# 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. 4

**INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORESES**

PERIODO:
DEL 25 DE ENERO AL 24 DE FEBRERO 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. .... 6
Indicadores de Seguimiento DEL Programa .... 7
3.1.2 MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS ORDINARIOS, RECICLABLES Y PELIGROSOS. .... 7
Indicadores de seguimiento programa .... 8
3.1.3 PROGRAMA ALMACENAMIENTO Y MANEJO DE MATERIALES DE CONSTRUCCIÓN. .... 8
3.1.4 MANEJO DE CAMPAMENTOS E INSTALACIONES TEMPORALES .... 9
3.1.5 MANEJO DE MAQUINARIA, EQUIPOS Y TRANSPORTE. .... 9
3.1.6 MANEJO DE RESIDUOS LÍQUIDOS, COMBUSTIBLES, ACEITES Y SUSTANCIAS QUÍMICAS. .... 11
3.2 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO .... 11
3.2.1 MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO ....11
3.2.1.1 Exámenes Medico ocupacionales: .... 12
3.2.1.2 CONSOLIDADO DE INDICADORES DE ACCIDENTALIDAD .... 14
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 enero al 24 de febrero de 2025; el cual corresponde al **Informe HSEQ de Interventoría No. 4,** 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 |
| **PROFESIONAL HSEQ OBRA** | JOSE ALEXANDER ESMERAL VARGAS | 72276971 | |
| **MAESTRO DE OBRA** | MILTON NARCISO CAMARGO MUÑOZ | 9320168 | |
| **INGENIERO ELECTRICISTA** | MARIO ALBERTO GUTIERREZ MORALES | 11429848 | |
| **PROFESIONAL GERECIA DE PROYECTOS** | LILIANA DEL PILAR CANO REYES | 1049648446 | |

***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 | |
| ALVARO DE LUQUE PARRA | 1.118.828.077 | OFICIAL DE OBRA | 8/11/2024 | |
| LUIS MIGUEL WILCHES SANCHEZ | 1.136.889.853 | OFICIAL DE OBRA | 8/11/2024 | |
| MILTON NARCISO CAMARGO MUÑOZ | 9.320.168 | MAESTRO DE OBRA | 19/11/2024 | |
| **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 SAS** | | | | |
| MANUEL ALFONSO BERNAL ARIAS | 7.177.425 | TECNICO | 2/01/2025 | 31/01/2025 |
| FRANCISCO JAVIER BERNAL ALVAREZ | 7.183.379 | TECNICO | 2/01/2025 | 31/01/2025 |
| JOSE ALEX CORD FARIAS GAMEZ | 1.002.365.079 | OFICIAL DE OBRA | 2/01/2025 | 31/01/2025 |
| CRISTOFER FARIAS GAMEZ | 1.002.364.996 | OFICIAL DE OBRA | 2/01/2025 | 31/01/2025 |
| YAMID ECHAVARRIA SOLER | 1.056.708.237 | AYUDANTE DE OBRA | 2/01/2025 | 31/01/2025 |
| WILMAN SOTELO RODRIGUEZ | 1.002.331.275 | AYUDANTE DE OBRA | 24/01/2025 | 31/01/2025 |
| **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 | |

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

**NOTA:** Cabe mencionar que el personal del sub contratista *ESTRUCTURAS Y MONTAJES DE COLOMBIA Y HERMANOS SAS* quien desempeñaba actividades en cubierta, suspendió actividades temporalmente en obra a partir del 31 de enero

de 2025 y retiró su personal de la obra. En el anexo 2. Se adjunta la seguridad social de los sub contratistas del presente periodo. Sin embargo, a la fecha de emisión del presente informe, el contratista no realizó la entrega de los soportes de pago de planillas del personal vinculado a la empresa PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS, por lo tanto, este personal se suspendió en obra.

## 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:** Hasta la fecha de corte del presente periodo, se generaron RCD de tratamiento especial, cuyas cantidades se describen a continuación.

| CONSOLIDADO DE ESCOMBROS DISPUESTOS | | | |
|---|---|---|---|
| **DESCRIPCIÓN** | **CANTIDAD GENERADA** | **PERIODO** | **CANTIDAD CERTIFICADA** |
| Escombros por demolición (encorozado) | 1.8 $m^3$ | 25 de enero al 24 de febrero de 2025 | 0 $m^3$ |

***Tabla 5.*** *Consolidado de Escombros Dispuestos*

**NOTA:** Durante el periodo comprendido en el presente informe, se realizó el retiro de los residuos generados por la desinstalación de cubierta, el cual se transportó hacia el lugar de disposición previamente autorizado.

***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**<br><br>% Escombros Dispuestos Escombrera= 0 kg * 100<br>1.8 kg<br>% Escombros Dispuestos Escombrera = 0% |

***Tabla 6.*** *Indicadores de Seguimiento Programa*

### 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** |
| 12 | 2 | 14 | Kg | 25 de enero al 24 de febrero 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 | 1975 | Kg | 25 de enero al 24 de febrero de 2025 | 0 |

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

**Indicadores de seguimiento programa**

| # | MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS ORIDNARIOS, RECICLABLES Y PELIGROSOS. |
|---|---|
| 01 | **Residuos ordinarios del periodo / Total de Residuos*100**<br>% Material RSO = $\frac{12\ kg}{14\ kg} * 100$<br>% Material RSO = 85,71% |
| 02 | **Residuos Reciclables del periodo / Total de Residuos*100**<br>% Material reciclado= $\frac{2\ kg}{14\ kg} * 100$<br>% Material reciclado= 14,28% |
| 03 | **Residuos Peligrosos del periodo dispuestos correctamente / Total de Residuos peligrosos generados*100**<br>% Respel Generados = $\frac{0\ kg}{1975\ kg} * 100$<br>% Respel Generados = 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, mantiene el material existente dentro de los acopios autorizados por la entidad.

| FECHA DE INGRESO | TIPO DE MATERIAL | CANTIDAD |
|---|---|---|
| NA | NA | 0 |

***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.**<br>% Señalización de Acopios = $\frac{1^*}{2}$ 100<br>% Señalización de Acopios = 50% |

***Tabla 10**. Indicadores de Seguimiento Programa*

### 3.1.5 MANEJO DE CAMPAMENTOS E INSTALACIONES TEMPORALES

En el periodo recorrido en el presente informe, la interventoría continúa realizando seguimiento a los acopios y cerramiento con material rígido para el campamento temporal designado en conjunto con la supervisión, interventoría y contratista. Así mismo, 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**<br>% Cantidad de USP Instaladas = $\frac{1}{1}$ * 100<br>% 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 presente mes, así mismo, se reiteró mediante oficios el requerimiento de dichos soportes

### 3.1.6 MANEJO DE MAQUINARIA, EQUIPOS Y TRANSPORTE.

En el periodo comprendido en el presente informe, el contratista realizó actividades de alistamiento de área de trabajo, para desinstalación de cubierta existente, así

como instalación de la nueva cubierta para esto hace uso de algunos equipos y herramientas

Periódicamente y de manera aleatoria se realiza inspección visual de cada uno de los equipos o elementos utilizados en obra, con el fin de realizar seguimiento y control 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 |
| Líneas de vida | 2 |
| **EQUIPO PETRA** | |
| Pulidora | 1 |
| Taladro | 1 |
| Soplete | 1 |
| Línea de vida | 1 |
| Arnés | 3 |
| Extensión | 1 |
| **VEHICULO/MAQUINARIA** | **PLACA/REF** |
| CAMIONETA DE ESTACAS | RZN 238 |
| CAMION DE ESTACAS | TSV 607 |

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

**NOTA:** Cabe mencionar que, los equipos y herramientas de la cuadrilla de cubierta fue utilizada del 25 al 31 de enero de 2025, periodo en el cual el sub contratista realizó actividades, posterior a esto se suspendieron dichas actividades. Por otra parte, se adjunta la documentación del vehículo transportador de los residuos ANEXO 3. Documentación de Vehículos

**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<br>% Vehículos con CTM= 1 * 100 / 1<br>% Vehículos con CTM = 100 % |

***Tabla 14.*** *Indicadores de Seguimiento*

**NOTA:** El vehículo que se encuentra relacionado es quien hace las veces de transporte de material, equipos y demás elementos que se requieran en obra. El cual desde el inicio de obra presento la documentación correspondiente a SOAT, revisión tecnicomencánica y licencia de tránsito. Ver anexo 3. Documentación de Vehículo

### 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<br>% Derrames generados = 0 * 100 / 0<br>% 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.

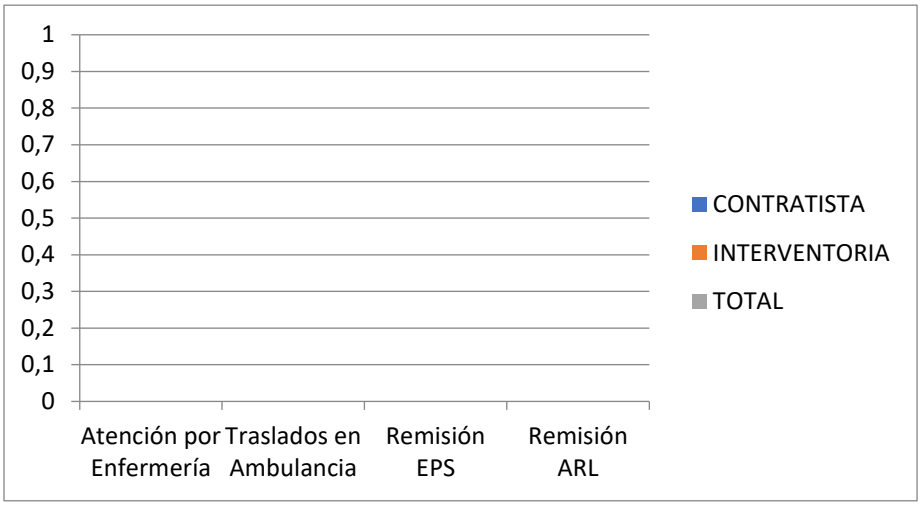
Las principales actividades evidenciadas en el periodo son:

- 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 |
| Traslados en Ambulancia | 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*



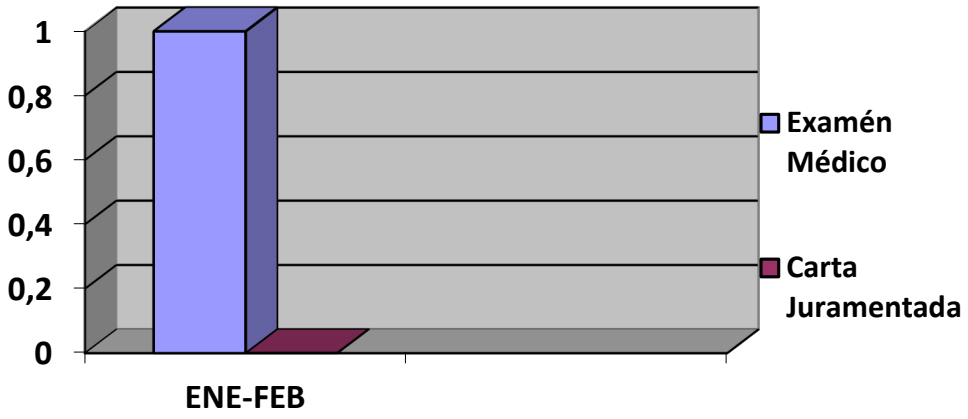

**Grafica 2.** Exámenes médicos ocupacionales

**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 | 0 |
| | SUB CONTRATISTAS | | |
| | 1 | 0 | 0 |

***Tabla 18*** *Exámenes Médicos Ocupacionales*




**Grafica 3.** Exámenes médicos ocupacionales

**NOTA:** Ver anexo 4. 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<br><br>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 | 0 | 0% |
| TRABAJOS DE CAMPO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 0% |
| **TOTAL** | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0% |

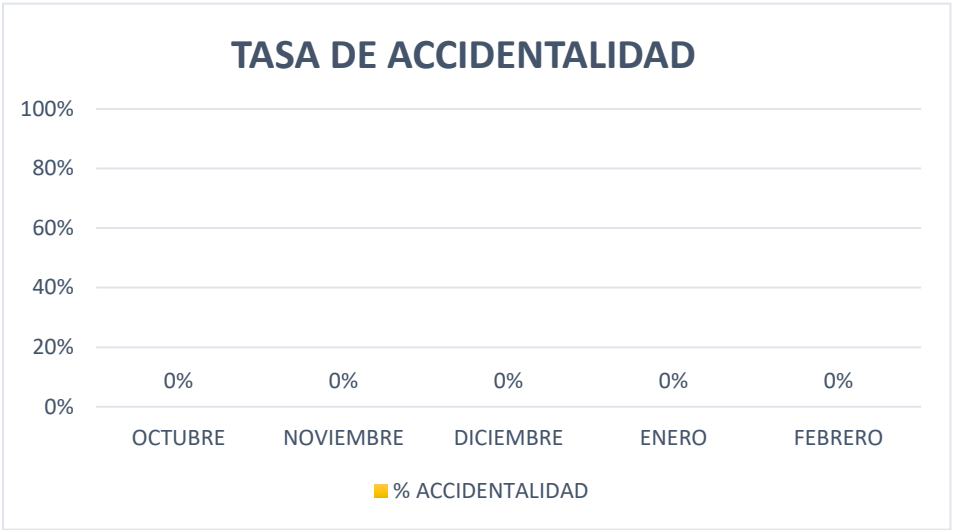
## Tasa Accidentalidad Acumulado Interventoría

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

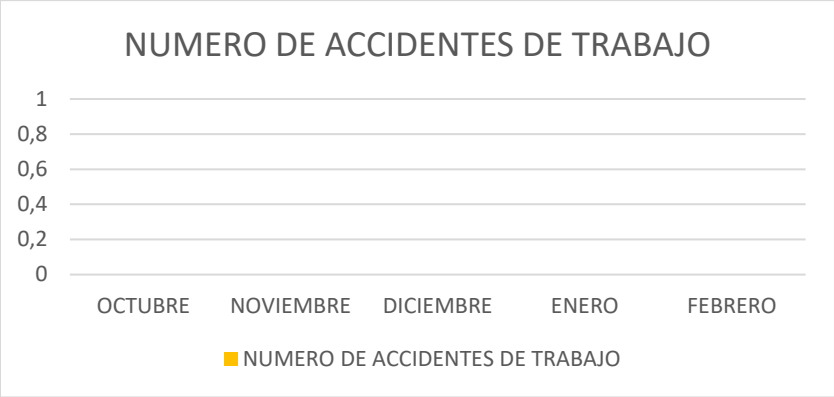
## Fórmulas Tasa De Accidentalidad

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

## 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

**NOTA:** La interventoría en cumplimiento de sus funciones realiza auto reportes en SST con el objetivo de prevenir cualquier situación que genere un riesgo. ANEXO 5.

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

## Accidentalidad e Incidentalidad por frentes de trabajo

| INDICADOR<br><br>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 | 0 | 0% |
| TRABAJOS DE CAMPO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 15 | 0% |
| **TOTAL** | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 15 | 0% |

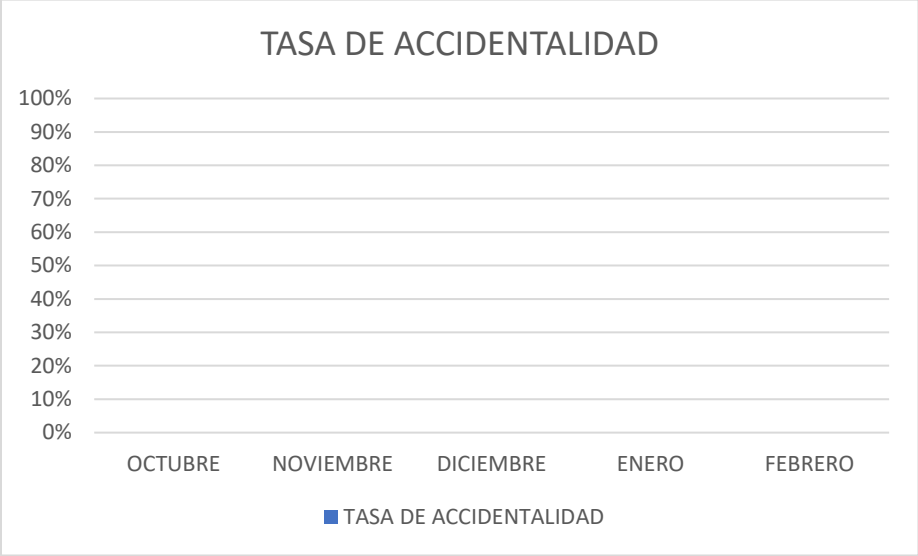
## Tasa Accidentalidad Acumulado Contratista

| MES<br><br>INDICADOR | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DICIEMBRE | ENERO | FEBRERO | TOTALES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Número Trabajadores mes** | 5 | 9 | 13 | 18 | 15 | 12 |
| **Número AT** | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Número de Incidentes** | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Tasa AT (%)** | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Días Incapacidad** | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

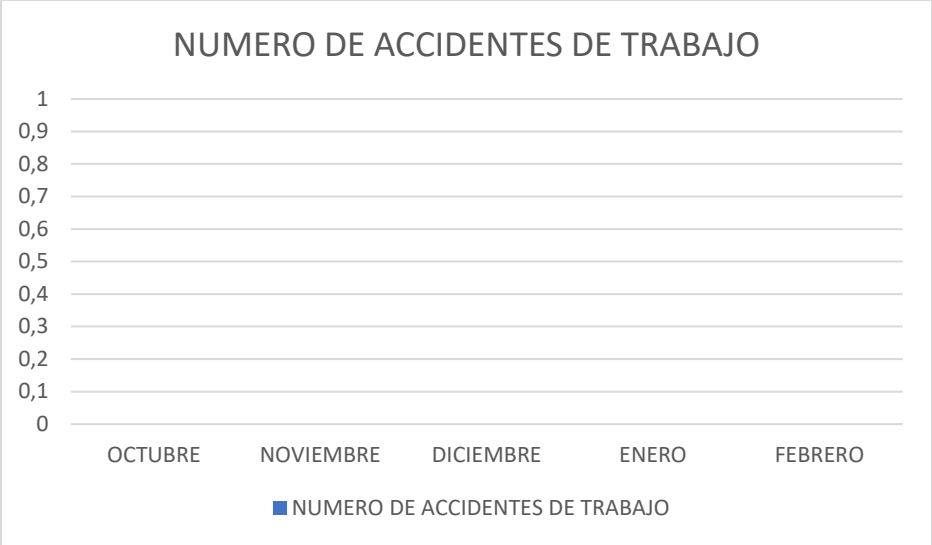
**Fórmulas Tasa De Accidentalidad**

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

**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

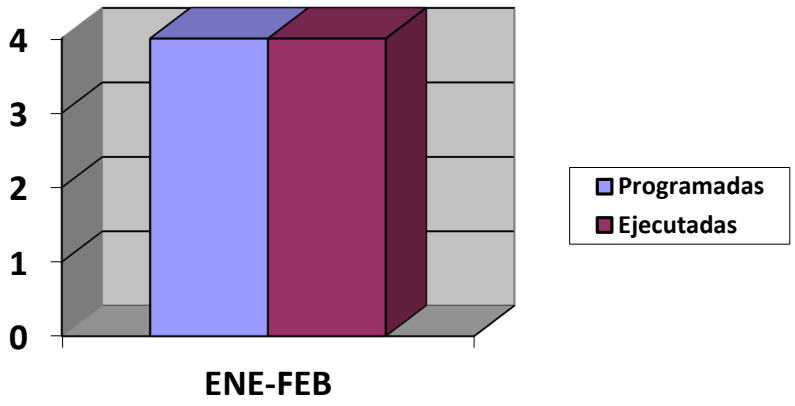
Sus actividades comprenden la identificación, evaluación, análisis de riesgos ocupacionales y las recomendaciones específicas para su control, a través de la elaboración de panoramas de riesgo, visitas de inspección a las áreas de trabajo, mediciones ambientales, entre otras.

#### 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 |
|---|---|---|
| 4 | 4 | 100% |

***Tabla 19.*** *Actividades Cumplidas en el mes*




**Grafica 8**. Cumplimiento de capacitaciones mensuales

La interventoría durante el periodo realizó seguimiento al plan de seguridad del contratista, evidenciando en otras, las siguientes actividades:

- ✓ Afiliaciones y pago a seguridad social del personal de obra
- ✓ Jornadas de capacitación e Inducción HSEQ.
- ✓ Acordonamiento y demarcación de zonas de trabajo
- ✓ Inspecciones
- ✓ Señalización y delimitación de áreas de trabajo
- ✓ 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 | |
| Cuidado de las manos | 18/02/2025 | | x | 3 |
| Uso adecuado de EPP | 18/02/2025 | | x | 3 |
| Hábitos de vida saludable | 10/02/2025 | | x | 3 |
| Uso de EPCC | 10/02/2025 | | x | 3 |
| **INTERVENTORIA** | | | | |
| Uso adecuado de EPP | 01/02/2025 | | x | 2 |
| Capacitación sobre el sistema general de riesgos laborales | 01/02/2025 | | x | 2 |
| Manejo de material reciclado | 21/01/2025 | x | | 2 |
| Uso sostenible del agua y electricidad | 21/02/2025 | x | | 2 |

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

**NOTA:** La interventoría realiza el seguimiento al cumplimiento del plan de capacitaciones entregado inicialmente por el ejecutor. Ver ANEXO 6. Asistencia a capacitaciones contratista e interventoría. Ver anexo 7. Condiciones de salud de interventoria

### 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 valiosa que permite implementar medidas de tipo preventivo que mitiguen o eviten la ocurrencia de accidentes, tanto del personal vinculado directamente, como al personal ajeno al proyecto pero que son cercanos al área de influencia que sean vulnerables ante cualquier tipo de amenaza que provenga del proyecto.

Por tanto, el contratista establecer 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

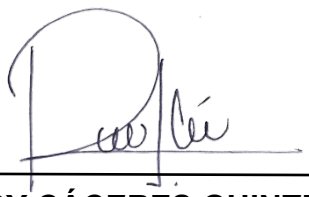
## OBSERVACIONES Y CONCLUSIONES

1. Durante el periodo del presente informe el contratista no realiza el pago oportuno de los aportes a seguridad social de la empresa PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS, quien debía realizar dichos aportes el día 19 de febrero, por esto se requirió la suspensión del personal vinculado a dicha empresa. Por otra parte, se evidencio la entrega de soportes de pago a seguridad social de los sub contratistas

2. La interventoría realiza la verificación del uso adecuado de los elementos de protección de todo el personal que realice actividades en obra

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**

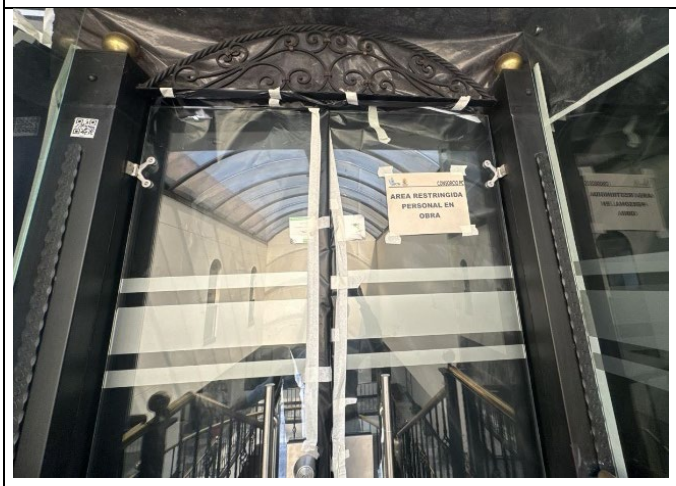
***REGISTRO FOTOGRAFICO HSEQ***

| RETIRO DE TEJA DE ASBESTO CEMENTO | |
|---|---|
|  |  |
| **SEÑALIZACION EN OBRA** | |
|  |  |












**SANITARIO PORTATIL**




**PUNTO ECOLOGICO**



# ANEXO 01 SEGURIDAD SOCIAL

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 | |
| 2025-02 | 2025-01 | E | 04/02/2025 | 83556540 | $881.800 | |

## 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 | 114.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 114.000 | 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 | 0 | 0 | | 227.800 | 1 |
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 227.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 227.800 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 198.200 | | | | 198.200 | 0 | 0 | 198.200 | | | 1.982 | 198.200 | 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 | 0 | 0 | 114.000 | 2 |

**TOTALES PARAFISCALES**

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

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 114.000 | 114.000 |
| Pensión | 2 | 455.600 | 455.600 |
| Riesgos Laborales | 1 | 198.200 | 198.200 |
| CCF | 1 | 114.000 | 114.000 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 5 | 881.800 | 881.800 |

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 | CONTRATO MEDI | 063 | 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** |
| | | | | | 2 | 0 |
| **PERIODO SALUD** | **PERIODO PENSIONES** | | | | **TOTAL A PAGAR** | |
| 2025-02 | 2025-01 | E | 04/02/2025 | 83556540 | $881.800 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **No.** | **Tipo** | **No. de Identificación** | **Apellidos y Nombres** | **Cotizante** | **Subtipo** | **Extranjero** | **Colom. exterior** | **Estudiante** | **ING** | **RET** | **TDE** | **TAE** | **TDP** | **TAP** | **VSP** | **VST** | **SLN** | **IGE** | **LMA** | **VAC** | **AVP** | **VCT** | **IRL** | **CORRECCIÓN** | **Cód. AFP** | **IBC AFP** | **Cotización** | **Voluntario Afiliado** | **Voluntario Aportante** | **Fondo pensional de solidaridad** | **Fondo pensional de subsistencia** | **Cód. EPS** | **IBC EPS** | **Cotización / Valor UPC** | **Cód. ARL** | **IBC ARL** | **Clase de Riesgo** | **Cotización** | **Código CCF** | **IBC CCF** | **Aporte CCF** | **IBC otros parafiscales** | **Aporte SENA** | **Aporte ICBF** | **Aporte ESAP** | **Aporte MEN** |
| 1 | CC | 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 | |
| 2025-02 | 2025-01 | E | 04/02/2025 | 83556546 | $774.000 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS002 | Salud Total EPS | 800130907-4 | 100.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 100.000 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 400.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 400.000 | 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 | 174.000 | | | | 174.000 | 0 | 0 | 174.000 | | | 1.740 | 174.000 | 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 | 0 | 0 | 100.000 | 1 |

**TOTALES PARAFISCALES**

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

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 100.000 | 100.000 |
| Pensión | 1 | 400.000 | 400.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 174.000 | 174.000 |
| CCF | 1 | 100.000 | 100.000 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 4 | 774.000 | 774.000 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| 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 | CANTIDAD UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-02 | 2025-01 | E | 04/02/2025 | 83556546 | $774.000 | |

## 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 | 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 | 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 | |
| 2025-02 | 2025-01 | E | 04/02/2025 | 83556556 | $349.300 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS002 | Salud Total EPS | 800130907-4 | 57.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 57.000 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

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

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 7.500 | | | | 7.500 | 0 | 0 | 7.500 | | | 75 | 7.500 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF39 | Cajasan | 890200106-1 | 57.000 | 0 | 0 | 57.000 | 1 |

**TOTALES PARAFISCALES**

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

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 57.000 | 57.000 |
| Pensión | 1 | 227.800 | 227.800 |
| Riesgos Laborales | 1 | 7.500 | 7.500 |
| CCF | 1 | 57.000 | 57.000 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 4 | 349.300 | 349.300 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| 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 | |
| 2025-02 | 2025-01 | E | 04/02/2025 | 83556556 | $349.300 | |

## 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 | Estornudo | 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

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 | |
| 2025-02 | 2025-01 | E | 04/02/2025 | 83671055 | $464.400 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 60.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 60.000 | 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 | 240.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 240.000 | 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 | 104.400 | | | | 104.400 | 0 | 0 | 104.400 | | | 1.044 | 104.400 | 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 | 0 | 0 | 60.000 | 1 |

**TOTALES PARAFISCALES**

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

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 60.000 | 60.000 |
| Pensión | 1 | 240.000 | 240.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 104.400 | 104.400 |
| CCF | 1 | 60.000 | 60.000 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 4 | 464.400 | 464.400 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| 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 | |
| 2025-02 | 2025-01 | E | 04/02/2025 | 83671055 | $464.400 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | 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 | 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

# CONTRATISTA

# Certificado de Aportes

Se certifica que NELSON  GONZALEZ CRUZ identificado(a) con CC 1106948917 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

**AMBIENTALISTAS COLOMBIA VIDA 7 SAS ESP NI 901784175**

| Periodo | | Clave | | Planilla | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Tipo | Fecha Pago | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2024-12 | 2025-01 | 1209860154 | 9480539503 | E | 2025-01-21 | | | | | | | | | | | | | X | | | | |

| Riesgo | Administradora | Días | Tarifa | IBC | Cotización |
|---|---|---|---|---|---|
| AFP | COLFONDOS | 27 | 16% | $1,170,000 | $187,200 |
| AFP | COLFONDOS | 3 | 16% | $130,000 | $20,800 |
| ARL | ARL SURA | 27 | 6.96% | $1,170,000 | $81,500 |
| ARL | ARL SURA | 3 | 0% | $130,000 | $0 |
| CCF | CAFAM | 27 | 4% | $1,170,000 | $46,800 |
| CCF | CAFAM | 3 | 4% | $130,000 | $5,200 |
| EPS | SALUD TOTAL | 27 | 4% | $1,170,000 | $46,800 |
| EPS | SALUD TOTAL | 3 | 4% | $130,000 | $5,200 |

Este certificado se expide el día 2025-02-06 a las 11:46.

# Certificado de Aportes

Se certifica que JEAN CARLOS ORDONEZ CARIEL identificado(a) con PT 5028854 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

**AMBIENTALISTAS COLOMBIA VIDA 7 SAS ESP NI 901784175**

| Periodo | | Clave | | Planilla | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Tipo | Fecha Pago | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2024-12 | 2025-01 | 1209860154 | 9480539503 | E | 2025-01-21 | | | | | | | | | | | | | X | | | | |

| Riesgo | Administradora | Días | Tarifa | IBC | Cotización |
|---|---|---|---|---|---|
| AFP | COLPENSIONES | 27 | 16% | $1,170,000 | $187,200 |
| AFP | COLPENSIONES | 3 | 16% | $130,000 | $20,800 |
| ARL | ARL SURA | 27 | 6.96% | $1,170,000 | $81,500 |
| ARL | ARL SURA | 3 | 0% | $130,000 | $0 |
| CCF | CAFAM | 27 | 4% | $1,170,000 | $46,800 |
| CCF | CAFAM | 3 | 4% | $130,000 | $5,200 |
| EPS | SALUD TOTAL | 27 | 4% | $1,170,000 | $46,800 |
| EPS | SALUD TOTAL | 3 | 4% | $130,000 | $5,200 |

Este certificado se expide el día 2025-02-06 a las 11:44.

# RESUMEN PLANILLA PAGADA

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IDENTIFICACIÓN | DV | RAZÓN SOCIAL | CLASE | CÓDIGO | ARL | F. PRESENTACIÓN | ACT. ECO | TIPO DE EMPRESA |
| NI 900952836 | 1 | ESTRUCTURAS Y MONTAJES DE COLOMBIA Y HERMANOS SAS | B | 0 | POSITIVA - 14-23 | ÚNICA | 4112 | Jurídica |
| MUN-DEP | DIRECCIÓN | | TELÉFONO | | | EMAIL | | EXENTO DE PARAFISCALES |
| 15-1 | CLL 64 N 12A 09 | | 7400000 | | | ESTRUCTURAS.MONTAJESCO@GMAIL.COM | | S |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PERÍODO PENSIÓN | PERÍODO SALUD | PLANILLA | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO | CENTRO DE TRABAJO | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | VALOR PAGO | INTERÉS X MORA | ENTIDAD RECAUDO |
| 2025-01 | 2025-02 | 32487687 | E | 2025-02-13 | TODOS LOS CENTROS | TODOS | TODOS | 3.939.500 | 5.700 | BANCO DE BOGOTA |
| Nº AFILIADOS | REF. DE PAGO (PIN) | FECHA LÍMITE PAGO | ESTADO PLANILLA | | | | | | | |
| 8 | 32487687 | 2025-02-11 | Pagada | | | | | | | |

| EMPLEADO | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | DÍAS | | | | PENSIÓN | SALUD | CCF | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N. | ID | EMPLEADO | MODALIDAD DE SALARIO | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VTE | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | EPST | AFPT | AFP | EPS | CCF | ARL | NOMBRE | NOMBRE | NOMBRE | Tipo de Cotizante | Subtipo de Cotizante | Exento de Parafiscales | Actividad Económica |
| 1 | CC 7177425 | BERNAL ALVAREZ MANUEL ALFONSO | F | | | | | | | X | | | | | | | | | 0 | | | 30 | 30 | 30 | 30 | PORVENIR-230301 | EPS SURA-EPS010 | COMFABOY-CCF10 | 01 | 0 | S | 3251101 |
| 2 | CC 7183379 | BERNAL ALVAREZ FRANCISCO JAVIER | F | | | | | | | X | | | | | | | | | 0 | | | 30 | 30 | 30 | 30 | PORVENIR-230301 | FAMISANAR-EPS017 | COMFABOY-CCF10 | 01 | 0 | S | 3251101 |
| 3 | CC 40032703 | BERNAL MORENO CLARA ISABEL | F | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | | 30 | 30 | 30 | 30 | COLPENSIONES-25-14 | SANITAS-EPS005 | COMFABOY-CCF10 | 01 | 0 | S | 3251101 |
| 4 | CC 1002331275 | SOTELO RODRIGUEZ WILMAN FERNEY | F | X | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | | 11 | 11 | 11 | 11 | PORVENIR-230301 | FAMISANAR-EPS017 | COMFABOY-CCF10 | 01 | 0 | S | 3251101 |
| 5 | CC 1002364996 | FARIAS GAMEZ CRISTOFER | F | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | | | 30 | 30 | 30 | 30 | PORVENIR-230301 | NUEVA E.P.S. S.A. MOV-EPS041 | COMFABOY-CCF10 | 01 | 0 | S | 3251101 |
| 6 | CC 1002365079 | FARIAS GAMEZ JOSE ALEX CORD | F | | X | | | | | X | | X | | | | | | | 0 | | | 30 | 30 | 30 | 30 | PORVENIR-230301 | NUEVA E.P.S. S.A. MOV-EPS041 | COMFABOY-CCF10 | 01 | 0 | S | 3251101 |
| 7 | CC 1053559826 | GARAVIÑO CRUZ LUISA FERNANDA | F | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | | | 30 | 30 | 30 | 30 | PORVENIR-230301 | SALUD TOTAL-EPS002 | COMFABOY-CCF10 | 01 | 0 | S | 3251101 |
| 8 | CC 1056708237 | ECHEVERRIA SOLER YAMID SANTIAGO | F | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | | | 30 | 30 | 30 | 30 | PORVENIR-230301 | SANITAS-EPS005 | COMFABOY-CCF10 | 01 | 0 | S | 3251101 |


# RESUMEN PLANILLA PAGADA

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IDENTIFICACIÓN | DV | RAZÓN SOCIAL | CLASE | CÓDIGO | ARL | F. PRESENTACIÓN | ACT. ECO | TIPO DE EMPRESA |
| NI 900952836 | 1 | ESTRUCTURAS Y MONTAJES DE COLOMBIA Y HERMANOS SAS | B | 0 | POSITIVA - 14-23 | ÚNICA | 4112 | Jurídica |
| MUN-DEP | DIRECCIÓN | | TELÉFONO | | | EMAIL | | EXENTO DE PARAFISCALES |
| 15-1 | CLL 64 N 12A 09 | | 7400000 | | | ESTRUCTURAS.MONTAJESCO@GMAIL.COM | | S |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PERÍODO PENSIÓN | PERÍODO SALUD | PLANILLA | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO | CENTRO DE TRABAJO | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | VALOR PAGO | INTERÉS X MORA | ENTIDAD RECAUDO |
| 2025-01 | 2025-02 | 32487687 | E | 2025-02-13 | TODOS LOS CENTROS | TODOS | TODOS | 3.939.500 | 5.700 | BANCO DE BOGOTA |
| Nº AFILIADOS | REF. DE PAGO (PIN) | FECHA LÍMITE PAGO | ESTADO PLANILLA | | | | | | | |
| 8 | 32487687 | 2025-02-13 | Pagada | | | | | | | |


| SUBSISTEMA | CÓDIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | VALOR UPC | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP(Administradoras: 2) | | | | 8 | 2.128.700 | 0 | 3.000 | 0 | 2.131.700 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900336004 | 7 | 1 | 227.800 | 0 | 400 | 0 | 228.200 |
| PORVENIR | 230301 | 800224808 | 8 | 7 | 1.900.900 | 0 | 2.600 | 0 | 1.903.500 |
| EPS(Administradoras: 5) | | | | 8 | 532.300 | 0 | 900 | 0 | 533.200 |
| SANITAS | EPS005 | 800251440 | 6 | 2 | 114.600 | 0 | 200 | 0 | 114.800 |
| FAMISANAR | EPS017 | 830003564 | 7 | 2 | 125.300 | 0 | 200 | 0 | 125.500 |
| SALUD TOTAL | EPS002 | 800130907 | 4 | 1 | 58.500 | 0 | 100 | 0 | 58.600 |
| NUEVA E.P.S. S.A. MOV | EPS041 | 900156264 | 2 | 2 | 129.500 | 0 | 200 | 0 | 129.700 |

| SUBSISTEMA | CÓDIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | VALOR UPC | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS SURA | EPS010 | 800088702 | 2 | 1 | 104.400 | 0 | 200 | 0 | 104.600 |
| ARP(Administradoras: 1) | | | | 8 | 740.500 | 0 | 1.000 | 0 | 741.500 |
| POSITIVA | 14-23 | 860011153 | 6 | 8 | 740.500 | 0 | 1.000 | 0 | 741.500 |
| CCF(Administradoras: 1) | | | | 8 | 532.300 | 0 | 800 | 0 | 533.100 |
| COMFABOY | CCF10 | 891800213 | 8 | 8 | 532.300 | 0 | 800 | 0 | 533.100 |
| Gran Total | | | | | 3.933.800 | 0 | 5.700 | 0 | 3.939.500 |

ASOPAGOS s.a.
PAGADO

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 | 900612250-6 | APLICACIONES COLOMBIA SAS | Finca Chamicera-vereda Mancilla | 3102681638 | aplicacionescolombia@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| SUCURSAL | C – MIPYME | PRINCIPAL | PPAL | CUNDINAMARCA | FACATATIVÁ | 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 | |
| 2025-02 | 2025-01 | E | 14/02/2025 | 83749105 | $224.700 | |

## 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 | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 60.000 | 0 | | 0 | | 0 | 1 | 100 | 0 | 60.100 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**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 | 1 | 100 | 104.500 | | | 1.044 | 104.500 | 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 | 1 | 100 | 60.100 | 1 |

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 60.000 | 60.100 |
| Pensión | 0 | 0 | 0 |
| Riesgos Laborales | 1 | 104.400 | 104.500 |
| CCF | 1 | 60.000 | 60.100 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 224.400 | 224.700 |

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 | 900612250-6 | APLICACIONES COLOMBIA SAS | | Finca Chamicera-vereda Mancilla | 3102681638 | aplicacionescolombia@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| SUCURSAL | C – MIPYME | PRINCIPAL | PPAL | CUNDINAMARCA | FACATATIVÁ | 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 | |
| 2025-02 | 2025-01 | E | 14/02/2025 | 83749105 | $224.700 | |

## 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 | 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 | 11429848 | GUTIERREZ MORALES MARIO ALBERTO | 1 | 3 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 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

# ANEXO 02 PIN AMBIENTAL


www.secretariadeambiente.gov.co dice
Se asignó el PIN Número: 26587
Aceptar

# ANEXO #03 PERMISOS E INFORME DE SOSTENIBILIDAD

# INFORME DE SOSTENIBILIDAD 4

**INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORESES**

**INTERVENTORIA**
**EQUILATERO, Arquitectura e Ingeniería SAS**

PERIODO:
DEL 25 DE ENERO AL 24 DE FEBRERO 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 enero al 24 de febrero 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*

Durante el presente periodo, el personal 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:

- Concientización sobre la importancia del buen manejo del recurso agua y de la electricidad
- Manejo y uso de material reciclado
- No arrojar basura en áreas no autorizadas para dicho fin
- Evitar uso de aparto electrónicos que consuman altos porcentajes de electricidad

## *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: Manejo de material reciclado, uso sostenible del agua y electricidad
- Uso adecuado del punto ecológico existente en obra
- Diligenciamiento de actas de comité en el papel ecológico
- Jornadas de orden y aseo en las áreas de trabajo del equipo de interventoría

## 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

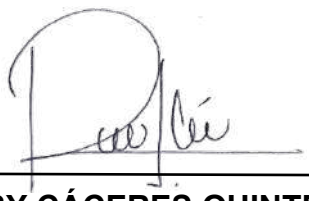
## OBSERVACIONES Y CONCLUSIONES

1. El equipo de interventoría continúa dando cumplimiento a la política ambiental establecida por la empresa la cual es socializada desde el inicio del contrato

2. Durante el periodo del presente informe el equipo de interventoría continúa desarrollando las diferentes actividades programadas en el plan de sostenibilidad direccionadas a mitigar el impacto ambiental que se pueda generar por la ejecución del contrato de interventoría

3. En la presente etapa del proyecto, se continúan realizando las capacitaciones orientadas al manejo de materiales reciclados y la importancia del adecuado uso de los recursos naturales.

4. EQUILATERO, Arquitectura e Ingeniería continua 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**

# ANEXO #04

# DOCUMENTOS DE LOS VEHICULOS

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

## LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10022263044

| PLACA | MARCA | LÍNEA | MODELO |
|---|---|---|---|
| TSV607 | DONG FENG | DUOLIKA DFA1063DJ10 | 2012 |

| CILINDRADA CC | COLOR | SERVICIO |
|---|---|---|
| 3.920 | AZUL | PÚBLICO |

| CLASE DE VEHÍCULO | TIPO CARROCERÍA | COMBUSTIBLE | CAPACIDAD Kg/PSJ |
|---|---|---|---|
| CAMION | ESTACAS | DIESEL | |

| NÚMERO DE MOTOR | REG | VIN |
|---|---|---|
| 87279116 | N | LGDCT91L2CB138150 |

| NÚMERO DE SERIE | REG | NÚMERO DE CHASIS | REG |
|---|---|---|---|
| LGDCT91L2CB138150 | N | LGDCT91L2CB138150 | N |

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

| RESTRICCION MOVILIDAD | BLINDAJE | POTENCIA HP |
|---|---|---|
| | ****** | 125 |

| DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN | I/E | FECHA IMPORT. | PUERTAS |
|---|---|---|---|
| 32012000335609 | I | 09/03/2012 | 0 |

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

******

| FECHA MATRÍCULA | FECHA EXP. LIC. TTO. | FECHA VENCIMIENTO |
|---|---|---|
| 30/07/2012 | 15/02/2021 | ****** |

ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA TTOYTTE MCPAL FUNZA





COSMOCOLOR-LT-20

LT0700057901 1

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. 172357984

## 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:** 2024/03/12

**Fecha de vencimiento:** 2025/03/12

## DATOS VEHÍCULO

**PLACA:** TSV607

**CLASE:** CAMION

**MARCA:** DONG FENG

**MODELO:** 2012

**SERVICIO:** Público

**COMBUSTIBLE:** DIESEL

**CILINDRAJE:** 3920

**NRO. MOTOR:** 87279116

**NRO. CHASIS:** LGDCT91L2CB138150

**VIN:** LGDCT91L2CB138150

**LÍNEA:** DUOLIKA DFA1063DJ10

**COLOR:** AZUL

**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

PREVISORA SEGUROS

| FECHA DE EXPEDICIÓN (AÑO / MES / DÍA) | VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL (AÑO / MES / DÍA) | HASTA LAS 23:59 HORAS DEL (AÑO / MES / DÍA) |
|---|---|---|
| 2025-01-22 | 2025-01-23 | 2026-01-22 |

| No. DE PÓLIZA. | PLACA No. | CLASE VEHÍCULO | SERVICIO | CILINDRAJE/VATIOS | MODELO |
|---|---|---|---|---|---|
| 4308006349516000 | TSV607 | CARGA O MIXTO | PUBLICO | 3920 | 2012 |

| PASAJEROS | MARCA | LÍNEA VEHICULO | CARROCERÍA |
|---|---|---|---|
| 2 | DONG FENG | DUOLIKA DFA1063DJ10 | ESTACAS |

| No. MOTOR | No. CHASIS ó No. SERIE | No. VIN | CAPACIDAD TON. |
|---|---|---|---|
| 87279116 | LGDCT91L2CB138150 | LGDCT91L2CB138150 | 4.99 |

| APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR | TELÉFONO DEL TOMADOR | TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR |
|---|---|---|---|---|
| PINZON CASAS, ESNEIDER | 3144017317 | CC | 3087638 | BOGOTA D.C |

| CÓDIGO DE ASEGURADORA | CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA | CLAVE PRODUCTOR | No. FORMULARIO | CIUDAD EXPEDICIÓN |
|---|---|---|---|---|
| AT1324 | 43 | 999913588 | 0 | BOGOTA D.C |

| TARIFA | PRIMA SOAT | CONTRIBUCIÓN FOSYGA | TASA RUNT |
|---|---|---|---|
| 310 | $ 580700 | $ 301900 | $ 2100 |

**TOTAL A PAGAR**

$ 884700

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 UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT) |
| C. INCAPACIDAD PERMANENTE | 180 SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES |
| D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS | 750 SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES |

[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).**

**RECUERDE QUE:**

•Es obligatorio portar la póliza de SOAT sin importar el medio de entrega escogido ante La Previsora S.A.
•La autoridad de transito podrá requerir la póliza en cualquier momento, usted podrá presentarla en los siguientes medios: impresión física en papel de seguridad; impresión física en papel común tamaño carta con código QR; en formato PDF con código QR, el cual se puede descargar del correo electrónico y/o el mensaje de texto con el link de consulta, enviado por La Previsora S.A.
•En caso de tener inquietudes sobre el proceso, marque desde su teléfono móvil al #345, para recibir la asesoría necesaria.

**Se debe imprimir la póliza, que se envía a su correo electrónico como respaldo a la información guardada en su teléfono móvil, esto con el fin de evitar inconvenientes con la autoridad de tránsito.**

Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

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

En caso de accidente de tránsito:

•Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
•Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
•Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.
•Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

Clausula de Coexistencia de Pólizas:

En concordancia con lo dispuesto en la Circular Externa 021 de 2017, emitida por la Superintendencia Financiera de Colombia, LA PREVISORA S.A. podrá de manera unilateral y exclusivamente a favor del consumidor, modificar la vigencia de la póliza, cuando al momento de registrar la misma en el RUNT, se corrobore que existe una póliza vigente. En estos casos, LA PREVISORA S.A., modificará la vigencia en su fecha de inicio, teniendo como referente la fecha de vencimiento de la póliza que se encuentra vigente. Dicha modificación deberá ser informada por LA PREVISORA S.A. al tomador del seguro.

Habeas Data:

Declaro que de forma previa, al momento de la emisión de esta póliza, he autorizado a LA PREVISORA S.A. Compañía de seguros, para que consulte, almacene, administre, transfiera la información personal suministrada durante el proceso de emisión de esta póliza, directamente o por medio de terceros o aliados comerciales, para registrarme en sus bases de datos, informarme por medios escritos, correo electrónico, llamadas telefónicas, envío de mensajes de texto y/o utilizando aplicaciones de mensajería instantánea, todo lo relacionado con la emisión, modificación, o anulación de la(s) póliza(s) que he adquirido, todo lo relacionado con este contrato, para estudios estadísticos internos de la compañía de seguros, gestionar campañas de mercadeo y/o comerciales relacionados con la(s) póliza(s) que adquiero, así como de otros ramos de seguros que maneje LA PREVISORA S.A. enviarme información derivada de todas las funciones que directa o indirectamente se les haya otorgado a las aseguradoras o se les otorguen en el futuro, así como novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato, el cual conozco y declaro aceptar en todas sus partes.
Declaro que se me ha informado que, como Titular de información tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de autorización que he otorgado para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC por infracción a la ley, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos una vez al mes, que podré ejercerlos en la calle 57 # 9-07 en la ciudad de Bogotá, por medio del teléfono 3487555, y que para más información sobre el tratamiento de mis datos es posible acceder a la Política de Tratamiento de información en la página de internet www.previsora.gov.co

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# ANEXO #05

# EXAMENES

# DE OBRA

**CRUZ ROJA COLOMBIANA**
**SECCIONAL BOYACA**

NIT: 891801940-9

**CONTACTOS**
7400795 - 7425208
boyaca@cruzrojacolombiana.org
Calle 17 No. 9-56
Tunja (Boyacá)

# CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL



**PACIENTE:** WILMAN FERNEY SOTELO RODRIGUEZ

**GÉNERO:** Masculino

**TIPO IDENTIFICACIÓN:** CC **NÚMERO IDENTIFICACIÓN:** 1002331275 **FECHA NACIMIENTO:** 19/01/2004

**EDAD:** 20 año(s) 11 mes (es) 29 día(s)

**EMPRESA CONTRATANTE:** ESTRUCTURAS Y MONTAJES DE COLOMBIA

**TIPO EXAMEN:** Ingreso

**CARGO DESEMPEÑAR:** OPERARIO **JORNADA TRABAJO:** Otra

**FECHA:** 17/01/2025

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

### 1. RECOMENDACIONES GENERALES

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1.1. Remisión a EPS | | 1.3. Completar esquema vacunación | | 1.5. Suspender tabaquismo | X | 1.7. Control de peso y nutrición |
| | 1.2. Continuar manejo médico | X | 1.4. Inicio o continuar actividad física | | 1.6. Reducir consumo de alcohol | | 1.8. Otras |

### 2. RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2.1. Calificación de origen | | 2.4. Ingreso programa vigilancia epidemiológica | X | 2.7. Pausas activas | X | 2.9. Uso diario de bloqueador solar |
| | 2.2. Recomendaciones para el manejo de cargas | X | 2.5. Uso de elementos de protección personal | | 2.8. Uso de corrección visual | | 2.10. Otros |
| | 2.3. Seguimiento por ARL | X | 2.6. Pautas ergonómicas | | | | |

### 3. RESTRICCIONES

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 3.1. Trabajo en alturas > 1.5 mts | | 3.4. Trabajos en temperaturas bajas | | 3.7. Trabajo en espacios confinados | X | No Aplica |
| | 3.2. Trabajo en altitudes > 2.500 mts | | 3.5. Trabajo en temperaturas altas | | 3.8. Para conducción de vehículos | | 3.10. Cargas |
| | 3.3. Trabajos en ambientes hiperbáricos | | 3.6. Trabajos con riesgo eléctrico | | 3.9. Manipulación de alimentos | | 3.11. Viajes |
| | | | | | | | 3.12. Otros |

### 4. CONCEPTO MÉDICO

Tipo Examen: _X_ Ingreso ___ Periódico ___ Retiro ___ Post Incapacidad ___ Cambio Cargo ___ Trabajos Especiales

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| X | Concepto Sin Restricciones para el cargo | | Sin Restricciones para trabajo eléctrico | | Requiere evaluar reubicación laboral | | Sin restricción para continuar su labor actual |
| | Concepto Con Restricciones para el cargo (ver restricciones) | | Sin Restricciones para trabajo en temperaturas extremas | | Requiere nueva valoración | | Sin diagnóstico de enfermedad laboral |
| | Aplazado | | Sin Restricciones para trabajo en espacios confinados | | Satisfactorio | | Presenta patologías que requieren calificación de origen EPS / ARL |
| | Sin Restricciones para manipulación de alimentos | | Sin Restricciones para Conducción de Vehículos / Operación de Maquinaria | | Enfermedades de origen común | | Secuela de accidente de trabajo / enfermedad laboral |
| | Sin Restricciones para trabajo en alturas | | | | | | |

### 5. EXÁMENES REALIZADOS

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| X | Examen Físico | | Rx Tórax | | Perfil Lipídico | | TSH | | Frotis Faríngeo |
| X | Examen Físico con Énfasis Osteomuscular | | Rx Columna Lumbo Sacra | | Perfil Hepático | | Serología | | KOH Uñas |
| | Audiometría | | Cuadro Hemático | | Perfil Renal | | Ácido Úrico | | Coprológico |
| | Optometría | | Glicemia | | Frotis Sangre Periférica | | Tamizaje Drogas | | Baciloscopia |
| | Espirometría | | Electrocardiograma | | Hemoclasificación | | Alcohol | | Psicología |
| | Visiometría | | Parcial de Orina | | Espermograma | | Colinesterasa | | Otro |

### 6. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD HIGIENE POSTURAL PAUSA ACTIVAS USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL PARA LABOR DIARIA CONTROL DE PESO

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada el día de hoy y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante. El paciente firmó la historia clínica como constancia de haber comprendido las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre su estado de salud y de recibir la información que puede obtener la copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

**FUNCIONARIO RESPONSABLE:**

MÉDICO ESPECIALISTA S.S.T.
C.C./ R.M. 1.116.534.946
LIC. S.S.T. 0191/2020

ADRIANA LIZETH NIÑO SALAMANCA
Medicina especializada, Medicina Ocupacional
Registro Profesional: 0191-2020

**PACIENTE:**

WILMAN FERNEY SOTELO RODRIGUEZ



Nexven Soft
www.nexvensoft.com

# ANEXO #06 CARTA
# Y/O AUTOREPORTE

| EQUILÁTERO Arquitectura e Ingeniería S.A.S. | SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL YRABAJO | F-SST-040<br>VERSION 1.0<br>FECHA<br>Noviembre/2020 |
|---|---|---|
| | AUTOREPORTE DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | |

## I. INFORMACIÓN DEL REPORTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| [X] CONDICIÓN INSEGURA | [ ] ACTO INSEGURO | [ ] INCIDENTE | | | |
| [ ] CONDICIÓN DE SALUD | [ ] OTRO: _____ | | | | |

| FECHA | 07 | 02 | 25 | HORA | 03 | 00 | ÁREA | Ed. Oficina Medicina Legal |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| REPORTADO POR: | Edward Vera Rodaldo. | | | | | | C.C | 1098697864 |

## II. DESCRIPCIÓN DEL REPORTE

**Explique claramente la situación reportada, así como sus posibles causas y consecuencias**

Se evidenció el acopio de material RCD en un área no autorizada por la entidad.
Esto genera malestar con los trabajadores
Contaminación de los espacios
Riesgos asociados a caídas entre otros, del personal que queda transita en dicha zona

## III. RECOMENDACIONES

**Describa que recomienda para que no se vuelva a repetir el evento y/o se corrija la situación reportada**

Realizar orden y aseo en esa área, además de realizar el retiro hacia el lugar de disposición final autorizado.

## IV. FIRMAS

PERSONA QUE REPORTA

RESPONSABLE DEL SG-SST

Scanned with CamScanner

# ANEXO #07

# ASISTENCIA

# CAPACITACIONES

| 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:** 18-feb-2025 **Hora:**

**TIPO DE ACTIVIDAD**

Inducción [ ] Reinduccion [ ] Capacitación [X] Charla [X]

Otra [ ] Cual?

**Tema**
- Cuidado de las Manos.
- Uso adecuado de EPP y dotación.

**DIRIGIDO POR**

| NOMBRE: | CARGO: | FIRMA: |
|---|---|---|
| [illegible] | RES. SST. | |

**ASISTENTES**

| ITEM | NOMBRE Y APELLIDO | CÉDULA | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | [illegible] | 4320168. | [illegible] | |
| 2 | ALVARO Dolore | 1193928077 | Oficial | |
| 3 | A. SANCHEZ | 1077484377 | " | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |

| CONSORCIO PC | REGISTRO DE ASISTENCIA | Código: | SST-F-21 |
|---|---|---|---|
| | | Versión: | 1 |
| | | Fecha: | Octubre 2021 |

**DATOS DE LA ACTIVIDAD**

**DIRIGIDO A:** Trabajadores, Administrativos y Operativos.

**Fecha:** 10-feb-2025 **Hora:**

**TIPO DE ACTIVIDAD**

Inducción [ ] Reinducción [ ] Capacitación [X] Charla [X]

Otra [ ] Cual?

**Tema**

- Hábitos de vida saludable.
- Uso de EPP
- Uso de Extintor.

**DIRIGIDO POR**

| HOMBRE: | CARGO: | FIRMA: |
|---|---|---|
| José Gomez V. | SST. | |

**ASISTENTES**

| ITEM | NOMBRE Y APELLIDO | CÉDULA | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Milton Tumozo | 8320166 | Maestro | |
| 2 | A. SANCHEZ | 1077484372 | OFICIAL | |
| 3 | Alvaro Delgado | 1118828317 | Oficial | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |

EQUILATERO
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 | • Manejo de material Reciclado • Uso sostenible de los recursos. | ACTIVIDAD: | CAPACITACIÓN ☑ INDUCCIÓN ☐ REINDUCCIÓN ☐ ENTRENAMIENTO ☐ FORMACION ☐ EVENTO ☐ DIALOGO ☐ INSPECCIÓN ☐ |
| OBJETIVO | • Informar sobre la importancia del Reciclaje • Concientizar al Personal sobre el uso del agua y electricidad | | |
| Raponsable de la actividad: | RUBY Cáceres | Fecha: | 21-02-2025 |

| ITEM | NOMBRE Y APELLIDOS | CARGO | CEDULA | CELULAR | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Juan Antonio Oyuela | Maestro - Supervisor | 79 506.624 | 3204762105 / 3203205705 | |
| 2 | Edward R Vera R | Residente Interventoría | 1.093.697.364 | 3185484445 | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |

OBSERVACIONES:

ASD Interventor.

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL RESPONSABLE

Scanned with CamScanner

EQUILÁTERO
Arquitectura e Ingeniería S.A.S

| SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | F-SST-002<br>VERSION 1.0<br>FECHA Octubre/2020 |
|---|---|
| FORMATO DE ASISTENCIA | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| TEMA | •Uso adecuado de EPP. • Capacitación sobre el sistema general de riesgos laborales | ACTIVIDAD: | CAPACITACIÓN ☒ INDUCCIÓN ☐ REINDUCCIÓN ☐ ENTRENAMIENTO ☐<br>FORMACIÓN ☐ EVENTO ☐ DIALOGO ☐ INSPECCIÓN ☐ |
| OBJETIVO | • Concientizar al personal sobre la importancia de los EPP. • Dar a conocer información SGSST. | | |
| Reponsable de la actividad: | Edgar Cifuentes. | Fecha: | 01-02-2025 |

| ITEM | NOMBRE Y APELLIDOS | CARGO | CEDULA | CELULAR | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Edward R Vera | Residente Interventoria | 1.093.697864 | 3185484445 | |
| 2 | Juan Antonio Oyuela | Maestro - Supervisor Interventoria | 79566.624 | 3203205705 / 3204762105 | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |

OBSERVACIONES:

HSEQ Interventoría.

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL RESPONSABLE

Scanned with CamScanner

# ANEXO #08

# ENTREGA

# DE EPP E

# INSPECCIONES

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

| Fecha de Inspección: 12-02-25 | Hora: | Ubicación: Campamento |
|---|---|---|
| Inspección realizada por: José Espinosa | Responsable SST: José Espinosa | |

**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 | 0 | / | | |
| Esparadrapo de tela rollo de 4" | Unidad | 1 | 0 | / | | |
| Bajalenguas | Paquete por 20 Und. | 1 paquete | 0 | / | | |
| Guantes de látex para examen | Caja por 100 | 1 | 0 | / | | |
| Venda elástica 2 x 5 yardas | Unidad | 1 | 0 | / | | |
| Venda elástica 3 x 5 yardas | Unidad | 1 | 0 | / | | |
| Venda elástica 5 x 5 yardas | Unidad | 1 | 0 | / | | |
| Venda de algodón 3 x 5 yardas | Unidad | 1 | 0 | / | | |
| Venda de algodón 5 x 5 yardas | Unidad | 1 | 0 | / | | |
| Yodopovidona (jabón quirúrgico) | Frasco x 120 ml | 1 | 0 | / | | |
| Solución salina 250 cc ó 500 cc | Unidad | 2 | 0 | / | | |
| Termómetro de mercurio ó digital | Unidad | 1 | 0 | / | | |
| Alcohol antiséptico frasco por 275 ml | Unidad | 1 | 0 | / | | |
| TOTAL | | 14 | | | | |

José Espinosa

Firma responsable inspección

José Espinosa

Firma responsable SST

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

| | |
|---|---|
| **Ubicación:** | Campamento. Medicina Legal. |
| **Fecha Inspección:** | 28-01-25. |
| **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** | **Inspeccionó** |
|---|---|
| Nombre: José Eduardo | Nombre: José Eduardo |
| Cargo: RES SST. | Cargo: RES SST. |

| PETRA CONTRATAS CONSORCIO PC | INSPECCIÓN DE EXTINTORES | CÓDIGO: SST-FT-62<br>VERSIÓN: 01<br>FECHA: 06-11-2023 |
|---|---|---|

| FECHA DE LA INSPECCIÓN: | 28 / 01 / 25 | DEPENDENCIA A INSPECCIONAR: | |
|---|---|---|---|
| INSPECCIÓN REALIZADA POR: | | CARGO: | |

**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 | NA | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B | Compamato | Feb/24. | Feb/2025 | — — |
| 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

VoBo Responsable Empresa

| PETRA CONSORCIO PC | INSPECCIÓN DE EXTINTORES | CÓDIGO: SST-FT-40<br>VERSIÓN: 01<br>FECHA: 06-11-2023 |
|---|---|---|

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE LA INSPECCIÓN: | 12 | 02 | 25 | DEPENDENCIA A INSPECCIONAR: | Campamento | | |
| INSPECCIÓN REALIZADA POR: | Jose Esmeral. | | | 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 CILINDRICO | 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 | Campamento | Feb/24 | Feb/25 | — o — |
| 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

José Esmeral
Vo.Bo Responsable Empresa

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

**Ubicación:** Campamento Mediana Tolcan.

**Fecha Inspección:** 12-02-25

**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 | Inspeccionó |
|---|---|
| Nombre: Edi Chuquin | Nombre: Edi Chuquin |
| Cargo: Res. SST. | Cargo: Res. SST. |

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

| Fecha de Inspección: 28-01-25 | Hora: | Ubicación: Campamento |
|---|---|---|
| Inspección realizada por: Yoli Esmeral | Responsable SST: Yoli 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 | 0 | / | | |
| Esparadrapo de tela rollo de 4" | Unidad | 1 | 0 | / | | |
| Bajalenguas | Paquete por 20 Und. | 1 paquete | 0 | / | | |
| Guantes de látex para examen | Caja por 100 | 1 | 0 | / | | |
| Venda elástica 2 x 5 yardas | Unidad | 1 | 0 | / | | |
| Venda elástica 3 x 5 yardas | Unidad | 1 | 0 | / | | |
| Venda elástica 5 x 5 yardas | Unidad | 1 | 0 | / | | |
| Venda de algodón 3 x 5 yardas | Unidad | 1 | 0 | / | | |
| Venda de algodón 5 x 5 yardas | Unidad | 1 | 0 | / | | |
| Yodopovidona (jabón quirúrgico) | Frasco x 120 ml | 1 | 0 | / | | |
| Solución salina 250 cc ó 500 cc | Unidad | 2 | 0 | / | | |
| Termómetro de mercurio ó digital | Unidad | 1 | 0 | / | | |
| Alcohol antiséptico frasco por 275 ml | Unidad | 1 | 0 | / | | |
| TOTAL | | 14 | | | | |

Yoli Esmeral C.
Firma responsable inspección

Yoli Esmeral C.
Firma responsable SST

| EQUILÁTERO Arquitectura e Ingeniería S.A.S | SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | F-SST-014<br>VERSION 1.0<br>FECHA<br>Noviembre/2020 |
|---|---|---|
| | ENCUESTA CONDICIONES DE SALUD | |

Favor diligenciar esta información lo más veraz posible INCLUYA PATOLOGIAS DESDE LA NIÑEZ HASTA LAS ACTUALES. Esta encuesta tiene como finalidad promover Hábitos de Vida y Trabajo saludables, asi como buscar factores de riesgo que puedan afectar la salud durante el desempeño de trabajos críticos.
Esta información será manejada confidencialmente en beneficio de su salud para realizar las campañas de promoción y prevención .
No deje espacios en blanco, en caso de opciones multiples, señale la que considere es su caso.
GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

## DATOS PERSONALES

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS | Juan Antonio Olivela | | | | | EPS: | | ESTADO CIVIL: | SOLTERO | | | | | | |
| IDENTIFICACION | Tipo de documento | X | CE | | TI | 79506624 | | TIPO DE SANGRE: | B+ | | | | | | |
| SEXO | F | | M | | EDAD (Años cumplidos) | 56 | ESTATURA (Metros) | 1.74 | | PESO (Kilos) | 84 kg. | | Nº HIJOS: | | 2 |
| PROFESION | Maestro-Super | | TURNO DE TRABAJO | Diurno | | ESTUDIOS: | P | B | | TC X | TG | UN | PG | | |
| TIPO DE VIVIENDA | Familiar | | ESTRATO SOCIECONOMICO | 3 | | INGRESO SALARIAL | | | | AREA DE TRABAJO | | | | | |
| CARGO DESEMPEÑADO | Maestro Infantil | | RAZA | NA | | ANTIGÜEDAD EN OFICIO ACTUAL | | | AÑOS | 30. | MESES | | | | |

## COLOQUE UNA X EN LA CASILLA CORRESPONDIENTE A LA RESPUESTA SELECCIONADA

| | I. SISTEMA RESPIRATORIO | SI | NO |
|---|---|---|---|
| 1 | Asma o alergia respiratoria, medicamentos o alimentos | | X |
| 2 | Se le va la voz con frecuencia | | X |
| 3 | Bronquitis, neumonia, bronconeumonia | | X |
| 4 | Gripas frecuentes, tos cronica o tuberculosis o contacto familiar de tuberculosis | | X |
| 5 | Episodios de dificultad para respirar | | X |
| 6 | Tiene el tabique desviado | | X |

| | II. SISTEMA CARDIOVASCULAR | SI | NO |
|---|---|---|---|
| 7 | Dolor en el pecho, soplos en el corazon, | | X |
| 8 | Dificultad para respirar o se agita cuando camina | | X |
| 9 | Palpitaciones o alteraciones en el ritmo del corazón (arritmia) | | X |
| 10 | Presion arterial alta o baja | | X |
| 11 | Fiebre Reumatica | | X |
| 12 | Hemorroides, Varicocele o episodios de flebitis | | X |

| | III. SISTEMA NERVIOSO | SI | NO |
|---|---|---|---|
| 13 | Desmayo o perdida del conocimiento | | X |
| 14 | Epilepsia, convulsiones | | X |
| 15 | Trauma craneoencefalico con perdida del conocimiento | | X |
| 16 | Insomnio, trastornos del sueño, intolerancia a turnos nocturnos | X | |
| 17 | Trastornos nerviosos ( depresión, esquizofrenia) personales o familiares | | X |
| 18 | Dolor de cabeza frecuente o migraña | | X |

| | IV. SISTEMA AUDITIVO | SI | NO |
|---|---|---|---|
| 19 | Dificultad para escuchar o audiometrias alteradas | | X |
| 20 | Otitis, supuracion por los oidos,, pitos en los oidos | | X |
| 21 | Ha trabajado en lugares ruidosos, escucha musica a alto volumen, usa audifonos o tiene moto | X | |
| 22 | Mareo o vertigo | | X |

| | V. SISTEMA VISUAL | SI | NO |
|---|---|---|---|
| 23 | Presenta alguna alteración visual como astigmatismo, miopia o hipermetropia, Usa gafas o lentes | X | |
| 24 | Presenta ambliopia ( perdida de agudeza visual) | | X |
| 25 | Presenta Daltonismo ( Dificultad para discriminar colores) | X | |
| 26 | Glaucoma, conjuntivitis, orzuelos, catararas, alergias | | X |

| | VI. FOBIAS | SI | NO |
|---|---|---|---|
| 27 | Miedo o temor a las alturas | X | |
| 28 | Miedo o mareo cuando ve sangre, agujas , etc | | X |
| 29 | Miedo o temor a espacios cerrados | | X |
| 30 | Miedo o temor exagerado a algunos animales | | X |

| | VII. ACTUALMENTE ESTA TOMANDO MEDICAMENTOS PARA ALGUNO DE ESTOS | SI | NO |
|---|---|---|---|
| 31 | Problemas para respirar o pulmonares | | X |
| 32 | Problemas del corazon ( arritmias, insuficiencia) | | X |
| 33 | Presion arterial alta | | X |
| 34 | Diabetes o azucar alta | | X |
| 35 | Ataques de Epilepsia o apoplejia o convulsiones | | X |

| | VIII. SISTEMA ENDOCRINO - HEMATOLOGICO | SI | NO |
|---|---|---|---|
| 36 | Diabetes o azucar alta, intolerancia a los carbohidratos | | X |
| 37 | Hipoglicemia o azucar baja | | X |
| 38 | Trastornos de la tiroides ( hipotiroidismo o hipertioidismo) | | X |
| 39 | Alteraciones de coagulación ( hemofilia, Hipercoagubilidad) o usa medicamentos para la coagulacion como la aspirina. | | X |

| | IX. SISTEMA GASTROINTESTINAL | SI | NO |
|---|---|---|---|
| 40 | Intolerancia a algun alimento o dieta especial | | X |
| 41 | Gastritis , ulcera | | X |
| 42 | Colitis, diarrea, estreñimiento, colon irritable | | X |
| 43 | Hepatitis, problemas de vesicula biliar | | X |

OBSERVACIONES (Ampliar si considera necesario los datos que señalo positivos ):

Scanned with CamScanner

| | | |
|---|---|---|
| EQUILATERO | SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | F-SST-014<br>VERSION 1.0<br>FECHA<br>Noviembre/2020 |
| | ENCUESTA CONDICIONES DE SALUD | |

COLOQUE UNA X EN LA CASILLA CORRESPONDIENTE A LA RESPUESTA SELECCIONADA

| X. SISTEMA OSTEOMUSCULAR | | SI | NO | XI. OTROS | | SI | NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 44 | Calambres, hormigueo en manos, dolor en las manos, molestias o codos | | X | 56 | Calculos Renales | | X |
| 45 | Calambres, dolor en el cuello ( torticolis) limitacion o chasquido al movimiento | | X | 57 | Infecciones urinarias, cistitis, uretritis | | X |
| 46 | Cirugia de alguna articulación o extremidad | | X | 58 | Enfermedades de trasmisión sexual | | X |
| 47 | Lesion en espalda o lumbago | | X | 59 | Hongos en las uñas | | X |
| 48 | Debilidad en brazos, manos, piernas o pies | | X | 60 | Fuma aun asi se de forma esporadica | | X |
| 49 | Esguinces, fracturas, luxaciones por cualquier tipo ( deportivo, transito, laboral) | X | | 61 | Consume bebidas alcoholicas aun de forma esporádica | | X |
| 50 | Dificultad para agacharse doblando las rodillas , ponerse en cuclillas o subir y bajar escaleras | | X | 62 | Consume sustancias psicoactivas aun esporadico | | X |
| 51 | Dolor o rigidez de la columna al inclinarse al movimiento ( cuello espalda baja) | | X | 63 | Alergia a medicamentos | | X |
| 52 | Limitación para manipulacion de cargas mayores a 25 Kg ( halar empujar, levantar) | | X | 64 | Incapacidades prolongadas ( mayor a 15 dias ) | | X |
| 53 | Reumatismo, artritis, gota, artrosis | | X | 65 | Practica actividad fisica mas de 3 veces por semana | | X |
| 54 | Dificultad para estar mucho tiempo de pie o sentado | | X | 66 | Cirugias | X | |
| 55 | Dolor en rodillas, hombros | | X | | | | |

OBSERVACIONES (Ampliar si considera necesario los datos que señalo positivos ):

| INCAPACIDADES | SI | NO | TIEMPO DE INCAPACIDAD: |
|---|---|---|---|
| MOTIVO: | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| RESTRICCIONES: PERMANENTE | | TEMPORALES | CAUSA: NA |
| ESPECIFIQUE RESTRICCIONES: NA | | | |
| HA PRESENTADO ACCIDENTES DE TRABAJO | SI | NO X | |

| EMPRESA | TIPO DE ACCIDENTE | FECHA | SECUELAS- DIAS DE INCAPACIDAD |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**Certifico que la información anterior es cierta y completa, igualmente autorizo para verificar la información en otras fuentes, al uso de la información para el desarrollo de los programas medicos de acuerdo a los riesgos**

| COLABORADOR | CC | FECHA |
|---|---|---|
| [signature] | 79506624 | 21/ENE/2025 |

Bogotá

| EQUILÁTERO Arquitectura e Ingeniería S.A.S | SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | F-SST-014<br>VERSION 1.0<br>FECHA<br>Noviembre/2020 |
|---|---|---|
| | ENCUESTA CONDICIONES DE SALUD | |

Favor diligenciar esta información lo más veraz posible INCLUYA PATOLOGIAS DESDE LA NIÑEZ HASTA LAS ACTUALES. Esta encuesta tiene como finalidad promover Hábitos de Vida y Trabajo saludables, así como buscar factores de riesgo que puedan afectar la salud durante el desempeño de trabajos críticos.
Esta información será manejada confidencialmente en beneficio de su salud para realizar las campañas de promoción y prevención .
**No deje espacios en blanco, en caso de opciones multiples, señale la que considere es su caso.**
**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.**

## DATOS PERSONALES

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS | Edward R Vera R | | | | | EPS: Salud total | | ESTADO CIVIL: | Soltero. | | | | | | |
| IDENTIFICACION | Tipo de documento | | X | CE | | TI | | Nº 1093918864 | TIPO DE SANGRE: | A+ | | | | | |
| SEXO | F | | M | X | EDAD (Años cumplidos) | 34 | ESTATURA (Metros) | 1,85 | PESO (Kilos) | 90 | Nº HIJOS: | X | | | |
| PROFESION | Ing civil. | | | TURNO DE TRABAJO | Diurno | | ESTUDIOS: | P | B | TC | TG | UN | X PO | | |
| TIPO DE VIVIENDA | Familiar | | | ESTRATO SOCIECONOMICO | 4 | | INGRESO SALARIAL | | | AREA DE TRABAJO | Obra | | | | |
| CARGO DESEMPEÑADO | Residente | | | RAZA | | | ANTIGÜEDAD EN OFICIO ACTUAL | | | AÑOS | 12 | MESES | 4 | | |

## COLOQUE UNA X EN LA CASILLA CORRESPONDIENTE A LA RESPUESTA SELECCIONADA

| | I. SISTEMA RESPIRATORIO | SI | NO |
|---|---|---|---|
| 1 | Asma o alergia respiratoria, medicamentos o alimentos | | X |
| 2 | Se le va la voz con frecuencia | | X |
| 3 | Bronquitis, neumonia, bronconeumonia | | X |
| 4 | Gripas frecuentes, tos cronica o tuberculosis o contacto familiar de tuberculosis | | X |
| 5 | Episodios de dificultad para respirar | | X |
| 6 | Tiene el tabique desviado | | X |

| | II. SISTEMA CARDIOVASCULAR | SI | NO |
|---|---|---|---|
| 7 | Dolor en el pecho, soplos en el corazon, | | X |
| 8 | Dificultad para respirar o se agita cuando camina | | X |
| 9 | Palpitaciones o alteraciones en el ritmo del corazón (arritmia) | | X |
| 10 | Presion arterial alta o baja | | X |
| 11 | Fiebre Reumatica | | X |
| 12 | Hemorroides, Varicocele o episodios de flebitis | | X |

| | III. SISTEMA NERVIOSO | SI | NO |
|---|---|---|---|
| 13 | Desmayo o perdida del conocimiento | | X |
| 14 | Epilepsia, convulsiones | | X |
| 15 | Trauma craneoencefalico con perdida del conocimiento | | X |
| 16 | Insomnio, trastornos del sueño, intolerancia a turnos nocturnos | | X |
| 17 | Trastornos nerviosos ( depresión, esquizofrenia) personales o familiares | | X |
| 18 | Dolor de cabeza frecuente o migraña | | X |

| | IV. SISTEMA AUDITIVO | SI | NO |
|---|---|---|---|
| 19 | Dificultad para escuchar o audiometrias alteradas | | X |
| 20 | Otitis, supuracion por los oidos,, pitos en los oidos | | X |
| 21 | Ha trabajado en lugares ruidosos, escucha musica a alto volumen, usa audifonos o tiene moto | | X |
| 22 | Mareo o vertigo | | X |

| | V. SISTEMA VISUAL | SI | NO |
|---|---|---|---|
| 23 | Presenta alguna alteración visual como astigmatismo, miopia o hipermetropia, Usa gafas o lentes | X | |
| 24 | Presenta ambliopia ( perdida de agudeza visual) | | X |
| 25 | Presenta Daltonismo ( Dificultad para discriminar colores) | | X |
| 26 | Glaucoma, conjuntivitis, orzuelos, catararas, alergias | | X |

| | VI. FOBIAS | SI | NO |
|---|---|---|---|
| 27 | Miedo o temor a las alturas | | X |
| 28 | Miedo o mareo cuando ve sangre, agujas , etc | | X |
| 29 | Miedo o temor a espacios cerrados | | X |
| 30 | Miedo o temor exagerado a algunos animales | | X |

| | VII. ACTUALMENTE ESTA TOMANDO MEDICAMENTOS PARA ALGUNO DE ESTOS | SI | NO |
|---|---|---|---|
| 31 | Problemas para respirar o pulmonares | | X |
| 32 | Problemas del corazon ( arritmias, insuficiencia) | | X |
| 33 | Presion arterial alta | | X |
| 34 | Diabetes o azucar alta | | X |
| 35 | Ataques de Epilepsia o apoplejia o convulsiones | | X |

| | VIII. SISTEMA ENDOCRINO - HEMATOLOGICO | SI | NO |
|---|---|---|---|
| 36 | Diabetes o azucar alta, intolerancia a los carbohidratos | | X |
| 37 | Hipoglicemia o azucar baja | | X |
| 38 | Trastornos de la tiroides ( hipotiroidismo o hipertioidismo) | | X |
| 39 | Alteraciones de coagulación ( hemofilia, Hipercoagubilidad) o usa medicamentos para la coagulacion como la aspirina. | | X |

| | IX. SISTEMA GASTROINTESTINAL | SI | NO |
|---|---|---|---|
| 40 | Intolerancia a algun alimento o dieta especial | | X |
| 41 | Gastritis , ulcera | | X |
| 42 | Colitis, diarrea, estreñimiento, colon irritable | | X |
| 43 | Hepatitis, problemas de vesicula biliar | | X |

**OBSERVACIONES (Ampliar si considera necesario los datos que señalo positivos ):**

Scanned with CamScanner

| EQUILÁTERO Arquitectura e Ingeniería S.A.S | SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | F-SST-014<br>VERSION 1.0<br>FECHA<br>Noviembre/2020 |
|---|---|---|
| | ENCUESTA CONDICIONES DE SALUD | |

**COLOQUE UNA X EN LA CASILLA CORRESPONDIENTE A LA RESPUESTA SELECCIONADA**

| X. SISTEMA OSTEOMUSCULAR | | SI | NO | XI. OTROS | | SI | NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 44 | Calambres, hormigueo en manos, dolor en las manos, muñecas o codos | | X | 56 | Calculos Renales | | X |
| 45 | Calambres, dolor en el cuello ( torticolis) , limitación o chasquido al movimiento | | X | 57 | Infecciones urinarias, cistitis, uretritis | | X |
| 46 | Cirugia de alguna articulación o extremidad | | X | 58 | Enfermedades de trasmisión sexual | | X |
| 47 | Lesion en espalda o lumbago | | X | 59 | Hongos en las uñas | | X |
| 48 | Debilidad en brazos, manos, piernas o pies | | X | 60 | Fuma aún asi se de forma esporádica | | X |
| 49 | Esguinces, fracturas, luxaciones por cualquier tipo ( deportivo, transito, laboral) | X | | 61 | Consume bebidas alcoholicas aun de forma esporádica | | X |
| 50 | Dificultad para agacharse doblando las rodillas , ponerse en cuclillas o subir y bajar escaleras | | X | 62 | Consume sustancias psicoactivas aun esporadico | | X |
| 51 | Dolor o rigidez de la columna al inclinarse al movimiento ( cuello - espalda baja) | | X | 63 | Alergia a medicamentos | | X |
| 52 | Limitación para manipulacion de cargas mayores a 25 Kg ( halar, empujar, levantar) | | X | 64 | Incapacidades prolongadas ( mayor a 15 dias ) | | X |
| 53 | Reumatismo, artritis, gota, artrosis | | X | 65 | Practica actividad fisica mas de 3 veces por semana | X | |
| 54 | Dificultad para estar mucho tiempo de pie o sentado | | X | 66 | Cirugias | | X |
| 55 | Dolor en rodillas, hombros | | X | | | | |

OBSERVACIONES (Ampliar si considera necesario los datos que señalo positivos ):

NO.

| INCAPACIDADES | SI | NO | TIEMPO DE INCAPACIDAD: |
|---|---|---|---|
| | | X | |

MOTIVO:

| RESTRICCIONES: PERMANENTE | | TEMPORALES | | | CAUSA: |
|---|---|---|---|---|---|
| ESPECIFIQUE RESTRICCIONES: | | | | | |

| HA PRESENTADO ACCIDENTES DE TRABAJO | SI | NO |
|---|---|---|
| | | X |

| EMPRESA | TIPO DE ACCIDENTE | FECHA | SECUELAS- DIAS DE INCAPACIDAD |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**Certifico que la información anterior es cierta y completa, igualmente autorizo para verificar la información en otras fuentes, al uso de la información para el desarrollo de los programas medicos de acuerdo a los riesgos**

COLABORADOR Edwards Vera R. CC 1049691864 FECHA 21/02/25.

Scanned with CamScanner