporación Autónoma Regional de Cundinamarca – CAR, ubicada en el **KM 4 VIA MOSQUERA - LA MESA LT 7 VDA BALSILLAS** ,se recibieron del generador **CONSORCIO PC** identificado con el NIT **901769884-3** ubicado en **CL 129 B 54 20 OF 24 RECOLECCION EN MEDICINA LEGAL**, los residuos relacionados a continuación:

N° Manifiesto	Fecha de recepción	Residuo	Cantidad	Unidad	Tipo de manejo	Corriente
23015	**2025-02-20**	RESIDUOS SOLIDOS CONTAMINADOS	**3.560,00**	**kg**	Disposición directa en celda de seguridad-Peligrosos	A3200

Los residuos anteriormente relacionados, fueron transportados por **AMBIENTALISTAS COLOMBIA VIDA 7 SAS ESP**, identificado con NIT/ID **901784175-2**,

El presente documento se expide a los **20** días del mes **febrero** del año **2025**, para certificar la disposición final de los residuos anteriormente relacionados. Cualquier duda o información adicional relacionada con este certificado, podrá ser consultada a través de nuestra línea de servicio al cliente.

Cordialmente



Darly Torres
Coordinador Operativo

VERIFICA AUTENTICIDAD DEL ACTA

CENTRO DE GESTION SOSTENIBLE S.A.S. E.S.P
NIT 901483038-1
KM 4 VIA MOSQUERA - LA MESA LT 7 VDA BALSILLAS
MOSQUERA, CUNDINAMARCA – Colombia
TEL: 3103255817

***Centro de Gestión Sostenible S.A.S E.S.P es una empresa relacionada con Ciudad Limpia**

ANEXO #04

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. 173782889

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CDA AVENIDA SEXTA SAS

NIT: 900135773

No. de Certificado de Acreditación: 09-OIN-011-001

Fecha de expedición: 2024/06/13

Fecha de vencimiento: 2025/06/13

DATOS VEHÍCULO

PLACA: GKA109

CLASE: CAMION

MARCA: DODGE

MODELO: 1979

SERVICIO: Particular

COMBUSTIBLE: DIESEL

CILINDRAJE: 5216

NRO. MOTOR: FD6024705

NRO. CHASIS: DT951817

VIN:

LÍNEA: D 300

COLOR: AZUL BRUMA

NOMBRE PROPIETARIO: ESNEIDER PINZON C.

FIRMA DEL RESPONSABLE

EDITH RANGEL ARIZA

SOAT

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

ASEGURADORA

sura

890.903.407 – 9

FECHA DE EXPEDICIÓN				VIGENCIA							
	AÑO	MES	DÍA		AÑO	MES	DÍA		AÑO	MES	DÍA
	2024	05	10	DESDE LAS 00 HORAS DEL	2024	05	11	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL	2025	05	10

No. DE PÓLIZA.	PLACA No.	CLASE DE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
39184714	GKA109	CAMION	PARTICULAR	5216	1979

PASAJEROS	MARCA	CARROCERÍA
2	DODGE	
	LÍNEA VEHÍCULO: D300	

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
FD6024705	DT951817		3000.0

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No.DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
ESNEIDER PINZON	3144017317	CEDULA	3087638	

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
AT1318	248	4999		

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
310	$ 636,000	$ 330,700	$ 2,100

TOTAL A PAGAR $ 968,800

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	



Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito lo pueden solicitar en cualquier momento.
- Recuerde validar que su póliza esté registrada en el RUNT
- Esté atento al momento en que deba renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas, la inmovilización del vehículo y en caso de accidente de tránsito el recobro por todos los costos de la atención de las victimas 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 la ADRES solo lo puede realizar la institución prestadora de servicios de salud.
- Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

Modificación unilateral de la vigencia por duplicidad de amparos:
La Aseguradora podrá modificar la vigencia de la póliza de forma unilateral y exclusivamente en beneficio del consumidor, en aquellos casos que se corrobore la existencia de duplicidad de amparos y pago de primas respecto del mismo vehículo. (Circular Externa 021 de 2017 – Superintendencia Financiera)

Datos personales
Autorizo a la compañía para que trate mis datos personales, incluso los de salud que son sensibles, con la finalidad de vincularme como tomador del contrato de seguro, incluyendo todas las acciones requeridas para el cumplimiento del mismo, así como para las demás finalidades incluidas en la política de tratamiento de datos personales, disponible en la página web de la aseguradora, donde se encuentran los canales para ejercer mis derechos a actualizar, rectificar, conocer y suprimir mis datos.

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10024581630

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
GKA109	DODGE	D 300	1979

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
5.216	AZUL BRUMA	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/P.S.J
CAMION	ESTACAS	DIESEL	3000

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
FD6024705	N	******

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
DT951817	N	DT951817	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
PINZON CASAS ESNEIDER	C.C. 3087638

	BLINDAJE	POTENCIA
	******	0

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN	ME	FECHA IMPORT.	PUERTAS
36488	I	16/11/1979	2

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

******

FECHA MATRÍCULA	FECHA EXP. LIC. TTO.	FECHA VENCIMIENTO
10/01/1980	24/11/2021	******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA TTEY MOV CUND/CAQUEZA

CDSISCO.08-01-21

LT07001186118

ANEXO #05

CONSORCIO PC	INSPECCION DE EXTENSIONES ELECTRICAS	SG-SST-FR-046 Version 1 Fecha: 12-11-2023

Lugar de trabajo: Compromiso	Fecha de inicio: 10/03/25	Fecha de terminación: 15/03/2025
Serial: 060934	Referencia: D25133-B3.	Marca: DEWALT

INSPECCION DE EQUIPO	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
CABLES ELECTRICAS DEBIDAMENTE ENCAUCHETADOS					/									
LOS EMPALMES O CONEXIONESS ESTAN EN BUEN ESTADO					/									
TOMAS E INTERRUPTORES EN BUEN ESTADO					/									
ENCAUCHETADO EN BUEN ESTADO					/									
LOS TABLEROS Y CAJAS ESTAN LIBRES DE OBTACULOS					/									
EXISTEN SEÑALIZACION DE PELIGRO SI SE REQUIERE					/									
CLAVIJA CON ABRAZADERA					/									

INPECCIÓN DE EPP (ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL)	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
CASCO					/									
CARETA					/									
PROTECCIÓN AUDITIVA					/									
GUANTES CAÑA LARGA					/									
PETO LARGO					/									
BOTAS DE CAUCHO					/									

ITEM	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CEDULA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
1	José Espinal V.	77.226.071	firma	firma	firma	firma	firma	firma	firma
2			firma	firma	firma	firma	firma	firma	firma
3			firma	firma	firma	firma	firma	firma	firma
4			firma	firma	firma	firma	firma	firma	firma
5			firma	firma	firma	firma	firma	firma	firma
6			firma	firma	firma	firma	firma	firma	firma

OBSERVACIONES:

NOMBRE RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD	CEDULA	FIRMA
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA	**CEDULA**	**FIRMA**
José Espinal V.	77.226.071	

CONSORCIO PC	INSPECCION DE PULIDORA	SG-SST-FR-042 Version 1 Fecha: 12-11-2023

Lugar de trabajo:	Fecha de inicio: 10/3	fecha de terminación: 17/03
Serial: 164406	Referencia: M00121	Marca: Makita

INSPECCION DE EQUIPO	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
CONEXIÓN ELECTRICA					/									
ESTADO DEL DISCO DE INSERTACION					/									
ESTADO DEL MANGO					/									
INTERRUPTOR DE ENCENDIDO					/									
ESATADO DE LA GUARDA					/									
LIMPIEZA					/									
INPECCIÓN DE EPP (ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL)	**B**	**M**	**B**	**M**	**B**	**M**	**B**	**M**	**B**	**M**	**B**	**M**	**B**	**M**
CASCO					/									
GAFAS					/									
PROTECCIÓN AUDITIVA					/									
GUANTES					/									

ITEM	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CEDULA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
1	Jose Gomez V	77176071	firma	firma		firma	firma	firma	firma
2			firma	firma	firma	firma	firma	firma	firma
3			firma	firma	firma	firma	firma	firma	firma
4			firma	firma	firma	firma	firma	firma	firma
5			firma	firma	firma	firma	firma	firma	firma
6			firma	firma	firma	firma	firma	firma	firma

OBSERVACIONES:

NOMBRE RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD	CEDULA	FIRMA
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA	**CEDULA**	**FIRMA**
Jose Gomez Vargas	77176071	

CONSORCIO PC	INSPECCION DE TALADRO DEMOLEDOR	SG-SST-FR-043 Version 1 Fecha: 12-11-2023

Lugar de trabajo: Componente	Fecha de inicio: 10/03/25	fecha de terminación: 15/03/25
Serial:	Referencia:	Marca:

INSPECCION DE EQUIPO	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
CONEXIÓN ELECTRICA					/									
ESTADO DEL DISCO DE INSERTACION					/									
ESTADO DEL MANGO					/									
INTERRUPTOR DE ENCENDIDO					/									
ESATADO DE LA GUARDA					/									
LIMPIEZA					/									
ALOJAMIENTO					/									
EMPUÑADURA					/									
TAPA FRONTAL					/									

INPECCIÓN DE EPP (ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL)	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
CASCO					/									
GAFAS					/									
PROTECCIÓN INSERCION					/									
PROTECCIÓN AUDITIVA					/									
GUANTES					/									

ITEM	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CEDULA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
1	José Esmeral	77.276.071	firma	firma		firma	firma	firma	firma
2			firma	firma	firma	firma	firma	firma	firma
3			firma	firma	firma	firma	firma	firma	firma
4			firma	firma	firma	firma	firma	firma	firma
5			firma	firma	firma	firma	firma	firma	firma
6			firma	firma	firma	firma	firma	firma	firma

OBSERVACIONES:

NOMBRE RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD	CEDULA	FIRMA

NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA	CEDULA	FIRMA
José Esmeral V.	77.276.071	

ANEXO #06

PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES LEGALES

ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002
PERSONAS JURÍDICAS

Yo MARLLY LORENA MORALES SANCHEZ identificado con cedula de ciudadanía No 1.136.884.052 en mi condición de Representante Legal de PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS identificada con NIT 901.621.980-6 bajo la gravedad de juramento, certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, al Servicio Nacional de Aprendizaje y al Fondo Nacional de Formación Profesional para la Industria de Construcción (*artículo65 Ley 1819 de 2016 y artículo 3 Decreto 1047 de 1983),* pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses contados a partir dela fecha de cierre del presente procedimiento de selección. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002. De igual manera certifico al personal de obra que cumple con todas las actitudes que arrojó el examen médico ocupacional de ingreso

NOMBRE Y APELLIDO	IDENTIFICACIÒN	RESTRINCIÒN	FECHA
JESUS CUESPED	79.894.116	Acto sin restricción para el cargo	4/03/2025

En constancia, se firma en Bogotá D.C, a los cuatro (4) días del mes de marzo de 2025.

MARLLY LORENA MORALES SANCHEZ
Representante Legal
PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES S.A.S

PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES LEGALES

ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002
PERSONAS JURÍDICAS

Yo MARLLY LORENA MORALES SANCHEZ identificado con cedula de ciudadanía No 1.136.884.052 en mi condición de Representante Legal de PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS identificada con NIT 901.621.980-6 bajo la gravedad de juramento, certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, al Servicio Nacional de Aprendizaje y al Fondo Nacional de Formación Profesional para la Industria de Construcción (*artículo65 Ley 1819 de 2016 y artículo 3 Decreto 1047 de 1983),* pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses contados a partir dela fecha de cierre del presente procedimiento de selección. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002. De igual manera certifico al personal de obra que cumple con todas las actitudes que arrojó el examen médico ocupacional de ingreso.

Ingresos de Octubre

NOMBRE Y APELLIDO	IDENTIFICACIÒN	RESTRINCIÒN	FECHA
YONATHAN BAUTISTA	1.010.211.404	Apto y sin restricciones para el cargo	6/03/2025

En constancia, se firma en Bogotá D.C, a los seis (6) días del mes de marzo de 2025.

MARLLY LORENA MORALES SANCHEZ
Representante Legal
PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES S.A.S

PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES LEGALES

ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002
PERSONAS JURÍDICAS

Yo MARLLY LORENA MORALES SANCHEZ identificado con cedula de ciudadanía No 1.136.884.052 en mi condición de Representante Legal de PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS identificada con NIT 901.621.980-6 bajo la gravedad de juramento, certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, al Servicio Nacional de Aprendizaje y al Fondo Nacional de Formación Profesional para la Industria de Construcción (*artículo65 Ley 1819 de 2016 y artículo 3 Decreto 1047 de 1983),* pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses contados a partir dela fecha de cierre del presente procedimiento de selección. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002. De igual manera certifico al personal de obra que cumple con todas las actitudes que arrojó el examen médico ocupacional de ingreso

NOMBRE Y APELLIDO	IDENTIFICACIÒN	RESTRINCIÒN	FECHA
ARIEL CARDERON	73.346.826	Acto sin restricción para el cargo	3/03/2025

En constancia, se firma en Bogotá D.C, a los tres (3) días del mes de marzo de 2025.

MARLLY LORENA MORALES SANCHEZ
Representante Legal
PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES S.A.S

ANEXO #07

PETRA CONSORCIO PC	**REGISTRO DE ASISTENCIA**	Código:	SST-FT-27
		Versión:	1
		Fecha:	Octubre 2023

DATOS DE LA ACTIVIDAD

DIRIGIDO A: Trabajadores, Administrativos y Operativos.

Fecha: 12/03/2025 **Hora:**

TIPO DE ACTIVIDAD

Inducción	X	Reinduccion		Capacitación		Charla	
Otra		Cual?					

Tema

- Inicio - Politica Dela empresa - Uso DEPP.
- Visión - V DE Alcohol y droga - Identificación de Riesgo.
- Objetivo. - Reglamento Interno. - politica Ambiental.

DIRIGIDO POR

NOMBRE:	CARGO:	FIRMA:
José Espinal Vargas.	Res. SST.	

ASISTENTES

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CÉDULA	CARGO	FIRMA
1	Luis Hfonseca	3178476114	Oficial	
2	MAURICIO VILLA	1960 3727	AYUDANTE	
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

PETRA CONSORCIO PC	REGISTRO DE ASISTENCIA	Código:	SST-FT-27
		Versión:	1
		Fecha:	Octubre 2023

DATOS DE LA ACTIVIDAD

DIRIGIDO A: Trabajadores, Administrativos y Operativos.

Fecha: 10/03/2025 **Hora:**

TIPO DE ACTIVIDAD

Inducción	X	Reinduccion		Capacitación		Charla	
Otra		Cual?					

Tema	- Riesgos - Vigia - Accidentes.	- Politica de la empresa - Reglamento Interno. - Ojo de Halcon y Botiquin	- Reglamento Interno - Notificaciones de Riesgo - Politica Ambiental.

DIRIGIDO POR

NOMBRE:	CARGO:	FIRMA:
Jose Ismeral Vargas	Residente.	

ASISTENTES

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CÉDULA	CARGO	FIRMA
1	Brayan Rincon Jimenez	1000616857	electricista	
2	John Ruiz Hernandez	80123702	Electrico	
3	Nicolas Paira	1033758019	electrico	
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

PETRA CONSORCIO PC	REGISTRO DE ASISTENCIA	Código:	SST-FT-27
		Versión:	1
		Fecha:	Octubre 2023

DATOS DE LA ACTIVIDAD

DIRIGIDO A: Trabajadores, Administrativos y Operativos.

Fecha: 27/03/2025 **Hora:**

TIPO DE ACTIVIDAD

Inducción	X	Reinduccion		Capacitación		Charla	
Otra		Cual?					

Tema	- Mision - Politica de la empresa - Reglamento Interno - Vision - Politica de Alcohol y drogas - Matriz de riesgos - Objetivo de la empresa - Uso de la dotacion y EPP - Politica Ambiental.

DIRIGIDO POR

NOMBRE:	CARGO:	FIRMA:
Jose Suarez J.	Res. SST.	

ASISTENTES

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CÉDULA	CARGO	FIRMA
1	Luis mandarrez	1193103140	Ayudante	Luis mandarrez
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

PETRA CONSORCIO PC	REGISTRO DE ASISTENCIA	Código	SST-FT-27
		Versión	1
		Fecha	Octubre 2023

DATOS DE LA ACTIVIDAD

DIRIGIDO A: Trabajadores, Administrativos y Operativos.

Fecha: 17/03/2025. **Hora:**

TIPO DE ACTIVIDAD

Inducción ☐ Reinduccion ☐ Capacitación ☒ Charla ☒

Otra ☐ Cual?

Tema

- ORDEN Y ASEO EN DONDE SE ESTA LABORANDO.
- USO ADECUADO DE LA DOTACION Y EPP ADECUADOS A LA LABOR.

DIRIGIDO POR

NOMBRE:	CARGO:	FIRMA:
JOSE ESTEBAN VARGAS.	RES. SST.	

ASISTENTES

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CÉDULA	CARGO	FIRMA
1	MAURICIO VILLA	.1960372	AYUDANTE	MAURICIO
2	[illegible]	78690131	Oficial	
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

EQUILÁTERO Arquitectura e Ingeniería S.A.S	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	F-SST-002 VERSION 1.0 FECHA Octubre/2020
	FORMATO DE ASISTENCIA	

TEMA	Buenas practicas ambientales - manejo materiales entregados	ACTIVIDAD:	CAPACITACIÓN ☒ INDUCCIÓN ☐ REINDUCCIÓN ☐ ENTRENAMIENTO ☐ FORMACIÓN ☐ EVENTO ☐ DIALOGO ☐ INSPECCIÓN ☐
OBJETIVO	Concientizar al personal sobre las buenas practicas ambientales para documentos entregados		
Reponsable de la actividad:		Fecha:	25/03/25.

ITEM	NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	CEDULA	CELULAR	FIRMA
1	Edward R. Vera	Residente de interventoria	1.098 697.354	3135434445	
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					

OBSERVACIONES:	
	NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL RESPONSSABLE

Scanned with CamScanner

ANEXO #08

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		
PETRA CONSORCIO PC	FORMATOINSPECCIÓN BOTIQUIN PRIMEROS AUXILIOS	Código: SST-FT-81 Versión: 1 Fecha: 15-11-2023

Fecha de Inspección: 7/03/25	Hora:	Ubicación: Compartir
Inspección realizada por: José Esmeral	Responsable SST: José Esmeral	

FORMATO DE INSPECCIÓN SUMINISTRO "BOTIQUIN TIPO A" RESOLUCIÓN 705 DE 2007

Elementos	Unidades	Cantidad	Cantidad Faltante	Cumple		Observaciones
				SI	NO	
Gasas limpias paquete	Paquete X 20 Und.	1 paquete		/		
Esparadrapo de tela rollo de 4"	Unidad	1		/		
Bajalenguas	Paquete por 20 Und.	1 paquete		/		
Guantes de látex para examen	Caja por 100	1		/		
Venda elástica 2 x 5 yardas	Unidad	1		/		
Venda elástica 3 x 5 yardas	Unidad	1		/		
Venda elástica 5 x 5 yardas	Unidad	1		/		
Venda de algodón 3 x 5 yardas	Unidad	1		/		
Venda de algodón 5 x 5 yardas	Unidad	1		/		
Yodopovidona (jabón quirúrgico)	Frasco x 120 ml	1		/		
Solución salina 250 cc ó 500 cc	Unidad	2		/		
Termómetro de mercurio ó digital	Unidad	1		/		
Alcohol antiséptico frasco por 275 ml	Unidad	1		/		
TOTAL		14				

José Esmeral
Firma responsable inspección

José Esmeral
Firma responsable SST

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		
PETRA CONSORCIO PC	FORMATOINSPECCIÓN BOTIQUIN PRIMEROS AUXILIOS	Código: SST-FT-81 Versión: 1 Fecha: 15-11-2023

Fecha de Inspección: 21/07/25	Hora:	Ubicación: Campamento
Inspección realizada por: José Eduardo	Responsable SST: José Eduardo	

FORMATO DE INSPECCIÓN SUMINISTRO "BOTIQUIN TIPO A" RESOLUCIÓN 705 DE 2007

Elementos	Unidades	Cantidad	Cantidad Faltante	Cumple		Observaciones
				SI	NO	
Gasas limpias paquete	Paquete X 20 Und.	1 paquete	1	/		
Esparadrapo de tela rollo de 4"	Unidad	1	1	/		
Bajalenguas	Paquete por 20 Und.	1 paquete	1	/		
Guantes de látex para examen	Caja por 100	1	1	/		
Venda elástica 2 x 5 yardas	Unidad	1	1	/		
Venda elástica 3 x 5 yardas	Unidad	1	1	/		
Venda elástica 5 x 5 yardas	Unidad	1	1	/		
Venda de algodón 3 x 5 yardas	Unidad	1	1	/		
Venda de algodón 5 x 5 yardas	Unidad	1	1	/		
Yodopovidona (jabón quirúrgico)	Frasco x 120 ml	1	1	/		
Solución salina 250 cc ó 500 cc	Unidad	2	1	/		
Termómetro de mercurio ó digital	Unidad	1	1	/		
Alcohol antiséptico frasco por 275 ml	Unidad	1	1			
TOTAL		14				

José Eduardo

Firma responsable inspección

José Eduardo

Firma responsable SST

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		
PETRA CONTRATAS CONSORCIO PC	FORMATO INSPECCIÓN DE CAMILLA DE EMERGENCIA	**Código:** SST-FT-83 **Versión:** 1 **Fecha:** 01-11-2023

Ubicación:	Campamento.
Fecha Inspección:	7/03-25
Convenciones:	**B/ Bueno - R/Regular - M/Malo**

INSPECCIÓN DE CAMILLA DE EMERGENCIA					
Descripción del elemento		**B**	**M**	**R**	**No Tiene**
1	Instalación (Sitio de ubicación)	/			
2	Señalización	/			
3	Estado del soporte	/			
4	Correas de seguridad	/			
5	Sujetadores para agarre	/			
6	Juego de inmovilizadores de miembro inferior y superior	/			

Observaciones: _____

_____

_____

Responsable del Lugar Nombre: Edi Esmeralda Cargo: Res. SST.	**Inspeccionó** Nombre: _____ Cargo: Res. SST.

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		
PETRA CONSORCIO PC	FORMATO INSPECCIÓN DE CAMILLA DE EMERGENCIA	Código: SST-FT-83 Versión: 1 Fecha: 01-11-2023

Ubicación: Campamento

Fecha Inspección: 21-03-2025

Convenciones: B/ Bueno - R/Regular - M/Malo

INSPECCIÓN DE CAMILLA DE EMERGENCIA					
Descripción del elemento		B	M	R	No Tiene
1	Instalación (Sitio de ubicación)	/			
2	Señalización	/			
3	Estado del soporte	/			
4	Correas de seguridad	/			
5	Sujetadores para agarre	/			
6	Juego de inmovilizadores de miembro inferior y superior	/			

Observaciones: _____

_____

_____

Responsable del Lugar	Inspeccionó
Nombre: [signature]	Nombre: [signature]
Cargo: RES/SST.	Cargo: RES. SST.

PETRA CONTRATAS CONSORCIO PC	INSPECCIÓN DE EXTINTORES	CÓDIGO: SST-FT-82 VERSIÓN: 01 FECHA: 05-11-2023

FECHA DE LA INSPECCIÓN:	7 3 25	DEPENDENCIA A INSPECCIONAR:	
INSPECCIÓN REALIZADA POR:	JOSE ELVERA	CARGO:	RES. SST.

				ESTADO GENERAL DEL EXTINTOR																		
ITEM	EXTINTOR No.	TIPO, CLASE	CAPACIDAD (Libras)	ANILLO DE VERIFICACION	MANÓMETRO	PASADOR DE SEGURIDAD	MANIJA DE DESCARGA Y TRANSPORTE	VÁLVULA	MANGUERA	BOQUILLA	CUERPO CILÍNDRICO	CALCOMANIA DE IDENTIFICACION E	SOPORTE	CAPSULA C02	PH	SEÑALIZACIÓN	UBICACIÓN	ÁREA DE UBICACIÓN	FECHA DE CARGA	FECHA DE VENCIMIENTO	OBSERVACIONES
1	1	ABC.	10	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	Corredor	2/02/2025	2/02/2026	— o —
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

CONVENCIONES

B: BUENO	**NT:** NO TIENE	**PH:** PRUEBA HIDROSTATICA, UNICAMENTE PARA EXTINTORES DE CO2
M: MALO	**NA:** NO APLICA	

Vo.Bo Responsable Empresa

PETRA CONSTRUIR CONSTRUIMOS CONSORCIO PC	INSPECCIÓN DE EXTINTORES	CÓDIGO: SST-FT-82 VERSIÓN: 01 FECHA: 08-11-2023

FECHA DE LA INSPECCIÓN:	21 03 25	DEPENDENCIA A INSPECCIONAR:	
INSPECCIÓN REALIZADA POR:	José Eduardo V.	CARGO:	Res SST.

				ESTADO GENERAL DEL EXTINTOR																
ITEM	EXTINTOR No	TIPO, CLASE	CAPACIDAD (Libras)	ANILLO DE VERIFICACION	MANÓMETRO	PASADOR DE SEGURIDAD	MANIJA DE DESCARGA Y TRANSPORTE	VÁLVULA	MANGUERA	BOQUILLA	CUERPO CILÍNDRICO	CALCOMANIA DE IDENTIFICACION E	SOPORTE	CAPSULA CO2	PH	SEÑALIZACIÓN	UBICACIÓN	ÁREA DE UBICACIÓN	FECHA DE CARGA	FECHA DE VENCIMIENTO	OBSERVACIONES
1	1	ABC.	10	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	Compramento	mar/25	mar/26.	—
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

CONVENCIONES

B: BUENO
M: MALO
NT: NO TIENE
NA: NO APLICA
PH: PRUEBA HIDROSTATICA, UNICAMENTE PARA EXTINTORES DE CO2

Vo.Bo. Responsable Empresa

ANEXO #09

INFORME DE SOSTENIBILIDAD 5

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORESES

INTERVENTORIA
EQUILATERO, Arquitectura e Ingeniería SAS

PERIODO:
DEL 25 DE FEBRERO AL 24 DE MARZO DE 2025

Bogotá D.C.

Contenido

INTRODUCCIÓN 3
1. RECURSOS HUMANOS DE LA INTERVENTORIA..... 4
2. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DEL *PROGRAMA DE SOSTENIBILIDAD*4
2.1 POLITICA AMBIENTAL..... 4
2.2 BUENAS PRACTICAS AMBIENTALES 4
2.3 MEDIDAS APLICADAS EN ACTIVIDADES DE OBRA 5
2.4 TRANSPORTE SOSTENIBLE..... 5
OBSERVACIONES Y CONCLUSIONES 6

INTRODUCCIÓN

El siguiente informe tiene como objeto dar a conocer las actividades que se ha realizado por parte de la Interventoría al programa de sostenibilidad durante la ejecución del contrato de obra No. LP-0002-SG-2024 en el periodo comprendido entre el 25 de febrero al 24 de marzo de 2025, el presente documento describe el seguimiento y realización de actividades establecidas para dar cumplimiento al plan acción entregado en el programa de sostenibilidad.

1. RECURSOS HUMANOS DE LA INTERVENTORIA

PROFESIONALES INTERVENTORÍA	
CARGO	**NOMBRE**
DIRECTOR DE INTERVENTORÍA	LILIANA QUIROGA SEPULVEDA
RESIDENTE DE INTERVENTORIA	EDWARD RICARDO VERA REDONDO
PROF. HSEQ INTERVNETORIA	RUBY CACERES QUINTERO
INSPECTOR DE INTERVENTORIA	JUAN ANTONIO ORJUELA QUINTERO
INGENIERO ELECTRICISTA	JOSE ALEXANDER GONZALEZ BAUTISTA

***Tabla 1**. Personal de Interventoría*

2. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DEL *PROGRAMA DE SOSTENIBILIDAD*

Durante el inicio del presente contrato, el personal del equipo de interventoría se acoge al programa de sostenibilidad ambiental entregado inicialmente, donde se establecen las actividades a realizar para dar cumplimiento a lo dispuesto en dicho procedimiento, así como el compromiso de protección y conservación del medio ambiente. A continuación, se realiza una breve descripción de las actividades realizadas en el presente periodo

2.1 POLITICA AMBIENTAL

En lo recorrido del presente periodo, el equipo de interventoría continúa dando cumplimiento a lo establecido en la política ambiental diseñada por la empresa EQUILATERO Arquitectura e Ingeniería SAS

2.2 *BUENAS PRACTICAS AMBIENTALES*

Cumpliendo con el cronograma de actividades del programa de sostenibilidad, el personal de interventoría lleva a cabo las siguientes acciones las cuales buscan reducir el impacto negativo al medio ambiente:

- Hacer uso de los puntos ecológicos existentes en la entidad y obra para realizar correcta clasificación en la fuente
- Concientización sobre la importancia del buen manejo del recurso agua y de la electricidad
- Seguimiento a la clasificación de residuos realizado por el personal de obra
- Uso de material reciclado para actividades en obra

2.3 MEDIDAS APLICADAS EN ACTIVIDADES DE OBRA

A continuación, se describen las medidas tomadas en obra por parte del equipo de interventoría para el cuidado del medio ambiente y cumplimiento del programa de sostenibilidad propuesto

- Capacitaciones al personal según el cronograma, donde se trataron los siguientes temas: Buenas prácticas ambientales para el manejo de material entregable
- Uso de hojas reciclables para actividades en obra
- Diligenciamiento de actas de comité en el papel ecológico

2.4 *TRANSPORTE SOSTENIBLE*

Durante lo recorrido en el presente informe el personal de interventoría, en su mayoría hace uso del transporte público de la ciudad, el cual esta direccionado al cuidado del medio ambiente e implementa medidas de mitigación de carbono al ambiente.

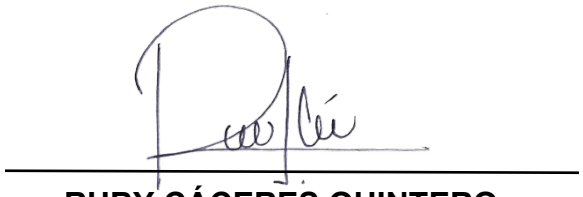
Así mismo, el equipo de trabajo evita hacer uso de transportes privados que generen un mayor impacto negativo al ambiente

OBSERVACIONES Y CONCLUSIONES

1. El equipo de interventoría continúa dando cumplimiento al cronograma de actividades y capacitaciones establecidas en el plan de actividades proyectado inicialmente

2. Durante el periodo del presente informe el equipo de interventoría continúa implementando las medidas necesarias para mitigar el impacto ambiental que se pueda generar por la ejecución del contrato de interventoría

3. EQUILATERO, Arquitectura e Ingeniería, continúa consolidando su compromiso con el ambiente, por ello, en cada una de sus actividades se evalúan los posibles impactos negativos con el propósito de minimizar y mitigar estos impactos.



RUBY CÁCERES QUINTERO
PROFESIONAL HSEQ DE INTERVENTORIA