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. 3

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORESES

PERIODO:
DEL 25 DE DICIEMBRE DE 2024 AL 24 DE ENERO DE 2025

Bogotá D.C.

Contenido

INTRODUCCIÓN 3
1. RECURSOS HUMANOS INTERVENTORIA 4
2. RECURSOS HUMANOS DEL CONTRATISTA 4
3. INFORME MENSUAL HSEQ 5
3.1 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE MANEJO AMBIENTAL . 5
3.1.1 MANEJO DE DEMOLICIONES, ESCOMBROS Y DESECHOS DE CONSTRUCCIÓN. 5
Indicadores de Seguimiento DEL Programa 6
3.1.2 MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS ORDINARIOS, RECICLABLES Y PELIGROSOS. 7
Indicadores de seguimiento programa 7
3.1.3 PROGRAMA ALMACENAMIENTO Y MANEJO DE MATERIALES DE CONSTRUCCIÓN. 8
3.1.4 MANEJO DE CAMPAMENTOS E INSTALACIONES TEMPORALES 8
3.1.5 MANEJO DE MAQUINARIA, EQUIPOS Y TRANSPORTE. 9
3.1.6 MANEJO DE RESIDUOS LÍQUIDOS, COMBUSTIBLES, ACEITES Y SUSTANCIAS QUÍMICAS. 10
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 17
3.2.2.1 SEGUIMIENTO AL CRONOGRAMA DE SST 18
3.2.2.2 PROGRAMA DE CAPACITACIONES 18
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) 21
OBSERVACIONES Y CONCLUSIONES 23

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 diciembre del 2024 y el 24 de enero de 2025; el cual corresponde al **Informe HSEQ de Interventoría No. 3,** 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	
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**
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
FRANCISCO JAVIER BERNAL ALVAREZ	7.183.379	TECNICO	2/01/2025
JOSE ALEX CORD FARIAS GAMEZ	1.002.365.079	OFICIAL DE OBRA	2/01/2025
CRISTOFER FARIAS GAMEZ	1.002.364.996	OFICIAL DE OBRA	2/01/2025
YAMID ECHAVARRIA SOLER	1.056.708.237	AYUDANTE DE OBRA	2/01/2025

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

NOTA: En el anexo 2. Se adjunta la seguridad social del contratista del periodo del presente informe

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 inicia con las actividades de desinstalación de cubierta existente, la cual está compuesta por asbesto cemento, lo que indica que hay un elemento peligroso que 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 desinstalación de cubierta	3.4 m^3	25 de diciembre de 2024 al 24 de enero de 2025	0 m^3

Tabla 5. *Consolidado de Escombros Dispuestos*

NOTA: Durante el periodo comprendido en el presente informe no se dispuso material ESPECIAL es lugares autorizados para dicho fin, todo se encuentra acopiado en el frente de trabajo

INDICADORES DE SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA

#	MANEJO DE DEMOLICIONES, ESCOMBROS Y DESECHOS DE CONSTRUCCIONES
01	**Volumen de escombros dispuestos adecuadamente/ Volumen de escombros totales Generados * 100** % Escombros Dispuestos Escombrera= $\frac{0\ kg}{3.4\ kg} * 100$ % Escombros Dispuestos Escombrera = 0%

Tabla 6. *Indicadores de Seguimiento Programa*

NOTA: La cantidad de residuos relacionados anteriormente, corresponden a las tejas de asbesto cemento desinstaladas durante el periodo del presente informe

3.1.2 *MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS ORDINARIOS,*

3.1.3 *RECICLABLES Y PELIGROSOS.*

Para el presente periodo, la interventoría solicito en reiteradas ocasiones la implementación de las bolsas en el punto ecológico según las disposiciones legales sobre la separación, clasificación, transporte y disposición final de los residuos, Resolución No. 2184 de 2019 expedida por el Ministerio del Medio Ambiente, que comenzó a regir en el 2021 y establece el *NUEVO 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**
19,2	3,2	22,4	Kg	25 de diciembre de 2024 al 24 de enero 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	800	Kg	25 de diciembre/24 al 24 de enero 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** % Material RSO = $\frac{19,2\ kg * 100}{22,4\ kg}$ % Material RSO = 85,75%
02	**Residuos Reciclables del periodo / Total de Residuos*100** % Material reciclado= $\frac{3,2\ kg * 100}{22,4\ kg}$

	% Material reciclado= 14,52%
03	**Residuos Peligrosos del periodo dispuestos correctamente / Total de Residuos peligrosos generados*100** % Respel Generados = 0 kg * 100 / 800 kg % 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.

Durante el periodo comprendido en el presente informe, el contratista no realizó ingreso de material petreo

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.** % Señalización de Acopios = 2* 100 / 2 % Señalización de Acopios = 100%

Tabla 10*. Indicadores de Seguimiento Programa*

3.1.5 MANEJO DE CAMPAMENTOS E INSTALACIONES TEMPORALES

Durante el presente periodo, se realiza seguimiento al cerramiento con material rígido para el campamento temporal designado en conjunto con la supervisión, interventoría y contratista para realizar el acopio de material y almacenamiento de insumos el cual se encuentra ubicado en el parqueadero de la entidad. Se realizaron diferentes solicitudes para la implementación de señalización lo cual el contratista sub sanó.

Por otra parte, el contratista realiza la implementación de la unidad sanitaria para el uso de los trabajadores vinculados al contrato.

Indicadores de Seguimiento Programa

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

Tabla 12. *Indicadores de Seguimiento Programa*

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

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

NOTA: El contratista realiza la entrega de inspecciones realizadas en el periodo del presente informe a los equipos utilizados en obra, ver ANEXO 3. Inspección de equipos

Indicadores de Seguimiento Programa

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

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

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

Indicadores de Seguimiento Programa

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

Tabla 15. *Indicadores de Seguimiento*

3.2 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

3.2.1 MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO

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

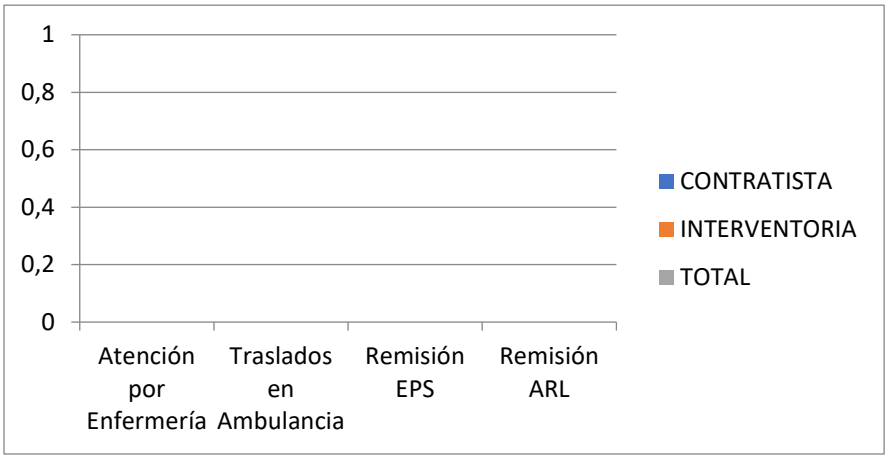
Las principales actividades evidenciadas en el periodo son:

- Identificación de riegos y peligros
- Entrega de dotación
- Estadísticas en seguridad y salud en el trabajo

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

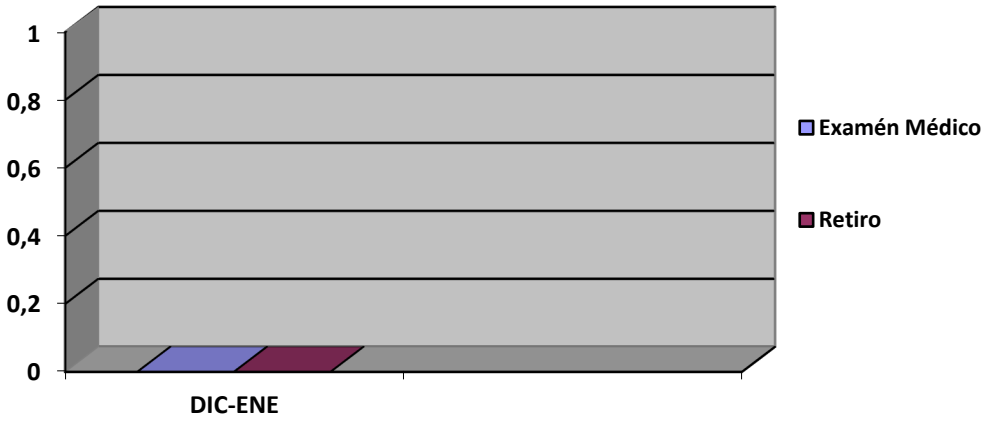
NOTA: Durante el periodo del presente informe, no se presentaron accidentes de trabajo ni enfermedades laborales

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*



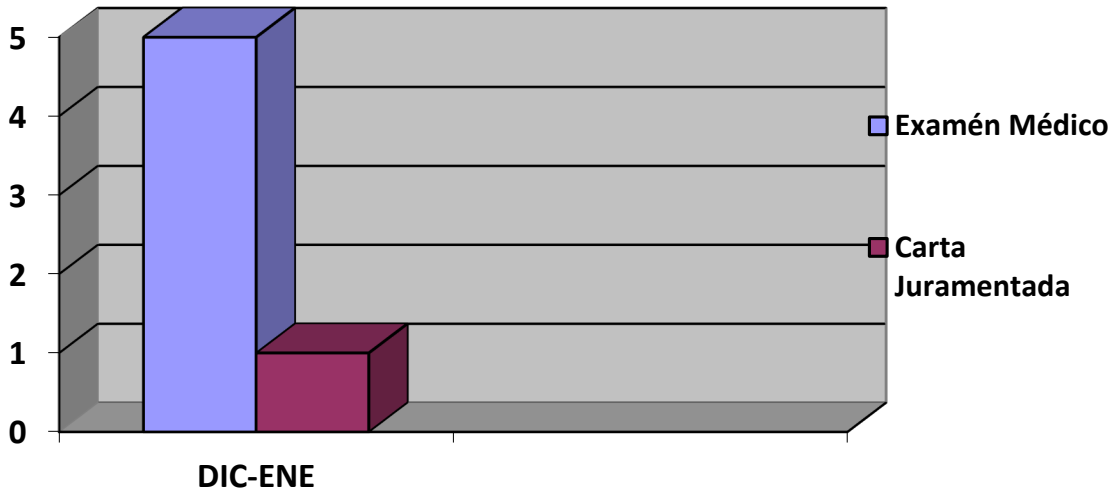
Grafica 2. Exámenes médicos ocupacionales

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 5 trabajadores vinculados 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	1
	SUB CONTRATISTAS		
	5	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 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%

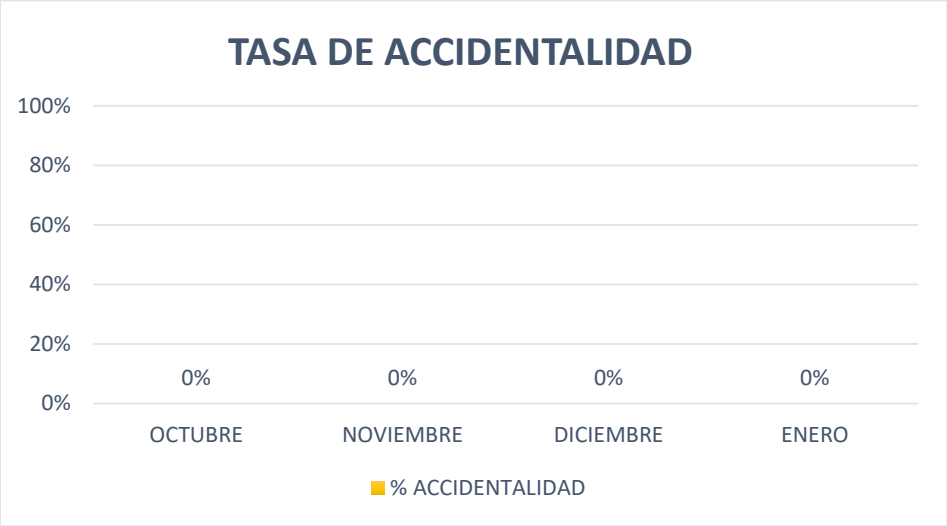
Tasa Accidentalidad Acumulado Interventoría

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

Fórmulas Tasa De Accidentalidad

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

Gráficas de la Tendencia de la accidentalidad de la Interventoría



Gráfica 4. Tasa de accidentalidad por mes INTERVENTORIA



Gráfica 5. N° de accidentes de trabajo mensual INTERVENTORIA

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

Accidentalidad e Incidentalidad por frentes de trabajo

INDICADOR FRENTE	N° IT	N° IT Investigados	N° AT	N° AT investigados	N° días incapacidad	N° Trabajadores	Tasa AT
TRABAJOS DE OFICINA	0	0	0	0	0	0	0%
TRABAJOS DE CAMPO	0	0	0	0	0	18	0%
TOTAL	0	0	0	0	0	18	0%

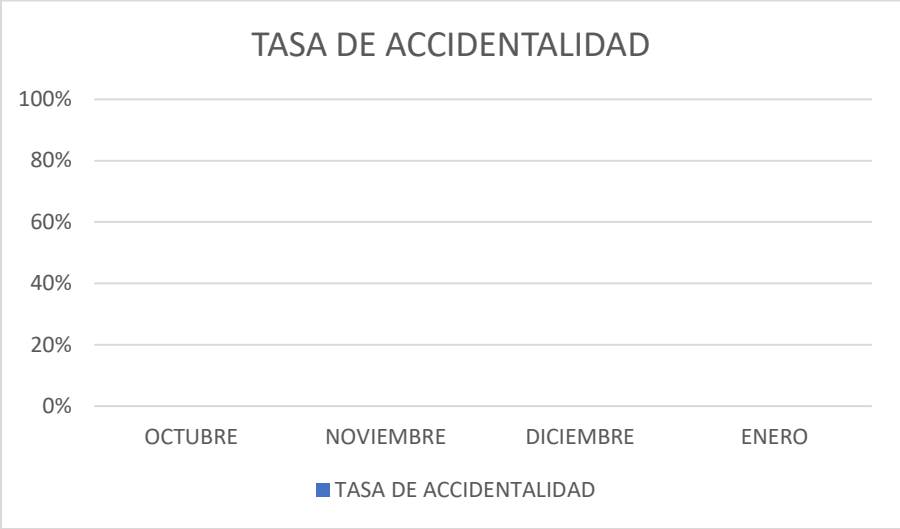
Tasa Accidentalidad Acumulado Contratista

MES INDICADOR	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	TOTALES
Número Trabajadores mes	5	9	13	18	11,2
Número AT	0	0	0	0	0
Número de Incidentes	0	0	0	0	0
Tasa AT (%)	0	0	0	0	0
Días Incapacidad	0	0	0	0	0

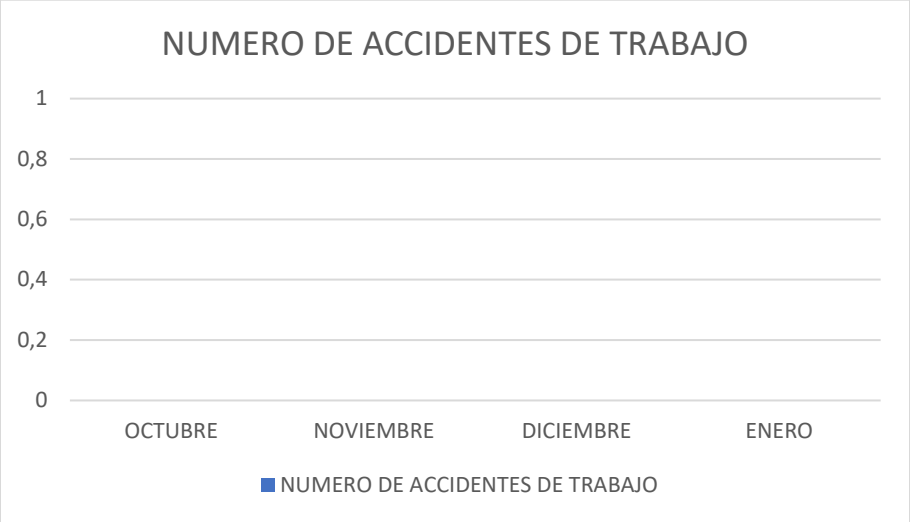
Fórmulas Tasa De Accidentalidad

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

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

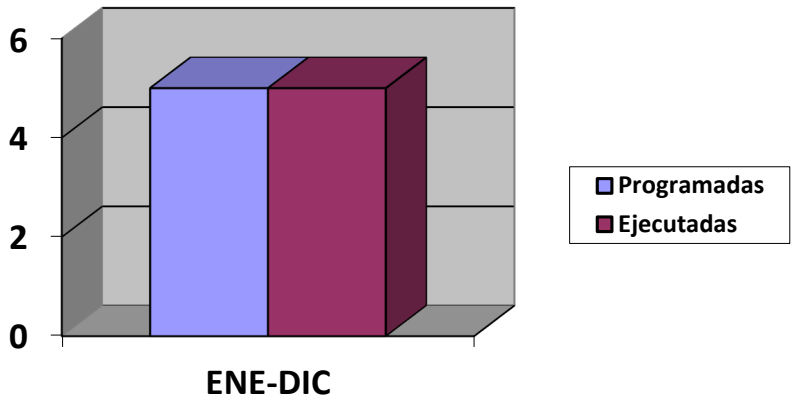
Sus actividades comprenden la identificación, evaluación, análisis de riesgos ocupacionales y las recomendaciones específicas para su control, a través de la elaboración de panoramas de riesgo, visitas de inspección a las áreas de trabajo, mediciones ambientales, entre otras.

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
5	5	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 pre operacionales
- ✓ 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	
Trabajo en caliente	08/01/2025		x	4
Emergencias	08/01/2025		x	4
Trabajo seguro y EPP	08/01/2025		x	4
Riesgo eléctrico	21/01/2025		x	4
Riesgo Psicosocial	21/01/2025		x	4
INTERVENTORIA				
Pausas activas	13/01/2025		x	2
Socialización programa de prevención de alcohol, cigarrillos entre otras drogas	13/01/2025		x	2
Control y seguimiento a RCD generados	27/12/2024	x		2
Manejo de sustancias químicas y RESPEL	27/12/2024	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 5. Asistencia a capacitaciones contratista Ver ANEXO 6. Asistencia a capacitaciones interventoría

3.2.3 ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

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

Por otra parte, constantemente la interventoría realiza inspección visual del uso adecuado y permanente de los elementos de protección personal y del estado en el que se evidencian. Así mismo, el contratista realiza entrega y reposición de elementos de protección personal

ELEMENTO ENTREGADO	CANTIDAD
OVEROL	4 UND
BOTAS	4 PARES
CASCO	4 UND
GAFAS	4 UND
PROTECCION AUDITIVA	1 UND

PROTECCION RESPIRATORIA	2 UND
GUANTES	2 UND

NOTA: Ver ANEXO 7. ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL CONTRATISTA

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	BOTIQUIN	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 Ver ANEXO 9. Inspección SST de interventoría

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.

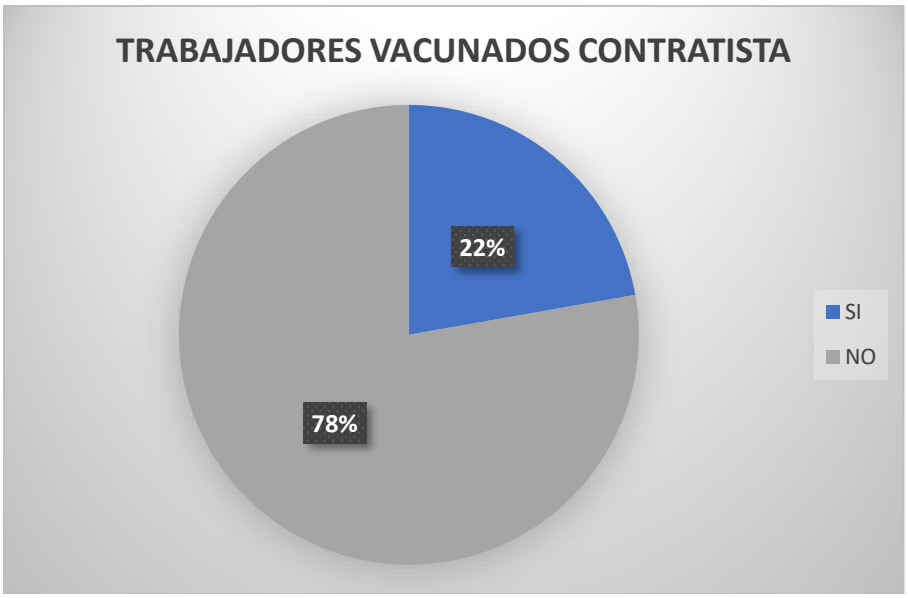
Algunas actividades realizadas o previstas a realizar referente a este tema son:

- ✓ 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, sin embargo, se evidencio la documentación requerida de ingreso para el sub contratista que realizará las actividades de cubierta.

2. La interventoría realiza la verificación oportuna de las afiliaciones a seguridad social del personal nuevo para ingreso, el cual debe contar con las certificaciones a ARL, EPS, AFP y examen de ingreso

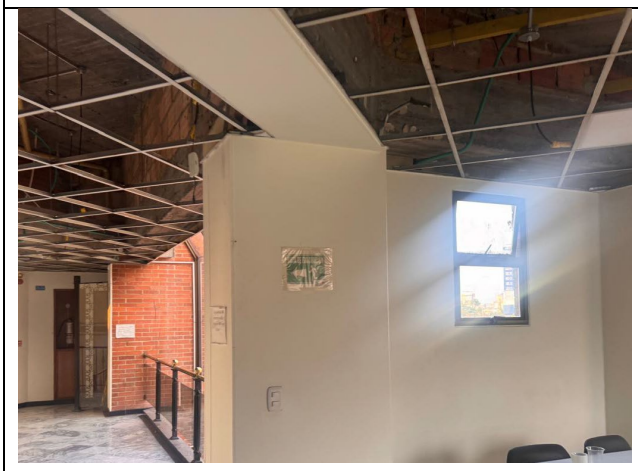
3. Durante el periodo del presente informe se evidencio la entrega de elementos de protección personal de acuerdo a las actividades a realizar y la exposición a riesgos que cada una de estas genera

4. Se evidencia la realización de inspecciones a equipos y herramientas, así como a los equipos de emergencias implementados en obra. Por otra parte, el contratista hace caso omiso a las solicitudes de implementación total del punto ecológico ya que se evidencio que este no contaba permanentemente con las bolsas requeridas según el código de colores



RUBY CÁCERES QUINTERO
PROFESIONAL HSEQ DE INTERVENTORIA

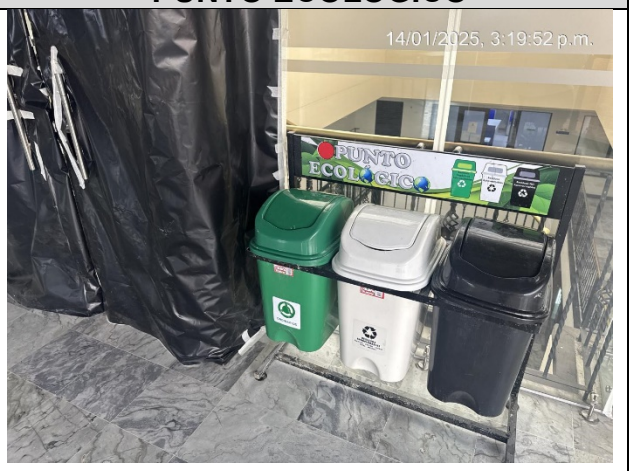
REGISTRO FOTOGRAFICO HSEQ

SEÑALIZACION	
	
	
	

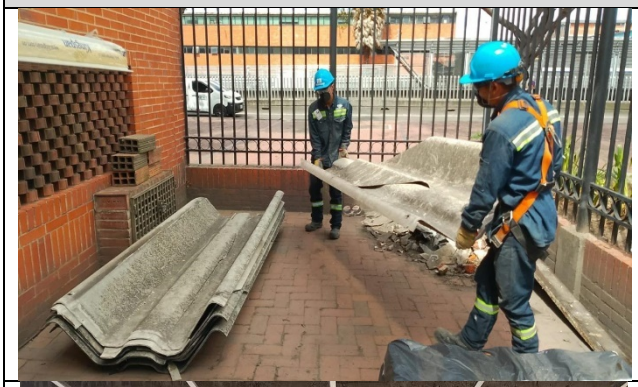
EQUIPO DE EMERGENCIA



PUNTO ECOLOGICO



USO DE EPP









CAPACITACION AL PERSONAL DE SUB CONTRATISTA	DISPONIBILIDAD USP
	

ANEXO 01 SEGURIDAD SOCIAL

Medellín, 30 de December de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1030666198	ARANDA NIEVES SERGIO ANDRES	31/12/2024		132190A1	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 30/12/2024 11:59:41 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 129.222.203.57, 198.143.57.47, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES LEGALES

ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002
PERSONAS JURÍDICAS

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

NOMBRE Y APELLIDO	IDENTIFICACIÒN	RESTRINCIÒN	FECHA
SERGIO ARDILA	1.030.666.198	Acto sin restricción para el cargo	30/12/2024

En constancia, se firma en Bogotá D.C, a los seis (30) días del mes de diciembre de 2024.

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

Bogotá DC. 30 de Diciembre de 2.024

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 30/12/2024, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

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

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

Tipo y Número de Identificación	CC 1030666198
Nombres y Apellidos	SERGIO ANDRES ARANDA NIEVES
Tipo y Número de Identificación del Empleador	NIT 901621980
Razón Social Empleador	PETRA INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	31/12/2024
Fecha de Ingreso a Compensar	30/12/2024
Cargo	residente de obra
Horas Labor Mes	46
Sueldo básico	$ 3200000

Firma del Trabajador
Identificación

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

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

ISO 9001 icontec SC 5692-14
IQNet
VIGILADO SuperSubsidio

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.030.666.198**

ARANDA NIEVES

APELLIDOS

SERGIO ANDRES

NOMBRES

Sergio Aranda

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-MAY-1996**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

28-MAY-2014 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00593364-M-1030666198-20140825 0039075501A 1 42241598

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ARANDA NIEVES SERGIO ANDRES** identificado(a) con **CC** número **1.030.666.198** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 05 de julio de 2015 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 30 de diciembre de 2024.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

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

2024123013042

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4013871291	3|0|1|2|2|0|2|4

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

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

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

3.Regimen
A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4.Contribución Solidaria
Si ☐ No ☒

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

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

7.Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
ARANDA Primer apellido	NIEVES Segundo apellido	SERGIO Primer nombre	ANDRES Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1030666198	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:		
COLOMBIA	COLOMBIA	BOGOTA	BOGOTA		2|6|0|5|1|9|9|6

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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

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

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CR 91 C 52 B 24 SUR	9302477	3204137747	SERGIO.AAN@GMAIL.COM

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

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

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

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

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

59.Ubicación

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

No de Radicacion
4013871291

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

65. EPS anterior	66. Fecha de Novedad	67. Motivo de traslado Código:	68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
EPS008	3|1|1|2|2|0|2|4	1	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad

IX. FIRMAS

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

X. ANEXOS

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

Cantidad:										Total:
			1							1

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

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

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

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

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación
3|0|1|2|2|0|2|4	3|0|1|2|2|0|2|4

Observaciones

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

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Información para ser diligenciada por el cotizante del grupo familiar:

Primer apellido	Segundo apellido (o de casada)	Primer nombre	Segundo nombre
ARANDA	**NIEVES**	**SERGIO**	**ANDRES**

No de identificación	Tipo de documento	Fecha de nacimiento	Sexo	Fecha diligenciamiento
1030666198	RC TI **X** CE PA	**1996 05 26**	**X** F	**2024 30 12**

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Apreciado Protegido: La Carta de derechos del afiliado y del paciente, y la carta de desempeño, se constituyen en herramienta importante de consulta, para que conozca sus derechos y deberes, al igual que la infraestructura con la que contamos para brindarle la mejor atención, lo estipulado en normatividad vigente y por supuesto, los canales de comunicación con los que puede hacernos llegar sus comentarios y sugerencias.

Con el fin de garantizar la entrega de este importante documento le solicitamos responder el siguiente cuestionario:

1. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? **X** NO
2. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? **X** NO
3. ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente? **X** NO
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? **X** NO
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? **X** NO

Medio de entrega deseado: Electrónico **X** Físico __

CONSENTIMIENTO PARA ENVÍO VIRTUAL (solo para entrega electrónica)

Así pues, con el fin de garantizar su entrega, le solicitamos su respectiva autorización para realizar el envío de La Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño a su correo electrónico:

"Yo: SERGIO ANDRES ARANDA NIEVES identificado con el documento de identidad: C No. 1030666198, doy mi consentimiento para que Salud Total EPSS envíe al correo electrónico SERGIO.AAN@GMAIL.COM la Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño

Firma del afiliado (Cotizante):

Nombres y Apellidos: SERGIO ANDRES ARANDA NIEVES
Número de identificación: 1030666198

Fecha de diligenciamiento
2024 30 12

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor(a) _____ identificado (a) con el documento de identidad: _____No._____ quien manifiesta no saber firmar o no poder firmar, lo hace en su nombre, el señor (a) _____ mayor de edad, identificado (a) con documento de identidad _____ No. _____ y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a)

Firma A Ruego

_____
Nombres y Apellidos:
Documento de Identidad:
Edad:
Domicilio:

_____
Nombres y apellidos de la persona de quien no sabe firmar

Huella digital del cotizante
(en caso de no saber firmar)

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

"Con la suscripción del presente documento, en cumplimiento a la ley 1581 de 2012 y demás normas que reglamenten, modifiquen o deroguen, hago constar expresamente que Salud Total EPS-S S.A. me informó sobre los derechos que me asisten como titular de datos personales y, por tanto, AUTORIZO de manera libre e informada a Salud Total EPS-S S.A., con Nit. 830.140.907-4 como responsable del tratamiento de datos personales, para la recolección, almacenamiento, uso desde el momento de mi afiliación, continuación de uso y tratamiento de mis datos personales, los cuales serán almacenados en bases de datos que se encuentran en medios físicos y/o magnéticos para los siguientes fines:

- Afiliación, traslado, identificación, validación de derechos y actualización de datos de los protegidos.
- Autorizaciones de servicios de salud requeridos por los protegidos.
- Caracterización, seguimiento, identificación de la población y gestión del riesgo.
- Garantizar la prestación de las tecnologías en salud cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud Contributivo en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías.
- La asignación y/o reasignación de citas, recaudo y recuperación de cartera, información y demás operaciones relacionadas con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Evaluación de indicadores de alertas tempranas, oportunidad y calidad de los productos y servicios brindados.
- Identificación de Proveedores y Prestadores, así como medición de necesidad, oportunidad y calidad en los productos y servicios prestados por éstos.
- Transferencia y/o transmisión al exterior de datos personales, transferencia y/o transmisión de datos con las empresas vinculadas o matrices, con empresas de auditoria o revisoría fiscal, con prestadores de servicios de salud públicos o privados, así como con proveedores necesarios para el desarrollo de las anotadas finalidades y del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A., con los cuales se tienen contratos en aras de cumplir con los deberes de acceso y confidencialidad, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.
- Dar a conocer los diferentes servicios y productos ofrecidos por la EPS, temas de publicidad y en general mantener contacto con los usuarios y afiliados mediante cualquier medio de comunicación (escrito y/o electrónico), con el fin de adelantar cualquier trámite necesario para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A.
- Cualquier otra operación necesaria para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS S.A. atendiendo a su naturaleza y el cumplimiento a los protocolos de bioseguridad.
- Cumplimiento de requerimientos legales de entidades administrativas o jurisdiccionales inclusive después de terminada la relación contractual y en general para el cumplimiento de obligaciones contractuales y legales de Salud Total EPS-S S.A.

Se aclara que la información referente a beneficiarios y miembros del grupo familiar en los que pueden encontrarse datos de niñas, niños y adolescentes, datos de la salud y datos biométricos como (fotografías, huellas, videos, entre otros) son datos sensibles, sobre los cuales no está obligado a autorizar su tratamiento; no obstante lo anterior, solo serán utilizados por la Empresa para el cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de los sistemas integrados de gestión adoptados por Salud Total EPS-S SA.

Como Titular de datos personales, sé que tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC, 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 a través de los canales de comunicación para tal fin, establecidos en la Política de protección de datos personales de Salud Total EPS-S S.A. que declaro conocer y aceptar, publicada en la página web*: www.saludtotal.com.co*, igualmente en cualquier momento puedo ejercer mis

derechos y comunicarme con el responsable del tratamiento de los datos personales por solicitud dirigida al E-mail: *protecciondatos@saludtotal.com.co,* al Teléfono: (57+1) 4854555 y a nivel nacional 018000 114524.

Firma del afiliado (Cotizante) _____

Número de identificación: _____1030666198_____

www.saludtotal.com.co
Línea local en Bogotá 4854555
Línea Nacional de atención al cliente 018000114524
Síguenos en Salud Total EPS. Oficial





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
2024-12	2025-01	32044780	E	2025-01-09	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	3.142.100	0	BANCO DE BOGOTA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
7	32044780	2025-01-13	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																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	EPS SURA-EPS010	COMFABOY-CCF10	01	0	S	3251101
2	CC 7183379	BERNAL ALVAREZ FRANCISCO JAVIER	F																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 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
5	CC 1002365079	FARIAS GAMEZ JOSE ALEX CORD	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 1053559826	GARAVIÑO CRUZ LUISA FERNANDA	F									X							0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	COMPENSAR-EPS-EPS008	COMFABOY-CCF10	01	0	S	3251101
7	CC 1056708237	ECHEVERRIA SOLER YAMID SANTIAGO	F	X															0			8	8	8	8	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
2024-12	2025-01	32044780	E	2025-01-09	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	3.142.100	0	BANCO DE BOGOTA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
7	32044780	2025-01-13	Pagada							

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 2)				7	1.713.000	0	0	0	1.713.000
PORVENIR	230301	800224808	8	6	1.505.000	0	0	0	1.505.000
COLPENSIONES	25-14	900336004	7	1	208.000	0	0	0	208.000
EPS(Administradoras: 5)				7	428.400	0	0	0	428.400
COMPENSAR-EPS	EPS008	860066942	7	1	55.700	0	0	0	55.700
NUEVA E.P.S. S.A. MOV	EPS041	900156264	2	2	109.200	0	0	0	109.200
EPS SURA	EPS010	800088702	2	1	98.800	0	0	0	98.800
FAMISANAR	EPS017	830003564	7	1	98.800	0	0	0	98.800
SANITAS	EPS005	800251440	6	2	65.900	0	0	0	65.900
ARP(Administradoras: 1)				7	572.300	0	0	0	572.300

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
POSITIVA	14-23	860011153	6	7	572.300	0	0	0	572.300
CCF(Administradoras: 1)				7	428.400	0	0	0	428.400
COMFABOY	CCF10	891800213	8	7	428.400	0	0	0	428.400
Gran Total					3.142.100	0	0	0	3.142.100

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	
2025-01	2024-12	E		82995314	$224.400	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	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

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	0	0	0
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	3	224.400	224.400

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	
2025-01	2024-12	E		82995314	$224.400	

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	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	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

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

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-01	2024-12	E	17/01/2025	83151440	$2.839.200	

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	52.100	0		0		0	2	100	0	52.200	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	52.100	0		0		0	2	100	0	52.200	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	384.300	0		0		0	2	500	0	384.800	3

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	208.100	0	0	0	0	2	300	0	208.400	1
230301	Porvenir	800224808-8	416.200	0	0	0	0	2	600	0	416.800	2
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.120.100	0	0	35.100	35.100	2	1.500	200	1.192.000	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	43.500				43.500	2	100	43.600			435	43.600	5

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	488.500	2	700	489.200	5

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	2	0	0	0
ICBF				
0	2	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	3	488.500	489.200
Pensión	3	1.814.600	1.817.200
Riesgos Laborales	1	43.500	43.600
CCF	1	488.500	489.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	2.835.100	2.839.200

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901510653-6	CENTRAL POWER SAS		CL 6 1-75 ESTE	3143144342	jesusospina@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL	PPAL	CUNDINAMARCA	MADRID	

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
					5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-01	2024-12	E	17/01/2025	83151440	$2.839.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Economiado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1010214736	ALVAREZ BARRERA LAURA LILIANA	1	0			S																	230301	346.667	55.500	0	0	0	0	EPS037	346.667	13.900	14-11	346.667	1	1.900	CCF22	346.667	13.900	0	0	0	0	0
2	CC	1010214736	ALVAREZ BARRERA LAURA LILIANA	1	0			S												X					230301	953.334	152.600	0	0	0	0	EPS037	953.334	38.200	14-11	953.334	1	0	CCF22	953.334	38.200	0	0	0	0	0
3	CC	1023863273	MERLO PINZON RICARDO	1	0			S																	230301	346.667	55.500	0	0	0	0	EPS017	346.667	13.900	14-11	346.667	5	24.200	CCF22	346.667	13.900	0	0	0	0	0
4	CC	1023863273	MERLO PINZON RICARDO	1	0			S												X					230301	953.334	152.600	0	0	0	0	EPS017	953.334	38.200	14-11	953.334	5	0	CCF22	953.334	38.200	0	0	0	0	0
5	CC	1073681036	VERDUGO CORTES ERIKA JOHANNA	1	0			S																	230201	1.083.334	173.400	0	0	0	0	EPS037	1.083.334	43.400	14-11	1.083.334	1	5.700	CCF22	1.083.334	43.400	0	0	0	0	0
6	CC	1073681036	VERDUGO CORTES ERIKA JOHANNA	1	0			S												X					230201	216.667	34.700	0	0	0	0	EPS037	216.667	8.700	14-11	216.667	1	0	CCF22	216.667	8.700	0	0	0	0	0
7	CC	3179048	MERLO ACOSTA JORGE ALBERTO	1	5			S																		0	0	0	0	0	0	EPS008	346.667	13.900	14-11	346.667	1	1.900	CCF22	346.667	13.900	0	0	0	0	0
8	CC	3179048	MERLO ACOSTA JORGE ALBERTO	1	5			S												X						0	0	0	0	0	0	EPS008	953.334	38.200	14-11	953.334	1	0	CCF22	953.334	38.200	0	0	0	0	0
9	CC	71682045	ALVAREZ OSPINA ERNESTO	1	0			S																	25-14	1.866.667	298.700	0	0	9.400	9.400	EPS037	1.866.667	74.700	14-11	1.866.667	1	9.800	CCF22	1.866.667	74.700	0	0	0	0	0
10	CC	71682045	ALVAREZ OSPINA ERNESTO	1	0			S												X					25-14	5.133.334	821.400	0	0	25.700	25.700	EPS037	5.133.334	205.400	14-11	5.133.334	1	0	CCF22	5.133.334	205.400	0	0	0	0	0

PAGADA

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

PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES LEGALES

ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002
PERSONAS JURÍDICAS

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

NOMBRE Y APELLIDO	IDENTIFICACIÒN	RESTRINCIÒN	FECHA
SERGIO ARDILA	1.030.666.198	Acto sin restricción para el cargo	30/12/2024

En constancia, se firma en Bogotá D.C, a los seis (30) días del mes de diciembre de 2024.

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

GRUPO PREVENSO LTDA
Nit. 820005100 - 6
Dirección: Carrera 13 No. 22-81 Barrio Popular - Tunja
Tel: 3103377634 - 7457713

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

INGRESO - TRABAJO EN ALTURAS

Fecha impresión: **19/08/2023 14:38:45**

Tipo certificación: Ingreso ( ) Periódico (X) Retiro ◯ Post incapacidad ◯ Caso ocupacional ◯
Control ◯ Reubicación ◯ Ingreso al SVE ◯ Trabajo en alturas ⊗

DATOS DEL PACIENTE



Fecha **19/08/2023 08:05:00** Empresa **ESTRUCTURAS Y MONTAJES DE COLOMBIA HERMANOS**

Nombre **MANUEL ALFONSO BERNAL ALVAREZ** Tel **3103027265**

Cargo **GERENTE GENERAL EMC** Doc. Identidad **CC 7177425**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

1 OPTOMETRIA	2 AUDIOMETRIA	3 PAQUETE EXAMENES TRABAJO EN ALTURAS
4 PAQUETE LABORATORIOS ALTURAS	5	6
7	8	9

CONCEPTO

Apto para el cargo
Apto para trabajar en alturas

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DE BIOSEGURIDAD.
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS SEGÚN SST
HIGIENE POSTURAL.
ADECUADO MANEJO DE CARGAS

RESTRICCIONES LABORALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ◯ Auditivo ◯ Respiratorio ◯ Cardiovascular ◯ Psicosocial ◯ Ergonómico (X) Otros ◯

REMISIÓN	SI ◯	NO ⊗	ARL	SI ◯	NO ◯	EPS	SI ◯	NO ◯

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

Edward Camilo Vela V.
MÉDICO CIRUJANO - U.P.T.C.
ESP. EN SALUD OCUPACIONAL
Y PROTECCIÓN DE RIESGOS LABORALES
C.C. 7.186.367

EDWARD CAMILO VELA
ESP. SALUD OCUPACIONAL RM. 1043/13 L.S.O

Trabajador: MANUEL ALFONSO BERNAL
CC 7177425
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

GRUPO PREVENSO LTDA
Nit. 820005100 - 6
Dirección: Carrera 13 No. 22-81 Barrio Popular - Tunja
Tel: 3103377634 - 7457713

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

INGRESO - TRABAJO EN ALTURAS

Fecha impresión: **19/08/2023 14:35:25**

Tipo certificación: Ingreso ◯ Periódico (X) Retiro ◯ Post incapacidad ◯ Caso ocupacional ◯
Control ◯ Reubicación ◯ Ingreso al SVE ◯ Trabajo en alturas (X)



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **19/08/2023 07:45:00** Empresa **ESTRUCTURAS Y MONTAJES DE COLOMBIA HERMANOS**

Nombre **FRANCISCO JAVIER BERNAL ALVAREZ** Tel **3176653611**

Cargo **GERENTE ADMINISTRATIVO EMC** Doc. Identidad **CC 7183379**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

1 OPTOMETRIA	2 AUDIOMETRIA	3 PAQUETE EXAMENES TRABAJO EN ALTURAS
4 PAQUETE LABORATORIOS ALTURAS	5	6
7	8	9

CONCEPTO

Apto para el cargo
Apto para trabajar en alturas

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

SE REALIZA ENCUESTA PARA CORONAVIRUS SIN HALLAZGOS POSITIVOS.
VACUNA COVID 1 DOSIS.
ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS SEGÚN SST, HIGIENE POSTURAL, ADECUADO MANEJO DE CARGAS, USO CORRECTO DE LOS EPP.
TRABAJADOR SIN FACTORES DE RIESGO PARA COMPLICACIONES POR COVID-19
CAPACITACION EN PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD Y PREVENCION DE COVID-19

RESTRICCIONES LABORALES

NINGUNA

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ◯ Auditivo ◯ Respiratorio ◯ Cardiovascular ◯ Psicosocial ◯ Ergonómico ◯ Otros ◯

REMISIÓN	SI ◯	NO (X)	ARL	SI ◯	NO ◯	EPS	SI ◯	NO ◯

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

Diana Patricia Doza C.
MÉDICO CIRUJANO
ESP EN SALUD OCUPACIONAL
RES. 0946 DEL 26/08/11

DIANA PATRICIA DOZA C.
ESP. SALUD OCUPACIONAL RES. 0946
26/08/2011

Trabajador: FRANCISCO JAVIER BERNAL ALVAREZ
CC: 7183379
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

GRUPO PREVENSO LTDA
Nit. 820005100 - 6
Dirección: Carrera 13 No. 22-81 Barrio Popular - Tunja
Tel: 3103377634 - 7457713

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

INGRESO - TRABAJO EN ALTURAS

Fecha impresión: 01/08/2023 15:19:38

Tipo certificación: Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas (X)



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **01/08/2023 08:47:00** Empresa **ESTRUCTURAS Y MONTAJES DE COLOMBIA HERMANOS**

Nombre **JOSE ALEX CORD FARIAS GAMEZ** Tel **3228946859**

Cargo **MAESTRO DE CONSTRUCCION** Doc. Identidad **CC 1002365079**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

1 OPTOMETRIA	2 AUDIOMETRIA	3 PAQUETE EXAMENES TRABAJO EN ALTURAS
4 PAQUETE LABORATORIOS ALTURAS	5	6
7	8	9

CONCEPTO

Apto para el cargo
Apto para trabajar en alturas

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

SE REALIZA ENCUESTA PARA CORONAVIRUS SIN HALLAZGOS POSITIVOS.
VACUNA COVID 1 DOSIS.
ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS SEGÚN SST, HIGIENE POSTURAL, ADECUADO MANEJO DE CARGAS, USO CORRECTO DE LOS EPP.
TRABAJADOR SIN FACTORES DE RIESGO PARA COMPLICACIONES POR COVID-19
CAPACITACION EN PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD Y PREVENCION DE COVID-19
AVISAR AL EMPLEADOR CUALQUIER CAMBIO EN ESTADO DE SALUD.

RESTRICCIONES LABORALES

NINGUNA

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ( ) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular ( ) Psicosocial ( ) Ergonómico ( ) Otros ( )

REMISIÓN	SI ( )	NO (X)	**ARL**	SI ( )	NO ( )	**EPS**	SI ( )	NO ( )

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

Diana Patricia Doza C.
MÉDICO CIRUJANO
ESP EN SALUD OCUPACIONAL
RES. 0946 DEL 26/08/11

DIANA PATRICIA DOZA C.
ESP. SALUD OCUPACIONAL RES. 0946
26/08/2011

Jose Alex

Trabajador: JOSE ALEX CORD FARIAS GAMEZ
CC: 1002365079
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

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: CRISTOFER FARIAS GAMEZ **GÉNERO:** Masculino

TIPO IDENTIFICACIÓN: CC **NÚMERO IDENTIFICACIÓN:** 1002364996 **FECHA NACIMIENTO:** 11/12/1998 **EDAD:** 25 año(s) 23 día(s)

EMPRESA CONTRATANTE: ESTRUCTURAS Y MONTAJES DE COLOMBIA SAS **TIPO EXAMEN:** Ingreso

CARGO DESEMPEÑAR: AUXILIAR **JORNADA TRABAJO:** Otra **FECHA:** 03/01/2024

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

1. RECOMENDACIONES GENERALES							Ninguna
X	1.1. Remisión a EPS		1.3. Completar esquema vacunación		1.5. Suspender tabaquismo		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							Ninguna
	2.1. Calificación de origen		2.4. Ingreso programa vigilancia epidemiológica	X	2.7. Pausas activas	X	2.9. Uso diario de bloqueador solar
X	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						X	No Aplica
	3.1. Trabajo en alturas > 1.5 mts		3.4. Trabajos en temperaturas bajas		3.7. Trabajo en espacios confinados		3.10. Cargas
	3.2. Trabajo en altitudes > 2.500 mts		3.5. Trabajo en temperaturas altas		3.8. Para conducción de vehiculos		3.11. Viajes
	3.3. Trabajos en ambientes hiperbáricos		3.6. Trabajos con riesgo eléctrico		3.9. Manipulación de alimentos		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
X	Audiometría		Cuadro Hemático		Perfil Renal		Ácido Úrico		Coprológico
X	Optometría		Glicemia		Frotis Sangre Periférica		Tamizaje Drogas		Baciloscopia
	Espirometría		Electrocardiograma		Hemoclasificación		Alcohol		Psicología
X	Visiometría		Parcial de Orina		Espermograma		Colinesterasa		Otro

6. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL PARA CADA AÑO OPTOMETRIA – MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD – HIGIENE POSTURAL – PAUSAS ACTIVAS – USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL PARA LA LABOR DIARIA

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:

AURA LILIANA BOHORQUEZ FAJARDO
Medicina especializada, Medicina Laboral
Registro Profesional: 0188

PACIENTE:

CRISTOFER FARIAS GAMEZ



Naxvan Soft
ww.naxvansoft.com

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: YAMID SANTIAGO ECHEVERRIA SOLER **GÉNERO:** Masculino

TIPO IDENTIFICACIÓN: CC **NÚMERO IDENTIFICACIÓN:** 1056708237 **FECHA NACIMIENTO:** 13/12/2004 **EDAD:** 20 año(s) 13 día(s)

EMPRESA CONTRATANTE: ESTRUCTURAS Y MONTAJES DE COLOMBIA HERMANOS S.A.S. **TIPO EXAMEN:** Ingreso

CARGO DESEMPEÑAR: OFICIOS VARIOS **JORNADA TRABAJO:** Otra **FECHA:** 26/12/2024

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

1. RECOMENDACIONES GENERALES

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

2. RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

							Ninguna
2.1. Calificación de origen	X	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	X	2.8. Uso de corrección visual		2.10. Otros	
2.3. Seguimiento por ARL	X	2.6. Pautas ergonómicas					

3. RESTRICCIONES

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

CONTROL OPTOMETRIA CADA AÑO CORRECCION OPTICA PERMANENTE -MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD HIGIENE POSTURAL PAUSA ACTIVAS USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL PARA LABOR DIARIA

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:

Adriana Lizeth Niño Salamanca
MÉDICO ESPECIALISTA S.S.T.
C.C. N.M. 1.116.539.096
LIC. S.C.T. 0191/2020

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

PACIENTE:

YAMID SANTIAGO ECHEVERRIA SOLER

Nexvan Soft
www.nexvansoft.com

INTERVENTORIA

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901272510-1	EQUILATERO ARQUITECTURA E INGENIERIA SAS	CRA 27 36-38 OFICINA 209 CENTRO EMPRESAR	7013082	contabilidad@equilateroapp.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	CONTRATO MEDI	063	SANTANDER	BUCARAMANGA	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-01	2024-12	E	13/01/2025	82817217	$808.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	104.000	0		0		0	6	400	0	104.400	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	208.000	0	0	0	0	6	800	0	208.800	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	208.000	0	0	0	0	6	800	0	208.800	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	181.000				181.000	6	700	181.700			1.810	181.700	2

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF39	Cajasan	890200106-1	104.000	6	400	104.400	2

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	6	0	0	0
ICBF				
0	6	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	104.000	104.400
Pensión	2	416.000	417.600
Riesgos Laborales	1	181.000	181.700
CCF	1	104.000	104.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	5	805.000	808.100

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	**NÚMERO**	**NOMBRE APORTANTE**	**DIRECCIÓN**	**TELÉFONO**	**CORREO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
NI	901272510-1	EQUILATERO ARQUITECTURA E INGENIERIA SAS	CRA 27 36-38 OFICINA 209 CENTRO EMPRESAR	7013082	contabilidad@equilateroapp.com	
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	
SUCURSAL	C – MIPYME	CONTRATO MEDI	063	SANTANDER	BUCARAMANGA	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	**FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)**	**TIPO PLANILLA**	**FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)**	**NÚMERO PLANILLA**	**CANTIDAD**	
					EMPLEADOS	**UPC**
					2	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2025-01	2024-12	E	13/01/2025	82817217	$808.100	

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	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	5	90.500	CCF39	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
2	CC	79506624	ORJUELA QUINTERO JUAN ANTONIO	1	0			S																	25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	5	90.500	CCF39	1.300.000	52.000	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	
2025-01	2024-12	E	13/01/2025	82817233	$320.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	52.000	0		0		0	6	200	0	52.200	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	6	800	0	208.800	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	6.800				6.800	6	100	6.900			68	6.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF39	Cajasan	890200106-1	52.000	6	200	52.200	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	6	0	0	0
ICBF				
0	6	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	52.000	52.200
Pensión	1	208.000	208.800
Riesgos Laborales	1	6.800	6.900
CCF	1	52.000	52.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	318.800	320.100

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	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	
2025-01	2024-12	E	13/01/2025	82817233	$320.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	80024639	GONZALEZ BAUTISTA JOSE ALEXANDER	1	0			S																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	1	6.800	CCF39	1.300.000	52.000	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	
2025-01	2024-12	E	13/01/2025	82942047	$466.400	

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	6	300	0	60.300	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	6	1.000	0	241.000	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	6	400	104.800			1.044	104.800	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	6	300	60.300	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	6	0	0	0
ICBF				
0	6	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	60.000	60.300
Pensión	1	240.000	241.000
Riesgos Laborales	1	104.400	104.800
CCF	1	60.000	60.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	464.400	466.400

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	**NÚMERO**	**NOMBRE APORTANTE**	**DIRECCIÓN**	**TELÉFONO**	**CORREO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
NI	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**	
2025-01	2024-12	E	13/01/2025	82942047	$466.400	

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**	**Estornado**	**ING**	**RET**	**TDE**	**TAE**	**TDP**	**TAP**	**VSP**	**VST**	**SLN**	**IGE**	**LMA**	**VAC**	**AVP**	**VCT**	**IRL**	**CORRECCIÓN**	**Cód. AFP**	**IBC AFP**	**Cotización**	**Voluntario Afiliado**	**Voluntario Aportante**	**Fondo pensional de solidaridad**	**Fondo pensional de subsistencia**	**Cód. EPS**	**IBC EPS**	**Cotización / Valor UPC**	**Cód. ARL**	**IBC ARL**	**Clase de Riesgo**	**Cotización**	**Código CCF**	**IBC CCF**	**Aporte CCF**	**IBC otros parafiscales**	**Aporte SENA**	**Aporte ICBF**	**Aporte ESAP**	**Aporte MEN**
1	CC	37277497	QUIROGA SEPULVEDA SANDRA LILIANA	1	0			S																	230201	1.500.000	240.000	0	0	0	0	EPS005	1.500.000	60.000	14-11	1.500.000	5	104.400	CCF22	1.500.000	60.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901272510-1	EQUILATERO ARQUITECTURA E INGENIERIA SAS	CRA 27 36-38 OFICINA 209 CENTRO EMPRESAR	7013082	contabilidad@equilateroapp.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	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	
2025-01	2024-12	E	13/01/2025	83345170	$777.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	100.000	0		0		0	6	400	0	100.400	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	6	1.600	0	401.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	174.000				174.000	6	700	174.700			1.740	174.700	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	6	400	100.400	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	6	0	0	0
ICBF				
0	6	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	100.000	100.400
Pensión	1	400.000	401.600
Riesgos Laborales	1	174.000	174.700
CCF	1	100.000	100.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	774.000	777.100

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	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	
2025-01	2024-12	E	13/01/2025	83345170	$777.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1095940261	CACERES QUINTERO RUBY STEFANY	1	0			S																	230301	2.500.000	400.000	0	0	0	0	EPS002	2.500.000	100.000	14-11	2.500.000	5	174.000	CCF39	2.500.000	100.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

ANEXO 02
CAPACITACIONES
CONTRATISTA

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

DATOS DE LA ACTIVIDAD

DIRIGIDO A: Trabajadores, Administrativos y Operativos.

Fecha: 8-01-2024. **Hora:**

TIPO DE ACTIVIDAD

Inducción		Reinduccion		Capacitación	X	Charla	X
Otra		Cual?					

Tema: Trabajo al caliente. Emergencia. Trabajo seguro y EPP.

DIRIGIDO POR

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

ASISTENTES

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CÉDULA	CARGO	FIRMA
1	Alvaro Restrepo	1118828077	Oficial	
2	A. SANCHEZ P	1077484377	1 1	
3	Miguel Urrutia So	1136889853	Oficial	
4	Miles Zumaya	5520168	Muerto	
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

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: 21-01-2025 **Hora:**

TIPO DE ACTIVIDAD

Inducción [ ] Reinduccion [ ] Capacitación [X] Charla [X]
Otra [ ] Cual?

Tema: RIESGO ELECTRICO.
RIESGO PSICOSOCIAL.

DIRIGIDO POR

NOMBRE:	CARGO:	FIRMA:
Jose Estebal V.	RES SST	

ASISTENTES

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CÉDULA	CARGO	FIRMA
1	A. SANCHEZ P	1077484377	OFICIAL	
2	Miguel Villabl S.	1136889853	Oficial	
3	Mixtos Camargo	9320168.	Maestro	
4	Alvaro De Leon	1118828077	Oficial	
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

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

DATOS DE LA ACTIVIDAD

DIRIGIDO A: Trabajadores, Administrativos y Operativos.

Fecha: 27-01-2025 **Hora:**

TIPO DE ACTIVIDAD

Inducción	X	Reinduccion		Capacitación		Charla	
Otra		Cual?					

Tema

- misión
- visión.
- objetivo
- política de la empresa.
- política alcohol y droga.
- Reglamento interno.
- política Ambiental.
- Vio Acoso laboral y epp.
- descripciones de cargo.

DIRIGIDO POR

NOMBRE:	CARGO:	FIRMA:
José Esmeral Vergal.	PES. SST.	

ASISTENTES

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CÉDULA	CARGO	FIRMA
1	Wilman Sotelo	1002373272	Auxiliar	
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

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: 2/01/25 **Hora:** 3pm.

TIPO DE ACTIVIDAD

Inducción	X	Reinduccion		Capacitación		Charla	
Otra		Cual?					

Tema: -poletica de la empresa. -Identificacion de Peligro -poletica de Alcohol y droga. -poletica Ambiental. -Reglamento Interno. -Uso de EPP y Dotacion

DIRIGIDO POR

NOMBRE:	CARGO:	FIRMA:

ASISTENTES

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CÉDULA	CARGO	FIRMA
1	Manuel Alfonso Bernal H.	7177425	Administrativo.	
2	Francisco Javier Bernal Alvarez	7183379	Admin.	
3	Cristofer Farias Gomez	700236 4996	Auxiliar.	Cristofer Farias
4	Jose Alex Farias Gamez	1002365079	Auxiliar	
5	Daniel Santiago Echeverria	1056708237	Auxiliar	
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

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

DATOS DE LA ACTIVIDAD

DIRIGIDO A: Trabajadores, Administrativos y Operativos.

Fecha: 10/01/25 **Hora:**

TIPO DE ACTIVIDAD

Inducción	X	Reinduccion		Capacitación		Charla	
Otra		Cual?					

Tema

- Higiene
- Riesgo
- Objetivo
- política de la empresa
- política afectiva y drogas
- Reglamento Interno
- Uso de la dotación y EPP.
- CLASIFICACIÓN DE RIESGO
- política Ambiental.

DIRIGIDO POR

NOMBRE:	CARGO:	FIRMA:

ASISTENTES

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CÉDULA	CARGO	FIRMA
1	Sergio Andres Aranda Nieves	1.030.666.198	Residente de obra	Sergio Aranda
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

INTERVENTORIA

EQUILÁTERO
Arquitectura e Ingeniería S.A.S

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FORMATO DE ASISTENCIA

F-SST-002
VERSION 1.0
FECHA Octubre/2020

TEMA	Control y seguimiento. a residuos generados (RCD) Manejo de sustancias quimicas y RESPEL.
ACTIVIDAD:	CAPACITACIÓN ☒ INDUCCIÓN ☐ REINDUCCIÓN ☐ ENTRENAMIENTO ☐ FORMACIÓN ☐ EVENTO ☐ DIALOGO ☐ INSPECCIÓN ☐
OBJETIVO	Informar a los trabajadores sobre el correcto manejo y acopio de los diferentes Tipos de Residuos
Raponsable de la actividad:	Ruby Cáceres.
Fecha:	27-Diciembre-2024

ITEM	NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	CEDULA	CELULAR	FIRMA
1	Juan Antonio Ojueda	Maestro Interventor	79506624	3204762105	
2	Edward Vera	Residente Interv.	1098697864	3135434445	
3					
4					
5					
6					
7					
8					

OBSERVACIONES:
- Revisión de acopio de materiales
- Identificación de Tipos de Residuos

HSEQ Interventoría

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
VERSION 1.0
FECHA Octubre/2020

FORMATO DE ASISTENCIA

TEMA	• Pausas Activas • Socializacion programa de prevención alcohol, cigarrillos entre otras drogas
ACTIVIDAD:	CAPACITACIÓN ☒ INDUCCIÓN ☐ REINDUCCIÓN ☐ ENTRENAMIENTO ☐ FORMACIÓN ☐ EVENTO ☐ DIALOGO ☐ INSPECCIÓN ☐
OBJETIVO	Realizar Pausas activas al personal. • Prevenir el consumo de alcohol y drogas cigarrillo enfocado sus consecuencias
Raponsable de la actividad:	Ruby Cesares
Fecha:	13-enero-2025

ITEM	NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	CEDULA	CELULAR	FIRMA
1	Juan Antonio Oliveros Quintero	Maestro Super	79506624	3204762105	
2	Edward R Vera R	Ing Residente	1093697869	3135434495	
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					

OBSERVACIONES:

NOHP Intervento.

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL RESPONSABLE

Scanned with CamScanner

ANEXO 03 ENTREGA DE EPP CONTRATISTA

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		
PETRA CONSORCIO PC	FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN	Código: SST-FT-58 Versión: 1 Fecha: 01-11-2023

ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

Fecha: 23-01-2025	Centro de Trabajo:
Nombre: Wilman Sotelo	N° Cédula 1002331275
Cargo: Auxiliar	

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN

ÍTEM	EPP	CANTIDAD	TALLA	ESTADO
1.	OVEROL.	1	34	NUEVO
2.	BOTAS	1	39	NUEVO
3.	MORRO GAFAS.	1	—	NUEVO.
4.	CASCO.	1	—	NUEVO
5.	ESPALDAR.	1	—	NUEVO
6.	PROTECTOR AUDITIVO	1	—	NUEVO
7.	PROT. RESPIRATORIA	1	—	NUEVO.
8.				

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA

Nombre: José Echeverri.	Nº Cédula: 72276031
Cargo: Des. Gest.	Firma:

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de **SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal **(EPP)** estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador, definidos en la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Decreto 1072 de 2015, Resolución 2400 de 1979. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismos, el **incumplimiento conlleva a faltas disciplinarias**. El presente compromiso quedará archivado en la documentación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo de la Empresa **CONSORCIO PC** como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como colaborador.

FIRMA RECIBE EPP, (Acepto el compromiso)

C.C 1002331275

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		
PETRA CONSORCIO PC	FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN	Código: SST-FT-58 Versión: 1 Fecha: 01-11-2023

ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

Fecha: 2/01/25	Centro de Trabajo: M. LEGAL.
Nombre: JOSE ALEX	N° Cédula 1002365079
Cargo: AUXILIAR	

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN

ITEM	EPP	CANTIDAD	TALLA	ESTADO
1.	OVEROL.	1	36	NUEVO.
2.	BOTAS	1	38	NUEVAS.
3.	MORRO CHATAS	1	—o—	NUEVAS.
4.	CASCO	1	—o—	NUEVO
5.	CORREAS PECHO	1	—o—	NUEVO
6.	PROTECTOR RESPIRATORIO	1	—o—	NUEVO.
7.				
8.				

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA

Nombre: JOSÉ ESMERAL	N° Cédula: 72 276 071
Cargo: RES. SST.	Firma:

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de **SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal **(EPP)** estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador, definidos en la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Decreto 1072 de 2015, Resolución 2400 de 1979. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismos, **el incumplimiento conlleva a faltas disciplinarias**. El presente compromiso quedará archivado en la documentación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo de la Empresa **CONSORCIO PC** como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como colaborador.

FIRMA RECIBE EPP, (Acepto el compromiso)

JOSE ALEX

C.C 1002365079

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		
PETRA CONTRATISTAS CONSORCIO PC	FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN	Código: SST-FT-58 Versión: 1 Fecha: 01-11-2023

ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

Fecha: 2/01/25	Centro de Trabajo:
Nombre: * Cristofer Farias Gámez	N° Cédula * 1002364996
Cargo: * Auxiliar	

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN

ÍTEM	EPP	CANTIDAD	TALLA	ESTADO
1.	Overol.	1	36	Nuevo.
2.	Botas	1	39	Nuevo
3.	Morral y Botas	1	—o—	Nuevo.
4.	Casco	1	—o—	Nuevo.
5.	Sobrelleno	1	—o—	Nuevo
6.	guantes	1	—o—	Nuevo
7.				
8.				
9.				
10.				

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA

Nombre: [redacted]	N° Cédula: [redacted]
Cargo: [redacted]	Firma:

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de **SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal **(EPP)** estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador, definidos en la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Decreto 1072 de 2015, Resolución 2400 de 1979. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismos, **el incumplimiento conlleva a faltas disciplinarias**. El presente compromiso quedará archivado en la documentación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo de la Empresa **CONSORCIO PC** como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como colaborador.

FIRMA RECIBE EPP, (Acepto el compromiso)

* Cristofer Farias

C.C * 1002364996.

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		
PETRA CONSORCIO PC	FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN	Código: SST-FT-58 Versión: 1 Fecha: 01-11-2023

ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

Fecha: 2/01/25	Centro de Trabajo: M. LEGAL.
Nombre: Daniel Echeverry Solar	N° Cédula 1050708237
Cargo: Auxiliar	

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN

ÍTEM	EPP	CANTIDAD	TALLA	ESTADO
1.	OVEROL.	1	30	BUENO.
2.	CASCO	1	—o—	USADO.
3.	BOTAS.	1	39	USADO.
4.	GORGUERAS	1	—o—	BUENO.
5.	GUANTES	1	—o—	BUENO.
6.	BOLSO PORTA EPP	1	—o—	BUENO
7.				
8.				

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA

Nombre: José Cepeda	N° Cédula: 77 27607
Cargo: RES. SST.	Firma:

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de **SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal **(EPP)** estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador, definidos en la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Decreto 1072 de 2015, Resolución 2400 de 1979. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismos, **el incumplimiento conlleva a faltas disciplinarias**. El presente compromiso quedará archivado en la documentación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo de la Empresa **CONSORCIO PC** como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como colaborador.

FIRMA RECIBE EPP, (Acepto el compromiso)

C.C 1056708237

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Codigo tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
330809371094600	17/10/2024	18/10/2024	17/10/2025	222	LA PREVISORA S.A.COMPAÑIA DE SEGUROS	VIGENTE
142854069263 16	17/10/2023	18/10/2023	17/10/2024	222	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	NO VIGENTE
81152180	02/06/2021	03/06/2021	02/06/2022	222	COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.	NO VIGENTE
14111200008440	26/05/2020	27/05/2020	26/05/2021	222	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	NO VIGENTE
14111200003620	30/01/2019	31/01/2019	30/01/2020	221	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	NO VIGENTE

ANEXO 04
INSPECCION EQUIPOS DE EMERGENCIA

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

Ubicación:	Campamento.
Fecha Inspección:	2/12/2024.
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)	X			
2	Señalización	X			
3	Estado del soporte	X			
4	Correas de seguridad	X			
5	Sujetadores para agarre	X			
6	Juego de inmovilizadores de miembro inferior y superior	X			

Observaciones: _____

_____

_____

Responsable del Lugar	Inspeccionó
Nombre: José Eduardo.	Nombre: José Eduardo.
Cargo: Res SST.	Cargo: Res. Est.

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

Ubicación:	Compartimento.
Fecha Inspección:	16/12/2024.
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)	X			
2	Señalización	X			
3	Estado del soporte	X			
4	Correas de seguridad	X			
5	Sujetadores para agarre	X			
6	Juego de inmovilizadores de miembro inferior y superior	X			

Observaciones: _____

Responsable del Lugar	Inspeccionó
Nombre: [signature]	Nombre: [signature]
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 Versión: 1 Fecha: 15-11-2023

Fecha de Inspección: 2/12/24	Hora: 10 Am	Ubicación: Compamento
Inspección realizada por:	Responsable SST:	

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

Firma responsable inspección

Firma responsable SST

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

Fecha de Inspección: 16/12/24.	Hora: 6 Am	Ubicación: MONTERÍA.
Inspección realizada por:	Responsable SST:	

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

Firma responsable inspección

Firma responsable SST

PETRA CONTRATAR CONSORCIO PC	INSPECCIÓN DE EXTINTORES	CÓDIGO: SST-FT-42 VERSIÓN: 01 FECHA: 05-11-2023

FECHA DE LA INSPECCIÓN:	2	12	24	DEPENDENCIA A INSPECCIONAR:	
INSPECCIÓN REALIZADA POR:	José Echeverri			CARGO:	TES. SST.

ESTADO GENERAL DEL EXTINTOR

ITEM	EXTINTOR No.	TIPO, CLASE	CAPACIDAD (Libras)	ANILLO DE VERIFICACION	MANÓMETRO	PASADOR DE SEGURIDAD	MANIJA DE DESCARGA Y TRANSPORTE	VÁLVULA	MANGUERA	BOQUILLA	CUERPO CILÍNDRICO	CALCOMANIA DE IDENTIFICACION E	SOPORTE	CAPSULA C02	PH	SEÑALIZACIÓN	UBICACIÓN	ÁREA DE UBICACIÓN	FECHA DE CARGA	FECHA DE VENCIMIENTO	OBSERVACIONES
1		ABC.	10	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	Compresores.	Feb/24	Feb/24.	
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

CONVENCIONES

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

José Echeverri
Líder Responsable Empresa

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

FECHA DE LA INSPECCIÓN:	16 / 12 / 24	DEPENDENCIA A INSPECCIONAR:	
INSPECCIÓN REALIZADA POR:	José Echeverri V.	CARGO:	Res. SST.

ESTADO GENERAL DEL EXTINTOR

ITEM	EXTINTOR No.	TIPO, CLASE	CAPACIDAD (Libras)	ANILLO DE VERIFICACION	MANÓMETRO	PASADOR DE SEGURIDAD	MANIJA DE DESCARGA Y TRANSPORTE	VÁLVULA	MANGUERA	BOQUILLA	CUERPO CILÍNDRICO	CALCOMANIA DE IDENTIFICACION E	SOPORTE	CAPSULA C02	PH	SEÑALIZACIÓN	UBICACIÓN	ÁREA DE UBICACIÓN	FECHA DE CARGA	FECHA DE VENCIMIENTO	OBSERVACIONES
1		ABC.	10	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	Bomberamento.	Feb/24	Feb/24.	
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

CONVENCIONES

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

José Echeverri V.
VoBo Responsable Empresa

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: 4/12/2024. **Hora:**

TIPO DE ACTIVIDAD

Inducción	X	Reinduccion		Capacitación		Charla	
Otra		Cual?					

Tema

- Riesgos
- Visión
- Objetivo.
- Política de la empresa
- Política de alcohol y drogas
- Reglamento Interno
- Uso de EPP y DOTACIÓN
- Identificación de Peligros y Riesgos
- Política Ambiental.

DIRIGIDO POR

NOMBRE:	CARGO:	FIRMA:

ASISTENTES

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CÉDULA	CARGO	FIRMA
1	Liliana Cano Rojas	1049643446.	Gerente de proyectos	
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

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

DATOS DE LA ACTIVIDAD

DIRIGIDO A: Trabajadores, Administrativos y Operativos.

Fecha: 18 Dic. /2024. **Hora:** 9. am.

TIPO DE ACTIVIDAD

Inducción		Reinduccion		Capacitación	X	Charla	X
Otra		Cual?					

Tema	SENSIBILIZACION DE OBRA: SG Implantada. TRABAJO SEGURO EN ALTURA.

DIRIGIDO POR

NOMBRE:	CARGO:	FIRMA:

ASISTENTES

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CÉDULA	CARGO	FIRMA
1	Miguel Wilches	1136889853	Oficial	
2	A. SANCHEZ P	1077484377	OFICIAL	
3	Milton Camargo	cg 320168.	Maestro.	
4	Alvaro De Leon	1116922807	OFICIAL	
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

ANEXO 05 INSPECCIÓN SST DE INTERVENTORIA

EQUILÁTERO Arquitectura e Ingeniería S.A.S	INSPECCION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO F-SST-017 VERSION 1.0 FECHA Noviembre/2020 Página 1 de 3

I. INFORMACIÓN DE LA INSPECCIÓN							
FECHA	20	01	2025	HORA INICIO	2:00 pm	ÁREA (S)	Edif. Docencia Medicina legal.
DILIGENCIADO POR	RUBY Cáceres Quintero					CARGO	Profesional HSEQ. Interventoría

II. ASISTENTES			
N°	NOMBRE	CARGO	FIRMA
1	RUBY CÁCERES	HSEQ Interventoría	
2	Eduard Vera	Residente de Interven.	
3			
4			

III. HALLAZGOS, OBSERVACIONES Y EVIDENCIAS					
1	ÁREAS LOCATIVAS	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
1.1	Los techos, paredes y pisos se encuentran en buen estado.		X		Techo desmontado.
1.2	Los pisos, pasillos y áreas de trabajo se encuentran libres de elementos que puedan lesionar, obstruir o dificultar el paso del personal, equipos o materiales.	X			
1.3	Materiales e insumos se encuentran almacenados correctamente, no se observa desorden y desaseo en las áreas de trabajo.	X			
1.6	Las luminarias están funcionando, se percibe un nivel adecuado de iluminación para las actividades que se desarrollan. Están correctamente aseguradas al techo.		X		
1.7	Se cuenta con sistema de ventilación, se percibe temperatura adecuada para desarrollar las labores.	X			
1.8	Se cuenta con batería sanitaria, es suficiente para el personal.	X			Se cuenta con uso.
1.9	Se cuenta con lockers, área de descanso y alimentación para el personal. Se dispone de un dispensador de agua potable para el personal.	X			Se dispone con comparendo por el resto
2	SEÑALIZACIÓN DE ÁREAS	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
2.1	Se cuenta con señalización de uso obligatorio de EPP para ingreso a las áreas operativas.	X			
2.2	Se cuenta con señalización preventiva de riesgos asociados al área de trabajo como: • Riesgo eléctrico en cajas y tomas eléctricos. Las tomas eléctricas tienen señalizado el voltaje que manejan. • Peligro riesgo de caída. • Riesgo químico en área de almacenamiento. • Riesgo de atrapamiento en piezas móviles y puntos de pellizco. • Acceso restringido a personal no autorizado. • Prohibido fumar.		X		A la fecha, el contratista no ha implementado totalmente la señalización necesaria en obra
2.3	Se cuenta con señalización que identifique la ruta de evacuación y el punto de encuentro.	X			
2.4	Las áreas de proceso se encuentran señalizadas (Bodega, áreas de proceso, baños, oficinas, etc.).	X			
2.5	Se cuenta señalización de espacio libre del humo del tabaco.		X		
2.6	Se encuentra señalizado el botiquín, extintor y camilla de emergencia.	X			

Scanned with CamScanner

EQUILÁTERO Arquitectura e Ingeniería S.A.S	INSPECCION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO F-SST-017 VERSION 1.0 FECHA Noviembre/2020 Página 2 de 3

3	ALMACENAMIENTO DE MATERIALES	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
3.1	Las materias primas se encuentran almacenadas de forma segura, separados del piso y paredes.	X			
3.2	La estantería se encuentra asegurada y no se observan objetos que puedan caer. Arrumes manuales no superiores a 1,5 m.			X	
3.3	Los productos químicos se encuentran almacenados por separado de las materias primas. Tienen dique de contención de derrames.			X	
3.4	Se cuenta con ayudas mecánicas (Carritos, zorras, etc.) para manipular y transportar objetos y materiales pesados.	X			
4	**HERRAMIENTAS Y EQUIPOS**	**SI**	**NO**	**N/A**	**OBSERVACIONES**
4.1	Se cuenta con herramientas manuales suficientes y en buen estado para desarrollar el trabajo.	X			
4.2	Herramientas y equipos eléctricos operativos. Cableado en buen estado, sin añadiduras. Guardas de seguridad instaladas.	X			
4.3	Se señalizan equipos fuera de servicio y/ mantenimiento, se cuenta con tarjetas de NO OPERAR.		X		
4.5	Los puestos de trabajo están a un atura cómoda para los trabajadores. Los escritorios estás a una altura entre 70 y 75 cm y tiene mínimo 60 cm de ancho.	X			
4.6	Escritorios con espacio suficiente para desarrollar las labores.	X			
4.7	Se cuenta con sillas ajustables en los escritorios y puestos de trabajo. Se tiene apoya pies para el personal de baja estatura.	X			
5	**ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL**	**SI**	**NO**	**N/A**	**OBSERVACIONES**
5.1	El personal usa los elementos de protección establecidos en la Matriz y se encuentran en buen estado.	X			Todo el Personal cuenta y usa los EPP
6	**CONEXIONES ELÉCTRICAS**	**SI**	**NO**	**N/A**	**OBSERVACIONES**
6.1	Todas las cajas de breakers o interruptores tienen puertas o se encuentran cubiertas.	X			
6.2	Las tomas corriente están en buen estado y aseguradas a la pared.	X			
6.3	El cableado eléctrico se encuentra canalizado, enchufes y extensiones en buen estado. Extensiones en buen estado sin añadiduras de cables.	X			
6.4	Las áreas de trabajo se encuentran libres de cableados eléctricos que puedan entrar en contacto directo con el personal al realizar la labor. En el caso de extensiones está señalizado.	X			
7	**EQUIPOS DE EMERGENCIA**	**SI**	**NO**	**N/A**	**OBSERVACIONES**
7.1	Se cuenta con extintores suficientes para las áreas operativas y administrativas. No están obstaculizados y están ubicados de tal manera que la parte superior del extintor no esté a más de 1.53 metros sobre el suelo y el espacio libre entre el fondo del extintor y el piso no debe ser menor a 10 centímetros.	X			
7.2	Se cuenta con botiquín de primeros auxilios y camilla, no deben estar obstaculizados y ubicados en sitios de fácil acceso en caso de una emergencia. Cuentan con la etiqueta de inspección mensual.	X			
7.3	Se cuenta con kit de control de derrames.		X		
7.4	Se tiene actualizado y a la mano el directorio para llamadas de emergencias.	X			El contratista socializa el MEDEVAC.
8	**MANEJO DE RESIDUOS**	**SI**	**NO**	**N/A**	**OBSERVACIONES**
8.1	Se cuenta con canecas para la disposición de residuos en las áreas de trabajo, están señalizadas.	X			
8.2	Se está realizando una correcta clasificación de residuos según lo establecido en el procedimiento.		X		los puntos ecológicos no cuentan con Bolsas

Scanned with CamScanner

EQUILÁTERO	INSPECCION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO F-SST-017
		VERSION 1.0
		FECHA Noviembre/2020
		Página 3 de 3

8.3	Se cuenta con un área de acopio de residuos señalizada y organizada, no se evidencia generación de lixiviados y posible afectación de las áreas de proceso.	X			
9	**TRABAJOS EN ALTURA Y DESCARGUE DE COMBUSTIBLE**	**SI**	**NO**	**N/A**	**OBSERVACIONES**
9.1	Para los trabajos en altura se diligencian Permiso de Trabajo con su respectivo Panorama de Peligros y Riesgos. Se cumplen los criterios establecidos en el permiso de trabajo.	X			
9.2	Para el descargue de combustible se diligencia la Lista de Chequeo, Permiso de Trabajo en Alturas con su respectivo Panorama de Peligros y Riesgos. Se cumplen los criterios establecidos en la lista de chequeo y el permiso de trabajo.			X	

IV. OBSERVACIONES

A la fecha de inspección, el contratista no ha realizado la implementación total de la señalización sobre riesgos asociados al area. Así mismo, no se evidencian las Bolsas en el punto ecologico. Se debe usar todo el tiempo casco dado que se evidencia desmonte de cielo raso y luminaria, como cubierta.

IV. PLAN DE ACCION

ACCIÓN PROPUESTA	C	P	M	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO		
					DD	MM	AA
Implementacion total de Señalizacion	X		X	OBRA.	25	01	25.
Complementar punto ecologico con las Bolsas			X		25	01	25.

CORRECTIVA (C) – PREVENTIVA (P) – MEJORA (M)

Scanned with CamScanner

EQUILÁTERO Arquitectura e Ingeniería S.A.S	INSPECCION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO F-SST-017 VERSION 1.0 FECHA Noviembre/2020 Página 1 de 3

I. INFORMACIÓN DE LA INSPECCIÓN							
FECHA	20	01	2025	HORA INICIO	2:00 pm	ÁREA (S)	Edif. Docencia Medicina legal.
DILIGENCIADO POR	RUBY Cáceres Quintero					CARGO	Profesional HSEQ. Interventoría

II. ASISTENTES			
N°	NOMBRE	CARGO	FIRMA
1	RUBY CÁCERES	HSEQ Interventoría	
2	Eduard Vera	Residente de Interven.	
3			
4			

III. HALLAZGOS, OBSERVACIONES Y EVIDENCIAS					
1	ÁREAS LOCATIVAS	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
1.1	Los techos, paredes y pisos se encuentran en buen estado.		X		Techo desmontado.
1.2	Los pisos, pasillos y áreas de trabajo se encuentran libres de elementos que puedan lesionar, obstruir o dificultar el paso del personal, equipos o materiales.	X			
1.3	Materiales e insumos se encuentran almacenados correctamente, no se observa desorden y desaseo en las áreas de trabajo.	X			
1.6	Las luminarias están funcionando, se percibe un nivel adecuado de iluminación para las actividades que se desarrollan. Están correctamente aseguradas al techo.		X		
1.7	Se cuenta con sistema de ventilación, se percibe temperatura adecuada para desarrollar las labores.	X			
1.8	Se cuenta con batería sanitaria, es suficiente para el personal.	X			Se cuenta con uso.
1.9	Se cuenta con lockers, área de descanso y alimentación para el personal. Se dispone de un dispensador de agua potable para el personal.	X			Se dispone con comparendo por el resto
2	SEÑALIZACIÓN DE ÁREAS	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
2.1	Se cuenta con señalización de uso obligatorio de EPP para ingreso a las áreas operativas.	X			
2.2	Se cuenta con señalización preventiva de riesgos asociados al área de trabajo como: • Riesgo eléctrico en cajas y tomas eléctricos. Las tomas eléctricas tienen señalizado el voltaje que manejan. • Peligro riesgo de caída. • Riesgo químico en área de almacenamiento. • Riesgo de atrapamiento en piezas móviles y puntos de pellizco. • Acceso restringido a personal no autorizado. • Prohibido fumar.		X		A la fecha, el contratista no ha implementado totalmente la señalización necesaria en obra
2.3	Se cuenta con señalización que identifique la ruta de evacuación y el punto de encuentro.	X			
2.4	Las áreas de proceso se encuentran señalizadas (Bodega, áreas de proceso, baños, oficinas, etc.).	X			
2.5	Se cuenta señalización de espacio libre del humo del tabaco.		X		
2.6	Se encuentra señalizado el botiquín, extintor y camilla de emergencia.	X			

Scanned with CamScanner

EQUILÁTERO Arquitectura e Ingeniería S.A.S	INSPECCION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO F-SST-017 VERSION 1.0 FECHA Noviembre/2020 Página 2 de 3

3	ALMACENAMIENTO DE MATERIALES	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
3.1	Las materias primas se encuentran almacenadas de forma segura, separados del piso y paredes.	X			
3.2	La estantería se encuentra asegurada y no se observan objetos que puedan caer. Arrumes manuales no superiores a 1,5 m.			X	
3.3	Los productos químicos se encuentran almacenados por separado de las materias primas. Tienen dique de contención de derrames.			X	
3.4	Se cuenta con ayudas mecánicas (Carritos, zorras, etc.) para manipular y transportar objetos y materiales pesados.	X			
4	**HERRAMIENTAS Y EQUIPOS**	**SI**	**NO**	**N/A**	**OBSERVACIONES**
4.1	Se cuenta con herramientas manuales suficientes y en buen estado para desarrollar el trabajo.	X			
4.2	Herramientas y equipos eléctricos operativos. Cableado en buen estado, sin añadiduras. Guardas de seguridad instaladas.	X			
4.3	Se señalizan equipos fuera de servicio y/ mantenimiento, se cuenta con tarjetas de NO OPERAR.		X		
4.5	Los puestos de trabajo están a un atura cómoda para los trabajadores. Los escritorios estás a una altura entre 70 y 75 cm y tiene mínimo 60 cm de ancho.	X			
4.6	Escritorios con espacio suficiente para desarrollar las labores.	X			
4.7	Se cuenta con sillas ajustables en los escritorios y puestos de trabajo. Se tiene apoya pies para el personal de baja estatura.	X			
5	**ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL**	**SI**	**NO**	**N/A**	**OBSERVACIONES**
5.1	El personal usa los elementos de protección establecidos en la Matriz y se encuentran en buen estado.	X			Todo el Personal cuenta y usa los EPP
6	**CONEXIONES ELÉCTRICAS**	**SI**	**NO**	**N/A**	**OBSERVACIONES**
6.1	Todas las cajas de breakers o interruptores tienen puertas o se encuentran cubiertas.	X			
6.2	Las tomas corriente están en buen estado y aseguradas a la pared.	X			
6.3	El cableado eléctrico se encuentra canalizado, enchufes y extensiones en buen estado. Extensiones en buen estado sin añadiduras de cables.	X			
6.4	Las áreas de trabajo se encuentran libres de cableados eléctricos que puedan entrar en contacto directo con el personal al realizar la labor. En el caso de extensiones está señalizado.	X			
7	**EQUIPOS DE EMERGENCIA**	**SI**	**NO**	**N/A**	**OBSERVACIONES**
7.1	Se cuenta con extintores suficientes para las áreas operativas y administrativas. No están obstaculizados y están ubicados de tal manera que la parte superior del extintor no esté a más de 1.53 metros sobre el suelo y el espacio libre entre el fondo del extintor y el piso no debe ser menor a 10 centímetros.	X			
7.2	Se cuenta con botiquín de primeros auxilios y camilla, no deben estar obstaculizados y ubicados en sitios de fácil acceso en caso de una emergencia. Cuentan con la etiqueta de inspección mensual.	X			
7.3	Se cuenta con kit de control de derrames.		X		
7.4	Se tiene actualizado y a la mano el directorio para llamadas de emergencias.	X			El contratista socializa el MEDEVAC.
8	**MANEJO DE RESIDUOS**	**SI**	**NO**	**N/A**	**OBSERVACIONES**
8.1	Se cuenta con canecas para la disposición de residuos en las áreas de trabajo, están señalizadas.	X			
8.2	Se está realizando una correcta clasificación de residuos según lo establecido en el procedimiento.		X		los puntos ecológicos no cuentan con Bolsas

Scanned with CamScanner

EQUILÁTERO	INSPECCION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO F-SST-017
		VERSION 1.0
		FECHA Noviembre/2020
		Página 3 de 3

8.3	Se cuenta con un área de acopio de residuos señalizada y organizada, no se evidencia generación de lixiviados y posible afectación de las áreas de proceso.	X			
9	**TRABAJOS EN ALTURA Y DESCARGUE DE COMBUSTIBLE**	**SI**	**NO**	**N/A**	**OBSERVACIONES**
9.1	Para los trabajos en altura se diligencian Permiso de Trabajo con su respectivo Panorama de Peligros y Riesgos. Se cumplen los criterios establecidos en el permiso de trabajo.	X			
9.2	Para el descargue de combustible se diligencia la Lista de Chequeo, Permiso de Trabajo en Alturas con su respectivo Panorama de Peligros y Riesgos. Se cumplen los criterios establecidos en la lista de chequeo y el permiso de trabajo.			X	

IV. OBSERVACIONES

A la fecha de inspección, el contratista no ha realizado la implementación total de la señalización sobre riesgos asociados al area. Así mismo, no se evidencian las Bolsas en el punto ecologico. Se debe usar todo el tiempo casco dado que se evidencia desmonte de cielo raso y luminaria, como cubierta.

IV. PLAN DE ACCION

ACCIÓN PROPUESTA	C	P	M	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO		
					DD	MM	AA
Implementacion total de Señalizacion	X		X	OBRA.	25	01	25.
Complementar punto ecologico con las Bolsas			X		25	01	25.

CORRECTIVA (C) – PREVENTIVA (P) – MEJORA (M)

Scanned with CamScanner

ANEXO 06 INFORME DE SOSTENIBILIDAD

INFORME DE SOSTENIBILIDAD 3

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORESES

INTERVENTORIA
EQUILATERO, Arquitectura e Ingeniería SAS

PERIODO:
DEL 25 DE DICIEMBRE DE 2024 AL 24 DE ENERO DE 2025

Bogotá D.C.

Contenido

INTRODUCCIÓN 3

1. RECURSOS HUMANOS DE LA INTERVENTORIA..... 4

2. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DEL *PROGRAMA DE SOSTENIBILIDAD*4

2.1 POLITICA AMBIENTAL..... 4

2.2 BUENAS PRACTICAS AMBIENTALES 4

2.3 MEDIDAS APLICADAS EN ACTIVIDADES DE OBRA 5

2.4 TRANSPORTE SOSTENIBLE..... 5

OBSERVACIONES Y CONCLUSIONES 6

INTRODUCCIÓN

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

1. RECURSOS HUMANOS DE LA INTERVENTORIA

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

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

2. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DEL *PROGRAMA DE SOSTENIBILIDAD*

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

2.1 POLITICA AMBIENTAL

En el periodo comprendido en el presente informe, el equipo de interventoría continua con el cumplimiento de la política ambiental establecida por la empresa la cual fue socializada inicialmente y está diseñada para:

- Identificar los impactos ambientales de las actividades de la empresa
- Objetivos realistas para reducir el impacto ambiental
- Minimizar la generación de residuos
- Prevenir los riesgos ambientales
- Cumplir la legislación ambiental

2.2 *BUENAS PRACTICAS AMBIENTALES*

Continuando con la ejecución del plan de sostenibilidad y compromiso con el medio ambiente, el personal de interventoría lleva a cabo las siguientes acciones las cuales buscan reducir el impacto negativo al medio ambiente, generados por el desarrollo del presente contrato de interventoría:

- Buen uso del recurso agua: Evitar desechar residuos a los sanitarios existentes

- Manejo de residuos: Realizar la separación adecuada de los residuos según su naturaleza. Reducción del consumo de elementos de un solo uso
- Minimización de comunicaciones impresas en papel, implementando la comunicación por medios digitales
- Ahorro de energía: Configuración de computadores portátiles en “modo ahorro”, así como la activación de “modo espera” cuando se detecte inactividad en el equipo

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: Control y seguimiento a residuos generados (RCD). Manejo de sustancias químicas y RESPEL
- Realizar la separación adecuada de los residuos según su naturaleza
- Para el diligenciamiento de actas de comité se hace uso del papel ecológico el cual es 100% reciclable y cuenta con las certificaciones forestales que lo acreditan como amigable con el medio ambiente.
- Implementación de orden y aseo en los espacios utilizados por el equipo de interventoría para las actividades propias de sus funciones

2.4 *TRANSPORTE SOSTENIBLE*

En el periodo del presente informe, el personal de interventoría se traslada en transporte público 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. La política ambiental establecida por la empresa es llevada a cabo por el personal de interventoría durante el periodo de cada informe

2. Durante el periodo del presente informe el equipo de interventoría continua con la implementación de medidas para el cumplimiento a las acciones establecidas en el programa de sostenibilidad diseñado.

3. En obra, la interventoría cumple con la asistencia a capacitaciones sobre temáticas ambientales, participando en dichas dinámicas y concientizándose sobre el cuidado al ambiente

4. EQUILATERO, Arquitectura e Ingeniería es una empresa comprometida 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

EQUILÁTERO
Arquitectura e Ingeniería S.A.S

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FORMATO DE ASISTENCIA

F-SST-002
VERSION 1.0
FECHA Octubre/2020

TEMA	Control y seguimiento. a residuos generados (RCD) Manejo de sustancias quimicas y RESPEL.
ACTIVIDAD:	CAPACITACIÓN ☒ INDUCCIÓN ☐ REINDUCCIÓN ☐ ENTRENAMIENTO ☐ FORMACIÓN ☐ EVENTO ☐ DIALOGO ☐ INSPECCIÓN ☐
OBJETIVO	Informar a los trabajadores sobre el correcto manejo y acopio de los diferentes Tipos de Residuos
Raponsable de la actividad:	Ruby Cáceres.
Fecha:	27-Diciembre-2024

ITEM	NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	CEDULA	CELULAR	FIRMA
1	Juan Antonio Ojueda	Maestro Interventor	79506624	3204762105	
2	Edward Vera	Residente Interv.	1098697864	3135434445	
3					
4					
5					
6					
7					
8					

OBSERVACIONES:
- Revisión de acopio de materiales
- Identificación de Tipos de Residuos

HSEQ Interventoría

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL RESPONSABLE

Scanned with CamScanner