PROINGENIARQ S.A.S Proyectos de Ingeniería y Arquitectura	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
	REGISTRO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

FECHA:	AGOSTO 2025.	PROYECTO	SENA MONTERREY
NOMBRE:	MAURICIO RINCON BARRERA.		
CEDULA:	1006442923.	CARGO	AYUDANTE DE OBRA

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPI ENTREGADOS:	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	GUANTES DE VAQUETA	1 PAR	02-08-25	
2	GUANTES DE PROTECCION	1 PAR	11-08-25	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	ERIKA ESPITIA	CEDULA No.	1118121222
CARGO	PROF SST	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de 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. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI. El presente compromiso quedará archivado, como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de PROINGENIARQ S.A.S.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE LOS ELEMENTOS Y LEE EL COMPROMISO:

Mauricio Rincón

CEDULA No: 1006442923

9. Desarrollo de inspecciones planeadas para la identificación de condiciones de obra

PROINGENIARO S.A.S
Proyectos de Ingeniería y Arquitectura

PROCESO GESTION HSE

LISTA DE CHEQUEO PARA PULIDORA

INSPECCIONADO POR: JAN RINCON.
LOCALIZACION: SUBSENA SEDE TUA
PROYECTO: CO1 PCENTE 2355227/25
MARCA: BOSCH
SERIE: GWS 2200-230.
PERIODO: DEL 09 AL 15 MES JUNIO AÑO 2026

ITEM	LISTADO	SEGUIMIENTO DE LA SEMANA													
		LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
1	Las conexiones electricas de la pulidora se encuentran en buen estado?	SI		SI		SI		SI		SI		SI		SI	
2	el disco ajusta correctamente en el mecanismo de la pulidora?	SI		SI		SI		SI		SI		SI		SI	
3	El disco intalado es apropiadao para las revoluciones de operacion de la pulidora?	SI		SI		SI		SI		SI		SI		SI	
4	La pulidora cuenta con acopies adecuados para sus accesorios?	SI		SI		SI		SI		SI		SI		SI	
5	El mango esta en buen estado e instalado correctamente?	SI		SI		SI		SI		SI		SI		SI	
6	El interruptor ON/OFF de la pulidora y su seguro son operativos?	SI		SI		SI		SI		SI		SI		SI	
7	La guarda es firme y esta en buen estado?	SI		SI		SI		SI		SI		SI		SI	
8	El disco usado en la pulidora es el adecuado para la tarea que se ejecuta?	SI		SI		SI		SI		SI		SI		SI	
9	El estado general de la pulidora es adecuado (Carcasa, aseo)?	SI		SI		SI		SI		SI		SI		SI	
10	Se utilizan adecuadamente y estan en buen esatdo los EPP?	SI		SI		SI		SI		SI		SI		SI	
11	Estado del disco	SI		SI		SI		SI		SI		SI		SI	
12	Estado de la careta (Se ajusta de manera firme?)	SI		SI		SI		SI		SI		SI		SI	
13	Se ha previsto el uso de manparas de contension para la generacion de chispas?	SI		SI		SI		SI		SI		SI		SI	
14	Se ha verificado la ausencia de materiales combustibles cerca del area de influencia de la pulidora?	SI		SI		SI		SI		SI		SI		SI	
	Vo. Bo.														

OBSERVACIONES:

William Coyes
NOMBRE DEL SUPERVISOR

FIRMA

FECHA

PROINGENIARO S.A.S
Proyectos de Ingeniería y Arquitectura

PROCESO GESTION HSE

LISTA DE CHEQUEO PARA PULIDORA

INSPECCIONADO POR: JUAN RINCON
LOCALIZACION: SUB SEDE SENA TUA
PROYECTO: C01.PCCNTR 3755228 | 25
MARCA: BOSCH.
SERIE: GWS 2200-230
PERIODO: DEL 16 AL 22 MES JUNIO AÑO 2025.

ITEM	LISTADO	SEGUIMIENTO DE LA SEMANA													
		LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
1	Las conexiones electricas de la pulidora se encuentran en buen estado?	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
2	el disco ajusta correctamente en el mecanismo de la pulidora?	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
3	El disco intalado es apropiadao para las revoluciones de operacion de la pulidora?	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
4	La pulidora cuenta con acoples adecuados para sus accesorios?	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
5	El mango esta en buen estado e instalado correctamente?	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
6	El interruptor ON/OFF de la pulidora y su seguro son operativos?	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
7	La guarda es firme y esta en buen estado?	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
8	El disco usado en la pulidora es el adecuado para la tarea que se ejecuta?	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
9	El estado general de la pulidora es adecuado (Carcasa, aseo)?	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
10	Se utilizan adecuadamente y estan en buen esatdo los EPP?	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
11	Estado del disco	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
12	Estado de la careta (Se ajusta de manera firme?)	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
13	Se ha previsto el uso de manparas de contension para la generacion de chispas?	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
14	Se ha verificado la ausencia de materiales combustibles cerca del area de influencia de la pulidora?	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
	Vo. Bo.	Firma		Firma		Firma		Firma		Firma		Firma			

OBSERVACIONES:

Leonel David Acuña
NOMBRE DEL SUPERVISOR

FIRMA

FECHA

PRODINGENIARO S.A.S
Proyectos de Ingeniería y Arquitectura

PROCESO GESTION HSE

LISTA DE CHEQUEO PARA PULIDORA

INSPECCIONADO POR: . Josè M. C.

LOCALIZACION: SUB SEDE SENA TUA

PROYECTO: CD1.PCCNTR 77 55728/25

MARCA: BOSH

SERIE: GWS-2200-230

PERIODO: DEL 24 AL 29 MES Junio AÑO 2025

ITEM	LISTADO	SEGUIMIENTO DE LA SEMANA													
		LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
1	Las conexiones electricas de la pulidora se encuentran en buen estado?			SI		SI		SI		SI		SI		SI	
2	el disco ajusta correctamente en el mecanismo de la pulidora?			SI		SI		SI		SI		SI		SI	
3	El disco intalado es apropiadao para las revoluciones de operacion de la pulidora?			SI		SI		SI		SI		SI		SI	
4	La pulidora cuenta con acoples adecuados para sus accesorios?			SI		SI		SI		SI		SI		SI	
5	El mango esta en buen estado e instalado correctamente?			SI		SI		SI		SI		SI		SI	
6	El interruptor ON/OFF de la pulidora y su seguro son operativos?			SI		SI		SI		SI		SI		SI	
7	La guarda es firme y esta en buen estado?			SI		SI		SI		SI		SI		SI	
8	El disco usado en la pulidora es el adecuado para la tarea que se ejecuta?			SI		SI		SI		SI		SI		SI	
9	El estado general de la pulidora es adecuado (Carcasa, aseo)?			SI		SI		SI		SI		SI		SI	
10	Se utilizan adecuadamente y estan en buen esatdo los EPP?			SI		SI		SI		SI		SI		SI	
11	Estado del disco			SI		SI		SI		SI		SI		SI	
12	Estado de la careta (Se ajusta de manera firme?)			SI		SI		SI		SI		SI		SI	
13	Se ha previsto el uso de manparas de contension para la generacion de chispas?			SI		SI		SI		SI		SI		SI	
14	Se ha verificado la ausencia de materiales combustibles cerca del area de influencia de la pulidora?			SI		SI		SI		SI		SI		SI	
				JRC		JRC		JRC		JRC		JRC		JRC	
	Vo. Bo.			FIRMA		FIRMA		FIRMA		FIRMA		FIRMA		FIRMA	

OBSERVACIONES:

Paul Acedo
NOMBRE DEL SUPERVISOR

FIRMA

FECHA

PROINGENIARQ S.A.S
Proyectos de Ingeniería y Arquitectura

PROCESO DE GESTION HSE

INSPECCION DE HERRAMIENTAS MANUALES

MES:	JUNIO - 2025.	**INSPECCIONADO POR:**	Juan Rincón.
ACTIVIDAD:	CUBIERTAS		

DESCRIPCIÓN			FECHAS DE DIAS TRABAJADOS											
			DIA		DIA		DIA		DIA		DIA		DIA	
HERRAMIENTA	REVISION	CANT	09-06-25		10-06-25		11-06-25		12-06-25		13-06-24		14-06-24	
			B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Palas	Mango, filos y seguros	4	✓		✓		✓		—		—		—	
Picas	Mango, filos y punta.	4	✓		✓		—		—		—		—	
Barras	Punta, filo y estado general	1	✓		✓		✓				✓		—	
Lima	Cabo, tornillos y filos												—	
Mazeta	Mango y desgaste	2	✓		—		—		—		✓		—	
Almádena	Mango y desgaste													
Martillos de uña	Cabo, uña y cabeza	2	✓		✓		✓		—		—		—	
Serruchos	Cacha, hojilla y dientas													
Palustre	Estado general, mango y pala	2	✓		✓		—		—		—		—	
Espatula	Estado general, mango y pala													
Llana endientada	Mango, desgaste en dientes y estado general													
Llana metálica	Estado general (desgaste)													
Llana Plástica	Estado general (desgaste)													
Sisalla	Tijera y tornillos	1	✓		✓		✓		—		—		—	
Cinta - metro	Estado (caja y cinta)	3	✓		✓		✓		—		—		—	
Baldes	Estado general	19	✓		✓		✓		—		✓		—	
Carretilla	Estado de llantas, rines, bugge, ejes.	3	✓		✓		✓		—		—		—	
Macheta	Estado de cacha y filo	1	✓		✓		—		—		—			
Puntero	Estado general (desgaste y filos)													
Chapulin de caucho	Estado mango y descaste.	2	✓		✓		✓		—		—		—	
Paladragraga	Filos, mangos y seguros	5	✓		✓		✓		—		✓		—	
Extensiones	cableado	4	✓		—		—		—		—		—	
Destornilladores	estado general (mango desgaste)													
Alicates	Estado general (mango)	2	✓		✓		✓		—		—		—	
Hombresolos	Estado general (desgaste)													
Tijera	Filos seguros (estado general)													
cuchilas	filos													
Hachas	filos, mangos y seguro													
Bo														

FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA TESPETIA.
SST

OBSERVACIONES:

PLAN DE ACCION

ACCIONES	FECHA	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO

PROINGENIARQ S.A.S
Proyectos de Ingeniería y Arquitectura

PROCESO DE GESTION HSE

INSPECCION DE HERRAMIENTAS MANUALES

MES:	JUNIO - 2025.	**INSPECCIONADO POR:**	Juan Rincón.
ACTIVIDAD:	Cubiertas.		

DESCRIPCIÓN			FECHAS DE DIAS TRABAJADOS													
			DIA		DIA		DIA		DIA		DIA		DIA		DIA	
			16-06-25		17-06-25		18-06-25		19-06-25		20-06-25		21-06-25			
HERRAMIENTA	REVISION	CANT	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Palas	Mango, filos y seguros	4	✓		✓		✓		✓		✓		✓			✓
Picas	Mango, filos y punta.	4	✓		✓		✓		✓		✓		✓			✓
Barras	Punta, filo y estado general	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Lima	Cabo, tornillos y filos						✓		✓		✓		✓			
Mazeta	Mango y desgaste	2	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Almádena	Mango y desgaste								✓		✓		✓			
Martillos de uña	Cabo, uña y cabeza	2	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Serruchos	Cacha, hojilla y dientas															
Palustre	Estado general, mango y pala	2	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Espatula	Estado general, mango y pala															
Llana endientada	Mango, desgaste en dientes y estado general															
Llana metálica	Estado general (desgaste)															
Llana Plástica	Estado general (desgaste)														✓	
Sisalla	Tijera y tornillos	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Cinta - metro	Estado (caja y cinta)	3	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Baldes	Estado general	19	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Carretilla	Estado de llantas, rines, bugge, ejes.	3	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Macheta	Estado de cacha y filo	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Puntero	Estado general (desgaste y filos)															
Chapulin de caucho	Estado mango y descaste.	2	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Paladragraga	Filos, mangos y seguros	5	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Extensiones	cableado	4	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Destornilladores	estado general (mango desgaste)															
Alicates	Estado general (mango)	2	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Hombresolos	Estado general (desgaste)															
Tijera	Filos seguros (estado general)															
cuchilas	filos															
Hachas	filos, mangos y seguro															

FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA RESPONSABLE

OBSERVACIONES:

PLAN DE ACCION

ACCIONES	FECHA	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO

PROINGENIARQ S.A.S
Proyectos de Ingeniería y Arquitectura

PROCESO DE GESTION HSE

INSPECCION DE HERRAMIENTAS MANUALES

MES:	JUNIO -2025	**INSPECCIONADO POR:**	JUAN BARON
ACTIVIDAD:	CUBIERTAS		

DESCRIPCIÓN			FECHAS DE DIAS TRABAJADOS													
			DIA		DIA		DIA		DIA		DIA		DIA		DIA	
					24-06-25		25/06/25		26/06/25		27/06/25		28/06/25		29/06/25	
HERRAMIENTA	REVISION	CANT	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Palas	Mango, filos y seguros	4			✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Picas	Mango, filos y punta.	4			✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Barras	Punta, filo y estado general	1			✓		✓									
Lima	Cabo, tornillos y filos															
Mazeta	Mango y desgaste	2			✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Almádena	Mango y desgaste															
Martillos de uña	Cabo, uña y cabeza	3			✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Serruchos	Cacha, hojilla y dientas															
Palustre	Estado general, mango y pala	2			✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Espatula	Estado general, mango y pala															
Llana endientada	Mango, desgaste en dientes y estado general															
Llana metálica	Estado general (desgaste)															
Llana Plástica	Estado general (desgaste)															
Sisalla	Tijera y tornillos	1			✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Cinta - metro	Estado (caja y cinta)	3			✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Baldes	Estado general	19			✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Carretilla	Estado de llantas, rines, bugge, ejes.	3			✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Macheta	Estado de cacha y filo	1			✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Puntero	Estado general (desgaste y filos)															
Chapulin de caucho	Estado mango y descaste.	2			✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Paladragraga	Filos, mangos y seguros	5			✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Extensiones	cableado	4			✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Destornilladores	estado general (mango desgaste)															
Alicates	Estado general (mango)	2			✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Hombresolos	Estado general (desgaste)															
Tijera	Filos seguros (estado general)															
cuchilas	filos															
Hachas	filos, mangos y seguro															

FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA RESPONSABLE SST
PROFESIONAL HSE

OBSERVACIONES:

PLAN DE ACCION

ACCIONES	FECHA	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO

PROINGENIARQ S.A.S

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE MEZCLADORA PORTÁTIL

PROYECTO: CD1 PCCNTR 7755228/25 MARCA: WAG. NÚMERO DE EQUIPO: N57055

INSPECCIONADO POR: Juan Rincon LOCALIZACIÓN: SUB SEDE SENA TOA MONTERREY

SEMANA: DEL 16 AL 22 DEL AÑO 2025
JUNIO

DESCRIPCIÓN		CANTIDAD	LUN. B	LUN. M	MAR. B	MAR. M	MIER. B	MIER. M	JUEV. B	JUEV. M	VIER. B	VIER. M	SAB. B	SAB. M	DOM. B	DOM. M
TROMPO	Llantas en buen estado	2	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Ejes en buen estado (Sin torceduras)	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estructura de soporte en buena condición	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Balinera y bujes de rotación	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓		/	
	* Mecanismo de giro para vaciado	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Palanca de giro para vaciado	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Seguro en buen estado	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Corona de rotación del trompo	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ESTADO MECÁNICO	Patas de anclaje en buenas condiciones	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Motor en buena condicion	1	✓		✓		✓		✓							
	Tubo de escape en buena condicion															
	Estado de pasadores (bastidor)	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Resguardos correas motor.	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Resguardos mecanismos de giro trompo	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓		/	
	Tapa del motor con seguro	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Clutch de giro del trompo	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Corona de arranque del motor	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Control de fugas de combustible															
	Control de fugas hidraulicas															
OTROS																
Vo.Bo. SUPERVISOR			✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓		✓			

* PUNTO CRÍTICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si _____ no X

Fecha de Corrección: _____ Resp. De corrección _____

FIRMA DEL OPERADOR

FIRMA DEL SUPERVISOR

ACCIÓN PROPUESTA	FECHA PROPUESTA	FECHA EJECUCIÓN	RESPONSABLE

NOTA IMPORTANTE: La inspección preoperacional debe realizarla UNICAMENTE el OPERADOR del Equipo. En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su JEFE INMEDIATO quien tomará la decisión más segura.

PROINGENIARO S.A.S
Proyectos de Ingeniería y Arquitectura

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE MEZCLADORA PORTÁTIL

PROYECTO: CD1 PCCNTR 7755225/25 MARCA: WAG NÚMERO DE EQUIPO: NS7055

INSPECCIONADO POR: JUAN RINCON. LOCALIZACIÓN: SUBSEA SENATUR

SEMANA: DEL 24 AL 29 DEL AÑO 2025

	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	LUN. B	LUN. M	MAR. B	MAR. M	MIER. B	MIER. M	JUEV. B	JUEV. M	VIER. B	VIER. M	SAB. B	SAB. M	DOM. B	DOM. M
TROMPO	Llantas en buen estado	2							✓		✓		✓		✓	
	Ejes en buen estado (Sin torceduras)	1							✓		✓		✓		✓	
	Estructura de soporte en buena condición	1							✓		✓		✓		✓	
	* Balinera y bujes de rotación	1							✓		✓		✓		✓	
	* Mecanismo de giro para vaciado	1							✓		✓		✓		✓	
	* Palanca de giro para vaciado	1							✓		✓		✓		✓	
	* Seguro en buen estado	1							✓		✓		✓		✓	
	Corona de rotación del trompo	1							✓		✓		✓		✓	
ESTADO MECÁNICO	Patas de anclaje en buenas condiciones	1							✓		✓		✓		✓	
	*Motor en buena condicion	1							✓		✓		✓		✓	
	Tubo de escape en buena condicion	N/A							N/A		N/A		N/A		N/A	
	Estado de pasadores (bastidor)	1							✓		✓		✓		✓	
	* Resguardos correas motor.	1							✓		✓		✓		✓	
	* Resguardos mecanismos de giro trompo	1							✓		✓		✓		✓	
	Tapa del motor con seguro	1							✓		✓		✓		✓	
	Clutch de giro del trompo	1							✓		✓		✓		✓	
	Corona de arranque del motor	1							✓		✓		✓		✓	
	Control de fugas de combustible	N/A							N/A		N/A		N/A		N/A	
	Control de fugas hidraulicas	N/A							N/A		N/A		N/A		N/A	
OTROS																
Vo.Bo. SUPERVISOR									✓		✓		✓		✓	

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si _____ no ✓ Fecha de Corrección: _____ Resp. De corrección _____

FIRMA DEL OPERADOR

FIRMA DEL SUPERVISOR

ACCIÓN PROPUESTA	FECHA PROPUESTA	FECHA EJECUCIÓN	RESPONSABLE

NOTA IMPORTANTE: La inspección preoperacional debe realizarla UNICAMENTE el OPERADOR del Equipo. En caso de necesitar ayuda adicional debe informarlo a su JEFE INMEDIATO quien tomará la decisión más segura.

PROINGENIARQ S.A.S
Proyectos de Ingeniería y Arquitectura

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE MEZCLADORA PORTÁTIL

PROYECTO: CO1 PCCNTR 7755228/15 MARCA: WACKER NÚMERO DE EQUIPO: NS. 7055

INSPECCIONADO POR: JUAN PINZON. LOCALIZACIÓN: SUB SEDENA SENA.

SEMANA: DEL 09 AL 15/06 DEL AÑO 2025.

DESCRIPCIÓN		CANTIDAD	LUN. B	LUN. M	MAR. B	MAR. M	MIER. B	MIER. M	JUEV. B	JUEV. M	VIER. B	VIER. M	SAB. B	SAB. M	DOM. B	DOM. M
TROMPO	Llantas en buen estado	2	✓		✓		✓				✓					
	Ejes en buen estado (Sin torceduras)	1	✓		✓		✓				✓					
	Estructura de soporte en buena condición	1	✓		✓		✓				✓					
	* Balinera y bujes de rotación	1	✓		✓		✓				✓					
	* Mecanismo de giro para vaciado	1	✓		✓		✓				✓					
	* Palanca de giro para vaciado	1	✓		✓		✓				✓					
	* Seguro en buen estado	1	✓		✓		✓				✓					
	Corona de rotación del trompo	1	✓		✓		✓				✓					
ESTADO MECÁNICO	Patas de anclaje en buenas condiciones	1	✓		✓		✓				✓					
	*Motor en buena condicion	1	✓		✓		✓				✓					
	Tubo de escape en buena condicion	N/A	N/A		N/A		N/A				N/A					
	Estado de pasadores (bastidor)	1	✓		✓		✓				✓					
	* Resguardos correas motor.	1	✓		✓		✓				✓					
	* Resguardos mecanismos de giro trompo	1	✓		✓		✓				✓					
	Tapa del motor con seguro	1	✓		✓		✓				✓					
	Clutch de giro del trompo	1	✓		✓		✓				✓					
	Corona de arranque del motor	1	✓		✓		✓				✓					
	Control de fugas de combustible	N/A	N/A		N/A		N/A				N/A					
	Control de fugas hidraulicas	N/A	N/A		N/A		N/A				N/A					
OTROS																
Vo.Bo. SUPERVISOR																

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si _____ no X

Fecha de Corrección: _____ Resp. De corrección _____

PIRMA DEL OPERADOR

FIRMA DEL SUPERVISOR

ACCIÓN PROPUESTA	FECHA PROPUESTA	FECHA EJECUCIÓN	RESPONSABLE

NOTA IMPORTANTE: La inspección preoperacional debe realizarla UNICAMENTE el OPERADOR del Equipo. En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su JEFE INMEDIATO quien tomará la decisión más segura.

PROINGENIARQ S.A.S
Proyectos de Ingeniería y Arquitectura

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE ARNES Y ESLINGAS

VERIFIQUE ANTE TODO QUE EL ARNES SEA DE CUERPO ENTERO

SEMANA: DEL DIA 13 MES JULIO AÑO 2025 AL DIA 13 MES JULIO AÑO 2025.

NUMEO DE SERIE: LT4C | MARCA: LINK TECH. | LUGAR: SEDE SENA TIA MONTERREY.

Nota Importante: La inspección preoperacional debe realizarla el **TRABAJADOR** que va ha utilizar el Equipo, si en la inspección arroja un **(SI)** en los anteriores item, **NO SE DEBE USAR,** remplace el equipo por uno en mejores condiciones. En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su HSE quien tomará la decisión más segura.

ITEM	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM		OBSERVACIONES
CONDICION DE LAS CORREAS.	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Las Fibras externas presentan cortadas, desgastes o estan desgarradas, presentan estiramiento excesivo)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Deterioro (presenta deterioro general)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Quemaduras (presentan quemaduras)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
PIEZAS MECANICAS , REMACHES, ARGOLLAS EN "D"															
Presenta desgaste excesivo o estan deformados		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta picaduras, grietas, quemaduras o fisuras		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta corrosión		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
HEBILLAS															
Presenta deformaciones, dobladuras o desgaste excesivo		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta picaduras, grietas o corrosión		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta defectos de funcionamiento		✓		✓		✓		✓		✓		✓			

ESLINGAS Y ANCLAJES PORTATILES (TIE OFF)

MARCA: LINK TECH. | NUMERO DE SERIE: 352025020044 | TIPO: SIN ABSORVEDOR.

ITEM	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM		OBSERVACIONES
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Fibras Externas (Presentan quemaduras, cortaduras, desgastes y estiramiento excesiva)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Las partes metalicas presenten corrosion.		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El absorbente de Choque esta en mal estado (Esta activado)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Los conectores presentan desgaste excesivo o deformaciones, picaduras o grietas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Los resortes de los conectores presentan fallas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Los ajustes de los cierres de resorte o de seguridad (enganches) estan en mal estado		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
INSPECCIONADO POR:															

REVISADO POR : ERIKA ESPITIA

PROINGENIARQ S.A.S
Proyectos de Ingeniería y Arquitectura

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE ARNES Y ESLINGAS

VERIFIQUE ANTE TODO QUE EL ARNES SEA DE CUERPO ENTERO

SEMANA: DEL DIA 07 MES JULIO AÑO 2025 AL DIA 13 MES JULIO AÑO 2025.

NUMEO DE SERIE: 4100252500966 MARCA: LINKTECH LUGAR: SENA SEDE TIA MONTERREY.

Nota Importante: La inspección preoperacional debe realizarla el **TRABAJADOR** que va ha utilizar el Equipo, si en la inspección arroja un **(SI)** en los anteriores item, **NO SE DEBE USAR,** remplace el equipo por uno en mejores condiciones. En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su HSE quien tomará la decisión más segura.

ITEM	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM		OBSERVACIONES
CONDICION DE LAS CORREAS.	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Las Fibras externas presentan cortadas, desgastes o estan desgarradas, presentan estiramiento excesivo)		✓		✓		✓		✓		✓	✓		✓		
Deterioro (presenta deterioro general)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Quemaduras (presentan quemaduras)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
PIEZAS MECANICAS , REMACHES, ARGOLLAS EN "D"															
Presenta desgaste excesivo o estan deformados		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta picaduras, grietas, quemaduras o fisuras		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta corrosión		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
HEBILLAS															
Presenta deformaciones, dobladuras o desgaste excesivo		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta picaduras, grietas o corrosión		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta defectos de funcionamiento		✓		✓		✓		✓		✓		✓			

ESLINGAS Y ANCLAJES PORTATILES (TIE OFF)

MARCA: LINK TECH NUMERO DE SERIE: 3502502 0072 TIPO: SIN ABSORVEDOR.

ITEM	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM		OBSERVACIONES
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Fibras Externas (Presentan quemaduras, cortaduras, desgastes y estiramiento excesiva)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Las partes metalicas presenten corrosion.		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El absorbente de Choque esta en mal estado (Esta activado)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Los conectores presentan desgaste excesivo o deformaciones, picaduras o grietas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Los resortes de los conectores presentan fallas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Los ajustes de los cierres de resorte o de seguridad (enganches) estan en mal estado		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
INSPECCIONADO POR:	Freddy Rincón		Freddy Rincón		Freddy Rincón		Freddy Rincón		Freddy Rincón		Freddy Rincón				

REVISADO POR : Erika Espitia

PROINGENIARQ S.A.S
Proyectos de Ingeniería y Arquitectura

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE ARNES Y ESLINGAS

VERIFIQUE ANTE TODO QUE EL ARNES SEA DE CUERPO ENTERO

SEMANA: DEL DIA 14 MES JULIO AÑO 2025 AL DIA 20 MES JULIO AÑO 2025

NUMEO DE SERIE: 41002505D096 MARCA: LINKTECH LUGAR: SENA SEDE TUA MONTERREY

Nota Importante: La inspección preoperacional debe realizarla el **TRABAJADOR** que va ha utilizar el Equipo, si en la inspección arroja un **(SI)** en los anteriores item, **NO SE DEBE USAR,** remplace el equipo por uno en mejores condiciones. En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su HSE quien tomará la decisión más segura.

ITEM	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM		OBSERVACIONES
CONDICION DE LAS CORREAS.	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Las Fibras externas presentan cortadas, desgastes o estan desgarradas, presentan estiramiento excesivo)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Deterioro (presenta deterioro general)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Quemaduras (presentan quemaduras)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
PIEZAS MECANICAS , REMACHES, ARGOLLAS EN "D"															
Presenta desgaste excesivo o estan deformados		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta picaduras, grietas, quemaduras o fisuras		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta corrosión		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
HEBILLAS															
Presenta deformaciones, dobladuras o desgaste excesivo		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta picaduras, grietas o corrosión		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta defectos de funcionamiento		✓		✓		✓		✓		✓		✓			

ESLINGAS Y ANCLAJES PORTATILES (TIE OFF)

MARCA: LINK TECH NUMERO DE SERIE: 350250 20072 TIPO: SIN ABSORVEDOR

ITEM	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM		OBSERVACIONES
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Fibras Externas (Presentan quemaduras, cortaduras, desgastes y estiramiento excesiva)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Las partes metalicas presenten corrosion.		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El absorbente de Choque esta en mal estado (Esta activado)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Los conectores presentan desgaste excesivo o deformaciones, picaduras o grietas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Los resortes de los conectores presentan fallas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Los ajustes de los cierres de resorte o de seguridad (enganches) estan en mal estado		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
INSPECCIONADO POR:	Cesar		Cesar		Cesar		Cesar		Cesar		Cesar				

REVISADO POR : ERIKA ESPITIA

PROINGENIARQ S.A.S
Proyectos de Ingeniería y Arquitectura

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE ARNES Y ESLINGAS

VERIFIQUE ANTE TODO QUE EL ARNES SEA DE CUERPO ENTERO

SEMANA: DEL DIA 14 MES JULIO AÑO 2025 AL DIA 20 MES JULIO AÑO 2025.

NUMEO DE SERIE: LTC | MARCA: LINKTECH | LUGAR: SENA TUA MONTERREY.

Nota Importante: La inspección preoperacional debe realizarla el **TRABAJADOR** que va ha utilizar el Equipo, si en la inspección arroja un **(SI)** en los anteriores item, **NO SE DEBE USAR,** remplace el equipo por uno en mejores condiciones. En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su HSE quien tomará la decisión más segura.

ITEM	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM		OBSERVACIONES
CONDICION DE LAS CORREAS.	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Las Fibras externas presentan cortadas, desgastes o estan desgarradas, presentan estiramiento excesivo)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Deterioro (presenta deterioro general)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Quemaduras (presentan quemaduras)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
PIEZAS MECANICAS , REMACHES, ARGOLLAS EN "D"															
Presenta desgaste excesivo o estan deformados		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta picaduras, grietas, quemaduras o fisuras		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta corrosión		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
HEBILLAS															
Presenta deformaciones, dobladuras o desgaste excesivo		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta picaduras, grietas o corrosión		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta defectos de funcionamiento		✓		✓		✓		✓		✓		✓			

ESLINGAS Y ANCLAJES PORTATILES (TIE OFF)

MARCA: LINKTECH | NUMERO DE SERIE: 352025020044 | TIPO: SIN ABSORVEDOR

ITEM	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM		OBSERVACIONES
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Fibras Externas (Presentan quemaduras, cortaduras, desgastes y estiramiento excesiva)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Las partes metalicas presenten corrosion.		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El absorbente de Choque esta en mal estado (Esta activado)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Los conectores presentan desgaste excesivo o deformaciones, picaduras o grietas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Los resortes de los conectores presentan fallas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Los ajustes de los cierres de resorte o de seguridad (enganches) estan en mal estado		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
INSPECCIONADO POR:	JRC		JRC		JRC		JRC		JRC		JRC				

REVISADO POR : [illegible]

PROINGENIARQ S.A.S
Proyectos de Ingeniería y Arquitectura

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE ARNES Y ESLINGAS

VERIFIQUE ANTE TODO QUE EL ARNES SEA DE CUERPO ENTERO

SEMANA: DEL DIA 14 MES JULIO AÑO 2025 AL DIA 20 MES JULIO AÑO 2025

NUMEO DE SERIE: 160 MARCA: INJAFG LUGAR: SEDE SENA TUA MONTERREY

Nota Importante: La inspección preoperacional debe realizarla el **TRABAJADOR** que va ha utilizar el Equipo, si en la inspección arroja un **(SI)** en los anteriores item, **NO SE DEBE USAR,** remplace el equipo por uno en mejores condiciones. En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su HSE quien tomará la decisión más segura.

ITEM	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM		OBSERVACIONES
CONDICION DE LAS CORREAS.	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Las Fibras externas presentan cortadas, desgastes o estan desgarradas, presentan estiramiento excesivo)		✓		✓	✓		✓		✓		✓				
Deterioro (presenta deterioro general)		✓		✓	✓		✓		✓		✓				
Quemaduras (presentan quemaduras)		✓		✓	✓		✓		✓		✓				
PIEZAS MECANICAS , REMACHES, ARGOLLAS EN "D"															
Presenta desgaste excesivo o estan deformados		✓		✓		✓		✓	✓		✓				
Presenta picaduras, grietas, quemaduras o fisuras		✓		✓		✓		✓	✓		✓				
Presenta corrosión		✓		✓		✓		✓	✓		✓				
HEBILLAS															
Presenta deformaciones, dobladuras o desgaste excesivo		✓		✓		✓		✓	✓		✓				
Presenta picaduras, grietas o corrosión		✓		✓		✓		✓	✓		✓				
Presenta defectos de funcionamiento		✓		✓		✓		✓	✓		✓				

ESLINGAS Y ANCLAJES PORTATILES (TIE OFF)

MARCA: — NUMERO DE SERIE: 0321 TIPO: SIN ABSORBEDOR

ITEM	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM		OBSERVACIONES
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Fibras Externas (Presentan quemaduras, cortaduras, desgastes y estiramiento excesiva)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Las partes metalicas presenten corrosion.		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El absorbente de Choque esta en mal estado (Esta activado)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Los conectores presentan desgaste excesivo o deformaciones, picaduras o grietas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Los resortes de los conectores presentan fallas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Los ajustes de los cierres de resorte o de seguridad (enganches) estan en mal estado		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
INSPECCIONADO POR:															
REVISADO POR :															

PROINGENIARQ S.A.S
Proyectos de Ingeniería y Arquitectura

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE ARNES Y ESLINGAS

VERIFIQUE ANTE TODO QUE EL ARNES SEA DE CUERPO ENTERO

SEMANA: DEL DIA 21 MES JULIO AÑO 2025 AL DIA 27 MES JULIO AÑO 2025.

NUMEO DE SERIE: 166 MARCA: INJAFE LUGAR: SEDE SENA TOA MONTERREY

Nota Importante: La inspección preoperacional debe realizarla el **TRABAJADOR** que va ha utilizar el Equipo, si en la inspección arroja un **(SI)** en los anteriores item, **NO SE DEBE USAR,** remplace el equipo por uno en mejores condiciones. En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su HSE quien tomará la decisión más segura.

ITEM	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM		OBSERVACIONES
CONDICION DE LAS CORREAS.	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Las Fibras externas presentan cortadas, desgastes o estan desgarradas, presentan estiramiento excesivo)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Deterioro (presenta deterioro general)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Quemaduras (presentan quemaduras)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
PIEZAS MECANICAS , REMACHES, ARGOLLAS EN "D"															
Presenta desgaste excesivo o estan deformados		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta picaduras, grietas, quemaduras o fisuras		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta corrosión		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
HEBILLAS															
Presenta deformaciones, dobladuras o desgaste excesivo		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta picaduras, grietas o corrosión		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta defectos de funcionamiento		✓		✓		✓		✓		✓		✓			

ESLINGAS Y ANCLAJES PORTATILES (TIE OFF)

MARCA:	NUMERO DE SERIE:												TIPO:		
ITEM	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM		OBSERVACIONES
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Fibras Externas (Presentan quemaduras, cortaduras, desgastes y estiramiento excesiva)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Las partes metalicas presenten corrosion.		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El absorbente de Choque esta en mal estado (Esta activado)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Los conectores presentan desgaste excesivo o deformaciones, picaduras o grietas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Los resortes de los conectores presentan fallas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Los ajustes de los cierres de resorte o de seguridad (enganches) estan en mal estado		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
INSPECCIONADO POR:															

REVISADO POR : FIRMA COPIA

PROINGENIARQ S.A.S
Proyectos de Ingeniería y Arquitectura

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE ARNES Y ESLINGAS

VERIFIQUE ANTE TODO QUE EL ARNES SEA DE CUERPO ENTERO

SEMANA: DEL DIA 21 MES JULIO AÑO 2025 AL DIA 27 MES JULIO AÑO 2025

NUMEO DE SERIE: 410025050096 MARCA: LINKTECH LUGAR: SENA SEDE TUA MONTERREY

Nota Importante: La inspección preoperacional debe realizarla el **TRABAJADOR** que va ha utilizar el Equipo, si en la inspección arroja un **(SI)** en los anteriores item, **NO SE DEBE USAR,** remplace el equipo por uno en mejores condiciones. En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su HSE quien tomará la decisión más segura.

ITEM	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM		OBSERVACIONES
CONDICION DE LAS CORREAS.	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Las Fibras externas presentan cortadas, desgastes o estan desgarradas, presentan estiramiento excesivo)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Deterioro (presenta deterioro general)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Quemaduras (presentan quemaduras)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
PIEZAS MECANICAS , REMACHES, ARGOLLAS EN "D"															
Presenta desgaste excesivo o estan deformados		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta picaduras, grietas, quemaduras o fisuras		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta corrosión		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
HEBILLAS															
Presenta deformaciones, dobladuras o desgaste excesivo		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta picaduras, grietas o corrosión		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta defectos de funcionamiento		✓		✓		✓		✓		✓		✓			

ESLINGAS Y ANCLAJES PORTATILES (TIE OFF)

MARCA: LINKTECH. NUMERO DE SERIE: 3502502007 2 TIPO: SIN ABSORVEDOR.

ITEM	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM		OBSERVACIONES
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Fibras Externas (Presentan quemaduras, cortaduras, desgastes y estiramiento excesiva)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Las partes metalicas presenten corrosion.		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El absorbente de Choque esta en mal estado (Esta activado)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Los conectores presentan desgaste excesivo o deformaciones, picaduras o grietas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Los resortes de los conectores presentan fallas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Los ajustes de los cierres de resorte o de seguridad (enganches) estan en mal estado		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
INSPECCIONADO POR:	JRC		JRC		JRC		JRC		JRC		JRC				

REVISADO POR : ERIKA TOPITA

PROINGENIARQ S.A.S
Proyectos de Ingeniería y Arquitectura

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE ARNES Y ESLINGAS

VERIFIQUE ANTE TODO QUE EL ARNES SEA DE CUERPO ENTERO

SEMANA: DEL DIA 21 MES JULIO AÑO 2025 AL DIA 27 MES JULIO AÑO 2025

NUMEO DE SERIE: 1667LT4C MARCA: LINKTECH. LUGAR: SEDE SENA TIA MONTERREY.

Nota Importante: La inspección preoperacional debe realizarla el **TRABAJADOR** que va ha utilizar el Equipo, si en la inspección arroja un (SI) en los anteriores item, **NO SE DEBE USAR,** remplace el equipo por uno en mejores condiciones. En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su HSE quien tomará la decisión más segura.

ITEM	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM		OBSERVACIONES
CONDICION DE LAS CORREAS.	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Las Fibras externas presentan cortadas, desgastes o estan desgarradas, presentan estiramiento excesivo)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Deterioro (presenta deterioro general)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Quemaduras (presentan quemaduras)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
PIEZAS MECANICAS , REMACHES, ARGOLLAS EN "D"															
Presenta desgaste excesivo o estan deformados		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta picaduras, grietas, quemaduras o fisuras		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta corrosión		✓		✓		✓				✓		✓			
HEBILLAS															
Presenta deformaciones, dobladuras o desgaste excesivo		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta picaduras, grietas o corrosión		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta defectos de funcionamiento		✓		✓		✓		✓		✓		✓			

ESLINGAS Y ANCLAJES PORTATILES (TIE OFF)

MARCA: LINKTECH. NUMERO DE SERIE: 352025020044 TIPO: SIN ABSORVEDOR.

ITEM	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM		OBSERVACIONES
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Fibras Externas (Presentan quemaduras, cortaduras, desgastes y estiramiento excesiva)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Las partes metalicas presenten corrosion.		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El absorbente de Choque esta en mal estado (Esta activado)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Los conectores presentan desgaste excesivo o deformaciones, picaduras o grietas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Los resortes de los conectores presentan fallas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Los ajustes de los cierres de resorte o de seguridad (enganches) estan en mal estado		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
INSPECCIONADO POR:	Fredy Ramón		Fredy Ramón		Fredy Ramón		Fredy Ramón		Fredy Ramón		Fredy Ramón				

REVISADO POR : ERIKA ESPITIA

PROINGENIARQ S.A.S
Proyectos de Ingeniería y Arquitectura

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE ARNES Y ESLINGAS

VERIFIQUE ANTE TODO QUE EL ARNES SEA DE CUERPO ENTERO

SEMANA: DEL DIA 28 MES JULIO AÑO 2025 AL DIA 03 MES AGOSTO AÑO 2025.

NUMEO DE SERIE: 4110025050096 MARCA: LINKTECH LUGAR: SENA SDE TUL MONTERREY

Nota Importante: La inspección preoperacional debe realizarla el **TRABAJADOR** que va ha utilizar el Equipo, si en la inspección arroja un **(SI)** en los anteriores item, **NO SE DEBE USAR,** remplace el equipo por uno en mejores condiciones. En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su HSE quien tomará la decisión más segura.

ITEM	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM		OBSERVACIONES
CONDICION DE LAS CORREAS.	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Las Fibras externas presentan cortadas, desgastes o estan desgarradas, presentan estiramiento excesivo)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Deterioro (presenta deterioro general)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Quemaduras (presentan quemaduras)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
PIEZAS MECANICAS , REMACHES, ARGOLLAS EN "D"															
Presenta desgaste excesivo o estan deformados		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta picaduras, grietas, quemaduras o fisuras		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta corrosión		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
HEBILLAS															
Presenta deformaciones, dobladuras o desgaste excesivo		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta picaduras, grietas o corrosión		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta defectos de funcionamiento		✓		✓		✓		✓		✓		✓			

ESLINGAS Y ANCLAJES PORTATILES (TIE OFF)

MARCA: LINKTECH NUMERO DE SERIE: 3501250200772 TIPO: SIN POSICIONADOR

ITEM	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM		OBSERVACIONES
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Fibras Externas (Presentan quemaduras, cortaduras, desgastes y estiramiento excesiva)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Las partes metalicas presenten corrosion.		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El absorbente de Choque esta en mal estado (Esta activado)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Los conectores presentan desgaste excesivo o deformaciones, picaduras o grietas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Los resortes de los conectores presentan fallas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Los ajustes de los cierres de resorte o de seguridad (enganches) estan en mal estado		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
INSPECCIONADO POR:	RC		JRC		JRC		JRC		JRC		JRC				

REVISADO POR : ERIKA ESPITIA

PROINGENIARQ S.A.S
Proyectos de Ingeniería y Arquitectura

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE ARNES Y ESLINGAS

VERIFIQUE ANTE TODO QUE EL ARNES SEA DE CUERPO ENTERO

SEMANA: DEL DIA 28 MES JULIO AÑO 2025 AL DIA 03 MES AGOSTO AÑO 2025.

NUMEO DE SERIE: LTYC | MARCA: LINKTECH. | LUGAR: SEDE SENA TIA MONTERREY

Nota Importante: La inspección preoperacional debe realizarla el **TRABAJADOR** que va ha utilizar el Equipo, si en la inspección arroja un **(SI)** en los anteriores item, **NO SE DEBE USAR,** remplace el equipo por uno en mejores condiciones. En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su HSE quien tomará la decisión más segura.

ITEM	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM		OBSERVACIONES
CONDICION DE LAS CORREAS.	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Las Fibras externas presentan cortadas, desgastes o estan desgarradas, presentan estiramiento excesivo)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Deterioro (presenta deterioro general)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Quemaduras (presentan quemaduras)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
PIEZAS MECANICAS , REMACHES, ARGOLLAS EN "D"															
Presenta desgaste excesivo o estan deformados		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta picaduras, grietas, quemaduras o fisuras		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta corrosión		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
HEBILLAS															
Presenta deformaciones, dobladuras o desgaste excesivo		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta picaduras, grietas o corrosión		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta defectos de funcionamiento		✓		✓		✓		✓		✓		✓			

ESLINGAS Y ANCLAJES PORTATILES (TIE OFF)

MARCA: LINKTECH | NUMERO DE SERIE: 3520250200114 | TIPO: SIN ABSORBEDOR

ITEM	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM		OBSERVACIONES
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Fibras Externas (Presentan quemaduras, cortaduras, desgastes y estiramiento excesiva)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Las partes metalicas presenten corrosion.		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El absorbente de Choque esta en mal estado (Esta activado)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Los conectores presentan desgaste excesivo o deformaciones, picaduras o grietas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Los resortes de los conectores presentan fallas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Los ajustes de los cierres de resorte o de seguridad (enganches) estan en mal estado		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
INSPECCIONADO POR:															

REVISADO POR : ERIKA TORITA

PROINGENIARQ S.A.S
Proyectos de Ingeniería y Arquitectura

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE ARNES Y ESLINGAS

VERIFIQUE ANTE TODO QUE EL ARNES SEA DE CUERPO ENTERO

SEMANA: DEL DIA 28 MES JULIO AÑO 2025 AL DIA 03 MES AGOSTO AÑO 2025.

NUMEO DE SERIE: 166 MARCA: INJAFE LUGAR: SEDE SENA TLA MONTERREY.

Nota Importante: La inspección preoperacional debe realizarla el **TRABAJADOR** que va ha utilizar el Equipo, si en la inspección arroja un **(SI)** en los anteriores item, **NO SE DEBE USAR,** remplace el equipo por uno en mejores condiciones. En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su HSE quien tomará la decisión más segura.

ITEM	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM		OBSERVACIONES
CONDICION DE LAS CORREAS.	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Las Fibras externas presentan cortadas, desgastes o estan desgarradas, presentan estiramiento excesivo)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Deterioro (presenta deterioro general)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Quemaduras (presentan quemaduras)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
PIEZAS MECANICAS , REMACHES, ARGOLLAS EN "D"															
Presenta desgaste excesivo o estan deformados		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta picaduras, grietas, quemaduras o fisuras		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta corrosión		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
HEBILLAS															
Presenta deformaciones, dobladuras o desgaste excesivo		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta picaduras, grietas o corrosión		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta defectos de funcionamiento		✓		✓		✓		✓		✓		✓			

ESLINGAS Y ANCLAJES PORTATILES (TIE OFF)

MARCA: Linral NUMERO DE SERIE: 0321 TIPO: SIN ABSORBEDOR

ITEM	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM		OBSERVACIONES
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Fibras Externas (Presentan quemaduras, cortaduras, desgastes y estiramiento excesiva)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Las partes metalicas presenten corrosion.		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El absorbente de Choque esta en mal estado (Esta activado)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Los conectores presentan desgaste excesivo o deformaciones, picaduras o grietas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Los resortes de los conectores presentan fallas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Los ajustes de los cierres de resorte o de seguridad (enganches) estan en mal estado		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
INSPECCIONADO POR:	Cesar		Cesar		Cesar		Cesar		Cesar		Cesar				

REVISADO POR : TRINA ESPITIA

PROINGENIARQ S.A.S
Proyectos de Ingeniería y Arquitectura

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE ARNES Y ESLINGAS

VERIFIQUE ANTE TODO QUE EL ARNES SEA DE CUERPO ENTERO

SEMANA: DEL DIA 07 MES JULIO AÑO 2024 AL DIA 13 MES JULIO AÑO 2024

NUMEO DE SERIE: 166 MARCA: INSAFE LUGAR: SEDE SENA TUA MONTERREY

Nota Importante: La inspección preoperacional debe realizarla el **TRABAJADOR** que va ha utilizar el Equipo, si en la inspección arroja un (SI) en los anteriores item, **NO SE DEBE USAR,** remplace el equipo por uno en mejores condiciones. En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su HSE quien tomará la decisión más segura.

ITEM	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM		OBSERVACIONES
CONDICION DE LAS CORREAS.	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Las Fibras externas presentan cortadas, desgastes o estan desgarradas, presentan estiramiento excesivo)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Deterioro (presenta deterioro general)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Quemaduras (presentan quemaduras)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
PIEZAS MECANICAS , REMACHES, ARGOLLAS EN "D"															
Presenta desgaste excesivo o estan deformados		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta picaduras, grietas, quemaduras o fisuras		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta corrosión		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
HEBILLAS															
Presenta deformaciones, dobladuras o desgaste excesivo		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta picaduras, grietas o corrosión		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta defectos de funcionamiento		✓		✓		✓		✓		✓		✓			

ESLINGAS Y ANCLAJES PORTATILES (TIE OFF)

MARCA: N/A NUMERO DE SERIE: 0321. TIPO: SIN ABSORVEDOR

ITEM	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM		OBSERVACIONES
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Fibras Externas (Presentan quemaduras, cortaduras, desgastes y estiramiento excesiva)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Las partes metalicas presenten corrosion.		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El absorbente de Choque esta en mal estado (Esta activado)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Los conectores presentan desgaste excesivo o deformaciones, picaduras o grietas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Los resortes de los conectores presentan fallas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Los ajustes de los cierres de resorte o de seguridad (enganches) estan en mal estado		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
INSPECCIONADO POR:	Cesar		Cesar		Cesar		Cesar		Cesar		Cesar				

REVISADO POR : [illegible]

PROINGENIARQ S.A.S
Proyectos de Ingeniería y Arquitectura

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE ARNES Y ESLINGAS

VERIFIQUE ANTE TODO QUE EL ARNES SEA DE CUERPO ENTERO

SEMANA: DEL DIA 30 MES JUNIO AÑO 2025 AL DIA 06 MES JULIO AÑO 2025.

NUMEO DE SERIE: 410025050046 MARCA: LINKTECH LUGAR: SEDE SENA TUA MONTERREY.

Nota Importante: La inspección preoperacional debe realizarla el **TRABAJADOR** que va ha utilizar el Equipo, si en la inspección arroja un (SI) en los anteriores item, **NO SE DEBE USAR,** remplace el equipo por uno en mejores condiciones. En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su HSE quien tomará la decisión más segura.

ITEM	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM		OBSERVACIONES
CONDICION DE LAS CORREAS.	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Las Fibras externas presentan cortadas, desgastes o estan desgarradas, presentan estiramiento excesivo)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Deterioro (presenta deterioro general)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Quemaduras (presentan quemaduras)		✓		✓		✓		✓				✓			
PIEZAS MECANICAS , REMACHES, ARGOLLAS EN "D"															
Presenta desgaste excesivo o estan deformados		✓		✓		✓		✓		✓					
Presenta picaduras, grietas, quemaduras o fisuras		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta corrosión		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
HEBILLAS															
Presenta deformaciones, dobladuras o desgaste excesivo		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta picaduras, grietas o corrosión		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta defectos de funcionamiento		✓		✓		✓		✓		✓		✓			

ESLINGAS Y ANCLAJES PORTATILES (TIE OFF)

MARCA: LINK TECH NUMERO DE SERIE: 3502502007 7 TIPO: SIN ABSORVEDOR

ITEM	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM		OBSERVACIONES
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Fibras Externas (Presentan quemaduras, cortaduras, desgastes y estiramiento excesiva)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Las partes metalicas presenten corrosion.		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El absorbente de Choque esta en mal estado (Esta activado)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Los conectores presentan desgaste excesivo o deformaciones, picaduras o grietas		✓		✓		✓		✓		✓					
Los resortes de los conectores presentan fallas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Los ajustes de los cierres de resorte o de seguridad (enganches) estan en mal estado		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
INSPECCIONADO POR:															
REVISADO POR : Erika Estrada															

PROINGENIARQ S.A.S
Proyectos de Ingeniería y Arquitectura

INSPECCIÒN PREOPERACIONAL DE ARNES Y ESLINGAS

VERIFIQUE ANTE TODO QUE EL ARNES SEA DE CUERPO ENTERO

SEMANA: DEL DIA 30 MES JUNIO AÑO 2025 AL DIA 06 MES JULIO AÑO 2025

NUMEO DE SERIE: LT4C | MARCA: LINETECH | LUGAR: SEDE SENA TLA MONTERREY

Nota Importante: La inspección preoperacional debe realizarla el **TRABAJADOR** que va ha utilizar el Equipo, si en la inspección arroja un **(SI)** en los anteriores item, **NO SE DEBE USAR,** remplace el equipo por uno en mejores condiciones. En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su HSE quien tomará la decisión más segura.

ITEM	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM		OBSERVACIONES
CONDICION DE LAS CORREAS.	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Las Fibras externas presentan cortadas, desgastes o estan desgarradas, presentan estiramiento excesivo)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Deterioro (presenta deterioro general)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Quemaduras (presentan quemaduras)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
PIEZAS MECANICAS , REMACHES, ARGOLLAS EN "D"															
Presenta desgaste excesivo o estan deformados		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta picaduras, grietas, quemaduras o fisuras		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta corrosión		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
HEBILLAS															
Presenta deformaciones, dobladuras o desgaste excesivo		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta picaduras, grietas o corrosión		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta defectos de funcionamiento		✓		✓		✓		✓		✓		✓			

ESLINGAS Y ANCLAJES PORTATILES (TIE OFF)

MARCA:	NUMERO DE SERIE:											TIPO:		
ITEM	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM		OBSERVACIONES
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Fibras Externas (Presentan quemaduras, cortaduras, desgastes y estiramiento excesiva)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Las partes metalicas presenten corrosion.		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El absorbente de Choque esta en mal estado (Esta activado)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Los conectores presentan desgaste excesivo o deformaciones, picaduras o grietas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Los resortes de los conectores presentan fallas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Los ajustes de los cierres de resorte o de seguridad (enganches) estan en mal estado		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
INSPECCIONADO POR:	Freddy Rincón		Freddy Rincón		Freddy Rincón		Freddy Rincon		Freddy Rincon		Freddy Rincon				
REVISADO POR :	[illegible]														

PROINGENIARQ S.A.S
Proyectos de Ingeniería y Arquitectura

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE ARNES Y ESLINGAS

VERIFIQUE ANTE TODO QUE EL ARNES SEA DE CUERPO ENTERO

SEMANA: DEL DIA 30 MES JUNIO AÑO 2025 AL DIA 06 MES JULIO AÑO 2025

NUMEO DE SERIE: 166 MARCA: INJAFE LUGAR: SEDE SENA TIA MONTERREY

Nota Importante: La inspección preoperacional debe realizarla el **TRABAJADOR** que va ha utilizar el Equipo, si en la inspección arroja un **(SI)** en los anteriores item, **NO SE DEBE USAR,** remplace el equipo por uno en mejores condiciones. En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su HSE quien tomará la decisión más segura.

ITEM	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM		OBSERVACIONES
CONDICION DE LAS CORREAS.	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Las Fibras externas presentan cortadas, desgastes o estan desgarradas, presentan estiramiento excesivo)	✓		✓			✓		✓		✓		✓			
Deterioro (presenta deterioro general)	✓		✓			✓		✓		✓		✓			
Quemaduras (presentan quemaduras)	✓		✓			✓		✓		✓		✓			
PIEZAS MECANICAS , REMACHES, ARGOLLAS EN "D"													✓		
Presenta desgaste excesivo o estan deformados	✓		✓			✓		✓		✓		✓			
Presenta picaduras, grietas, quemaduras o fisuras	✓		✓			✓		✓		✓		✓			
Presenta corrosión	✓		✓			✓		✓		✓		✓			
HEBILLAS															
Presenta deformaciones, dobladuras o desgaste excesivo	✓		✓			✓		✓		✓		✓			
Presenta picaduras, grietas o corrosión	✓		✓			✓		✓		✓		✓			
Presenta defectos de funcionamiento	✓		✓			✓		✓		✓		✓			

ESLINGAS Y ANCLAJES PORTATILES (TIE OFF)

MARCA: LINK TECH NUMERO DE SERIE: LT35R TIPO: SIN ABSORVEDOR

ITEM	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM		OBSERVACIONES
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Fibras Externas (Presentan quemaduras, cortaduras, desgastes y estiramiento excesiva)	✓		✓			✓		✓		✓		✓			
Las partes metalicas presenten corrosion.	✓		✓			✓		✓		✓		✓			
El absorbente de Choque esta en mal estado (Esta activado)	✓		✓			✓		✓		✓		✓			
Los conectores presentan desgaste excesivo o deformaciones, picaduras o grietas	✓		✓			✓		✓		✓		✓			
Los resortes de los conectores presentan fallas	✓		✓			✓		✓		✓		✓			
Los ajustes de los cierres de resorte o de seguridad (enganches) estan en mal estado	✓		✓			✓		✓		✓		✓			
INSPECCIONADO POR:	Cesar		Cesar		Cesar		Cesar		Cesar		Cesar				

REVISADO POR : IRMA ESPITIA

PROINGENIARQ S.A.S
Proyectos de Ingeniería y Arquitectura

PROCESO GESTION HSE

LISTA DE CHEQUEO PARA PULIDORA

INSPECCIONADO POR: JUAN RINCÓN
LOCALIZACION: SUBESTACION SENDA
PROYECTO: COMPCENTRO 7755222-25
MARCA: BOSH
SERIE: GWS 2200-230
PERIODO: DEL 28 AL 03 MES AGOSTO AÑO 2025.

ITEM	LISTADO	SEGUIMIENTO DE LA SEMANA													
		LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
1	Las conexiones electricas de la pulidora se encuentran en buen estado?	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
2	el disco ajusta correctamente en el mecanismo de la pulidora?	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
3	El disco intalado es apropiadao para las revoluciones de operacion de la pulidora?	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
4	La pulidora cuenta con acoples adecuados para sus accesorios?	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
5	El mango esta en buen estado e instalado correctamente?	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
6	El interruptor ON/OFF de la pulidora y su seguro son operativos?	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
7	La guarda es firme y esta en buen estado?	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
8	El disco usado en la pulidora es el adecuado para la tarea que se ejecuta?	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
9	El estado generai de ia pulidora es adecuado (Carcasa, aseo)?	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
10	Se utilizan adecuadamente y estan en buen esatdo los EPP?	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
11	Estado del disco	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
12	Estado de la careta (Se ajusta de manera firme?)	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
13	Se ha previsto el uso de manparas de contension para la generacion de chispas?	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
14	Se ha verificado la ausencia de materiales combustibles cerca del area de influencia de la pulidora?	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
	Vo. Bo.	FIRMA		FIRMA		FIRMA		FIRMA		FIRMA					

OBSERVACIONES:

Leonard David Acuña C.
NOMBRE DEL SUPERVISOR

FIRMA

28-07-25
FECHA

PROINGENIARQ S.A.S
Proyectos de Ingeniería y Arquitectura

PROCESO DE GESTION HSE

LISTA PARA CHEQUEO DE TALADRO ELECTRICO

DILIGENCIADA POR: JUAN RINCON **PROYECTO:** COMPCENTRE 7755222-25

UBICACIÓN: SENA SEDE TIBA **SEMANA DEL** 28 **AL** 03 **MES** AGOSTO **AÑO** 2025

REFERENCIA Y SERIE: HR2470. **FABRICANTE:** MAKITA

ITEM	LISTADO	REGISTRO SEMANAL																				
		LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO		
		SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA
1	Se ha tramitado / diligenciado el permiso de trabajo para realizar la actividad	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
2	Se ha realizado charla de seguridad antes de iniciar el trabajo	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
3	Existe un AST o Análisis de Riesgo vigente para la tarea y los controles recomendados han sido dispuestos	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
4	Se ha señalizado / aislado el área de trabajo	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
5	El taladro está limpio? (sin grasa, aceite u óxido)	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
6	la broca se posiciona recta al mandril y es ajustada correctamente por el mismo?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
8	El cable de alimentación eléctrica esta en buen estado? (sin bultos, empalmes, cortaduras, y su temperatura en funcionamiento es normal)	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
9	La tarea que se va a realizar permite operar el taladro de manera tal que forme ángulo de 90° con la superficie.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
10	Tiene la broca apropiada para el material que se va a perforar	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
11	El interruptor del taladro es sensible a la presión (se apaga el taladro al soltar el gatillo)	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
12	Descarto la presencia de conductores eléctricos o fluidos en el área que se pretende perforar.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
13	Los EPP se encuentran en buen estado? (Gafas, guantes, protectores audivos, proteccion respiratoria)	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	V°B°	FIRMA			FIRMA			FIRMA			FIRMA			FIRMA			FIRMA					

RECOMENDACIONES

· Cuando taladre debe usar el EPP básico (guantes, lentes, tapa oídos).

· Recuerde descartar la presencia de conductores eléctricos o fluidos en el área que se pretende perforar.

· -Si se taladra materiales que generen virutas volátiles se debe usar protección respiratoria y ubicarse de tal forma que no respire las partiículas (Dando la espalda al viento).

· Prevenir lesiones, si usa taladro demoledor recuerde realizar calentamiento muscular y planear pausas activas mientras realiza la labor.

OBSERVACIONES:

SUSPENDER LA ACTIVIDAD EN CASO DE TORMENTAS ELECTRICAS

Yo, como Autoridad ejecutante he revisado que los controles han sido seguidos y me comprometo a cumplir con todas las normas y recomendaciones de seguridad en el trabajo.

Nombre Ejecutante: JUAN RINCON Firma: Fecha: 28-07-25

FIRMA FIRMA 29-07-25

PROINGENIARQ S.A.S
Proyectos de Ingeniería y Arquitectura

PROCESO DE GESTION HSE

LISTA PARA CHEQUEO DE TALADRO ELECTRICO

DILIGENCIADA POR: JUAN RINCON. **PROYECTO:** COBIERTAS

UBICACIÓN: SENA MONTERREY **SEMANA DEL** 07 **AL** 13 **MES** 07 **AÑO** 25

REFERENCIA Y SERIE: HR2470 **FABRICANTE:** MAKITA.

ITEM	LISTADO	REGISTRO SEMANAL																					
		LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			
		SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	
1	Se ha tramitado / diligenciado el permiso de trabajo para realizar la actividad	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
2	Se ha realizado charla de seguridad antes de iniciar el trabajo	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
3	Existe un AST o Análisis de Riesgo vigente para la tarea y los controles recomendados han sido dispuestos	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
4	Se ha señalizado / aislado el área de trabajo	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
5	El taladro está limpio? (sin grasa, aceite u óxido)	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
6	la broca se posiciona recta al mandril y es ajustada correctamente por el mismo?	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
8	El cable de alimentación eléctrica esta en buen estado? (sin bultos, empalmes, cortaduras, y su temperatura en funcionamiento es normal)	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
9	La tarea que se va a realizar permite operar el taladro de manera tal que forme ángulo de 90° con la superficie.	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
10	Tiene la broca apropiada para el material que se va a perforar	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
11	El interruptor del taladro es sensible a la presión (se apaga el taladro al soltar el gatillo)	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
12	Descarto la presencia de conductores eléctricos o fluidos en el área que se pretende perforar.	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
13	Los EPP se encuentran en buen estado? (Gafas, guantes, protectores audivos, proteccion respiratoria)	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
	V°B°	ELKIN			ELKIN			JUAN			ELKIN			ELKIN			ERIKA						

RECOMENDACIONES

- Cuando taladre debe usar el EPP básico (guantes, lentes, tapa oídos).
- Recuerde descartar la presencia de conductores eléctricos o fluidos en el área que se pretende perforar.
- -Si se taladra materiales que generen virutas volátiles se debe usar protección respiratoria y ubicarse de tal forma que no respire las partiículas (Dando la espalda al viento).
- Prevenir lesiones, si usa taladro demoledor recuerde realizar calentamiento muscular y planear pausas activas mientras realiza la labor.

OBSERVACIONES:

SUSPENDER LA ACTIVIDAD EN CASO DE TORMENTAS ELECTRICAS

Yo, como Autoridad ejecutante he revisado que los controles han sido seguidos y me comprometo a cumplir con todas las normas y recomendaciones de seguridad en el trabajo.

Nombre Ejecutante: JUAN. RINCÓN Firma: Fecha: 08/07/25

PROINGENIARQ S.A.S
Proyectos de Ingeniería y Arquitectura

PROCESO DE GESTION HSE

LISTA PARA CHEQUEO DE TALADRO ELECTRICO

DILIGENCIADA POR: JOSE CRUZ ... **PROYECTO:** COBIERTAS

UBICACIÓN: SENA MONTERIA **SEMANA DEL** 14 **AL** 20 **MES** JULIO **AÑO** 2025

REFERENCIA Y SERIE: HR2470 **FABRICANTE:** MAKITA

ITEM	LISTADO	REGISTRO SEMANAL																							
		LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO					
		SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA			
1	Se ha tramitado / diligenciado el permiso de trabajo para realizar la actividad	✓			✓			✓			✓			✓			✓								
2	Se ha realizado charla de seguridad antes de iniciar el trabajo	✓			✓			✓			✓			✓			✓								
3	Existe un AST o Análisis de Riesgo vigente para la tarea y los controles recomendados han sido dispuestos	✓			✓			✓			✓			✓			✓								
4	Se ha señalizado / aislado el área de trabajo	✓			✓			✓			✓			✓			✓								
5	El taladro está limpio? (sin grasa, aceite u óxido)	✓			✓			✓			✓			✓			✓								
6	la broca se posiciona recta al mandril y es ajustada correctamente por el mismo?	✓			✓			✓			✓			✓			✓								
8	El cable de alimentación eléctrica esta en buen estado? (sin bultos, empalmes, cortaduras, y su temperatura en funcionamiento es normal)	✓			✓			✓			✓			✓			✓								
9	La tarea que se va a realizar permite operar el taladro de manera tal que forme ángulo de 90° con la superficie.	✓			✓			✓			✓			✓			✓								
10	Tiene la broca apropiada para el material que se va a perforar	✓			✓			✓			✓			✓			✓								
11	El interruptor del taladro es sensible a la presión (se apaga el taladro al soltar el gatillo)	✓			✓			✓			✓			✓			✓								
12	Descarto la presencia de conductores eléctricos o fluidos en el área que se pretende perforar.	✓			✓			✓			✓			✓			✓								
13	Los EPP se encuentran en buen estado? (Gafas, guantes, protectores audivos, proteccion respiratoria)	✓			✓			✓			✓			✓			✓								
	V°B°	JOSE CRUZ			JOSE CRUZ			JOSE CRUZ			JOSE CRUZ			JOSE CRUZ			JOSE CRUZ								

RECOMENDACIONES

- Cuando taladre debe usar el EPP básico (guantes, lentes, tapa oídos).
- Recuerde descartar la presencia de conductores eléctricos o fluidos en el área que se pretende perforar.
- -Si se taladra materiales que generen virutas volátiles se debe usar protección respiratoria y ubicarse de tal forma que no respire las partiiculas (Dando la espalda al viento).
- Prevenir lesiones, si usa taladro demoledor recuerde realizar calentamiento muscular y planear pausas activas mientras realiza la labor.

OBSERVACIONES:

SUSPENDER LA ACTIVIDAD EN CASO DE TORMENTAS ELECTRICAS

Yo, como Autoridad ejecutante he revisado que los controles han sido seguidos y me comprometo a cumplir con todas las normas y recomendaciones de seguridad en el trabajo.

Nombre Ejecutante: JOSE CRUZ Firma: Fecha: 14-07-25

JOSE CRUZ JOSE CRUZ 14-07-25

PROINGENIARQ S.A.S
Proyectos de Ingeniería y Arquitectura

PROCESO GESTION HSE

LISTA DE CHEQUEO PARA PULIDORA

INSPECCIONADO POR: JUAN. RINCON.
LOCALIZACION: SUB. SENA SEDE TUA **PROYECTO:** COL PCCNTR 7755222-25.
MARCA: BOSH.
SERIE: 6 WS. 2200-230.
PERIODO: DEL 30 AL 07 MES JULIO AÑO 2025.

ITEM	LISTADO	SEGUIMIENTO DE LA SEMANA													
		LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
1	Las conexiones electricas de la pulidora se encuentran en buen estado?	SI		SI		SI		SI		SI		SI			/
2	el disco ajusta correctamente en el mecanismo de la pulidora?	SI		SI		SI		SI		SI		SI		/	
3	El disco intalado es apropiadao para las revoluciones de operacion de la pulidora?	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
4	La pulidora cuenta con acoples adecuados para sus accesorios?	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
5	El mango esta en buen estado e instalado correctamente?	SI		SI		SI		SI		SI		SI			/
6	El interruptor ON/OFF de la pulidora y su seguro son operativos?	SI		SI		SI		SI		SI		SI		/	
7	La guarda es firme y esta en buen estado?	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
8	El disco usado en la pulidora es el adecuado para la tarea que se ejecuta?	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
9	El estado general de la pulidora es adecuado (Carcasa, aseo)?	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
10	Se utilizan adecuadamente y estan en buen esatdo los EPP?	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
11	Estado del disco	SI		SI		SI		SI		SI		SI			/
12	Estado de la careta (Se ajusta de manera firme?)	SI		SI		SI		SI		SI		SI		/	
13	Se ha previsto el uso de manparas de contension para la generacion de chispas?	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
14	Se ha verificado la ausencia de materiales combustibles cerca del area de influencia de la pulidora?	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
	Vo. Bo.	FIRMA		FIRMA		FIRMA		FIRMA		FIRMA		FIRMA			

OBSERVACIONES:

Leonard David Acevedo C.
NOMBRE DEL SUPERVISOR

FIRMA

30/07/25
FECHA

PROINGENIARQ S.A.S Proyectos de Ingeniería y Arquitectura	PROCESO GESTION HSE
	LISTA DE CHEQUEO PARA PULIDORA

INSPECCIONADO POR: JUAN RINCON

LOCALIZACION: SUB SEDE SENA TUA PROYECTO: CONTRATO 7755222-25

MARCA: BOSH.

SERIE: GWS 2200-230 PERIODO: DEL 07 AL 13 MES JULIO AÑO 2025

ITEM	LISTADO	SEGUIMIENTO DE LA SEMANA													
		LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
1	Las conexiones electricas de la pulidora se encuentran en buen estado?	Si		Si		Si		Si		Si		Si			
2	el disco ajusta correctamente en el mecanismo de la pulidora?	Si		Si		Si		Si		Si		Si			
3	El disco intalado es apropiadao para las revoluciones de operacion de la pulidora?	Si		Si		Si		Si		Si		Si			
4	La pulidora cuenta con acoples adecuados para sus accesorios?	Si		Si		Si		Si		Si		Si			
5	El mango esta en buen estado e instalado correctamente?	Si		Si		Si		Si		Si		Si			
6	El interruptor ON/OFF de la pulidora y su seguro son operativos?	Si		Si		Si		Si		Si		Si			
7	La guarda es firme y esta en buen estado?	Si		Si		Si		Si		Si		Si			
8	El disco usado en la pulidora es el adecuado para la tarea que se ejecuta?	Si		Si		Si		Si		Si		Si			
9	El estado general de la pulidora es adecuado (Carcasa, aseo)?	Si		Si		Si		Si		Si		Si			
10	Se utilizan adecuadamente y estan en buen esatdo los EPP?	Si		Si		Si		Si		Si		Si			
11	Estado del disco	Si		Si		Si		Si		Si		Si			
12	Estado de la careta (Se ajusta de manera firme?)	Si		Si		Si		Si		Si		Si			
13	Se ha previsto el uso de manparas de contension para la generacion de chispas?	Si		Si		Si		Si		Si		Si			
14	Se ha verificado la ausencia de materiales combustibles cerca del area de influencia de la pulidora?	Si		Si		Si		Si		Si		Si			
	Vo. Bo.	Firma.		Firma		Firma		Firma		Firma		Firma			

OBSERVACIONES:

David Acevedo.
NOMBRE DEL SUPERVISOR

FIRMA

FECHA

PROINGENIARQ S.A.S
Proyectos de Ingeniería y Arquitectura

PROCESO GESTION HSE

LISTA DE CHEQUEO PARA PULIDORA

INSPECCIONADO POR: JOSE CRINCORETO.
LOCALIZACION: SENA SEDE TIA MONTERREY **PROYECTO:** C01 PCCNTR7755222-25
MARCA: BOSH
SERIE: GWS 2200-230
PERIODO: DEL 14 AL 20 MES JULIO AÑO 2025.

ITEM	LISTADO	SEGUIMIENTO DE LA SEMANA													
		LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
1	Las conexiones electricas de la pulidora se encuentran en buen estado?	Si		Si		Si		Si		Si		Si			
2	el disco ajusta correctamente en el mecanismo de la pulidora?	Si		Si		Si		Si		Si		Si			
3	El disco intalado es apropiadao para las revoluciones de operacion de la pulidora?	Si		Si		Si		Si		Si		Si			
4	La pulidora cuenta con acoples adecuados para sus accesorios?	Si		Si		Si		Si		Si		Si			
5	El mango esta en buen estado e instalado correctamente?	Si		Si		Si		Si		Si		Si			
6	El interruptor ON/OFF de la pulidora y su seguro son operativos?	Si		Si		Si		Si		Si		Si			
7	La guarda es firme y esta en buen estado?	Si		Si		Si		Si		Si		Si			
8	El disco usado en la pulidora es el adecuado para la tarea que se ejecuta?	Si		Si		Si		Si		Si		Si			
9	El estado general de la pulidora es adecuado (Carcasa, aseo)?	Si		Si		Si		Si		Si		Si			
10	Se utilizan adecuadamente y estan en buen esatdo los EPP?	Si		Si		Si		Si		Si		Si			
11	Estado del disco	Si		Si		Si		Si		Si		Si			
12	Estado de la careta (Se ajusta de manera firme?)	Si		Si		Si		Si		Si		Si			
13	Se ha previsto el uso de manparas de contension para la generacion de chispas?	Si		Si		Si		Si		Si		Si			
14	Se ha verificado la ausencia de materiales combustibles cerca del area de influencia de la pulidora?	Si		Si		Si		Si		Si		Si			
		Firma		Firma		Firma		Firma		Firma		Firma			
	Vo. Bo.	JRG		JRG		JRG		JRG		JRG		JRG			

OBSERVACIONES:

Leonard David A.
NOMBRE DEL SUPERVISOR

FIRMA

FECHA

PROINGENIARQ S.A.S
Proyectos de Ingeniería y Arquitectura

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE MEZCLADORA PORTÁTIL

PROYECTO: C01 PCCNTR 7755228/25 MARCA: WAG NÚMERO DE EQUIPO: 1

INSPECCIONADO POR: JUAN RINCON. LOCALIZACIÓN: SUBSEDE SENA TUA MONTERREY

SEMANA: DEL 07 JULIO AL 13 DEL AÑO 2025.

DESCRIPCIÓN		CANTIDAD	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
			B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
TROMPO	Llantas en buen estado	2	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Ejes en buen estado (Sin torceduras)	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estructura de soporte en buena condición	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Balinera y bujes de rotación	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Mecanismo de giro para vaciado	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Palanca de giro para vaciado	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Seguro en buen estado	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Corona de rotación del trompo	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ESTADO MECÁNICO	Patas de anclaje en buenas condiciones	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Motor en buena condicion	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Tubo de escape en buena condicion	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado de pasadores (bastidor)	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Resguardos correas motor.	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Resguardos mecanismos de giro trompo	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Tapa del motor con seguro	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Clutch de giro del trompo	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Corona de arranque del motor	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Control de fugas de combustible															
	Control de fugas hidraulicas															
OTROS																
Vo.Bo. SUPERVISOR																

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si _____ no X Fecha de Corrección: _____ Resp. De corrección _____

FIRMA DEL OPERADOR

FIRMA DEL SUPERVISOR

ACCIÓN PROPUESTA	FECHA PROPUESTA	FECHA EJECUCIÓN	RESPONSABLE

NOTA IMPORTANTE: La inspección preoperacional debe realizarla UNICAMENTE el OPERADOR del Equipo. En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su JEFE INMEDIATO quien tomará la decisión más segura.

PROINGENIARQ S.A.S
Proyectos de Ingeniería y Arquitectura

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE MEZCLADORA PORTÁTIL

PROYECTO: C01 PeeNTR 775528/25 MARCA: WAG NÚMERO DE EQUIPO: 1

INSPECCIONADO POR: JOSE CLINTON CHU. LOCALIZACIÓN: SENA SEDE TUA MONTERREY

SEMANA: DEL 14 AL 20 JULIO DEL AÑO 2025

DESCRIPCIÓN		CANTIDAD	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
			B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
TROMPO	Llantas en buen estado	2	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Ejes en buen estado (Sin torceduras)	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estructura de soporte en buena condición	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Balinera y bujes de rotación	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Mecanismo de giro para vaciado	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Palanca de giro para vaciado	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Seguro en buen estado	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Corona de rotación del trompo	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ESTADO MECÁNICO	Patas de anclaje en buenas condiciones	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Motor en buena condicion	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Tubo de escape en buena condicion	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado de pasadores (bastidor)	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Resguardos correas motor.	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Resguardos mecanismos de giro trompo	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Tapa del motor con seguro	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Clutch de giro del trompo	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Corona de arranque del motor	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Control de fugas de combustible	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Control de fugas hidraulicas															
OTROS																
Vo.Bo. SUPERVISOR																

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si _____ no X Fecha de Corrección: _____ Resp. De corrección _____

FIRMA DEL OPERADOR

FIRMA DEL SUPERVISOR

ACCIÓN PROPUESTA	FECHA PROPUESTA	FECHA EJECUCIÓN	RESPONSABLE

NOTA IMPORTANTE: La inspección preoperacional debe realizarla UNICAMENTE el OPERADOR del Equipo. En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su JEFE INMEDIATO quien tomará la decisión más segura.

PROINGENIARQ S.A.S
Proyectos de Ingeniería y Arquitectura

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE ARNES Y ESLINGAS

VERIFIQUE ANTE TODO QUE EL ARNES SEA DE CUERPO ENTERO

SEMANA: DEL DIA 19 MES Agosto AÑO 2023 AL DIA 25 MES Agosto AÑO 2023.

NUMEO DE SERIE: 41202503026L MARCA: LINE TECH. LUGAR: SENA MONTERREY CASANARE.

Nota Importante: La inspección preoperacional debe realizarla el **TRABAJADOR** que va ha utilizar el Equipo, si en la inspección arroja un **(SI)** en los anteriores item, **NO SE DEBE USAR,** remplace el equipo por uno en mejores condiciones. En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su HSE quien tomará la decisión más segura.

ITEM	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM		OBSERVACIONES
CONDICION DE LAS CORREAS.	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Las Fibras externas presentan cortadas, desgastes o estan desgarradas, presentan estiramiento excesivo)		✓		✓		✓	✓		✓		✓				
Deterioro (presenta deterioro general)		✓		✓		✓	✓		✓		✓				
Quemaduras (presentan quemaduras)		✓		✓		✓	✓		✓		✓				
PIEZAS MECANICAS , REMACHES, ARGOLLAS EN "D"															
Presenta desgaste excesivo o estan deformados		✓		✓		✓	✓		✓		✓				
Presenta picaduras, grietas, quemaduras o fisuras		✓		✓		✓	✓		✓		✓				
Presenta corrosión		✓		✓		✓	✓		✓		✓				
HEBILLAS															
Presenta deformaciones, dobladuras o desgaste excesivo		✓		✓		✓	✓		✓		✓				
Presenta picaduras, grietas o corrosión		✓		✓		✓	✓		✓		✓				
Presenta defectos de funcionamiento		✓		✓		✓	✓		✓		✓				

ESLINGAS Y ANCLAJES PORTATILES (TIE OFF)

MARCA: LINKTECH. NUMERO DE SERIE: 350250200722. TIPO: SIN AMORTIGUADOR

ITEM	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM		OBSERVACIONES
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Fibras Externas (Presentan quemaduras, cortaduras, desgastes y estiramiento excesiva)				✓		✓		✓		✓		✓			
Las partes metalicas presenten corrosion.		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El absorbente de Choque esta en mal estado (Esta activado)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Los conectores presentan desgaste excesivo o deformaciones, picaduras o grietas				✓		✓		✓		✓		✓			
Los resortes de los conectores presentan fallas				✓		✓		✓		✓		✓			
Los ajustes de los cierres de resorte o de seguridad (enganches) estan en mal estado				✓		✓		✓		✓		✓			
INSPECCIONADO POR:		✓													
REVISADO POR :															

PROINGENIARQ S.A.S
Proyectos de Ingeniería y Arquitectura

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE ARNES Y ESLINGAS

VERIFIQUE ANTE TODO QUE EL ARNES SEA DE CUERPO ENTERO

SEMANA: DEL DIA 19 MES AGOSTO AÑO 2025 AL DIA 23 MES AGOSTO AÑO 2025

NUMEO DE SERIE: 4100250500 46 | MARCA: LINKTECH | LUGAR: SENA SEDE MANTIBLANCO

Nota Importante: La inspección preoperacional debe realizarla el **TRABAJADOR** que va ha utilizar el Equipo, si en la inspección arroja un **(SI)** en los anteriores item, **NO SE DEBE USAR,** remplace el equipo por uno en mejores condiciones. En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su HSE quien tomará la decisión más segura.

ITEM	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM		OBSERVACIONES
CONDICION DE LAS CORREAS.	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Las Fibras externas presentan cortadas, desgastes o estan desgarradas, presentan estiramiento excesivo)				✓		✓		✓		✓		✓			
Deterioro (presenta deterioro general)				✓		✓		✓		✓		✓			
Quemaduras (presentan quemaduras)				✓		✓		✓		✓		✓			
PIEZAS MECANICAS , REMACHES, ARGOLLAS EN "D"															
Presenta desgaste excesivo o estan deformados				✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta picaduras, grietas, quemaduras o fisuras				✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta corrosión				✓		✓		✓		✓		✓			
HEBILLAS															
Presenta deformaciones, dobladuras o desgaste excesivo				✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta picaduras, grietas o corrosión				✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta defectos de funcionamiento				✓		✓		✓		✓		✓			

ESLINGAS Y ANCLAJES PORTATILES (TIE OFF)

MARCA: LINKTECH | NUMERO DE SERIE: 352025020044. | TIPO: SIN ABSORBEDOR

ITEM	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM		OBSERVACIONES
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Fibras Externas (Presentan quemaduras, cortaduras, desgastes y estiramiento excesiva)				✓		✓		✓		✓		✓			
Las partes metalicas presenten corrosion.				✓		✓		✓		✓		✓			
El absorbente de Choque esta en mal estado (Esta activado)				✓		✓		✓		✓		✓			
Los conectores presentan desgaste excesivo o deformaciones, picaduras o grietas				✓		✓		✓		✓		✓			
Los resortes de los conectores presentan fallas				✓		✓		✓		✓		✓			
Los ajustes de los cierres de resorte o de seguridad (enganches) estan en mal estado				✓		✓		✓		✓		✓			
INSPECCIONADO POR:															

REVISADO POR : EDWIN ESPITIA

PROINGENIARQ S.A.S
Proyectos de Ingeniería y Arquitectura

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE ARNES Y ESLINGAS

VERIFIQUE ANTE TODO QUE EL ARNES SEA DE CUERPO ENTERO

SEMANA: DEL DIA 11 MES AGOSTO AÑO 2025. AL DIA 17 MES AGOSTO AÑO 2025.

NUMEO DE SERIE: 4100250050046 MARCA: LINKTECH LUGAR: SEDE SENA TLA MONTERREY.

Nota Importante: La inspección preoperacional debe realizarla el **TRABAJADOR** que va ha utilizar el Equipo, si en la inspección arroja un **(SI)** en los anteriores item, **NO SE DEBE USAR,** remplace el equipo por uno en mejores condiciones. En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su HSE quien tomará la decisión más segura.

ITEM	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM		OBSERVACIONES
CONDICION DE LAS CORREAS.	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Las Fibras externas presentan cortadas, desgastes o estan desgarradas, presentan estiramiento excesivo)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Deterioro (presenta deterioro general)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Quemaduras (presentan quemaduras)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
PIEZAS MECANICAS , REMACHES, ARGOLLAS EN "D"															
Presenta desgaste excesivo o estan deformados		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta picaduras, grietas, quemaduras o fisuras		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta corrosión		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
HEBILLAS															
Presenta deformaciones, dobladuras o desgaste excesivo		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta picaduras, grietas o corrosión		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta defectos de funcionamiento		✓		✓		✓		✓		✓		✓			

ESLINGAS Y ANCLAJES PORTATILES (TIE OFF)

MARCA: LINKTECH. NUMERO DE SERIE: 3502502000722. TIPO: SIN ABSORVEDOR

ITEM	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM		OBSERVACIONES
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Fibras Externas (Presentan quemaduras, cortaduras, desgastes y estiramiento excesiva)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Las partes metalicas presenten corrosion.		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El absorbente de Choque esta en mal estado (Esta activado)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Los conectores presentan desgaste excesivo o deformaciones, picaduras o grietas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Los resortes de los conectores presentan fallas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Los ajustes de los cierres de resorte o de seguridad (enganches) estan en mal estado		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
INSPECCIONADO POR:															

REVISADO POR : ERIVA ESPITIA

PROINGENIARQ S.A.S
Proyectos de Ingeniería y Arquitectura

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE ARNES Y ESLINGAS

VERIFIQUE ANTE TODO QUE EL ARNES SEA DE CUERPO ENTERO

SEMANA: DEL DIA 11 MES AGOSTO AÑO 202 AL DIA 17 MES AGOSTO AÑO 2025.

NUMEO DE SERIE: LT4C | MARCA: LINKTECH. | LUGAR: SEDE SENA MONTERREY.

Nota Importante: La inspección preoperacional debe realizarla el **TRABAJADOR** que va ha utilizar el Equipo, si en la inspección arroja un **(SI)** en los anteriores item, **NO SE DEBE USAR,** remplace el equipo por uno en mejores condiciones. En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su HSE quien tomará la decisión más segura.

ITEM	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM		OBSERVACIONES
CONDICION DE LAS CORREAS.	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Las Fibras externas presentan cortadas, desgastes o estan desgarradas, presentan estiramiento excesivo)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Deterioro (presenta deterioro general)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Quemaduras (presentan quemaduras)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
PIEZAS MECANICAS , REMACHES, ARGOLLAS EN "D"															
Presenta desgaste excesivo o estan deformados		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta picaduras, grietas, quemaduras o fisuras		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta corrosión		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
HEBILLAS															
Presenta deformaciones, dobladuras o desgaste excesivo		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta picaduras, grietas o corrosión		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta defectos de funcionamiento		✓		✓		✓		✓		✓		✓			

ESLINGAS Y ANCLAJES PORTATILES (TIE OFF)

MARCA: LINKTECH. | NUMERO DE SERIE: 352025020044 | TIPO: SIN ABSORVEDOR.

ITEM	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM		OBSERVACIONES
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Fibras Externas (Presentan quemaduras, cortaduras, desgastes y estiramiento excesiva)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Las partes metalicas presenten corrosion.		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El absorbente de Choque esta en mal estado (Esta activado)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Los conectores presentan desgaste excesivo o deformaciones, picaduras o grietas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Los resortes de los conectores presentan fallas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Los ajustes de los cierres de resorte o de seguridad (enganches) estan en mal estado		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
INSPECCIONADO POR:	Freddy Ramírez		Freddy Ramírez		Freddy Ramírez		Freddy Ramírez		Freddy Ramírez		Freddy Ramírez				
REVISADO POR :	ERICA ESPITIA														

PROINGENIARQ S.A.S
Proyectos de Ingeniería y Arquitectura

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE ARNES Y ESLINGAS

VERIFIQUE ANTE TODO QUE EL ARNÉS SEA DE CUERPO ENTERO

SEMANA: DEL DIA 11 MES AGUSTO AÑO 2025 AL DIA 17 MES AGOSTO AÑO 2025.

NUMEO DE SERIE: 166 MARCA: INSAFE LUGAR: SENA MONTERREY CASANARE

Nota Importante: La inspección preoperacional debe realizarla el **TRABAJADOR** que va ha utilizar el Equipo, si en la inspección arroja un **(SI)** en los anteriores item, **NO SE DEBE USAR,** remplace el equipo por uno en mejores condiciones. En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su HSE quien tomará la decisión más segura.

ITEM	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM		OBSERVACIONES
CONDICION DE LAS CORREAS.	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Las Fibras externas presentan cortadas, desgastes o estan desgarradas, presentan estiramiento excesivo)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Deterioro (presenta deterioro general)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Quemaduras (presentan quemaduras)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
PIEZAS MECANICAS , REMACHES, ARGOLLAS EN "D"															
Presenta desgaste excesivo o estan deformados		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta picaduras, grietas, quemaduras o fisuras		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta corrosión		✓				✓		✓		✓		✓			
HEBILLAS															
Presenta deformaciones, dobladuras o desgaste excesivo		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta picaduras, grietas o corrosión		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta defectos de funcionamiento		✓		✓		✓		✓		✓		✓			

ESLINGAS Y ANCLAJES PORTATILES (TIE OFF)

MARCA: MGJ NUMERO DE SERIE: 0321 TIPO: SIN ABSORVERR.

ITEM	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM		OBSERVACIONES
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Fibras Externas (Presentan quemaduras, cortaduras, desgastes y estiramiento excesiva)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Las partes metalicas presenten corrosion.		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El absorbente de Choque esta en mal estado (Esta activado)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Los conectores presentan desgaste excesivo o deformaciones, picaduras o grietas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Los resortes de los conectores presentan fallas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Los ajustes de los cierres de resorte o de seguridad (enganches) estan en mal estado		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
INSPECCIONADO POR:	Cesar		Cesar		Cesar		Cesar		Cesar		Cesar				

REVISADO POR : ERIKA ESPITIA

PROINGENIARQ S.A.S
Proyectos de Ingeniería y Arquitectura

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE ARNES Y ESLINGAS

VERIFIQUE ANTE TODO QUE EL ARNES SEA DE CUERPO ENTERO

SEMANA: DEL DIA 04 MES AGOSTO AÑO 2025 AL DIA 10 MES AGOSTO AÑO 2025.

NUMEO DE SERIE: LT4C | MARCA: LINK TECH. | LUGAR: SEDE SENA TAM MONTERREY

Nota Importante: La inspección preoperacional debe realizarla el **TRABAJADOR** que va ha utilizar el Equipo, si en la inspección arroja un **(SI)** en los anteriores item, **NO SE DEBE USAR,** remplace el equipo por uno en mejores condiciones. En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su HSE quien tomará la decisión más segura.

ITEM	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM		OBSERVACIONES
CONDICION DE LAS CORREAS.	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Las Fibras externas presentan cortadas, desgastes o estan desgarradas, presentan estiramiento excesivo)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Deterioro (presenta deterioro general)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Quemaduras (presentan quemaduras)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
PIEZAS MECANICAS , REMACHES, ARGOLLAS EN "D"															
Presenta desgaste excesivo o estan deformados		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta picaduras, grietas, quemaduras o fisuras		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta corrosión		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
HEBILLAS															
Presenta deformaciones, dobladuras o desgaste excesivo		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta picaduras, grietas o corrosión		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta defectos de funcionamiento		✓		✓		✓		✓		✓		✓			

ESLINGAS Y ANCLAJES PORTATILES (TIE OFF)

MARCA: LINK TECH. | NUMERO DE SERIE: 352025020044 | TIPO: SIN ABSORVEDOR.

ITEM	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM		OBSERVACIONES
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Fibras Externas (Presentan quemaduras, cortaduras, desgastes y estiramiento excesiva)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Las partes metalicas presenten corrosion.		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El absorbente de Choque esta en mal estado (Esta activado)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Los conectores presentan desgaste excesivo o deformaciones, picaduras o grietas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Los resortes de los conectores presentan fallas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Los ajustes de los cierres de resorte o de seguridad (enganches) estan en mal estado		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
INSPECCIONADO POR:	JPG		JPG		JPG		JPG		JPG		JPG				

REVISADO POR : IRVIN ESPITIA

PROINGENIARQ S.A.S
Proyectos de Ingeniería y Arquitectura

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE ARNES Y ESLINGAS

VERIFIQUE ANTE TODO QUE EL ARNES SEA DE CUERPO ENTERO

SEMANA: DEL DIA 04 MES AGOSTO AÑO 2025 AL DIA 10 MES AGOSTO AÑO 2025.

NUMEO DE SERIE: 166 MARCA: INOAFE LUGAR: SENA MONTERREY CASANARE

Nota Importante: La inspección preoperacional debe realizarla el **TRABAJADOR** que va ha utilizar el Equipo, si en la inspección arroja un **(SI)** en los anteriores ítem, **NO SE DEBE USAR,** remplace el equipo por uno en mejores condiciones. En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su HSE quien tomará la decisión más segura.

ITEM	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM		OBSERVACIONES
CONDICION DE LAS CORREAS.	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Las Fibras externas presentan cortadas, desgastes o estan desgarradas, presentan estiramiento excesivo)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Deterioro (presenta deterioro general)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Quemaduras (presentan quemaduras)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
PIEZAS MECANICAS , REMACHES, ARGOLLAS EN "D"															
Presenta desgaste excesivo o estan deformados		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta picaduras, grietas, quemaduras o fisuras		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta corrosión		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
HEBILLAS															
Presenta deformaciones, dobladuras o desgaste excesivo		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta picaduras, grietas o corrosión		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta defectos de funcionamiento		✓		✓		✓		✓		✓		✓			

ESLINGAS Y ANCLAJES PORTATILES (TIE OFF)

MARCA: LM NUMERO DE SERIE: 0321. TIPO: SIN ABSORVEDOR.

ITEM	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM		OBSERVACIONES
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Fibras Externas (Presentan quemaduras, cortaduras, desgastes y estiramiento excesiva)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Las partes metalicas presenten corrosion.		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El absorbente de Choque esta en mal estado (Esta activado)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Los conectores presentan desgaste excesivo o deformaciones, picaduras o grietas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Los resortes de los conectores presentan fallas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Los ajustes de los cierres de resorte o de seguridad (enganches) estan en mal estado		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
INSPECCIONADO POR:	Freddy Rincón		Freddy Rincón		Freddy Rincón		Freddy Rincón		Freddy Rincón		Freddy Rincón				
REVISADO POR :	ERICK ESPITIA														

PROINGENIARQ S.A.S
Proyectos de Ingeniería y Arquitectura

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE ARNES Y ESLINGAS

VERIFIQUE ANTE TODO QUE EL ARNÉS SEA DE CUERPO ENTERO

SEMANA: DEL DIA 04 MES AGOSTO AÑO 2025 AL DIA 10 MES AGOSTO AÑO 2025.

NUMEO DE SERIE: 410025050096 MARCA: LINKTECH. LUGAR: SEDE SENA TOA MONTERREY

Nota Importante: La inspección preoperacional debe realizarla el **TRABAJADOR** que va ha utilizar el Equipo, si en la inspección arroja un **(SI)** en los anteriores item, **NO SE DEBE USAR,** remplace el equipo por uno en mejores condiciones. En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su HSE quien tomará la decisión más segura.

ITEM	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SÁB		DOM		OBSERVACIONES
CONDICION DE LAS CORREAS.	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Las Fibras externas presentan cortadas, desgastes o estan desgarradas, presentan estiramiento excesivo)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Deterioro (presenta deterioro general)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Quemaduras (presentan quemaduras)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
PIEZAS MECANICAS , REMACHES, ARGOLLAS EN "D"															
Presenta desgaste excesivo o estan deformados		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta picaduras, grietas, quemaduras o fisuras		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta corrosión		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
HEBILLAS															
Presenta deformaciones, dobladuras o desgaste excesivo		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta picaduras, grietas o corrosión		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Presenta defectos de funcionamiento		✓		✓		✓		✓		✓		✓			

ESLINGAS Y ANCLAJES PORTATILES (TIE OFF)

MARCA: LINK TECH. NUMERO DE SERIE: 240250200722 TIPO: SIN ABSORVEDOR

ITEM	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM		OBSERVACIONES
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Fibras Externas (Presentan quemaduras, cortaduras, desgastes y estiramiento excesiva)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Las partes metalicas presenten corrosion.		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El absorbente de Choque esta en mal estado (Esta activado)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Los conectores presentan desgaste excesivo o deformaciones, picaduras o grietas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Los resortes de los conectores presentan fallas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Los ajustes de los cierres de resorte o de seguridad (enganches) estan en mal estado		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
INSPECCIONADO POR:															
REVISADO POR : EDWIN ESPITIA															

PROINGENIARQ S.A.S
Proyectos de Ingeniería y Arquitectura

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE MEZCLADORA PORTÁTIL

PROYECTO: C01 PCENTR 775528/25. MARCA: WAG NÚMERO DE EQUIPO: 2

INSPECCIONADO POR: JUAN RINCON. LOCALIZACIÓN: MONTERREY SENA TUA

SEMANA: DEL 21 AL 27 DEL AÑO 2025
JULIO

DESCRIPCIÓN		CANTIDAD	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
			B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
TROMPO	Llantas en buen estado	2	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Ejes en buen estado (Sin torceduras)	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estructura de soporte en buena condición	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Balinera y bujes de rotación	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Mecanismo de giro para vaciado	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Palanca de giro para vaciado	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Seguro en buen estado	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Corona de rotación del trompo	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ESTADO MECÁNICO	Patas de anclaje en buenas condiciones	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Motor en buena condicion	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Tubo de escape en buena condicion	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado de pasadores (bastidor)	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Resguardos correas motor.	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Resguardos mecanismos de giro trompo	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Tapa del motor con seguro	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Clutch de giro del trompo	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Corona de arranque del motor	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Control de fugas de combustible	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Control de fugas hidraulicas	NA														
OTROS																
Vo.Bo. SUPERVISOR																

* PUNTO CRÍTICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si _____ no ✓ Fecha de Corrección: _____ Resp. De corrección _____

FIRMA DEL OPERADOR

FIRMA DEL SUPERVISOR

ACCIÓN PROPUESTA	FECHA PROPUESTA	FECHA EJECUCIÓN	RESPONSABLE

NOTA IMPORTANTE: La inspección preoperacional debe realizarla UNICAMENTE el OPERADOR del Equipo. En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su JEFE INMEDIATO quien tomará la decisión más segura.

PROINGENIARQ S.A.S
Proyectos de Ingeniería y Arquitectura

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE MEZCLADORA PORTÁTIL

PROYECTO: CO1 PCCNTR 7755228/25. MARCA: WAG. NÚMERO DE EQUIPO: 1

INSPECCIONADO POR: JOHN RINCON. LOCALIZACIÓN: SEDE SENA MONTERREY.

SEMANA: DEL 28 AL 02 DEL AÑO 2025.
JULIO

DESCRIPCIÓN		CANTIDAD	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
			B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
TROMPO	Llantas en buen estado	2	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Ejes en buen estado (Sin torceduras)	1	✓		✓				✓		✓		✓			
	Estructura de soporte en buena condición	1	✓				✓		✓		✓		✓			
	* Balinera y bujes de rotación	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Mecanismo de giro para vaciado	1	✓				✓		✓		✓		✓			
	* Palanca de giro para vaciado	1	✓		✓				✓		✓		✓			
	* Seguro en buen estado	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Corona de rotación del trompo	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ESTADO MECÁNICO	Patas de anclaje en buenas condiciones	1	✓				✓		✓		✓		✓			
	*Motor en buena condicion	1	✓		✓				✓				✓			
	Tubo de escape en buena condicion	1	✓		✓		✓		✓		✓					
	Estado de pasadores (bastidor)	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Resguardos correas motor.	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Resguardos mecanismos de giro trompo	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Tapa del motor con seguro	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Clutch de giro del trompo	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Corona de arranque del motor	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Control de fugas de combustible															
	Control de fugas hidraulicas															
OTROS																
Vo.Bo. SUPERVISOR																

* PUNTO CRÍTICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si _____ no X

Fecha de Corrección: _____ Resp. De corrección _____

FIRMA DEL OPERADOR

FIRMA DEL SUPERVISOR

ACCIÓN PROPUESTA	FECHA PROPUESTA	FECHA EJECUCIÓN	RESPONSABLE

NOTA IMPORTANTE: La inspección preoperacional debe realizarla UNICAMENTE el OPERADOR del Equipo. En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su JEFE INMEDIATO quien tomará la decisión más segura.

PROINGENIARQ S.A.S
Proyectos de Ingeniería y Arquitectura

PROCESO DE GESTION HSEQ

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE PLANTA ELÉCTRICA

LOCALIZACION: SENA MONTERREY. MARCA: FORTE

QUIEN INSPECCIONA: PEDRO. SERIE: 1632

SEMANA DEL 26 DE 07 DE 25 AL 27 DE 07 DE 25 EQUIPO No: 1

DESCRIPCION	ESTANDAR	APLICA		LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO		OBSERVACIONES
		SI	NO	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	
Sistema de Enfriamiento	GENERAL													✓				
Conexiones (+ -)	GENERAL													✓				
Switch de Encendido	1													✓				
Indicador de Encendido	1													✓				
Indicador de Temperatura	1													✓				
Puesta a Tierra	1													✓				
Estado del mástil de izaje	1													✓				
Disponibilidad de extintores	1													✓				
El tanque de combustible tiene tapa y no presenta fugas	1													✓				
Exhosto	1													✓				
Se retiraron los materiales combustibles del área.	GENERAL													✓				
Estado de la bateria y cables	GENERAL													✓				
Estado del nivel de fluidos refrigerante	1													✓				
Control de fugas	GENERAL													✓				
Estado de correas	GENERAL													✓				
Estado de reostatos (Amperaje / voltaje)	GENERAL													✓				
Alternador	1													✓				
Generador	1													✓				
Vo.Bo. Supervisor																		

Fuera de servicio: [ ] [ ]

Fecha de Corrección: DIA [ ] MES [ ] AÑO [ ]

B : BUEN ESTADO
M : MAL ESTADO

FIRMA DEL OPERADOR

PROINGENIARQ S.A.S
Proyectos de Ingeniería y Arquitectura

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE MEZCLADORA PORTÁTIL

PROYECTO: CD1 PCENTR 7755228/25 MARCA: WAG. NÚMERO DE EQUIPO: 1.

INSPECCIONADO POR: Juan Pinzon LOCALIZACIÓN: SEDE SENA TUA MONTERREY.

SEMANA: DEL 11 AL 17 DEL AÑO 2025
ABRIL

DESCRIPCIÓN		CANTIDAD	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
			B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
TROMPO	Llantas en buen estado	2	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Ejes en buen estado (Sin torceduras)	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estructura de soporte en buena condición	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Balinera y bujes de rotación	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Mecanismo de giro para vaciado	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Palanca de giro para vaciado	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Seguro en buen estado	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Corona de rotación del trompo	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ESTADO MECÁNICO	Patas de anclaje en buenas condiciones	1	✓		✓				✓		✓		✓			
	*Motor en buena condicion	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Tubo de escape en buena condicion	1	✓		✓		✓						✓			
	Estado de pasadores (bastidor)	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Resguardos correas motor.	1	✓		✓		✓		✓		✓					
	* Resguardos mecanismos de giro trompo	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Tapa del motor con seguro	1	✓		✓		✓		✓				✓			
	Clutch de giro del trompo	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Corona de arranque del motor	1	✓		✓		✓		✓							
	Control de fugas de combustible	✓														
	Control de fugas hidraulicas															
OTROS																
Vo.Bo. SUPERVISOR																

* PUNTO CRÍTICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si _____ no ✓ Fecha de Corrección: _____ Resp. De corrección _____

FIRMA DEL OPERADOR

FIRMA DEL SUPERVISOR

ACCIÓN PROPUESTA	FECHA PROPUESTA	FECHA EJECUCIÓN	RESPONSABLE

NOTA IMPORTANTE: La inspección preoperacional debe realizarla UNICAMENTE el OPERADOR del Equipo. En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su JEFE INMEDIATO quien tomará la decisión más segura.

PROINGENIARQ S.A.S
Proyectos de Ingeniería y Arquitectura

PROCESO DE GESTION HSE

INSPECCION DE HERRAMIENTAS MANUALES

MES:	AGOSTO.	INSPECCIONADO POR:	JUAN RINCON
ACTIVIDAD:	CUBIERTAS		

DESCRIPCIÓN			FECHAS DE DIAS TRABAJADOS													
			DIA		DIA		DIA		DIA		DIA		DIA		DIA	
HERRAMIENTA	REVISION	CANT	11-08-25		12-08-25		13-08-25		14-08-25		15-08-25		16-08-25			
			B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Palas	Mango, filos y seguros	4	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Picas	Mango, filos y punta.	4	✓		✓		—		✓		✓		✓			
Barras	Punta, filo y estado general	1	✓		—		—		—		✓		✓			
Lima	Cabo, tornillos y filos															
Mazeta	Mango y desgaste	2	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Almádena	Mango y desgaste								✓							
Martillos de uña	Cabo, uña y cabeza	2	✓		✓		✓									
Serruchos	Cacha, hojilla y dientas															
Palustre	Estado general, mango y pala	2	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Espatula	Estado general, mango y pala															
Llana endientada	Mango, desgaste en dientes y estado general															
Llana metálica	Estado general (desgaste)															
Llana Plástica	Estado general (desgaste)															
Sisalla	Tijera y tornillos	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Cinta - metro	Estado (caja y cinta)	3	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Baldes	Estado general	14	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Carretilla	Estado de llantas, rines, bugge, ejes.	3	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Macheta	Estado de cacha y filo	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Puntero	Estado general (desgaste y filos)															
Chapulin de caucho	Estado mango y descaste.	2	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Paladragraga	Filos, mangos y seguros	5	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Extensiones	cableado	4	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Destornilladores	estado general (mango desgaste)															
Alicates	Estado general (mango)	2	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Hombresolos	Estado general (desgaste)															
Tijera	Filos seguros (estado general)															
cuchilas	filos															
Hachas	filos, mangos y seguro															

FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA ESPETIA

OBSERVACIONES:

PLAN DE ACCION

ACCIONES	FECHA	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO

PROINGENIARQ S.A.S
Proyectos de Ingeniería y Arquitectura

PROCESO GESTION HSE

LISTA DE CHEQUEO PARA PULIDORA

INSPECCIONADO POR: Juan Parra

LOCALIZACION: SUB SEDE TUV MONTERREY **PROYECTO:** CO1PCCNTR2755222-25.

MARCA: BOSH.

SERIE: GWS 2200-2300

PERIODO: DEL 11 AL 17 MES AGOSTO AÑO 2025

ITEM	LISTADO	SEGUIMIENTO DE LA SEMANA													
		LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
1	Las conexiones electricas de la pulidora se encuentran en buen estado?	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
2	el disco ajusta correctamente en el mecanismo de la pulidora?	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
3	El disco intalado es apropiadao para las revoluciones de operacion de la pulidora?	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
4	La pulidora cuenta con acoples adecuados para sus accesorios?	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
5	El mango esta en buen estado e instalado correctamente?	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
6	El interruptor ON/OFF de la pulidora y su seguro son operativos?	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
7	La guarda es firme y esta en buen estado?	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
8	El disco usado en la pulidora es el adecuado para la tarea que se ejecuta?	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
9	El estado general de la pulidora es adecuado (Carcasa, aseo)?	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
10	Se utilizan adecuadamente y estan en buen esatdo los EPP?	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
11	Estado del disco	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
12	Estado de la careta (Se ajusta de manera firme?)	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
13	Se ha previsto el uso de manparas de contension para la generacion de chispas?	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
14	Se ha verificado la ausencia de materiales combustibles cerca del area de influencia de la pulidora?	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
	Vo. Bo.	FIRMA		FIRMA		FIRMA		FIRMA		FIRMA		FIRMA			

OBSERVACIONES:

Jenard David Acuerdo C.
NOMBRE DEL SUPERVISOR

FIRMA

11-AGOST-2025
FECHA

PROINGENIARO S.A.S
Proyectos de Ingeniería y Arquitectura

PROCESO GESTION HSE

LISTA DE CHEQUEO PARA PULIDORA

INSPECCIONADO POR: JUAN RINCON

LOCALIZACION: SUB SEDE TUA MONTERREY. **PROYECTO:** CO1PCCNTR7735222-25

MARCA: BOSH

SERIE: GWS 2200-2300

PERIODO: DEL 19 AL 23 MES AGOSTO AÑO 2025

ITEM	LISTADO	SEGUIMIENTO DE LA SEMANA													
		LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
1	Las conexiones electricas de la pulidora se encuentran en buen estado?			SI		SI		SI		SI		SI			
2	el disco ajusta correctamente en el mecanismo de la pulidora?			SI		SI		SI		SI		SI			
3	El disco intalado es apropiadao para las revoluciones de operacion de la pulidora?			SI		SI		SI		SI		SI			
4	La pulidora cuenta con acoples adecuados para sus accesorios?			SI		SI		SI		SI		SI			
5	El mango esta en buen estado e instalado correctamente?			SI		SI		SI		SI		SI			
6	El interruptor ON/OFF de la pulidora y su seguro son operativos?			SI		SI		SI		SI		SI			
7	La guarda es firme y esta en buen estado?			SI		SI		SI		SI		SI			
8	El disco usado en la pulidora es el adecuado para la tarea que se ejecuta?			SI		SI		SI		SI		SI			
9	El estado generai de la pulidora es adecuado (Carcasa, aseo)?			SI		SI		SI		SI		SI			
10	Se utilizan adecuadamente y estan en buen esatdo los EPP?			SI		SI		SI		SI		SI			
11	Estado del disco			SI		SI		SI		SI		SI			
12	Estado de la careta (Se ajusta de manera firme?)			SI		SI		SI		SI		SI			
13	Se ha previsto el uso de manparas de contension para la generacion de chispas?			SI		SI		SI		SI		SI			
14	Se ha verificado la ausencia de materiales combustibles cerca del area de influencia de la pulidora?			SI		SI		SI		SI		SI			
	Vo. Bo.														

OBSERVACIONES:

Leonard David Acevedo
NOMBRE DEL SUPERVISOR

FIRMA

19-08-25
FECHA

PROINGENIARQ S.A.S
Proyectos de Ingeniería y Arquitectura

PROCESO GESTION HSE

LISTA DE CHEQUEO PARA PULIDORA

INSPECCIONADO POR: JUAN RINCÓN

LOCALIZACION: SUB SENA SEDE TUC **PROYECTO:** CO1 PCCNTR3755222-25

MARCA: BOSH. **PERIODO:**

SERIE: GWS 2200-230 DEL 04 AL 10 MES AGOSTO AÑO 2025

ITEM	LISTADO	SEGUIMIENTO DE LA SEMANA													
		LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
1	Las conexiones electricas de la pulidora se encuentran en buen estado?	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
2	el disco ajusta correctamente en el mecanismo de la pulidora?	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
3	El disco intalado es apropiadao para las revoluciones de operacion de la pulidora?	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
4	La pulidora cuenta con acoples adecuados para sus accesorios?	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
5	El mango esta en buen estado e instalado correctamente?	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
6	El interruptor ON/OFF de la pulidora y su seguro son operativos?	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
7	La guarda es firme y esta en buen estado?	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
8	El disco usado en la pulidora es el adecuado para la tarea que se ejecuta?	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
9	El estado generai de ia pulidora es adecuado (Carcasa, aseo)?	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
10	Se utilizan adecuadamente y estan en buen esatdo los EPP?	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
11	Estado del disco	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
12	Estado de la careta (Se ajusta de manera firme?)	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
13	Se ha previsto el uso de manparas de contension para la generacion de chispas?	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
14	Se ha verificado la ausencia de materiales combustibles cerca del area de influencia de la pulidora?	SI		SI		SI		SI		SI		SI			
	Vo. Bo.	Firma		Firma		Firma		Firma		Firma		Firma			

OBSERVACIONES:

Leonard David Acevedo C.
NOMBRE DEL SUPERVISOR

FIRMA

FECHA

PROINGENIARQ S.A.S
Proyectos de Ingeniería y Arquitectura

PROCESO DE GESTION HSE

LISTA PARA CHEQUEO DE TALADRO ELECTRICO

DILIGENCIADA POR: JUAN RINCÓN **PROYECTO:** CUBICULOS

UBICACIÓN: SENA MONTERREY **SEMANA DEL** 19 **AL** 23 **MES** AGOSTO **AÑO** 2025

REFERENCIA Y SERIE: HR2470 **FABRICANTE:** MAKITA

ITEM	LISTADO	REGISTRO SEMANAL																				
		LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO		
		SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA
1	Se ha tramitado / diligenciado el permiso de trabajo para realizar la actividad				✓			✓			✓			✓			✓					
2	Se ha realizado charla de seguridad antes de iniciar el trabajo				✓			✓			✓			✓			✓					
3	Existe un AST o Análisis de Riesgo vigente para la tarea y los controles recomendados han sido dispuestos				✓			✓			✓			✓			✓					
4	Se ha señalizado / aislado el área de trabajo				✓			✓			✓			✓			✓					
5	El taladro está limpio? (sin grasa, aceite u óxido)				✓			✓			✓			✓			✓					
6	la broca se posiciona recta al mandril y es ajustada correctamente por el mismo?				✓			✓			✓			✓			✓					
8	El cable de alimentación eléctrica esta en buen estado? (sin bultos, empalmes, cortaduras, y su temperatura en funcionamiento es normal)				✓			✓			✓			✓			✓					
9	La tarea que se va a realizar permite operar el taladro de manera tal que forme ángulo de 90° con la superficie.				✓			✓			✓			✓			✓					
10	Tiene la broca apropiada para el material que se va a perforar				✓			✓			✓			✓			✓					
11	El interruptor del taladro es sensible a la presión (se apaga el taladro al soltar el gatillo)				✓			✓			✓			✓			✓					
12	Descarto la presencia de conductores eléctricos o fluidos en el área que se pretende perforar.				✓			✓			✓			✓			✓					
13	Los EPP se encuentran en buen estado? (Gafas, guantes, protectores audivos, proteccion respiratoria)				✓			✓			✓			✓			✓					
	V°B°																					

RECOMENDACIONES

- Cuando taladre debe usar el EPP básico (guantes, lentes, tapa oídos).
- Recuerde descartar la presencia de conductores elèctricos o fluidos en el área que se pretende perforar.
- -Si se taladra materiales que generen virutas volátiles se debe usar protección respiratoria y ubicarse de tal forma que no respire las partiículas (Dando la espalda al viento).
- Prevenir lésiones, si usa taladro demoledor recuerde realizar calentamiento muscular y planear pausas activas mientras realiza la labor.

OBSERVACIONES:

SUSPENDER LA ACTIVIDAD EN CASO DE TORMENTAS ELECTRICAS

Yo, como Autoridad ejecutante he revisado que los controles han sido seguidos y me comprometo a cumplir con todas las normas y recomendaciones de seguridad en el trabajo.

Nombre Ejecutante: JUAN RINCON Firma: Fecha: 19/08/25

PROINGENIARQ S.A.S
Proyectos de Ingeniería y Arquitectura

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE MEZCLADORA PORTÁTIL

PROYECTO: CO1 PCCNTE 7755228/25. MARCA: WAG. NÚMERO DE EQUIPO: 1.

INSPECCIONADO POR: JUAN RINCÓN LOCALIZACIÓN: SEDE SENA TIA MONTERREY

SEMANA: DEL 04 AL 10 AGOSTO DEL AÑO 2025

DESCRIPCIÓN		CANTIDAD	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
			B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
TROMPO	Llantas en buen estado	2	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Ejes en buen estado (Sin torceduras)	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estructura de soporte en buena condición	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Balinera y bujes de rotación	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Mecanismo de giro para vaciado	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Palanca de giro para vaciado	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Seguro en buen estado	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Corona de rotación del trompo	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ESTADO MECÁNICO	Patas de anclaje en buenas condiciones	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Motor en buena condicion	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Tubo de escape en buena condicion	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado de pasadores (bastidor)	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Resguardos correas motor.	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Resguardos mecanismos de giro trompo	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Tapa del motor con seguro	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Clutch de giro del trompo	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Corona de arranque del motor	1	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Control de fugas de combustible	✓														
	Control de fugas hidraulicas	✓														
OTROS																
Vo.Bo. SUPERVISOR			✓		✓		✓		✓		✓		✓			

* PUNTO CRÍTICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si _____ no ✓ Fecha de Corrección: _____ Resp. De corrección _____

FIRMA DEL OPERADOR

FIRMA DEL SUPERVISOR

ACCIÓN PROPUESTA	FECHA PROPUESTA	FECHA EJECUCIÓN	RESPONSABLE

NOTA IMPORTANTE: La inspección preoperacional debe realizarla UNICAMENTE el OPERADOR del Equipo. En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su JEFE INMEDIATO quien tomará la decisión más segura.

PROINGENIARQ S.A.S
Proyectos de Ingeniería y Arquitectura

PROCESO DE GESTION HSE

INSPECCION DE HERRAMIENTAS MANUALES

MES:	AGOSTO 2025.	**INSPECCIONADO POR:**	JUAN RINCÓN
ACTIVIDAD:	CUBIERTAS		

DESCRIPCIÓN			FECHAS DE DIAS TRABAJADOS													
			DIA		DIA		DIA		DIA		DIA		DIA		DIA	
HERRAMIENTA	REVISION	CANT	19/08/25		20/08/25		21/08/25		22/08/25		23/08/25					
			B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Palas	Mango, filos y seguros	4	✓		✓		✓		✓		✓					
Picas	Mango, filos y punta.	4	✓		✓		✓		✓		✓					
Barras	Punta, filo y estado general	1	✓		✓		✓		✓		✓					
Lima	Cabo, tornillos y filos															
Mazeta	Mango y desgaste	2	✓		✓		✓		✓		✓					
Almádena	Mango y desgaste															
Martillos de uña	Cabo, uña y cabeza	2	✓		✓		✓		✓		✓					
Serruchos	Cacha, hojilla y dientas															
Palustre	Estado general, mango y pala	2	✓		✓		✓		✓		✓					
Espatula	Estado general, mango y pala															
Llana endientada	Mango, desgaste en dientes y estado general															
Llana metálica	Estado general (desgaste)															
Llana Plástica	Estado general (desgaste)															
Sisalla	Tijera y tornillos	1	✓		✓		✓		✓		✓					
Cinta - metro	Estado (caja y cinta)	3	✓		✓		✓		✓		✓					
Baldes	Estado general	19	✓		✓		✓		✓		✓					
Carretilla	Estado de llantas, rines, bugge, ejes.	3	✓		✓		✓		✓		✓					
Macheta	Estado de cacha y filo	1	✓		✓		✓		✓		✓					
Puntero	Estado general (desgaste y filos)															
Chapulin de caucho	Estado mango y descaste.	2	✓		✓		✓		✓		✓					
Paladragraga	Filos, mangos y seguros	5	✓		✓		✓		✓		✓					
Extensiones	cableado	4	✓		✓		✓		✓		✓					
Destornilladores	estado general (mango desgaste)															
Alicates	Estado general (mango)	2	✓		✓		✓		✓		✓					
Hombresolos	Estado general (desgaste)															
Tijera	Filos seguros (estado general)															
cuchilas	filos															
Hachas	filos, mangos y seguro															

FIRMA DEL TRABAJADOR

EDIVA ESPITIA

OBSERVACIONES:

PLAN DE ACCION

ACCIONES	FECHA	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO

10. Procedimiento seguro para el desarrollo de actividades críticas y permisos de trabajo.

PROCEDIMIENTO ESPECÍFICO PARA EXCAVACIÓN MANUAL Y MECÁNICA

1 OBJETIVO

Realizar nuestras actividades cumpliendo con los procedimientos constructivos, de seguridad y salud para garantizar un mejor desempeño de la tarea, evaluando los peligros, riesgos y estableciendo las medidas de control para garantizar la integridad de nuestros trabajadores.

2 ALCANCE

Este documento aplica para los trabajos de Excavación manual y mecánica en obras civiles.

3 ACTIVIDADES PRELIMINARES Y ALISTAMIENTO

- Visita al sitio con el personal involucrado.
- Elaboración del paso a paso y AST.
- Diligenciar el respectivo permiso de trabajo y sustentarlo en la reunión para dicho fin.
- Analizar los riesgos en el sitio de trabajo
- Tramitar certificado para excavaciones debidamente aprobado por las autoridades competentes.
- Realizar reunión previa con el personal involucrado en la actividad, para divulgación del procedimiento, paso a paso y los peligros identificados en el sitio de trabajo y en la labor propia a realizar.
- Realizar inspección pre operacional de los equipos y herramientas a utilizar.
- Divulgar plan de emergencias

4 PASO A PASO DE LA ACTIVIDAD

EXCAVACIÓN MANUAL

- Tener certificado para excavaciones aprobado por las autoridades competentes.
- Con herramienta manual (pala, pica) Se realizarán excavaciones manuales donde serán construidas las obras civiles.
- Se realiza una excavación manual con unas especificaciones de acuerdo a los diseños de la obra.
- El material extraído de las excavaciones deberá ubicarse como mínimo a 1 mt del borde de la misma, será acopiado en un lugar adecuado y tapado con plástico para evitar su saturación.

Calle 17 No 07 43 Barrio Centro Monterrey – Casanare
Teléfono 3202253679 – Email: proingeniarqsas@gmail.com

- Las excavaciones se señalizan con cinta de seguridad y varilla de señalización.

EXCAVACIÓN MECÁNICA

- Antes de proceder a realizar la excavación, se instalará la señalización preventiva e informativa y se demarcará el área de trabajo.
- Localización y delimitación de la excavación mecánica a realizar.
- Tener certificado para excavaciones avalado y con visto bueno por todas las autoridades competentes.
- Tener identificados los ductos y sistemas enterrados ubicados en el área de la excavación mecánica.
- Extracción de material con apoyo de Retroexcavadora, Retroexcavadora tipo pajarita, mini cargador, a una profundidad según diseños en planos de construcción.
- El material extraído se ubicará como mínimo a 1mt del borde de la excavación y podrá ser mayor la distancia dependiendo de la profundidad de la misma y de la estabilidad de los taludes.
- El material extraído será tapado con plástico para evitar su saturación.
- Una vez finalizado la construcción de la excavación mecánica se dispone la colocación del material extraído por el corte en los sitios indicados por la interventoría.
- Señalización de la excavación cumpliendo con las normas de excavaciones.

DEMOLICIÓN DE ROCAS CON MARTILLO ELÉCTRICO Y/O NEUMÁTICO

- Para la demolición de concreto se utilizará un martillo eléctrico / Neumático alimentado por un generador eléctrico y un compresor.
- Hacer riegos de agua en intervalos de tiempo para evitar la generación acumulada de polvo.
- Retirar el escombro sólo durante los periodos de receso de la actividad.
- Uso adecuado de los EPP (Doble protección auditiva, mascarilla para polvo, careta de policarbonato, canilleras).
- Verificar el buen estado de los equipos.

5 PERSONAL INVOLUCRADO

- Supervisor
- Operadores
- Ayudantes
- Obreros

151

6 EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

- Herramienta menor
- Retroexcavadora
- Retroexcavadora tipo "Pajarita"
- Mini cargador Bobcat
- Martillo eléctrico
- Generador eléctrico

7 MEDIDAS DE HSE

- Divulgar al personal involucrado en la actividad, las recomendaciones y observaciones dadas en los permisos de trabajo y el análisis seguro de trabajo, incluyendo los nuevos peligros identificados y sus respectivas medidas de control.
- Divulgar plan de emergencias
- Verificar competencias del personal, calificado y con experiencia en la realización de obras civiles
- En el momento de cambiar las condiciones atmosféricas (lluvias o tormentas eléctricas), se deben suspender las actividades.
- Sí las condiciones del sitio de trabajo son inseguras, el supervisor o cualquier trabajador de la operación está en la obligación de suspender la actividad.
- Verificar la implementación del pre operacional de los equipos y herramientas a utilizar.
- Realizar ejercicios de calistenia antes de iniciar la actividad
- No levantar cargas superiores a 20Kg por persona, adoptar buenas posturas ergonómicas.
- Utilizar los elementos de protección personal adecuados para la labor (Casco, gafas, botas de seguridad, guantes, protección auditiva, mascarilla para material particulado).
- Contar en sitio con un extintor debidamente inspeccionado y cargado.
- Tener en sitio elementos para atención en caso de emergencia: Camilla, botiquín.
- Retirar del área de influencia personal ajeno a la actividad
- Mantener el área de trabajo en buenas condiciones de orden y aseo.

8 MANEJO DEL CAMBIO

Cualquier cambio en el elemento humano, los equipos, los estándares y los procedimientos de trabajo deberán administrarse con el mismo nivel y ser reportadas al ingeniero de HSE para la respectiva inducción al personal nuevo.
Respecto a los cambios en los diseños que se sucedan en la obra es necesario:

- ✓ Verificar que las variaciones al diseño tienen las autorizaciones pertinentes del cliente o consultor.
- ✓ Comprobar que las variaciones en los diseños son conocidos por el personal de la obra y que se han ejecutado las labores del procedimiento de control de documentos respecto a su control y distribución.

Calle 17 No 07 43 Barrio Centro Monterrey – Casanare
Teléfono 3202253679 – Email: proingeniarqsas@gmail.com

9 MANEJO AMBIENTAL

- Incluir dentro del análisis seguro del trabajo los aspectos ambientales relacionados con la actividad de obra civil.
- Etiquetar los productos químicos y mantener las hojas de seguridad de los productos químicos disponibles y deberán ser divulgadas a todos los trabajadores
- Los residuos sólidos generados durante la operación, se depositarán temporalmente en recipientes debidamente señalizados para su clasificación, los cuales serán transportados al relleno sanitario para su disposición final.
- Evitar la caída de residuos en las fuentes y cuerpos de agua.
- No se debe arrojar residuos generados en los predios aledaños ni en zonas no autorizadas.

Calle 17 No 07 43 Barrio Centro Monterrey – Casanare
Teléfono 3202253679 – Email: proingeniarqsas@gmail.com

11. Listado de equipos para trabajo seguro en alturas con su respectiva certificación.

SPROSIS DE COLOMBIA S.A.S.	SISTEMA GESTIÓN DE SEGURIDAD, SALUD EN EL TRABAJO Y AMBIENTE GESTIÓN TRABAJO EN ALTURAS INFORME DE INSPECCIÓN	Código: FOR-TEA- 019 Fecha: 06/12/2023 Versión: 2 Página 1 de 1

No. 00008525	USUARIO:	PROINGENIARQ S.A.S

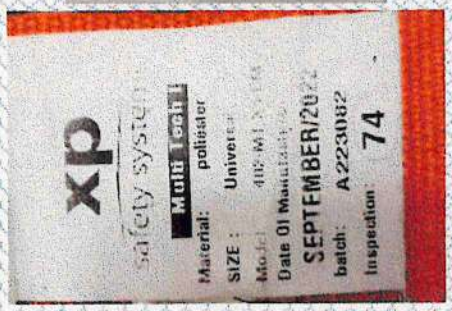
CUADRO DE CONVENCIONES: N/A: NO APLICA – S/C: SI CUMPLE – N/C: NO CUMPLE

INFORMACIÓN DEL EQUIPO

DESCRIPCIÓN:	ARNES MULTIPROPÓSITO EN X, DE 4 ARGOLLAS
FABRICANTE / MARCA:	XP SAFETY SISTEMS
MODELO / REF:	402-MT-X4-EM
LOTE:	A223082
SERIE:	74
CUMPLE NORMA:	ANSI Z359.11
CAPACIDAD:	130 LBS - 310 LBS
DIAMETRO / LONGITUD	N/A
FABRICACION:	SEPTIEMBRE 2022

REGISTRO FOTOGRÁFICO





PARTES INSPECCIONADAS	ESTADO
ETIQUETADO / MARCADO	S/C
TEXTIL / REATA / CUERDA	S/C
COSTURAS	S/C
ARGOLLAS, GANCHOS, PASADORES, PINES / OTROS COMPONENTES	S/C
ABSORBEDOR DE ENERGIA	N/A
ELEMENTOS PLASTICOS	S/C
INDICADOR DE IMPACTO	S/C
MECANISMO Y/O PARTES MOVILES	N/A
CABLE / GUAYA	N/A
SISTEMA DE BLOQUEO O CIERRE AUTOMATICO	N/A
TOLERANCIA AL DESGASTE	S/C
PUNTO DE ANCLAJE O SUJECION	N/A
LIMPIEZA	S/C
FUNCIONALIDAD	S/C

CONCEPTO TECNICO: APTO PARA SU USO

OBSERVACIONES: Cumple con los requerimientos definidos en la Res. 4272 de 2021. Seguir recomendaciones generales establecidas por el fabricante

FECHA INSPECCIÓN	2025-01-12
VÁLIDO HASTA	2026-01-11

INSPECTOR: FIRMA / SELLO

NATALI CASTRO CHAURA
Inspector EPCC

El concepto emitido en este documento se basa en las condiciones que presenta el equipo al momento de la inspección y es válido si se mantienen estas características y/o se aplican las recomendaciones establecidas; será responsabilidad del cliente garantizar mediante inspección previa a su uso que las condiciones de seguridad se mantengan.

4/55

SPROSIS DE COLOMBIA S.A.S	SISTEMA GESTIÓN DE SEGURIDAD, SALUD EN EL TRABAJO Y AMBIENTE GESTIÓN TRABAJO EN ALTURAS INFORME DE INSPECCIÓN	Código: FOR-TEA- 019 Fecha: 06/12/2023 Versión: 2 Página 1 de 1

No. 00008526	USUARIO:	PROINGENIARQ S.A.S

CUADRO DE CONVENCIONES: N/A: NO APLICA – S/C: SI CUMPLE – N/C: NO CUMPLE

INFORMACIÓN DEL EQUIPO

DESCRIPCIÓN:	ARNES MULTIPROPÓSITO EN X, DE 4 ARGOLLAS
FABRICANTE / MARCA:	INSAFE
MODELO / REF:	IN 8004-AL
LOTE:	17634
SERIE:	1124
CUMPLE NORMA:	ANSI Z359.11
CAPACIDAD:	130 LBS - 310 LBS
DIAMETRO / LONGITUD	N/A
FABRICACION:	SEPTIEMBRE 2020

REGISTRO FOTOGRÁFICO







PARTES INSPECCIONADAS	ESTADO
ETIQUETADO / MARCADO	S/C
TEXTIL / REATA / CUERDA	S/C
COSTURAS	S/C
ARGOLLAS, GANCHOS, PASADORES, PINES / OTROS COMPONENTES	S/C
ABSORBEDOR DE ENERGIA	N/A
ELEMENTOS PLASTICOS	S/C
INDICADOR DE IMPACTO	S/C
MECANISMO Y/O PARTES MOVILES	N/A
CABLE / GUAYA	N/A
SISTEMA DE BLOQUEO O CIERRE AUTOMATICO	N/A
TOLERANCIA AL DESGASTE	S/C
PUNTO DE ANCLAJE O SUJECION	N/A
LIMPIEZA	S/C
FUNCIONALIDAD	S/C

CONCEPTO TECNICO: APTO PARA SU USO

OBSERVACIONES: Cumple con los requerimientos definidos en la Res. 4272 de 2021. Seguir recomendaciones generales establecidas por el fabricante

FECHA INSPECCIÓN	2025-01-12
VÁLIDO HASTA	2026-01-11

INSPECTOR: FIRMA / SELLO

YOVANNY ARBEY BERNAL HINOJOSA
Entrenador de Trabajo Seguro en Alturas.
Reg. 1337700 SENA- Inspector EPCC

El concepto emitido en este documento se basa en las condiciones que presenta el equipo al momento de la inspección y es válido si se mantienen estas características y/o se aplican las recomendaciones establecidas; será responsabilidad del cliente garantizar mediante inspección previa a su uso que las condiciones de seguridad se mantengan.

456

PROINGENIARQ S.A.S
Proyectos de Ingeniería y Arquitectura

LISTADO EQUIPOS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS

Item	Nombre del equipo	Marca	Modelo	Serie	Fecha de Fabricacion
1	Arnés Multipropósito en X, de 4 argollas	XP SAFETY SYSTEMS	402-MT-X4-EM	74	sep-22
2	Arnés en X 4 Argollas en Acero	INSAFE	IN 8004-AL	1124	sep-22
3	Eslinga de restriccion	INSAFE	IN 8042-R	242	jul-22
4	Eslinga de restriccion	INSAFE	IN 8042	394	jun-22

SPROSIS DE COLOMBIA S.A.S	SISTEMA GESTIÓN DE SEGURIDAD, SALUD EN EL TRABAJO Y AMBIENTE	Código: FOR-TEA- 019
		Fecha: 06/12/2023
	GESTIÓN TRABAJO EN ALTURAS	Versión: 2
	INFORME DE INSPECCIÓN	Página 1 de 1

No. 00008524	USUARIO:	PROINGENIARQ S.A.S

CUADRO DE CONVENCIONES: N/A: NO APLICA – S/C: SI CUMPLE – N/C: NO CUMPLE

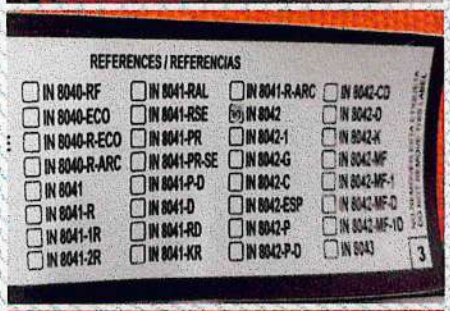
INFORMACIÓN DEL EQUIPO

DESCRIPCIÓN:	ESLINGA EN Y, REGULABLE DE POSICIONAMIENTO/RESTRICCIÓN
FABRICANTE / MARCA:	INSAFE
MODELO / REF:	IN 8042
LOTE:	26467
SERIE:	394
CUMPLE NORMA:	ANSI/ASSE Z359.3-2017
CAPACIDAD:	130 - 310 LBS
DIAMETRO / LONGITUD	1.8 MTS
FABRICACION:	JUNIO 2022

REGISTRO FOTOGRÁFICO









PARTES INSPECCIONADAS	ESTADO
ETIQUETADO / MARCADO	S/C
TEXTIL / REATA / CUERDA	S/C
COSTURAS	S/C
ARGOLLAS, GANCHOS, PASADORES, PINES / OTROS COMPONENTES	S/C
ABSORBEDOR DE ENERGIA	N/A
ELEMENTOS PLASTICOS	S/C
INDICADOR DE IMPACTO	N/A
MECANISMO Y/O PARTES MOVILES	S/C
CABLE / GUAYA	N/A
SISTEMA DE BLOQUEO O CIERRE AUTOMATICO	S/C
TOLERANCIA AL DESGASTE	S/C
PUNTO DE ANCLAJE O SUJECION	N/A
LIMPIEZA	S/C
FUNCIONALIDAD	S/C

CONCEPTO TECNICO: APTO PARA SU USO

OBSERVACIONES: Cumple con los requerimientos definidos en la Res. 4272 de 2021. Seguir recomendaciones generales establecidas por el fabricante

FECHA INSPECCION	2025-01-13
VÁLIDO HASTA	2026-01-12

INSPECTOR: FIRMA / SELLO

YOVANNY ARBEY BERNAL HINOJOSA
Entrenador de Trabajo Seguro en Alturas.
Reg. 1337700 SENA- Inspector EPCC

El concepto emitido en este documento se basa en las condiciones que presenta el equipo al momento de la inspección y es válido si se mantienen estas características y/o se aplican las recomendaciones establecidas; será responsabilidad del cliente garantizar mediante inspección previa a su uso que las condiciones de seguridad se mantengan.

458

SPROSIS DE COLOMBIA S.A.S	SISTEMA GESTIÓN DE SEGURIDAD, SALUD EN EL TRABAJO Y AMBIENTE GESTIÓN TRABAJO EN ALTURAS INFORME DE INSPECCIÓN	Código: FOR-TEA- 019 Fecha: 06/12/2023 Versión: 2 Página 1 de 1

No. 00008523	USUARIO:	PROINGENIARQ S.A.S

CUADRO DE CONVENCIONES: N/A: NO APLICA – S/C: SI CUMPLE – N/C: NO CUMPLE

INFORMACIÓN DEL EQUIPO

DESCRIPCIÓN:	ESLINGA EN Y, REGULABLE DE POSICIONAMIENTO/RESTRICCIÓN
FABRICANTE / MARCA:	INSAFE
MODELO / REF:	IN 8042-R
LOTE:	27155
SERIE:	242
CUMPLE NORMA:	ANSI/ASSE Z359.3-2017
CAPACIDAD:	130 - 310 LBS
DIAMETRO / LONGITUD	1.8 MTS
FABRICACION:	JULIO 2022

REGISTRO FOTOGRÁFICO









PARTES INSPECCIONADAS	ESTADO
ETIQUETADO / MARCADO	S/C
TEXTIL / REATA / CUERDA	S/C
COSTURAS	S/C
ARGOLLAS, GANCHOS, PASADORES, PINES / OTROS COMPONENTES	S/C
ABSORBEDOR DE ENERGIA	N/A
ELEMENTOS PLASTICOS	S/C
INDICADOR DE IMPACTO	N/A
MECANISMO Y/O PARTES MOVILES	S/C
CABLE / GUAYA	N/A
SISTEMA DE BLOQUEO O CIERRE AUTOMATICO	S/C
TOLERANCIA AL DESGASTE	S/C
PUNTO DE ANCLAJE O SUJECION	N/A
LIMPIEZA	S/C
FUNCIONALIDAD	S/C

CONCEPTO TECNICO: APTO PARA SU USO

OBSERVACIONES: Cumple con los requerimientos definidos en la Res. 4272 de 2021. Seguir recomendaciones generales establecidas por el fabricante

FECHA INSPECCIÓN	2025-01-13
VÁLIDO HASTA	2026-01-12

INSPECTOR: FIRMA / SELLO

YOVANNY ARBEY BERNAL HINOJOSA
Entrenador de Trabajo Seguro en Alturas.
Reg. 1337700 SENA- Inspector EPCC

El concepto emitido en este documento se basa en las condiciones que presenta el equipo al momento de la inspección y es válido si se mantienen estas características y/o se aplican las recomendaciones establecidas; será responsabilidad del cliente garantizar mediante inspección previa a su uso que las condiciones de seguridad se mantengan.

459

12. Presentar Certificado de afiliación de la ARL de la empresa oferente con el tipo de riesgo. (IV, V según la actividad).

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

CERTIFICA

Verificada la base de datos, el empleador: PROINGENIARQ S.A.S identificado con Nit - 901388628 se encuentra afiliado en POSITIVA Compañía de Seguros S.A. en riesgos laborales, su estado es ACTIVO desde el 06/08/2020 y su actividad económica principal es 5711001 ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORIA TECNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORIA DE ARQUITECTURA: DISENO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCION, PLANIFICACION URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISENO DE INGENIERIA, CONSULTORIA EN MAQUINARIA, PROCESOS Y PLANTAS INDUSTRIALES, INGENIERIA CIVIL, HIDRAULICA Y DE TRAFICO, PROYECTOS DE ORDENACION HIDRICA, PROYECTOS DE INGENIERIA ELECTRICA CON PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO (CON INTERVENCION DIRECTA EN OBRAS); ELABORACION Y REALIZACION DE PROYECTOS DE INGENIERIA ELECTRICA Y ELECTRONIC con clase de riesgo 5.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301011276919.

Dada en Bogotá, a los 01 días del mes de junio de 2025

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordialmente

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

461

13. Allegar relación del personal previo al ingreso a las instalaciones con su respectivo pago de seguridad social, certificados de afiliación a EPS, AFP y ARL. Nota: Aplicable únicamente cuando se requiere ingreso de personal externo a la entidad para el cumplimiento de contrato.

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **JAIME QUINTILIANO PULIDO MORALES** identificado con **CC** No. **7230965**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
PROINGENIARQ S.A.S - NI. 901388628	**Fecha de inicio de cobertura :** 07/05/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20250101576056.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 7 días del mes de mayo de 2025.

Cordialmente,

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

CAPRESOCA E.P.S.
NIT. 891.856.000-7
MOVILIDAD

No. De Radicado	Fecha de Radicado
	D D M M A A A A

07052025

RECIBIDO

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las Instrucciones que se encuentren anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A Afiliación ☐ B. Reporte de novedad ☑	A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia ☐ Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De Oficio ☐	A. Contributivo ☐ B. Subsidiado ☐

4. Tipo de Afiliado	5. Tipo de Cotizante	Código (A Registrar por EPS)
A. Cotizante ☑ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☑ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	Elija un elemento.

A. Afiliación

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del Cotizante o cabeza de Familia)

6. Apellidos y Nombres			
Pilido	Morales	Jaime	Quintiliano
Primer Apellido			

7. Tipo de documento de identidad	8. Numero de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de Nacimiento
Seleccione tipo documento. CEDULA DE CIUDADANIA	7.230.965	F ☐ M ☑	02/04/1961

III. DATOS COMPLEMENTARIOS - Datos Personales

11. Etnia	12. Discapacidad		13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de Población Especial
Seleccione Etnia.	Tipo F ☐ N ☐ M ☐	Condición T ☐ P ☐	Ingrese puntaje SISBEN	Elija un elemento.

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL -	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotización - IBC
POSITIVA	PORVENIR	$1.423.500.00

18. Residencia			
Finca el Placer	Ingrese Teléfono Fijo. Teléfono fijo	Ingrese Celular. Teléfono celular 3104845998	

Seleccione un municipio.	Zona		Ingrese Localidad.	
Monterrey		Urbana ☐ Rural ☑	Localidad / Comuna	Departamento CASANARE

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR
Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

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

20. Tipo de documento de identidad	21. Numero de documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de Nacimiento
Seleccione tipo documento.	Ingrese Nro. Documento.	F ☐ M ☐	Seleccione una fecha.

Datos Básicos de Identificación de los Beneficiarios y de los Afiliados adicionales

24. Apellidos y Nombres				
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				

	25. Tipo de Documento de Identidad	26. Número de Documento de Identidad	27. Sexo		28. Fecha de Nacimiento
			Femenino	Masculino	D D M M A A A A
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos Complementarios

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

32. Datos de Residencia

	Municipio / Distrito	Zona		Departamento	Teléfono Fijo / Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado adicional (Registra EP)S
		Urbana	Rural			
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (*Registra EPS*)
C	

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

464

ComfaCasanare
Construimos Sueños !!!

Marque con una equis (x) y verifique instrucciones de diligenciamiento y causales de no aceptación al reverso
☐ Inscripción del trabajador ☐ Modificación
☐ Traslado
☐ Reintegro en el mismo mes Si ☐ NO ☐
Indique última fecha de retiro: DIA MES AÑO

SGS CO09/2884

Formato de Inscripción, de Trabajadores

FAPP006

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo y número de identificación: C.C. | T.I. | C.E. | R.C. — 7230965
Lugar y fecha de expedición: 13/08/1985 Monterrey
Sexo: X
CAUSAL NO ACEPTACIÓN:

Primer apellido: Pulido
Segundo apellido: Morales
Nombres: Laime Quintiliano
Fecha de Nacimiento: 1961 04 02
Teléfono: 3104845998
Dirección Residencia: Finca el Placer
BARRIO:
Correo Electrónico:

ESTADO CIVIL: ☐ Casado(a) ☒ Soltero(a) ☐ Separado(a) ☐ Unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a)

CIUDAD	Fecha de Ingreso a la empresa	Horas labor mes	CARGO	SUELDO BÁSICO
Yopal	2025 05 07		Ayudante de Construcción	1.423.500

Tipo de contrato: FIJO
Administrar Recursos Públicos: Si ☒ NO
Servidor Público: Si ☒ NO
Nivel Escolaridad:
Profesión:
Presenta Discapacidad alguna: Si ☒ NO
Tipo de Discapacidad:
En caso de cambio en el No. De identificación, escriba al anterior:

SI EL TRABAJADOR LABORA SIMULTÁNEAMENTE CON OTRA EMPRESA REGISTRE AQUÍ.	SUELDO BÁSICO

VIVIENDA: ☐ No tiene ☐ Propia ☒ Arrendada ☐ Hipoteca
ORIENTACIÓN SEXUAL: ☒ Heterosexual ☐ Homosexual ☐ Bisexual

Factor de Vulnerabilidad
☐ Desplazado ☐ Víctima del conflicto armado (NO DESPLAZADO) ☐ Desmovilizado o reinsertado ☐ Damnificado desastre natural
☐ Cabeza de familia ☐ Hijo(a) de madres cabezas de familia ☐ En condición de discapacidad ☐ Población zonas frontera (Nacionales)
☐ Población migrante ☐ Hijo(a) de desmovilizados o reinsertado ☐ Ejercicio del trabajo sexual ☒ No aplica

Pertenencia étnica
☐ Afrocolombiano ☐ Comunidad negra ☐ Indígena palenquero ☐ Raizal del archipiélago de San Andrés ☐ Providencia y santa catalina ☐ Room /Gitano ☒ No aplica

2. DATOS DEL EMPLEADOR (DILIGENCIE EN LETRA CLARA Y LEGIBLE)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	Teléfono
PROINGENIARQ S.A.S	3104845998

NIT, C.C. o C.E.: 901388628-9
Dependencia: CASANARE

3. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Primer apellido:
Segundo apellido:
Adición ☐ Nombres:
Fecha de Nacimiento: AÑO MES DIA
Recibe subsidio: SI ___ NO ___
Retiro ☐ Tipo y número de identificación: C.C. | T.I. | C.E. | R.C.
DOCUMENTO PENDIENTE:

EMPRESA DONDE TRABAJA O ACTIVIDAD ECONÓMICA	CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADO(A)	SUELDO BÁSICO

En caso de corrección de Cédula de Ciudadanía o cambio de Tarjeta de Identidad, escribe el número anterior o errado:

Solicitud de Datos Personales

Yo Jaime Pulido, identificado con cédula de ciudadanía No. 7230965 expedida en Monterrey, manifiesto así de manera expresa, que AUTORIZO de manera voluntaria, explícita, previamente informada e inequívoca a la Caja de Compensación Familiar de Casanare, para tratar mis datos personales de acuerdo a la política de tratamiento de datos personales de la Institución publicada en la página Web www.comfacasanare.com.co para los fines relacionados con su objeto social. Dichos datos serán custodiados, conservados y utilizados exclusivamente para la entrega de beneficios y envío de información de servicios contemplados en el sistema de subsidio familiar. Lo anterior de conformidad con lo establecido en la ley 1581 de 2012 y lo reglamentado en el Decreto 1377 de 2013.

Jaime Pulido
Firma

Declaro bajo la gravedad de juramento que todos los datos son exactos y examinados por quien firma

Jaime Pulido
Firma del trabajador(a) C.C. T.I. R.C o C.E. No.

Firma y sello del empleador

OBSERVACIONES:

ComfaCasanare
Construimos Sueños !!!
07 MAY 2025
RECIBIDO DE AFILIACIONES
OFICINA PRINCIPAL YOPAL
La información de este formato está sujeta a verificación

VIGILADO Superintendencia del Subsidio

Utilice este formato exclusivamente para afiliación de trabajadores solteros, casados o en unión libre sin beneficiarios.
Recuerde que es deber de la empresa y el trabajador actualizar la información del grupo familiar.
Al respaldo encontrará recomendaciones, instructivo y causales de no aceptación.
Consulte los requisitos para adicionar beneficiarios, realizar inscripciones para servicios y subsidio de su grupo familiar.
Si no ha recibido su tarjeta familiar, presente la copia de este formato para utilizar los servicios del CARNET.

465

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.170.043-7

CERTIFICA QUE:

JAIME QUINTILIANO PULIDO MORALES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **7.230.965,** se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR**.

La presente certificación se expide el 6 de Mayo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

466

Hacienda

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **CESAR AUGUSTO DELGADO DIAZ** identificado con **CC** No. **86074707**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
PROINGENIARQ S.A.S - NI. 901388628	**Fecha de inicio de cobertura :** 07/05/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20250101576363.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 7 días del mes de mayo de 2025.

Cordialmente,

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capresoca EPS
- Existimos para la Gente -
NIT. 891.856.000-7

CAPRESOCA E.P.S.
NIT: 891.856.000-7
MOVILIDAD

No. De Radicado	Fecha de Radicado
	D D M M A A A A

RECIBIDO 07052015

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

1. **Tipo de Trámite** * — A. Afiliación ☑ B. Reporte de novedad ☐
2. **Tipo de Afiliación** — A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia ☐ / Beneficiario o afiliado adicional ☐ — B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De Oficio ☐
3. **Régimen** — A. Contributivo ☐ B. Subsidiado ☐
4. **Tipo de Afiliado** — A. Cotizante ☑ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐
5. **Tipo de Cotizante** — A. Dependiente ☐ B. Independiente ☑ C. Pensionado ☐
Código (A Registrar por EPS): Elija un elemento.

A. Afiliación

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del Cotizante o cabeza de Familia)

6. **Apellidos y Nombres**

Primer Apellido		Primer Nombre	
Delgado	Díaz	Cesar	Augusto

7. Tipo de documento de identidad	8. Numero de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de Nacimiento
Seleccione tipo documento. CEDULA DE CIUDADANIA	86.074.707	F ☐ M ☑	21/02/1981

III. DATOS COMPLEMENTARIOS - Datos Personales

11. Etnia	12. Discapacidad		13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de Población Especial
	Tipo	Condición		
Seleccione Etnia.	F ☐ N ☐ M ☐	T ☐ P ☐	Ingrese puntaje SISBEN.	Elija un elemento.

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL -	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotización - IBC
POSITIVA	PROTECCIÓN	$1.423.500.00

18. Residencia			
Calle 12 barrio cenderos de manare	Ingrese Teléfono Fijo. Teléfono fijo	Ingrese Celular. Teléfono celular 3203400302	Senderoscesar@gmail.com.

Seleccione un municipio. YOPAL	Zona: Urbana ☑ Rural ☐	Ingrese Localidad. Localidad / Comuna	Departamento CASANARE	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR
Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. **Apellidos y Nombres**

Primer Apellido.	Segundo Apellido.	Primer Nombre.	Segundo Nombre.

20. Tipo de documento de identidad	21. Numero de documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de Nacimiento
Seleccione tipo documento.	Ingrese Nro. Documento.	F ☐ M ☐	Seleccione una fecha.

Datos Básicos de Identificación de los Beneficiarios y de los Afiliados adicionales

24. **Apellidos y Nombres**

	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				

	25. Tipo de Documento de Identidad	26. Número de Documento de Identidad	27. Sexo		28. Fecha de Nacimiento
			Femenino	Masculino	D D M M A A A A
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos Complementarios

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

32. **Datos de Residencia**

	Municiplo / Distrito	Zona		Departamento	Teléfono Fijo / Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado adicional (Registra EP)S
		Urbana	Rural			
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (*Registra EPS*)
C	

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

ComfaCasanare
Construimos Sueños !!!

Marque con una equis (x) y verifique instrucciones de diligenciamiento y causales de no aceptación al reverso
☐ Inscripción del trabajador ☐ Modificación
☐ Traslado
☐ Reintegro en el mismo mes Si☐ NO☐
Indique última fecha de retiro: AÑO MM DD

SGS CO09/2884

Formato de Inscripción, de Trabajadores

FAPP006

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo y número de identificación: C.C. [X] T.I. [ ] C.E. [ ] R.C. [ ] — 86074707
Lugar y fecha de expedición: 15/01/2001 Villanueva
Sexo: M [X] F [ ]
CAUSAL NO ACEPTACIÓN:

Primer apellido: Delgado
Segundo apellido: Diaz
Nombres: Cesar Augusto
Fecha de Nacimiento: 1981 02 21
Teléfono: 3123261764
Dirección Residencia: Senderos de Manare
BARRIO:
Correo Electrónico: augustodelgado1981@gmail.com

ESTADO CIVIL: ☐ Casado(a) ■ Soltero(a) ☐ Separado(a) ☐ Unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a)

CIUDAD	Fecha de Ingreso a la empresa	Horas labor mes	CARGO	SUELDO BÁSICO
Yopal	2025 05 07		Ayudante de Construcción	1.423.500

Tipo de contrato: FIJO
Administrar Recursos Públicos: Si [ ] NO [X]
Servidor Público: Si [ ] NO [X]
Nivel Escolaridad:
Profesión:
Presenta Discapacidad alguna: Si [ ] NO [X]
Tipo de Discapacidad:
En caso de cambio en el No. De identificación, escriba al anterior:

SI EL TRABAJADOR LABORA SIMULTÁNEAMENTE CON OTRA EMPRESA REGISTRE AQUÍ.	SUELDO BÁSICO

VIVIENDA: ☐ No tiene ☐ Propia ■ Arrendada ☐ Hipoteca
ORIENTACIÓN SEXUAL: ■ Heterosexual ☐ Homosexual ☐ Bisexual

Factor de Vulnerabilidad
☐ Desplazado ☐ Victima del conflicto armado (NO DESPLAZADO) ☐ Desmovilizado o reinsertado ☐ Damnificado desastre natural
☐ Cabeza de familia ☐ Hijo(a) de madres cabezas de familia ☐ En condición de discapacidad ☐ Población zonas frontera (Nacionales)
☐ Población migrante ☐ Hijo(a) de desmovilizados o reinsertado ☐ Ejercicio del trabajo sexual ■ No aplica

Pertenencia étnica
☐ Afrocolombiano ☐ Comunidad negra ☐ Indígena palenquero ☐ Raizal del archipiélago de San Andrés ☐ Providencia y santa catalina ☐ Room /Gitano ■ No aplica

2. DATOS DEL EMPLEADOR (DILIGENCIE EN LETRA CLARA Y LEGIBLE)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	Teléfono
PROINGENIARQ S.A.S	3104845998

NIT, C.C. o C.E.: 901388628-9
Dependencia: CASANARE

3. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Primer apellido:
Segundo apellido:
Adición ☐ Nombres:
Fecha de Nacimiento: AÑO MM DD
Recibe subsidio: SI ___ NO ___
Retiro ☐ Tipo y número de identificación: C.C. [ ] T.I. [ ] C.E. [ ] R.C. [ ]
DOCUMENTO PENDIENTE:

EMPRESA DONDE TRABAJA O ACTIVIDAD ECONÓMICA	CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADO(A)	SUELDO BÁSICO

En caso de corrección de Cédula de Ciudadanía o cambio de Tarjeta de Identidad, escribe el número anterior o errado:

Solicitud de Datos Personales

Yo, Cesar Augusto Delgado Díaz, identificado con cédula de ciudadanía No. 86074707 expedida en Bogotá, manifiesto así de manera expresa, que AUTORIZO de manera voluntaria, explícita, previamente informada e inequívoca a la Caja de Compensación Familiar de Casanare, para tratar mis datos personales de acuerdo a la política de tratamiento de datos personales de la institución publicada en la página Web www.comfacasanare.com.co para los fines relacionados con su objeto social. Dichos datos serán custodiados, conservados y utilizados exclusivamente para la entrega de beneficios y envío de información de servicios contemplados en el sistema de subsidio familiar. Lo anterior de conformidad con lo establecido en la ley 1581 de 2012 y lo reglamentado en el Decreto 1377 de 2013.

Cesar Augusto Delgado
Firma

Declaro bajo la gravedad de juramento que todos los datos son exactos y examinados por quien firma.

Cesar Augusto Delgado D.
Firma del trabajador(a)
C.C. T.I. R.C o C.E. No.

Firma y sello del empleador

ComfaCasanare
Construimos Sueños !!!
07 MAY 2025
RECIBIDO DE AFILIACIONES
OFICINA PRINCIPAL YOPAL

La información de este formato está sujeta a verificación

OBSERVACIONES:

VIGILADO SuperSubsidio

Utilice este formato exclusivamente para afiliación de trabajadores solteros, casados o en unión libre sin beneficiarios.
Recuerde que es deber de la empresa y el trabajador actualizar la información del grupo familiar.
Al respaldo encontrará recomendaciones, instructivo y causales de no aceptación.
Consulte los requisitos para adicionar beneficiarios, realizar inscripciones para servicios y subsidio de su grupo familiar.
Si no ha recibido su tarjeta familiar, presente la copia de este formato para utilizar los servicios del CARNET.

469

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

CESAR AUGUSTO DELGADO DIAZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **86.074.707**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 6 de Mayo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

470

Hacienda

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **JOSE REINEL CRISTANCHO CARVAJAL** identificado con **CC** No. **74858538**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
PROINGENIARQ S.A.S - NI. 901388628	**Fecha de inicio de cobertura :** 07/05/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20250101576306.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 7 días del mes de mayo de 2025.

Cordialmente,

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capresoca EPS
Existimos para la Gente
NIT. 891.856.000-7

CAPRESOCA E.P.S.
NIT: 891.856.000-7
MOVILIDAD

No. De Radicado	Fecha de Radicado
	D D M M A A A A

07052015

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

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación ☑ B. Reporte de novedad	A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia ☐ Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectivo ☐ C. Institucional ☐ D. De Oficio ☐	A. Contributivo ☐ B. Subsidiado ☐

RECIBIDO

4. Tipo de Afiliado	5. Tipo de Cotizante	Código (A Registrar por EPS)
A. Cotizante ☑ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☑ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	Elija un elemento.

A. Afiliación

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del Cotizante o cabeza de Familia)

6. Apellidos y Nombres			
CRISTANCHO	CARVAJAL	JOSE	REINEL
Primer Apellido			

7. Tipo de documento de identidad	8. Numero de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de Nacimiento
Seleccione tipo documento. CEDULA DE CIUDADANIA	74.858.538	F ☐ M ☑	04/09/1975

III. DATOS COMPLEMENTARIOS - Datos Personales

11. Etnia	12. Discapacidad		13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de Población Especial
	Tipo	Condición		
Seleccione Etnia.	F ☐ N ☐ M ☐	T ☐ P ☐	Ingrese puntaje SISBEN.	Elija un elemento.

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL -	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotización - IBC
POSITIVA	PORVENIR	$1.423.500.00

18. Residencia			
CALLE 35 No 27 B 26	Ingrese Teléfono Fijo. Teléfono fijo	Ingrese Celular. Teléfono celular 313 8285046	Josereinel1234@gmail.com.

Seleccione un municipio.	Zona		Ingrese Localidad.	
		Urbana ☑		
YOPAL		Rural ☐	Localidad / Comuna	Departamento CASANARE

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR
Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

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

20. Tipo de documento de identidad	21. Numero de documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de Nacimiento
Seleccione tipo documento.	Ingrese Nro. Documento.	F ☐ M ☐	Seleccione una fecha.

Datos Básicos de Identificación de los Beneficiarios y de los Afiliados adicionales

24. Apellidos y Nombres				
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				

	25. Tipo de Documento de Identidad	26. Número de Documento de Identidad	27. Sexo		28. Fecha de Nacimiento
			Femenino	Masculino	D D M M A A A A
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos Complementarios

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

	32. Datos de Residencia					33. Valor de la UPC del Afiliado adicional (Registra EP)S
	Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo / Celular	
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (*Registra EPS*)
C	

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

472

ComfaCasanare
Construimos Sueños !!!

Marque con una equis (x) y verifique instrucciones de diligenciamiento y causales de no aceptación al reverso

☐ Inscripción del trabajador ☐ Modificación
☐ Traslado
☐ Reintegro en el mismo mes Si ☐ NO ☐
Indique última fecha de retiro: AÑO MM DD

SGS CO09/2881

Formato de Inscripción, de Trabajadores

FAPP006

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo y número de identificación: C.C. ☒ T.I. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ — 74858538
Lugar y fecha de expedición: 04/09/1975 Yopal
Sexo: X
CAUSAL NO ACEPTACIÓN:

Primer apellido: Cristancho
Segundo apellido: Carvajal
Nombres: Jose Reinel
Fecha de Nacimiento: 1975 09 04
Teléfono: 3138285046
Dirección Residencia: Calle 35 No 27B 26
BARRIO:
Correo Electrónico: josereinel1234@gmail.com

ESTADO CIVIL: ☐ Casado(a) ☒ Soltero(a) ☐ Separado(a) ☐ Unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a)

CIUDAD	Fecha de Ingreso a la empresa	Horas labor mes	CARGO	SUELDO BÁSICO
Yopal	2025 05 07		Ayudante de Construcción	1.423.500

Tipo de contrato: FIJO
Administrar Recursos Públicos: Si ☐ NO ☒
Servidor Público: Si ☐ NO ☒
Nivel Escolaridad:
Profesión:
Presenta Discapacidad alguna: Si ☐ NO ☒
Tipo de Discapacidad:
En caso de cambio en el No. De identificación, escriba el anterior:

SI EL TRABAJADOR LABORA SIMULTÁNEAMENTE CON OTRA EMPRESA REGISTRE AQUÍ.	SUELDO BÁSICO

VIVIENDA: ☐ No tiene ☐ Propia ☒ Arrendada ☐ Hipoteca
ORIENTACIÓN SEXUAL: ☒ Heterosexual ☐ Homosexual ☐ Bisexual

Factor de Vulnerabilidad

☐ Desplazado	☐ Victima del conflicto armado (NO DESPLAZADO)	☐ Desmovilizado o reinsertado	☐ Damnificado desastre natural
☐ Cabeza de familia	☐ Hijo(a) de madres cabezas de familia	☐ En condición de discapacidad	☐ Población zonas frontera (Nacionales)
☐ Población migrante	☐ Hijo(a) de desmovilizados o reinsertado	☐ Ejercicio del trabajo sexual	☒ No aplica

Pertenencia étnica
☐ Afrocolombiano ☐ Comunidad negra ☐ Indigena palenquero ☐ Raizal del archipiélago de San Andrés ☐ Providencia y santa catalina ☐ Room /Gitano ☒ No aplica

2. DATOS DEL EMPLEADOR (DILIGENCIE EN LETRA CLARA Y LEGIBLE)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	Teléfono
PROINGENIARQ S.A.S	3104845998

NIT, C.C. o C.E.: 901388628-9
Dependencia: CASANARE

3. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Primer apellido:
Segundo apellido:
Adición ☐ Nombres:
Fecha de Nacimiento: AÑO MM DD
Recibe subsidio: SI ☐ NO ☐
Retiro ☐ Tipo y número de identificación: C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐
DOCUMENTO PENDIENTE:

EMPRESA DONDE TRABAJA O ACTIVIDAD ECONÓMICA	CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADO(A)	SUELDO BÁSICO

En caso de corrección de Cédula de Ciudadania o cambio de Tarjeta de Identidad, escribe el número anterior o errado:

Solicitud de Datos Personales

Yo, Jose Reinel Cristncho Carvajal, Identificado con cédula de ciudadania No. 74858538 expedida en Monterrey, manifiesto así de manera expresa, que AUTORIZO de manera voluntaria, explicita, previamente informada e inequivoca a la Caja de Compensación Familiar de Casanare, para tratar mis datos personales de acuerdo a la politica de tratamiento de datos personales de la Institución publicada en la página Web www.comfacasanare.com.co para los fines relacionados con su objeto social. Dichos datos serán custodiados, conservados y utilizados exclusivamente para la entrega de beneficios y envio de información de servicios contemplados en el sistema de subsidio familiar. Lo anterior de conformidad con lo establecido en la ley 1581 de 2012 y lo reglamentado en el Decreto 1377 de 2013.

Jose reinel cristancho carvajal.
Firma

Declaro bajo la gravedad de juramento que todos los datos son exactos y examinados por quien firma.

Josereinel Cristancho Carvajal
Firma del trabajador(a)
C.C. T.I. R.C o C.E. No.

Firma y sello del empleador

OBSERVACIONES:

ComfaCasanare
Construimos Sueños !!!
07 MAY 2025
RECIBIDO DE AFILIACIONES
OFICINA PRINCIPAL YOPAL
La información de este formato está sujeta a verificación

VIGILADO SuperSubsidio

Utilice este formato exclusivamente para afiliación de trabajadores solteros, casados o en unión libre sin beneficiarios.
Recuerde que es deber de la empresa y el trabajador actualizar la información del grupo familiar.
Al respaldo encontrará recomendaciones, instructivo y causales de no aceptación.
Consulte los requisitos para adicionar beneficiarios, realizar inscripciones para servicios y subsidio de su grupo familiar.
Si no ha recibido su tarjeta familiar, presente la copia de este formato para utilizar los servicios del CARNET.

473

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JOSE REINEL CRISTANCHO CARVAJAL, identificado(a) con cédula de ciudadanía **74.858.538**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 6 de Mayo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

474

Hacienda

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **ALIRIO URBANO GOMEZ** identificado con **CC** No. **74812650**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
PROINGENIARQ S.A.S - NI. 901388628	**Fecha de inicio de cobertura :** 07/05/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20250101576236.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 7 días del mes de mayo de 2025.

Cordialmente,

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capresoca EPS
- Existimos para la Gente -
NIT. 891.856.000-7

PRESOCA E.P.S.
NIT: 891.856.000-7
MOVILIDAD
07052015

No. De Radicado	Fecha de Radicado
	D D M M A A A A

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

1. Tipo de Trámite — A. Afiliación [x] B. Reporte de novedad [ ]
2. Tipo de Afiliación — A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia [ ] Beneficiario o afiliado adicional [ ]; B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De Oficio [ ]
3. Régimen — A. Contributivo [ ] B. Subsidiado [ ]

RECIBIDO

4. Tipo de Afiliado — A. Cotizante [x] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de Cotizante — A. Dependiente [x] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
Código (A Registrar por EPS): Elija un elemento.

A. Afiliación

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del Cotizante o cabeza de Familia)

6. Apellidos y Nombres			
URBANO	GOMEZ	ALIRIO	
Primer Apellido			

7. Tipo de documento de identidad	8. Numero de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de Nacimiento
Seleccione tipo documento. CEDULA DE CIUDADANIA	74.812.650	F [ ] M [x]	11/10/1981

III. DATOS COMPLEMENTARIOS - Datos Personales

11. Etnia	12. Discapacidad		13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de Población Especial
Seleccione Etnia.	Tipo: F [ ] N [ ] M [ ]	Condición: T [ ] P [ ]	Ingrese puntaje SISBEN.	Elija un elemento.

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL -	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotización - IBC
POSITIVA	PORVENIR	$1.423.500.00

18. Residencia			
CARRERA 20 No 27 - 18	Ingrese Teléfono Fijo. Teléfono fijo	Ingrese Celular. Teléfono celular 320 427 9691	Josereinel1234@gmail.com.

Seleccione un municipio.	Zona		Ingrese Localidad.	
YOPAL		Urbana [x] Rural [ ]	Localidad / Comuna	Departamento CASANARE

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR
Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

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

20. Tipo de documento de identidad	21. Numero de documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de Nacimiento
Seleccione tipo documento.	Ingrese Nro. Documento.	F [ ] M [ ]	Seleccione una fecha.

Datos Básicos de Identificación de los Beneficiarios y de los Afiliados adicionales

24. Apellidos y Nombres				
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				

	25. Tipo de Documento de Identidad	26. Número de Documento de Identidad	27. Sexo		28. Fecha de Nacimiento
			Femenino	Masculino	D D M M A A A A
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos Complementarios

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

32. Datos de Residencia						33. Valor de la UPC del Afiliado adicional (Registra EP)S
	Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo / Celular	
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (*Registra EPS*)
C	

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

176

ComfaCasanare
Construimos Sueños !!!

Marque con una equis (x) y verifique instrucciones de diligenciamiento y causales de no aceptación al reverso

- [ ] Inscripción del trabajador
- [ ] Modificación
- [ ] Traslado
- [ ] Reintegra en el mismo mes Si [ ] NO [ ]

Indique última fecha de retiro: AÑO MM DD

SGS CO09/2881

Formato de Inscripción, de Trabajadores

FAPP006

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo y número de identificación: [C.C.] [T.I.] [C.E.] [R.C.] — 74812650
Lugar y fecha de expedición: 15/12/1999
Sexo: [X] [ ]
CAUSAL NO ACEPTACIÓN:

Primer apellido: Urbano
Segundo apellido: Gomez
Nombres: Alirio
Fecha de Nacimiento: 1981 10 11
Teléfono: 3204279691
Dirección Residencia: Carrera 20 No 27 - 18
BARRIO:
Correo Electrónico:

ESTADO CIVIL: [X] Casado(a) [ ] Soltero(a) [ ] Separado(a) [ ] Unión libre [ ] Divorciado(a) [ ] Viudo(a)

CIUDAD	Fecha de Ingreso a la empresa	Horas labor mes	CARGO	SUELDO BÁSICO
Yopal	2025 05 07		Ayudante de Construcción	1.423.500

Tipo de contrato FIJO — Administrar Recursos Públicos [Si] [X] NO — Servidor Público [Si] [X] NO — Nivel Escolaridad
Profesión — Presenta Discapacidad alguna [Si] [X] NO — Tipo de Discapacidad
En caso de cambio en el No. De Identificación, escriba al anterior

SI EL TRABAJADOR LABORA SIMULTÁNEAMENTE CON OTRA EMPRESA REGISTRE AQUÍ.	SUELDO BÁSICO

VIVIENDA: [ ] No tiene [ ] Propia [X] Arrendada [ ] Hipoteca
ORIENTACIÓN SEXUAL: [X] Heterosexual [ ] Homosexual [ ] Bisexual

Factor de Vulnerabilidad

- [ ] Desplazado
- [ ] Cabeza de familia
- [ ] Población migrante
- [ ] Víctima del conflicto armado (NO DESPLAZADO)
- [ ] Hijo(a) de madres cabezas de familia
- [ ] Hijo(a) de desmovilizados o reinsertado
- [ ] Desmovilizado o reinsertado
- [ ] En condición de discapacidad
- [ ] Ejercicio del trabajo sexual
- [ ] Damnificado desastre natural
- [ ] Población zonas frontera (Nacionales)
- [X] No aplica

Pertenencia étnica

- [ ] Afrocolombiano
- [ ] Comunidad negra
- [ ] Indígena palenquero
- [ ] Raizal del archipiélago de San Andrés
- [ ] Providencia y santa catalina
- [ ] Room /Gitano
- [X] No aplica

2. DATOS DEL EMPLEADOR (DILIGENCIE EN LETRA CLARA Y LEGIBLE)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: PROINGENIARO S.A.S
Teléfono: 3104845998
NIT, C.C. o C.E.: 901388628-9
Dependencia: CASANARE

3. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Primer apellido:
Segundo apellido:
Adición: [ ] Nombres:
Fecha de Nacimiento: AÑO MM DD
Recibe subsidio: SI [ ] NO [ ]
Retiro: [ ] Tipo y número de identificación: [C.C.] [T.I.] [C.E.] [R.C.]
DOCUMENTO PENDIENTE:

EMPRESA DONDE TRABAJA O ACTIVIDAD ECONÓMICA	CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADO(A)	SUELDO BÁSICO

En caso de corrección de Cédula de Ciudadanía o cambio de Tarjeta de Identidad, escribe el número anterior o errado

Solicitud de Datos Personales

Yo Alirio Urbano Gomez, identificado con cédula de ciudadanía No. 74812650 expedida en Monterrey, manifiesto así de manera expresa, que AUTORIZO de manera voluntaria, explícita, previamente informada e inequívoca a la Caja de Compensación Familiar de Casanare, para tratar mis datos personales de acuerdo a la política de tratamiento de datos personales de la institución publicada en la página Web www.comfacasanare.com.co para los fines relacionados con su objeto social. Dichos datos serán custodiados, conservados y utilizados exclusivamente para la entrega de beneficios y envío de información de servicios contemplados en el sistema de subsidio familiar. Lo anterior de conformidad con lo establecido en la ley 1581 de 2012 y lo reglamentado en el Decreto 1377 de 2013.

Alirio Urbano G.
Firma

Declaro bajo la gravedad de juramento que todos los datos son exactos y examinados por quien firma.

Alirio Urbano G.
Firma del trabajador(a)
C.C. T.I. R.C o C.E. No.

Firma y sello del empleador

OBSERVACIONES:

ComfaCasanare
Construimos Sueños !!!

07 MAY 2025

RECIBIDO DE AFILIACIONES
OFICINA PRINCIPAL YOPAL

La información de este formato está sujeta a verificación

VIGILADO Supersubsidio

Utilice este formato exclusivamente para afiliación de trabajadores solteros, casados o en unión libre sin beneficiarios.
Recuerde que es deber de la empresa y el trabajador actualizar la información del grupo familiar.
Al respaldo encontrará recomendaciones, instructivo y causales de no aceptación.
Consulte los requisitos para adicionar beneficiarios, realizar inscripciones para servicios y subsidio de su grupo familiar.
Si no ha recibido su tarjeta familiar, presente la copia de este formato para utilizar los servicios del CARNET.

477

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ALIRIO URBANO GOMEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **74.812.650**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 6 de Mayo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

478

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

FREDY HARDY RINCON RINCON, identificado(a) con cédula de ciudadanía **9.430.853**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 6 de Mayo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

479

ComfaCasanare
Construimos Sueños !!!

Marque con una equis (x) y verifique instrucciones de diligenciamiento y causales de no aceptación al reverso
☐ Inscripción del trabajador ☐ Modificación
☐ Traslado
☐ Reintegro en el mismo mes Si ☐ NO ☐
Indique última fecha de retiro: AÑO MES DIA

SGS CO09/2661

Formato de Inscripción, de Trabajadores

FAPP006

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo y número de identificación: C.C. T.I. C.E. R.C. — 9430853
Lugar y fecha de expedición: 04/09/2000 Yopal
Sexo: X
CAUSAL NO ACEPTACIÓN:

Primer apellido: Rincon
Segundo apellido: Rincon
Nombres: Fredy Hardy
Fecha de Nacimiento: 1982 (AÑO) 03 (MES) 17 (DIA)
Teléfono: 3186329678
Dirección Residencia: Carrera 23 No 24 - 69
BARRIO:
Correo Electrónico:

ESTADO CIVIL: ■ Casado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Separado(a) ☐ Unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a)

CIUDAD	Fecha de Ingreso a la empresa	Horas labor mes	CARGO	SUELDO BÁSICO
Yopal	2025 (AÑO) 05 (MES) 07 (DIA)		Ayudante de Construcción	1.423.500

Tipo de contrato: FIJO
Administrar Recursos Públicos: Si ☐ NO ■
Servidor Público: Si ☐ NO ■
Nivel Escolaridad:
Profesión:
Presenta Discapacidad alguna: Si ☐ NO ■
Tipo de Discapacidad:
En caso de cambio en el No. De identificación, escriba al anterior:

SI EL TRABAJADOR LABORA SIMULTÁNEAMENTE CON OTRA EMPRESA REGISTRE AQUÍ.	SUELDO BÁSICO

VIVIENDA: ☐ No tiene ☐ Propia ■ Arrendada ☐ Hipoteca
ORIENTACIÓN SEXUAL: ■ Heterosexual ☐ Homosexual ☐ Bisexual

Factor de Vulnerabilidad:
☐ Desplazado ☐ Víctima del conflicto armado (NO DESPLAZADO) ☐ Desmovilizado o reinsertado ☐ Damnificado desastre natural
☐ Cabeza de familia ☐ Hijo(a) de madres cabezas de familia ☐ En condición de discapacidad ☐ Población zonas frontera (Nacionales)
☐ Población migrante ☐ Hijo(a) de desmovilizados o reinsertado ☐ Ejercicio del trabajo sexual ■ No aplica

Pertenencia étnica:
☐ Afrocolombiano ☐ Comunidad negra ☐ Indígena palenquero ☐ Raizal del archipiélago de San Andrés ☐ Providencia y santa catalina ☐ Room /Gitano ■ No aplica

2. DATOS DEL EMPLEADOR (DILIGENCIE EN LETRA CLARA Y LEGIBLE)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	Teléfono
PROINGENIARQ S.A.S	3104845998

NIT, C.C. o C.E.: 901388628-9
Dependencia: CASANARE

3. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Primer apellido:
Segundo apellido:
Adición ☐ Nombres:
Fecha de Nacimiento: AÑO MES DIA
Recibe subsidio: SI ☐ NO ☐
Retiro ☐ Tipo y número de identificación: C.C. T.I. C.E. R.C.
DOCUMENTO PENDIENTE:

EMPRESA DONDE TRABAJA O ACTIVIDAD ECONÓMICA	CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADO(A)	SUELDO BÁSICO

En caso de corrección de Cédula de Ciudadanía o cambio de Tarjeta de Identidad, escribe el número anterior o errado:

Solicitud de Datos Personales

Yo, Fredy Rincon, identificado con cédula de ciudadanía No. 9430853 expedida en Yopal, manifiesto así de manera expresa, que AUTORIZO de manera voluntaria, explícita, previamente informada e inequívoca a la Caja de Compensación Familiar de Casanare, para tratar mis datos personales de acuerdo a la política de tratamiento de datos personales de la Institución publicada en la página Web www.comfacasanare.com.co para los fines relacionados con su objeto social. Dichos datos serán custodiados, conservados y utilizados exclusivamente para la entrega de beneficios y envío de información de servicios contemplados en el sistema de subsidio familiar. Lo anterior de conformidad con lo establecido en la ley 1581 de 2012 y lo reglamentado en el Decreto 1377 de 2013.

Fredy Rincon Rincon
Firma

Declaro bajo la gravedad de juramento que todos los datos son exactos y examinados por quien firma

Fredy Rincon Rincon
Firma del trabajador(a)
C.C. T.I. R.C o C.E. No.

Firma y sello del empleador

OBSERVACIONES:

ComfaCasanare
Construimos Sueños !!!
07 MAY 2025
RECIBIDO DE AFILIACIONES
OFICINA PRINCIPAL YOPAL
La información de este formato está sujeta a verificación

VIGILADO SuperSubsidio

Utilice este formato exclusivamente para afiliación de trabajadores solteros, casados o en unión libre sin beneficiarios.
Recuerde que es deber de la empresa y el trabajador actualizar la información del grupo familiar.
Al respaldo encontrará recomendaciones, instructivo y causales de no aceptación.
Consulte los requisitos para adicionar beneficiarios, realizar inscripciones para servicios y subsidio de su grupo familiar.
Si no ha recibido su tarjeta familiar, presente la copia de este formato para utilizar los servicios del CARNET.

480

Hacienda

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **FREDY HARDY RINCON RINCON** identificado con **CC** No. **9430853**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
PROINGENIARQ S.A.S - NI. 901388628	**Fecha de inicio de cobertura :** 07/05/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20250101576209.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 7 días del mes de mayo de 2025.

Cordialmente,

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

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 06/05/2025, el empleador PROINGENIARQ SAS identificado con NIT número 901388628 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
8739830	06/05/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	9430853	FREDYHARDY RINCON RINCON	1423500	MAESTRO DE OBRA	2025-05-05

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 6 días del mes de Mayo del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

483

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **JUAN GABRIEL RINCON RINCON** identificado con **CC** No. **74814916**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
PROINGENIARQ S.A.S - NI. 901388628	**Fecha de inicio de cobertura :** 07/05/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20250101576186.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 7 días del mes de mayo de 2025.

Cordialmente,

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

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	74814916
NOMBRES	JUAN GABRIEL
APELLIDOS	RINCON RINCON
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	YOPAL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	01/12/2019	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	05/06/2025 15:22:51	Estación de origen:	2801:12:c800:2070::1

Calle 35 Kr 23 esquina. Cra 35 Porvenir. Sanito

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES". 485

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el

ComfaCasanare
Construimos Sueños !!!

Marque con una equis (x) y verifique instrucciones de diligenciamiento y causales de no aceptación al reverso
☐ Inscripción del trabajador ☐ Modificación
☐ Traslado
☐ Reintegro en el mismo mes Si ☐ NO ☐
Indique última fecha de retiro: AAAA MM DD

SGS CO09/2801

Formato de Inscripción, de Trabajadores

FAPP006

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo y número de identificación: C.C. [X] T.I. [ ] C.E. [ ] R.C. [ ] — 74814916
Lugar y fecha de expedición: 05/01/1999 Yopal
Sexo: [X]
CAUSAL NO ACEPTACIÓN:

Primer apellido: Rincon
Segundo apellido: Rincon
Nombres: Juan Gabriel
Fecha de Nacimiento: 1980 06 24
Teléfono: 3223107186
Dirección Residencia: Carrera 23 No 24 - 69
BARRIO:
Correo Electrónico:

ESTADO CIVIL: [X] Casado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Separado(a) ☐ Unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a)

CIUDAD	Fecha de Ingreso a la empresa	Horas labor mes	CARGO	SUELDO BÁSICO
Yopal	2025 05 07		Maestro de Construcción	1.423.500

Tipo de contrato: FIJO
Administrar Recursos Públicos: Si [ ] NO [X]
Servidor Público: Si [ ] NO [X]
Nivel Escolaridad:
Profesión:
Presenta Discapacidad alguna: Si [ ] NO [X]
Tipo de Discapacidad:
En caso de cambio en el No. De identificación, escriba al anterior:

SI EL TRABAJADOR LABORA SIMULTÁNEAMENTE CON OTRA EMPRESA REGISTRE AQUÍ.	SUELDO BÁSICO

VIVIENDA: ☐ No tiene ☐ Propia [X] Arrendada ☐ Hipoteca
ORIENTACIÓN SEXUAL: [X] Heterosexual ☐ Homosexual ☐ Bisexual

Factor de Vulnerabilidad

☐ Desplazado	☐ Víctima del conflicto armado (NO DESPLAZADO)	☐ Desmovilizado o reinsertado	☐ Damnificado desastre natural
☐ Cabeza de familia	☐ Hijo(a) de madres cabezas de familia	☐ En condición de discapacidad	☐ Población zonas frontera (Nacionales)
☐ Población migrante	☐ Hijo(a) de desmovilizados o reinsertado	☐ Ejercicio del trabajo sexual	[X] No aplica

Pertenencia étnica
☐ Afrocolombiano ☐ Comunidad negra ☐ Indígena palenquero ☐ Raizal del archipiélago de San Andrés ☐ Providencia y santa catalina ☐ Room /Gitano [X] No aplica

2. DATOS DEL EMPLEADOR (DILIGENCIE EN LETRA CLARA Y LEGIBLE)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	Teléfono
PROINGENIARQ S.A.S	3104845998

NIT, C.C. o C.E.: 901388628-9
Dependencia: CASANARE

3. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Primer apellido:
Segundo apellido:
Adición [ ] Nombres:
Fecha de Nacimiento: AAAA MM DD
Recibe subsidio: SI / NO
Retiro [ ] Tipo y número de identificación: C.C. [ ] T.I. [ ] C.E. [ ] R.C [ ]
DOCUMENTO PENDIENTE:

EMPRESA DONDE TRABAJA O ACTIVIDAD ECONÓMICA	CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADO(A)	SUELDO BÁSICO

En caso de corrección de Cédula de Ciudadanía o cambio de Tarjeta de Identidad, escribe el número anterior o errado:

Solicitud de Datos Personales

Yo, JuannGabriel Rincon, identificado con cédula de ciudadanía No. 74814916 expedida en Yopal, manifiesto así de manera expresa, que AUTORIZO de manera voluntaria, explícita, previamente informada e inequívoca a la Caja de Compensación Familiar de Casanare, para tratar mis datos personales de acuerdo a la política de tratamiento de datos personales de la Institución publicada en la página Web www.comfacasanare.com.co para los fines relacionados con su objeto social. Dichos datos serán custodiados, conservados y utilizados exclusivamente para la entrega de beneficios y envío de información de servicios contemplados en el sistema de subsidio familiar. Lo anterior de conformidad con lo establecido en la ley 1581 de 2012 y lo reglamentado en el Decreto 1377 de 2013.

Juan Rincon R
Firma

Declaro bajo la gravedad de juramento que todos los datos son exactos y examinados por quien firma.

Juan Rincon R
Firma del trabajador(a)
C.C. T.I. R.C o C.E. No.

Firma y sello del empleador

ComfaCasanare
Construimos Sueños !!!
07 MAY 2025
RECIBIDO DE AFILIACIONES
OFICINA PRINCIPAL YOPAL

OBSERVACIONES:

La información de este formato está sujeta a verificación

VIGILADO SuperSubsidio

Utilice este formato exclusivamente para afiliación de trabajadores solteros, casados o en unión libre sin beneficiarios.
Recuerde que es deber de la empresa y el trabajador actualizar la información del grupo familiar.
Al respaldo encontrará recomendaciones, instructivo y causales de no aceptación.
Consulte los requisitos para adicionar beneficiarios, realizar inscripciones para servicios y subsidio de su grupo familiar.
Si no ha recibido su tarjeta familiar, presente la copia de este formato para utilizar los servicios del CARNET.

486

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JUAN GABRIEL RINCON RINCON** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **74814916,** estuvo afiliado/a al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *TRASLADADO A OTRO FONDO.*

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 06 de mayo de 2025.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

487

Colpensiones
Dirección: Carrera 10 No.72 – 33 Torre B Piso 11, Bogotá D.C., Colombia Conmutador: (+57) 601 489 0909; Línea Gratuita: 01 8000 410909 www.colpensiones.gov.co

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capresoca EPS
- Existimos para la Gente
NIT. 891.856.000-7

CAPRESOCA E.P.S.
NIT: 891.856.000-7
MOVILIDAD

No. De Radicado	Fecha de Radicado
	D D M M A A A A

REGISTRADO 07/05/2025

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

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [x] B. Reporte de novedad [ ]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia [ ] Beneficiario o afiliado adicional [ ]; B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De Oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [ ] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de Afiliado: A. Cotizante [x] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de Cotizante: A. Dependiente [x] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
Código (A Registrar por EPS): Elija un elemento.

A. Afiliación

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del Cotizante o cabeza de Familia)

6. Apellidos y Nombres			
RINCON	MESA	FREDY	ALEXANDER
Primer Apellido			

7. Tipo de documento de identidad	8. Numero de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de Nacimiento
Seleccione tipo documento. CEDULA DE CIUDADANIA	1.029.644.154	F [ ] M [x]	07/05/2006

III. DATOS COMPLEMENTARIOS - Datos Personales

11. Etnia	12. Discapacidad		13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de Población Especial
Seleccione Etnia.	Tipo: F [ ] N [ ] M [ ]	Condición: T [ ] P [ ]	Ingrese puntaje SISBEN.	Elija un elemento.

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL -	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotización - IBC
POSITIVA	PORVENIR	$1.423.500.00

18. Residencia			
Finca el Placer	Ingrese Teléfono Fijo. Teléfono fijo	Ingrese Celular. Teléfono celular 3104845998	
Seleccione un municipio. Monterrey	Zona: Urbana [ ] Rural [x]	Ingrese Localidad. Localidad / Comuna	Departamento CASANARE

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

20. Tipo de documento de identidad	21. Numero de documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de Nacimiento
Seleccione tipo documento.	Ingrese Nro. Documento.	F [ ] M [ ]	Seleccione una fecha.

Datos Básicos de Identificación de los Beneficiarios y de los Afiliados adicionales

24. Apellidos y Nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				

	25. Tipo de Documento de Identidad	26. Número de Documento de Identidad	27. Sexo: Femenino	27. Sexo: Masculino	28. Fecha de Nacimiento (D D M M A A A A)
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos Complementarios

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

	32. Datos de Residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Zona: Rural	Departamento	Teléfono Fijo / Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado adicional (Registra EP)S
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (*Registra EPS*)
C		

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

4188

ComfaCasanare
Construimos Sueños !!!

Marque con una equis (x) y verifique instrucciones de diligenciamiento y causales de no aceptación al reverso
- [ ] Inscripción del trabajador
- [ ] Modificación
- [ ] Traslado
- [ ] Reintegro en el mismo mes Si [ ] NO [ ]

Indique última fecha de retiro: AÑO MES DIA

SGS CO09/2884

Formato de Inscripción, de Trabajadores

FAPP006

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo y número de identificación: C.C. | T.I. | C.E. | R.C. — 1029644154
Lugar y fecha de expedición: 29/05/2024 Yopal
Sexo: X
CAUSAL NO ACEPTACIÓN:

Primer apellido: Rincon
Segundo apellido: Mesa
Nombres: Fredy Alexander
Fecha de Nacimiento: 2006 05 07
Teléfono: 3186329678
Dirección Residencia: Manzana R casa 21
BARRIO: Villa Nariño
Correo Electrónico:

ESTADO CIVIL: [ ] Casado(a) [X] Soltero(a) [ ] Separado(a) [ ] Unión libre [ ] Divorciado(a) [ ] Viudo(a)

CUIDAD	Fecha de Ingreso a la empresa	Horas labor mes	CARGO	SUELDO BÁSICO
Yopal	2025 05 07		Ayudante de Construcción	1.423.500

Tipo de contrato FIJO — Administrar Recursos Públicos [Si] [X] NO — Servidor Público [Si] [X] NO — Nivel Escolaridad
Profesión — Presenta Discapacidad alguna [Si] [X] NO — Tipo de Discapacidad
En caso de cambio en el No. De identificación, escriba el anterior

SI EL TRABAJADOR LABORA SIMULTÁNEAMENTE CON OTRA EMPRESA REGISTRE AQUÍ.	SUELDO BÁSICO

VIVIENDA: [ ] No tiene [ ] Propia [X] Arrendada [ ] Hipoteca
ORIENTACIÓN SEXUAL: [X] Heterosexual [ ] Homosexual [ ] Bisexual

Factor de Vulnerabilidad
- [ ] Desplazado
- [ ] Cabeza de familia
- [ ] Población migrante
- [ ] Víctima del conflicto armado (NO DESPLAZADO)
- [ ] Hijo(a) de madres cabezas de familia
- [ ] Hijo(a) de desmovilizados o reinsertado
- [ ] Desmovilizado o reinsertado
- [ ] En condición de discapacidad
- [ ] Ejercicio del trabajo sexual
- [ ] Damnificado desastre natural
- [ ] Población zonas frontera (Nacionales)
- [X] No aplica

Pertenencia étnica
[ ] Afrocolombiano [ ] Comunidad negra [ ] Indígena palenquero [ ] Raizal del archipiélago de San Andrés [ ] Providencia y santa catalina [ ] Room /Gitano [X] No aplica

2. DATOS DEL EMPLEADOR (DILIGENCIE EN LETRA CLARA Y LEGIBLE)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: PROINGENIARQ S.A.S
Teléfono: 3104845998
NIT, C.C. o C.E.: 901388628-9
Dependencia: CASANARE

3. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Primer apellido
Segundo apellido
Adición — Nombres
Fecha de Nacimiento: AÑO MES DIA
Recibe subsidio: SI [ ] NO [ ]
Retiro — Tipo y número de identificación: C.C. | T.I. | C.E. | R.C.
DOCUMENTO PENDIENTE

EMPRESA DONDE TRABAJA O ACTIVIDAD ECONÓMICA	CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADO(A)	SUELDO BÁSICO

En caso de corrección de Cédula de Ciudadanía o cambio de Tarjeta de Identidad, escribe el número anterior o errado

Solicitud de Datos Personales

Yo, Fredy Alexander Rincon Mesa, identificado con cédula de ciudadanía No. 74814916 expedida en Yopal, manifiesto así de manera expresa, que AUTORIZO de manera voluntaria, explícita, previamente informada e inequívoca a la Caja de Compensación Familiar de Casanare, para tratar mis datos personales de acuerdo a la política de tratamiento de datos personales de la Institución publicada en la página Web www.comfacasanare.com.co para los fines relacionados con su objeto social. Dichos datos serán custodiados, conservados y utilizados exclusivamente para la entrega de beneficios y envío de información de servicios contemplados en el sistema de subsidio familiar. Lo anterior de conformidad con lo establecido en la ley 1581 de 2012 y lo reglamentado en el Decreto 1377 de 2013.

Fredy Rincon
Firma

Declaro bajo la gravedad de juramento que todos los datos son exactos y examinados por quien firma.

Fredy Rincon
Firma del trabajador(a)
C.C. T.I. R.C o C.E. No.

Firma y sello del empleador

OBSERVACIONES:

ComfaCasanare Construimos Sueños !!!
07 MAY 2025
RECIBIDO DE AFILIACIONES
OFICINA PRINCIPAL

La información de este formato está sujeta a verificación

VIGILADO SuperSubsidio

Utilice este formato exclusivamente para afiliación de trabajadores solteros, casados o en unión libre sin beneficiarios.
Recuerde que es deber de la empresa y el trabajador actualizar la información del grupo familiar.
Al respaldo encontrará recomendaciones, instructivo y causales de no aceptación.
Consulte los requisitos para adicionar beneficiarios, realizar inscripciones para servicios y subsidio de su grupo familiar.
Si no ha recibido su tarjeta familiar, presente la copia de este formato para utilizar los servicios del CARNET.

4189

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

FREDY ALEXANDER RINCON MESA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.029.644.154**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 8 de Mayo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

490

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **FREDY ALEXANDER RINCON MESA** identificado con **CC** No. **1029644154**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
PROINGENIARQ S.A.S - NI. 901388628	**Fecha de inicio de cobertura :** 08/05/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20250101592553.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 8 días del mes de mayo de 2025.

Cordialmente,

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

491

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 08/05/2025

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901388628
Nombre:	PROINGENIARQ S.A.S		
Dirección:	CRA 20 27 18		
Departamento:	CASANARE	**Municipio:**	YOPAL
Correo electrónico:	proingeniarqsas@gmail.com		
Teléfono:	3202253679	**Tarifa:**	6,96000
Actividad Económica:	5711001 ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN, PLANIFICACIÓN URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISEÑ		

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Documento Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC - 86075316	CRISTHIAN JAVIER GUERRA DIAZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

#	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	2025-01-035-70172	09/05/2025	CC 80090925	WILFRAN GUTIERREZ TORRES	5	6,96000	Dependiente

OBSERVACIONES

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

Cordial saludo,

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

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **LEONARD DAVID ACEVEDO CIFUENTES** identificado con **CC** No. **1118545552**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
PROINGENIARQ S.A.S - NI. 901388628	**Fecha de inicio de cobertura :** 20/07/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20250101595148.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 8 días del mes de mayo de 2025.

Cordialmente,

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

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **DAYANA FERNANDA TORRES SANABRIA** identificado con **CC** No. **1116548250**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
PROINGENIARQ S.A.S - NI. 901388628	**Fecha de inicio de cobertura :** 05/03/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20250101595165.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 8 días del mes de mayo de 2025.

Cordialmente,

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

Hacienda

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **JAINOBER ALBERTO DIAZ MERIZALDE** identificado con **CC** No. **74814471**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
PROINGENIARQ S.A.S - NI. 901388628	**Fecha de inicio de cobertura :** 17/08/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20250101595190.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 8 días del mes de mayo de 2025.

Cordialmente,

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

Hacienda

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **WILLIAM ENRIQUE CORTES DIAZ** identificado con **CC** No. **17348699**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
PROINGENIARQ S.A.S - NI. 901388628	**Fecha de inicio de cobertura :** 25/08/2022 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20250101595496.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 8 días del mes de mayo de 2025.

Cordialmente,

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

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 08/05/2025, el empleador PROINGENIARQ SAS identificado con NIT número 901388628 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
8748281	08/05/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	80090925	WILFRAN GUTIERREZ TORRES	1423500	ASISTENTE DE INGENIERIA	2025-05-05

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 8 días del mes de Mayo del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

497

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

WILFRAN GUTIERREZ TORRES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **80.090.925**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 8 de Mayo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

498

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 28/05/2025

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901388628
Nombre:	PROINGENIARQ S.A.S		
Dirección:	CRA 20 27 18		
Departamento:	CASANARE	**Municipio:**	YOPAL
Correo electrónico:	proingeniarqsas@gmail.com		
Teléfono:	3202253679	**Tarifa:**	6,96000
Actividad Económica:	5711001 ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN, PLANIFICACIÓN URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISEÑ		

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Documento Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC - 86075316	CRISTHIAN JAVIER GUERRA DIAZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

#	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	2025-01-035-242217	29/05/2025	CC 1118121777	ERIKA JOHANA ESPITIA PERILLA	5	6,96000	Dependiente

OBSERVACIONES

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

Cordial saludo,

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

499

?Wp8jvys2TtGJObJ697A==

Certificado impreso el día 28/05/2025 07:46 a. m. por el portal de empresas Edesk

EPS Sanitas

NIT 800.251.440-6

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

188174131

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

I. DATOS DEL TRAMITE

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

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

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

8. Apellidos y nombres Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Espitia	Parra	Erika	Johana

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
C.C.	1.118.121.727	Femenino ✓ Masculino	F ✓ M T NB Otro Cuál	Colombiana

14. Lugar de nacimiento Pais	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
			D D M M A A A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

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

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
Positiva	Porvenir	1.423.500	

26. Residencia Dirección	Teléfono Fijo
Calle 12 # 1-26 Barrio Guadalupe.	N/A

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3212167648	

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
Casanare	Monterrey		Cabecera Municipal ✓ Rural Disperso Centro Poblado Resto Rural

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

33. Lugar de nacimiento Pais	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento
			D D M M A A A A

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

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia	Departamento	Municipio/ Distrito	zona	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B2			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		500
B3			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B4			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B5			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		

Localidad/Comuna — Correo Electrónico

A. AFILIACIÓN

ComfaCasanare
Construimos Sueños !!!

Marque con una equis (x) y verifique instrucciones de diligenciamiento y causales de no aceptación al reverso
☐ Inscripción del trabajador ☐ Modificación ☐ Traslado ☐ Reintegro en el mismo mes SI ☐ NO ☐
Indique última fecha de retiro: DD MM AAAA

SGS CO09/2884

Formato de Inscripción, de Trabajadores

FAPP006

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo y número de identificación: C.C. [X] T.I. [ ] C.E. [ ] R.C. [ ] — 1118121777
Lugar y fecha de expedición: 27/07/2009 Monterrey Casanare
Sexo: X
CAUSAL NO ACEPTACIÓN:
Primer apellido: Espitia
Segundo apellido: Perilla
Nombres: Erika Johana
Fecha de Nacimiento: 1991 07 23
Teléfono: 3212167648
Dirección Residencia: Calle 12 No 1 -26
BARRIO: Guadalupe
Correo Electrónico:
ESTADO CIVIL: ☐ Casado(a) [X] Soltero(a) ☐ Separado(a) ☐ Unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a)
CIUDAD: Monterrey
Fecha de ingreso a la empresa: 2025 05 28
Horas labor mes:
CARGO: Profesional HSQ
SUELDO BÁSICO: 1.423.500
Tipo de contrato: FIJO
Administrar Recursos Públicos: SI [X] NO ☐ Servidor Público: SI ☐ NO [X] Nivel Escolaridad: Universitarios
Profesión: HSQ
Presenta Discapacidad alguna: SI ☐ NO [X] Tipo de Discapacidad:
En caso de cambio en el No. De Identificación, escriba el anterior:
SI EL TRABAJADOR LABORA SIMULTÁNEAMENTE CON OTRA EMPRESA REGISTRE AQUÍ — SUELDO BÁSICO:
VIVIENDA: ☐ No tiene ☐ Propia [X] Arrendada ☐ Hipoteca
ORIENTACIÓN SEXUAL: [X] Heterosexual ☐ Homosexual ☐ Bisexual
Factor de Vulnerabilidad:
☐ Desplazado ☐ Cabeza de familia ☐ Población migrante
☐ Víctima del conflicto armado (NO DESPLAZADO) ☐ Hija(o) de madres cabezas de familia ☐ Hijo(a) de desmovilizados o reinsertado
☐ Desmovilizado o reinsertado ☐ En condición de discapacidad ☐ Ejercicio del trabajo sexual
☐ Damnificado desastre natural ☐ Población zonas frontera (Nacionales) [X] No aplica
Pertenencia étnica:
☐ Afrocolombiano ☐ Comunidad negra ☐ Indígena palenquero ☐ Raizal del archipiélago de San Andrés ☐ Providencia y santa catalina ☐ Room /Gitano [X] No aplica

2. DATOS DEL EMPLEADOR (DILIGENCIE EN LETRA CLARA Y LEGIBLE)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: PROINGENIARQ S.A.S
Teléfono: 3104845998
NIT, C.C. o C.E.: 901388628-9
Dependencia: CASANARE

3. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Primer apellido:
Segundo apellido:
Adición: ☐ Nombres:
Fecha de Nacimiento: DD MM AAAA
Recibe subsidio: SI ☐ NO ☐
Retiro: ☐ Tipo y número de identificación: C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐
DOCUMENTO PENDIENTE:
EMPRESA DONDE TRABAJA O ACTIVIDAD ECONÓMICA:
CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADO(A):
SUELDO BÁSICO:
En caso de corrección de Cédula de Ciudadanía o cambio de Tarjeta de Identidad, escriba el número anterior o errado:

Solicitud de Datos Personales

Yo, Erika Johana Espitia Perilla, identificado con cédula de ciudadanía No. 1118121777 expedida en Monterrey, manifiesto así de manera expresa, que AUTORIZO de manera voluntaria, explícita, previamente informada e inequívoca a la Caja de Compensación Familiar de Casanare, para tratar mis datos personales de acuerdo a la política de tratamiento de datos personales de la institución publicada en la página Web www.comfacasanare.com.co para los fines relacionados con su objeto social. Dichos datos serán custodiados, conservados y utilizados exclusivamente para la entrega de beneficios y envío de información de servicios contemplados en el sistema de subsidio familiar. Lo anterior de conformidad con lo establecido en la ley 1581 de 2012 y lo reglamentado en el Decreto 1377 de 2013.

Firma

Declaro bajo la gravedad de juramento que todos los datos son exactos y examinados por quien firma.

Erika Espitia
Firma del trabajador(a)
C.C. T.I. R.C o C.E. No.

Firma y sello del empleador

OBSERVACIONES:

ComfaCasanare
Construimos Sueños !!!
29 MAY 2025
RECIBIDO DE AFILIACIONES
OFICINA PRINCIPAL

La información de este formato está sujeta a verificación

VIGILADO SuperSubsidio

Utilice este formato exclusivamente para afiliación de trabajadores solteros, casados o en unión libre sin beneficiarios.
Recuerde que es deber de la empresa y el trabajador actualizar la información del grupo familiar.
Al respaldo encontrará recomendaciones, instructivo y causales de no aceptación.
Consulte los requisitos para adicionar beneficiarios, realizar inscripciones para servicios y subsidio de su grupo familiar.
Si no ha recibido su tarjeta familiar, presente la copia de este formato para utilizar los servicios del CARNET.

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

ERIKA JOHANA ESPITIA PERILLA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.118.121.777**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

502

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:		NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901388628
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			PROINGENIARQ S.A.S.
CIUDAD/MUNICIPIO:	YOPAL	DEPARTAMENTO:	CASANARE
DIRECCIÓN:	CARRERA 20 N 27 - 18	TELÉFONO:	6334476
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de arquitectura e
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	01 - 01
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7964087835**	TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2025	SALUD:	AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/04/07	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1393351917

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	6	$ 1.636.300
8002530552	230901	230901-SKANDIA OBLIGATORIO	1	$ 227.800
8002248088	230301	230301-PORVENIR	16	$ 3.575.000
		SUBTOTAL:	23	**$ 5.439.100**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	14	$ 906.200
9010379161	MIN002	MIN002-ADRES-REGIMEN EXCEPCION	1	$ 57.000
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	9	$ 475.400
9010379161	MIN001	MIN001-ADRES	1	$ 57.000
		SUBTOTAL:	25	**$ 1.495.600**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8440033928	CCF69	CCF69-COMFACASANARE	25	$ 1.546.000
		SUBTOTAL:	25	**$ 1.546.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	25	$ 2.601.400
		SUBTOTAL:	25	**$ 2.601.400**

VALOR SIN MORA:	**$ 11.082.100**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 11.082.100**

503

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

CIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901388628
ÓN SOCIAL:			PROINGENIARQ S.A.S.
MO:	YOPAL	DEPARTAMENTO:	CASANARE
	CARRERA 20 N 27 - 18	TELÉFONO:	6334476
E:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de arquitectura e ingeniería y otras
ENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	01 - 01
ONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7964087835			TIPO DE PLANILLA:	E-EMPLEADOS		
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	abril	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/04/07			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1393351917		

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230901-SKANDIA OBLIGATORIO	1	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 0	$ 227.800
25-14 COLPENSIONES	6	$ 1.636.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.636.300	$ 0	$ 1.636.300
230301-PORVENIR	18	$ 3.575.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.575.000	$ 0	$ 3.575.000
									$ 5.439.100	$ 0	$ 5.439.100

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS005-SANITAS S.A.	14		$ 0		$ 0		$ 0	$ 906.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 906.200	$ 0	$ 0	$ 906.200
MIN002-ADRES-REGIMEN EXCEPCION	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 57.000
EPS037-NUEVA EPS	9		$ 0		$ 0		$ 0	$ 475.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 475.400	$ 0	$ 0	$ 475.400
MIN001-ADRES	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 57.000
												$ 1.495.600	$ 0	$ 0	$ 1.495.600

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	INCAPACIDAD IRP PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	25		$ 0	$ 0		$ 0	$ 2.601.400	$ 2.601.400	$ 0	$ 0	$ 2.601.400
								$ 2.601.400	$ 0	$ 0	$ 2.601.400

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
CCF69-COMFACASANARE	25	$ 1.546.000	$ 0	$ 1.546.000
		$ 1.546.000	$ 0	$ 1.546.000

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE: NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	NOVEDADES: ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
ILLA ITA DY VICIO	DEPEND		$ 4.623.375	FIJO			SI	25																
Y MORA DY ANA	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI		26															
RES ADRIA ANA ANGA	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	
LLE AREZ OE LUIS	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	
EDO LENTES NARD TO	DEPEND		$ 2.900.000	FIJO			SI																	
ERO ENCIA HARON NELA	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI	25																

SEGURIDAD SOCIAL: PENSIÓN ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
230301-PORVENIR	6	$ 924.675	$ 148.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 148.000
230301-PORVENIR	26	$ 1.233.700	$ 197.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 197.400
230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800
230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800
230301-PORVENIR	30	$ 2.900.000	$ 464.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 464.000
230301-PORVENIR	6	$ 284.700	$ 45.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 45.600

SEGURIDAD SOCIAL: SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
EPS005-SANITAS S.A.	6	$ 924.675	$ 37.000	$ 0	$ 37.000
EPS005-SANITAS S.A.	26	$ 1.233.700	$ 49.400	$ 0	$ 49.400
EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000
EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000
EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2.900.000	$ 116.000	$ 0	$ 116.000
EPS005-SANITAS S.A.	6	$ 284.700	$ 11.400	$ 0	$ 11.400

ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	6	$ 924.675		$ 84.400
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	26	$ 1.233.700		$ 85.900
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500		$ 99.100
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500		$ 99.100
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.900.000		$ 201.900
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	6	$ 284.700		$ 19.900

PARAFISCALES: CCF DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
6	$ 924.675	CCF69-COMFACASANARE	$ 37.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
26	$ 1.589.804	CCF69-COMFACASANARE	$ 62.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
30	$ 1.423.500	CCF69-COMFACASANARE	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
30	$ 1.423.500	CCF69-COMFACASANARE	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
30	$ 2.900.000	CCF69-COMFACASANARE	$ 116.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
6	$ 284.700	CCF69-COMFACASANARE	$ 11.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

CIÓN: NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 901388628
ÓN SOCIAL: PROINGENIARQ S.A.S.
IO: YOPAL DEPARTAMENTO: CASANARE
CARRERA 20 N 27 - 18 TELÉFONO: 6334476
E: 01-EMPLEADOR CLASE APORTANTE: B-MENOS DE 200 COTIZANTES
PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades de arquitectura e ingeniería y otras
ENTACIÓN: SUCURSAL SUCURSAL / DEPENDENCIA: 01 - 01
ONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA: 7964087835 TIPO DE PLANILLA: E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS MES marzo AÑO 2025 PERIODO COTIZACIÓN SALUD: MES abril AÑO 2025
DÍAS DE MORA: 0
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): 2025/04/07 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1393351917

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
RIES HECHA NA XLA	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI		26															
RTES Z LIAM UQUE	DEPEND		$ 4.982.250	FIJO			SI																	
AREZ MPO E	DEPEND	NO OBLIG COT PENS EDAD	$ 1.950.000	FIJO			SI																	
STELLAN PINTO ID ENA	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	
AREZ RES NA RCEDES	DEPEND		$ 2.175.000	FIJO			SI	25																
NGO IO RID	DEPEND	NO OBLIG COT PENS EDAD	$ 1.423.500	FIJO			SI																	
IEL DRIGUEZ BY	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	
ARADO NEZ ABEL JT	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	
ADAGUI EZ IGE NESTO	DEPEND		$ 4.626.375	FIJO			SI	25																
NANDEZ N LOS	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	
VEDO TIERREZ NANDO ONSO	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	
Z RZALDE ROGER ERTO	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	
ONSO ERRA BS BRIEL	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI	01																

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

NOMBRES	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
RIES HECHA NA XLA	230301-PORVENIR	26	$ 1.233.700	$ 197.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 197.400
RTES Z LIAM UQUE	25-14 COLPENSIONES	30	$ 4.982.250	$ 797.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 797.200
AREZ MPO E			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0
STELLAN PINTO ID ENA	230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800
AREZ RES NA RCEDES	230301-PORVENIR	6	$ 435.000	$ 69.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 69.600
NGO IO RID			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0
IEL DRIGUEZ BY	230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800
ARADO NEZ ABEL JT	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800
ADAGUI EZ IGE NESTO	25-14 COLPENSIONES	6	$ 925.275	$ 148.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 148.100
NANDEZ N LOS	230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800
VEDO TIERREZ NANDO ONSO	230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800
Z RZALDE ROGER ERTO	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800
ONSO ERRA BS BRIEL	230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP

NOMBRES	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
RIES HECHA NA XLA	EPS037-NUEVA EPS	26	$ 1.233.700	$ 49.400	$ 0	$ 49.400	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	26	$ 1.233.700		$ 85.900
RTES Z LIAM UQUE	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 4.982.250	$ 199.300	$ 0	$ 199.300	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 4.982.250		$ 346.800
AREZ MPO E	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.950.000	$ 78.000	$ 0	$ 78.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.950.000		$ 135.800
STELLAN PINTO ID ENA	MIN001-ADRES	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500		$ 99.100
AREZ RES NA RCEDES	EPS037-NUEVA EPS	6	$ 435.000	$ 17.400	$ 0	$ 17.400	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	6	$ 435.000		$ 30.300
NGO IO RID	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500		$ 99.100
IEL DRIGUEZ BY	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500		$ 99.100
ARADO NEZ ABEL JT	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500		$ 99.100
ADAGUI EZ IGE NESTO	EPS005-SANITAS S.A.	6	$ 925.275	$ 37.100	$ 0	$ 37.100	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	6	$ 925.275		$ 64.400
NANDEZ N LOS	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500		$ 99.100
VEDO TIERREZ NANDO ONSO	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500		$ 99.100
Z RZALDE ROGER ERTO	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500		$ 99.100
ONSO ERRA BS BRIEL	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500		$ 99.100

PARAFISCALES

NOMBRES	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
RIES HECHA NA XLA	26	$ 1.569.804	CCF69-COMFACA SANARE	$ 62.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
RTES Z LIAM UQUE	30	$ 4.982.250	CCF69-COMFACA SANARE	$ 199.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
AREZ MPO E	30	$ 1.950.000	CCF69-COMFACA SANARE	$ 78.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
STELLAN PINTO ID ENA	30	$ 1.423.500	CCF69-COMFACA SANARE	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
AREZ RES NA RCEDES	6	$ 435.000	CCF69-COMFACA SANARE	$ 17.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
NGO IO RID	30	$ 1.423.500	CCF69-COMFACA SANARE	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
IEL DRIGUEZ BY	30	$ 1.423.500	CCF69-COMFACA SANARE	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
ARADO NEZ ABEL JT	30	$ 1.423.500	CCF69-COMFACA SANARE	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
ADAGUI EZ IGE NESTO	6	$ 925.275	CCF69-COMFACA SANARE	$ 37.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
NANDEZ N LOS	30	$ 1.423.500	CCF69-COMFACA SANARE	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
VEDO TIERREZ NANDO ONSO	30	$ 1.423.500	CCF69-COMFACA SANARE	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
Z RZALDE ROGER ERTO	30	$ 1.423.500	CCF69-COMFACA SANARE	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
ONSO ERRA BS BRIEL	30	$ 1.423.500	CCF69-COMFACA SANARE	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

505

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI Sistema de Operación Integrada | Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

CIÓN:	NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901388628
ÓN SOCIAL:		PROINGENIARQ S.A.S.
IO:	YOPAL DEPARTAMENTO:	CASANARE
	CARRERA 20 N 27 - 18 TELÉFONO:	6334476
E:	01-EMPLEADOR CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de arquitectura e ingeniería y otras
ENTACIÓN:	SUCURSAL SUCURSAL / DEPENDENCIA:	01 - 01
ONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7964087835	TIPO DE PLANILLA:	E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES marzo AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES abril AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/04/07	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1393351917

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
RDOBA RIA ISE JARDO	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	
RRERA A LOS ARDO	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	
IERREZ RES FRAN	DEPEND		$ 3.480.000	FIJO			SI		26															
RRA Z STHIAN ER	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	
RO ILLO N EAN	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI		01															
EGAS ERA GO NANDO	DEPEND		$ 4.623.375	FIJO			SI	25																

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

NOMBRES	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
RDOBA RIA ISE JARDO	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800
RRERA A LOS ARDO	230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800
IERREZ RES FRAN	230301-PORVENIR	26	$ 3.016.000	$ 482.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 482.600
RRA Z STHIAN ER	230901-SKANDIA OBLIGATORIO	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800
RO ILLO N EAN	25-14 COLPENSIONES	1	$ 47.450	$ 7.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 7.600
EGAS ERA GO NANDO	230301-PORVENIR	6	$ 924.675	$ 148.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 148.000

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD

NOMBRES	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
RDOBA RIA ISE JARDO	MIN002-ADRES-REGIMEN EXCEPCION	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000
RRERA A LOS ARDO	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000
IERREZ RES FRAN	EPS037-NUEVA EPS	26	$ 3.016.000	$ 120.700	$ 0	$ 120.700
RRA Z STHIAN ER	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000
RO ILLO N EAN	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 47.450	$ 1.900	$ 0	$ 1.900
EGAS ERA GO NANDO	EPS037-NUEVA EPS	6	$ 924.675	$ 37.000	$ 0	$ 37.000

SEGURIDAD SOCIAL — ARP

NOMBRES	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
RDOBA RIA ISE JARDO	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500		$ 99.100
RRERA A LOS ARDO	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500		$ 99.100
IERREZ RES FRAN	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	26	$ 3.016.000		$ 210.000
RRA Z STHIAN ER	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500		$ 99.100
RO ILLO N EAN	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 47.450		$ 3.400
EGAS ERA GO NANDO	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	6	$ 924.675		$ 64.400

PARAFISCALES

NOMBRES	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
RDOBA RIA ISE JARDO	30	$ 1.423.500	CCF69-COMFACASANARE	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
RRERA A LOS ARDO	30	$ 1.423.500	CCF69-COMFACASANARE	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
IERREZ RES FRAN	26	$ 3.426.900	CCF69-COMFACASANARE	$ 137.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
RRA Z STHIAN ER	30	$ 1.423.500	CCF69-COMFACASANARE	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
RO ILLO N EAN	1	$ 225.388	CCF69-COMFACASANARE	$ 9.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
EGAS ERA GO NANDO	6	$ 924.675	CCF69-COMFACASANARE	$ 37.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 11.082.100

Planilla Pagada

506

USUARIO: SOI CC86075316

PROINGENIARQ S.A.S
Proyectos de Ingenieria y Arquitectura
Nit. 901.388.628-9

14. Presentar listado de trabajadores que desarrollen actividades de trabajo en alturas, con su respectivo Certificado vigente de trabajo en alturas avanzado y reentrenamiento acorde a requerimientos de la normatividad vigente.

507

PERSONAL AUTORIZADO ALTURAS

ITEM	NOMBRE	CEDULA	NIVEL
1	FREDY HARDY RINCON RINCON	9.430.853	Trabajador Autorizado
2	CESAR AUGUSTO DELGADO DIAZ	86.074.707	Trabajador Autorizado
3	JUAN GABRIEL RINCON RINCON	74.814.916	Trabajador Autorizado
4	JOSE REINEL CRISTANCHO CARVAJAL	74.858.538	Trabajador Autorizado
5	ERIKA JOHANA ESPITIA PERILLA	1118121777	Coordinador Alturas

205

ALTURAS Y CONFINADOS SAS

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

Otorga el título de conformidad al señor (a):

JUAN GABRIEL RINCON RINCON

IDENTIFICACION Nº CC 74.814.916

Perteneciente a la Empresa:	PROINGENIARQ SAS
con NIT:	901388628 - 9
Cuyo Representante legal es el señor (a)	CRISTHIAN JAVIER GUERRA DIAZ
Con Documento de Identidad Nº:	CC 86075316
Afiliado a la ARL	POSITIVA

Autorizados por el Min. de Trabajo con el radicado No. 08SE2024220000000004349 expedido el 12 de febrero 2024, en cumplimiento de la resolución 4272 de 2021 y la certificado por BVQI Bajo la norma NTC 6072:2014 bajo el certificado No. CO24.00065 del 10 de enero de 2024. ACREDITADO ONAC 09-CPR-008.

Curso y aprobó la acción de Formación:

ROL TRABAJADOR AUTORIZADO

CON UNA INTENSIDAD DE 32 HORAS DE CAPACITACION

Fechas de Formacion (Desde - Hasta):

20/05/2025 al 23/05/2025

En testimonio de lo anterior, se firma la presente en Bogotá, a los 23 días del mes de MAY de 2025

EDDY PATRICIA PANTANO RODRIGUEZ
Entrenadora trabajo seguro en alturas
LIC. EN S.O. No. 9130 de 14 de Noviembre de 2019
de la secretaria Distrital de salud de Bogotá

Diana C. Ojeda K.

Representante legal AC ALTURAS Y CONFINADOS SAS
LICENCIA EN S.O. No. 1040 de 17 de Noviembre de 2023
de la secretaria Distrital de salud de Bogotá

509

ALTURAS Y CONFINADOS SAS

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

Otorga el título de conformidad al señor (a):

CESAR AUGUSTO DELGADO DIAZ

IDENTIFICACION Nº CC 86.074.707

Perteneciente a la Empresa:	PROINGENIARQ SAS
con NIT:	901388628 - 9
Cuyo Representante legal es el señor (a)	CRISTHIAN JAVIER GUERRA DIAZ
Con Documento de Identidad Nº:	CC 86075316
Afiliado a la ARL	POSITIVA

Autorizados por el Min. de Trabajo con el radicado No. 08SE2024220000000004349 expedido el 12 de febrero 2024, en cumplimiento de la resolución 4272 de 2021 y la certificado por BVQI Bajo la norma NTC 6072:2014 bajo el certificado No. CO24.00065 del 10 de enero de 2024. ACREDITADO ONAC 09-CPR-008.

Curso y aprobó la acción de Formación:

REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272

CON UNA INTENSIDAD DE 8 HORAS DE CAPACITACION

Fechas de Formacion (Desde - Hasta):

22/05/2025 22/05/2025

En testimonio de lo anterior, se firma la presente en Bogotá, a los 22 días del mes de MAY de 2025

ANGELICA YURANI ARAQUE SOLANO
Entrenadora trabajo seguro en alturas
LICENCIA EN S.O. No. N 34 DE 13 de Enero de 2021
de la secretaria Distrital de salud de Bogotá

Diana C. Ojeda R.

DIANA CAROLINA OJEDA ROJAS
Representante legal AC ALTURAS Y CONFINADOS SAS
LICENCIA EN S.O. No. 1040 de 17 de Noviembre de 2023
de la secretaria Distrital de salud de Bogotá

510

ALTURAS Y CONFINADOS SAS

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

Otorga el título de conformidad al señor (a):

FREDY HARDY RINCON RINCON

IDENTIFICACION Nº CC 9.430.853

Perteneciente a la Empresa:	PROINGENIARQ SAS
con NIT:	901388628 - 9
Cuyo Representante legal es el señor (a)	CRISTHIAN JAVIER GUERRA DIAZ
Con Documento de Identidad Nº:	CC 86075316
Afiliado a la ARL	POSITIVA

Autorizados por el Min. de Trabajo con el radicado No. 08SE2024220000000004349 expedido el 12 de febrero 2024, en cumplimiento de la resolución 4272 de 2021 y la certificado por BVQI Bajo la norma NTC 6072:2014 bajo el certificado No. CO24.00065 del 10 de enero de 2024. ACREDITADO ONAC 09-CPR-008.

Curso y aprobó la acción de Formación:

REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272

CON UNA INTENSIDAD DE 8 HORAS DE CAPACITACION

Fechas de Formacion (Desde - Hasta):

22/05/2025 22/05/2025

En testimonio de lo anterior, se firma la presente en Bogotá, a los 22 días del mes de MAY de 2025

ANGELICA YURANI ARAQUE SOLANO
Entrenadora trabajo seguro en alturas
LICENCIA EN S.O. No. N 34 DE 13 de Enero de 2021
de la secretaria Distrital de salud de Bogotá

Diana C. Ojeda R.

DIANA CAROLINA OJEDA ROJAS
Representante legal AC ALTURAS Y CONFINADOS SAS
LICENCIA EN S.O. No. 1040 de 17 de Noviembre de 2023
de la secretaria Distrital de salud de Bogotá

511

Calle 75Bis No 85-42- Tel. 3134838642 – acalturasyconfinadossas@gmail.com-
Nota: La autenticidad de este certificado puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la pagina web: www.acalturasyconfinados.com.co – Menú-Consultar Certificados

ALTURAS Y CONFINADOS SAS

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

Otorga el título de conformidad al señor (a):

JOSE REINEL CRISTANCHO CARVAJAL

IDENTIFICACION Nº CC 74.858.538

Perteneciente a la Empresa:	PROINGENIARQ SAS
con NIT:	901388628 - 9
Cuyo Representante legal es el señor (a)	CRISTHIAN JAVIER GUERRA DIAZ
Con Documento de Identidad Nº:	CC 86075316
Afiliado a la ARL	POSITIVA

Autorizados por el Min. de Trabajo con el radicado No. 08SE2024220000000004349 expedido el 12 de febrero 2024, en cumplimiento de la resolución 4272 de 2021 y la certificado por BVQI Bajo la norma NTC 6072:2014 bajo el certificado No. CO24.00065 del 10 de enero de 2024. ACREDITADO ONAC 09-CPR-008.

Curso y aprobó la acción de Formación:

REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272

CON UNA INTENSIDAD DE 8 HORAS DE CAPACITACION

Fechas de Formacion (Desde - Hasta):

23/05/2025 23/05/2025

En testimonio de lo anterior, se firma la presente en Bogotá, a los 23 días del mes de MAY de 2025

ANGELICA YURANI ARAQUE SOLANO
Entrenadora trabajo seguro en alturas
LICENCIA EN S.O. No N 34 DE 13 de Enero de 2021
de la secretaria Distrital de salud de Bogotá

Diana C. Ojeda R.

DIANA CAROLINA OJEDA ROJAS
Representante legal AC ALTURAS Y CONFINADOS SAS
LICENCIA EN S.O. No. 1040 de 17 de Noviembre de 2023
de la secretaria Distrital de salud de Bogotá

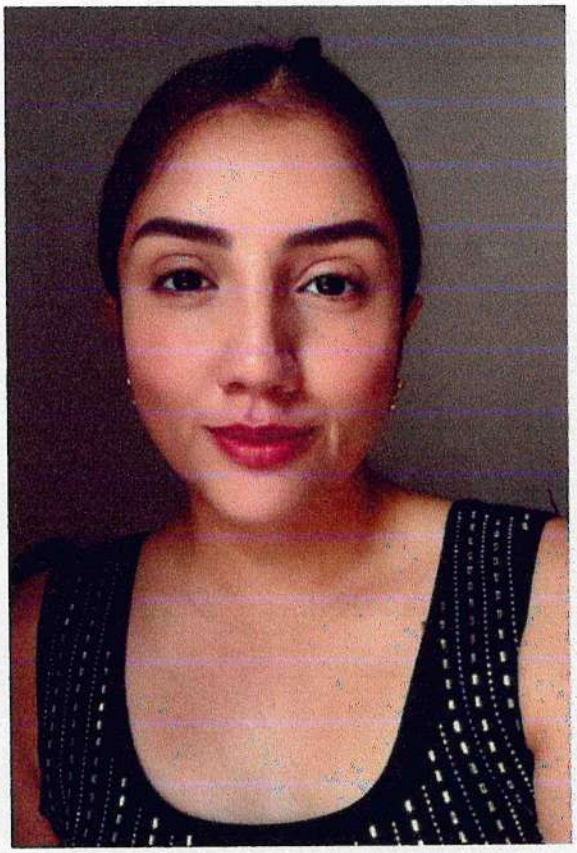
512

Calle 75Bis No 85-42- Tel. 3134838642 – acalturasyconfinadossas@gmail.com-
Nota: La autenticidad de este certificado puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la pagina web: www.acalturasyconfinados.com.co – Menú-Consultar Certificados

PROINGENIARQ S.A.S
Proyectos de Ingenieria y Arquitectura
Nit. 901.388.628-9

15. Para el Coordinador de Trabajo Seguro en Alturas allegar Hoja de Vida con soportes del profesional, con experiencia certificada mínima de un año relacionada con trabajo en alturas, certificación en la norma de competencia laboral vigente para trabajo seguro en alturas, capacitación en el nivel de coordinador de trabajo en alturas.

513



HOJA DE VIDA

PERFIL

Con el objeto que sea analizado hago llegar a ustedes mi hoja de vida, para evaluar mis posibilidades de trabajo en su empresa. Además de ofrecer mis servicios y poseer las cualidades profesionales e intelectuales para el cargo, me presento como una persona responsable, puntual, atenta y con espíritu de trabajo, grandes cualidades personales y sociales que me hacen una persona digna representante del cargo solicitado.

DATOS PERSONALES

NOMBRE:	**ERIKA JOHANA ESPITIA PERILLA**
DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	**1.118.121.777 De Monterrey Casanare**
FECHA DE NACIMIENTO:	**23 DE JULIO DE 1991**
CELULAR:	**321 2167648**
LUGAR DE NACIMIENTO	**Girardot Cundinamarca**
ESTADO CIVIL:	**Soltera**
DOMICILIO:	**Monterrey Casanare**

FORMACIÒN ACADEMICA

Estudios Realizado:	**Profesional En salud Ocupacional**
Institución:	**Universidad del Tolima (En convenio con la corporación universitaria minuto de Dios)**
Ciudad:	**Villavicencio-Meta**

Estudios Realizados:	**Bachiller Académico**
Institución:	**Colegio Juan Pablo II**
Ciudad:	**Villavicencio-Meta**

EXPERIENCIA LABORAL

Empresa:	**ISMOCOL S.A**
Cargo:	**INSPECTOR HSE**
Tiempo Laborado:	**30/10/2024 - 14/01/2025**

Empresa:	**ISMOCOL S.A**
Cargo:	**INSPECTOR HSE**
Tiempo Laborado:	**05/12/2023 - 31/08/2024**

Empresa:	**ISMOCOL S.A**
Cargo:	**INSPECTOR HSE**
Tiempo Laborado:	**05/05/2023 - 28/06/2023**

Empresa:	**ISMOCOL S.A**
Cargo:	**INSPECTOR HSE**
Tiempo Laborado:	**16/01/2023 - 20/01/2023**

Empresa:	**ISMOCOL S.A**
Cargo:	**INSPECTOR HSE**
Tiempo Laborado:	**11/11/2022 - 16/11/2022**

Empresa:	**FM INGENIERIA**
Cargo:	**PROFESIONAL HSE**
Tiempo Laborado:	**16/08/2022 - 09/09/2022**

Empresa: ISMOCOL S.A
Cargo: INSPECTOR HSE
Tiempo Laborado: 10/05/2022 - 28/06/2022

Empresa: PETROINCO SAS
Cargo: PROFESIONAL HSE
Tiempo Laborado: 27/07/2021 – 22/09/2021

Empresa: CONSTRUCIÓN Y ALQUILER DE EQUIPOS LA ROCA
Cargo: Inspector HSE
Tiempo Laborado: 30/11/2020 - 14/12/2020

Empresa: CONSTRUCIÓN Y ALQUILER DE EQUIPOS LA ROCA
Cargo: Inspector HSE
Tiempo Laborado: 13/10/2020 - 27/10/2020

Empresa: CONSTRUCIÓN Y ALQUILER DE EQUIPOS LA ROCA
Cargo: Inspector HSE
Tiempo Laborado: 24/08/2020 - 06/09/2020

Empresa: CONSTRUCCIONES Y ALQUILER DE EQUIPOS LA ROCA
Cargo: Inspector HSE
Tiempo Laborado: 18/11/2019 - 27/12/2019

Empresa: BOMBAS Y MONTAJES SAS
Cargo: Profesional HSE
Tiempo Laborado: 11/07/2019 - 08/11/2019

Empresa: CONSTRUCCIONES Y ALQUILER DE EQUIPOS LA ROCA
Cargo: Inspector HSE
Tiempo Laborado: 07/05/2019 - 26/05/2019

Empresa: INGENIERIA STM S.A.S
Cargo: Inspector HSE
Tiempo Laborado: 07/12/2018 - 11/02/2019

Empresa: TRANSERVINEL S.A.S
Cargo: Coordinador HSE de transporte en el sector de hidrocarburo
Tiempo Laborado: 23/12/2013 - 10/10/2017

Empresa: SGF GLOBAL
Cargo: Inspector HSE
Tiempo Laborado: 04/04/2013 - 12/12/2013

Empresa:	**TRANS TOUR L.T.D.A**
Cargo:	**Auxiliar de Inspección HSE**
Tiempo Laborado:	**04/01/2010 - 30/08/2010**

REFERENCIA PERSONAL

Nombre: Yuri Arvey Silva
Ocupación: Técnico de Operaciones
Celular: 31 532 86 72

Nombre: Iván Carreño
Ocupación: Coordinador contractual
Celular: 3208033028

REFERENCIA FAMILIAR

Nombre: Néstor Perilla
Ocupación: Profesional de apoyo al Banco de Programas y Proyectos
Celular: 316 792 39 61

Nombre: Leandro Espitia Perilla
Ocupación: Operador De planta
Celular: 312 587 81 08

CERTIFICACION: *Para todos los efectos legales certifico que todas las respuestas e información anotadas por mí, en la presente hoja de vida son veraces (código sustantivo del trabajo, Art. 62 Nral 1º), Régimen laboral.*

Erika Espitia Perilla.

ERIKA JOHANA ESPITIA PERILLA

1.118.121.777 de Monterrey Casanare

REPUBLICA DE COLOMBIA

UNIVERSIDAD DEL TOLIMA

OTORGA EL TITULO DE

Profesional en Salud Ocupacional

En convenio con la

CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS

A

Erika Johana Espitia Perilla

C.C. No 1118121777 expedida en Monteria

Quien cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos
En testimonio de ello se expide el presente

DIPLOMA

En la ciudad de Ibague a Junio 28 de 2014

El Decano de la Facultad

El Rector de la Universidad

Secretario General

Rector
Corp. Universitaria Minuto de Dios

Universidad del Tolima
Libro de Registro No. 14
Folio No. 004
Registro No. 074802

ACTA DE GRADO NUMERO 24

Registro No. C70855 Folio No. 498 Libro No. 14

En Ibagué, a las 9:00 de la MAÑANA del sábado 28 de junio del año 2014, se reunieron en el Auditorio 1, Bloque 33 de la Universidad del Tolima, presididos por el doctor DAVID BENITEZ MOJICA, Rector de la Universidad del Tolima, el doctor LEONIDAS LÓPEZ HERRÁN, Rector de la CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS, el doctor LUIS ALBERTO MALAGON PLATA, Director del Instituto de Educación a Distancia y el doctor OMAR A. MEJIA PATIÑO, Secretario General de la Universidad del Tolima, la doctora LINDA LUCÍA GUARÍN GUTIÉRREZ, Secretaria General de la CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS, con el objeto de proceder a la graduación de **Espitia Perilla Erika Johana**, identificado con Cédula de Ciudadanía número 1118121777 expedida en Monterrey, como Profesional en Salud Ocupacional.

Opción de Grado: Componentes de Evaluación Ambiental con Instrumento para Mejorar la Seguridad Laboral.
Calificación: Aprobó

El señor rector recibió el juramento al graduando y le entregó el título que lo acredita como **Profesional en Salud Ocupacional**.

A las 1:00 PM del día, se dio por terminada la ceremonia de grado.

La Secretaria General leyó la presente acta, la cual se firmó a continuación.

EL RECTOR DE LA UNIVERSIDAD DEL TOLIMA

(Fdo.) DAVID BENITEZ MOJICA

EL RECTOR DE LA CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS

(Fdo.) LEONIDAS LÓPEZ HERRÁN

EL SECRETARIO GENERAL DE LA UNIVERSIDAD DEL TOLIMA

(Fdo.) OMAR A. MEJIA PATIÑO

LA SECRETARIA GENERAL DE LA CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS

(Fdo.) LINDA LUCÍA GUARÍN GUTIÉRREZ

OMAR A. MEJIA PATIÑO
Secretario General

Es copia
Ibagué, 28 de junio de 2014

34864

Gobernación del Meta
Nit: 892000148-8

RESOLUCIÓN NÚMERO No. 2379
(27 de agosto de 2014)

Por la cual se concede una licencia para prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo a una persona natural.

EL SECRETARIO DE SALUD

En uso de sus facultades legales conferidas en los artículos 23 de la Ley 1562 de 2012 y 1° de la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social.

CONSIDERANDO:

Que ERIKA JOHANA ESPITIA PERILLA con cédula de ciudadanía número 1.118.121.777 expedida en Monterrey, Profesional en Salud Ocupacional de la Universidad del Tolima, presentó solicitud de licencia para la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo, para lo cual allegó la documentación exigida por la norma.

Que revisada la solicitud presentada con su documentación anexa y verificado el cumplimiento de los requisitos exigidos por la Resolución No. 4502 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social para el otorgamiento de la licencia de salud ocupacional, se considera procedente la expedición de la licencia solicitada.

Que en mérito de lo expuesto, este Despacho,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Conceder Licencia de Prestación de Servicios en Salud y Seguridad en el Trabajo a ERIKA JOHANA ESPITIA PERILLA con cédula de ciudadanía número 1.118.121.777 expedida en Monterrey, como Profesional en Salud Ocupacional.

ARTÍCULO SEGUNDO: La licencia otorgada comprende la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo en las siguientes áreas o campos de acción:

1. Seguridad y Salud en el Trabajo
2. Higiene Industrial
3. Seguridad Industrial
4. Investigación en del Accidente de Trabajo
5. Educación
6. Capacitación
7. Diseño, Administración y Ejecución del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

SECRETARÍA DE SALUD

Continuación de resolución número 2379/2014, por la cual se concede licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo

ARTÍCULO TERCERO. La presente licencia se concede por término de diez (10) años, es de carácter personal e intransferible, tendrá validez en todo el territorio nacional y puede solicitarse su renovación por un término igual, en cualquier Secretaría Seccional o Distrital del país.

ARTÍCULO CUARTO. Cuando el titular de la licencia modifique alguna de las condiciones acreditadas en el momento de su obtención, deberá informar tal hecho a esta Secretaría de Salud, a fin de proceder a modificar la resolución por la cual se otorgó la licencia. En caso contrario incurrirá en las sanciones previstas en las normas legales vigentes.

ARTÍCULO QUINTO. El titular de la licencia deberá dar estricto cumplimiento a las normas que regulan la materia, en especial a la Ley 1562 de 2012, Resolución 4502 de 2012 y demás normas que la modifiquen o adicionen.

ARTÍCULO SEXTO. Notificar personalmente al interesado esta Resolución , informando que de conformidad con el artículo 74 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011) contra la misma proceden los recursos de reposición y en subsidio apelación, los cuales podrá interponer ante esta Secretaría de Salud, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación de este acto administrativo.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE
Villavicencio, 27 de agosto de 2014

EDUARDO GUILLERMO SARENA
Secretario de Salud del Meta

Gloria C.

NOTIFICACIÓN PERSONAL

NOMBRE: _____

C.C. _____

FECHA _____

SECRETARÍA DE SALUD

CURSO 20 HORAS

Decreto 1072 de 2015
Circular 063 de 2022

REGISTRO: RCO-026

MINISTERIO DEL TRABAJO

Escuela unipymes

Fundación Unipymes

Hace constar que:

Erika Johana Espitia Perilla

Número de Documento: 1118121777

Desarrolló y aprobó el Curso 20 Horas en SG-SST

Fecha de Certificación: 2025-04-02

Intensidad Horaria: 20 horas

RCO-026 (Oferente MinTrabajo)

María Mercedes López - Directora

Tecno Petrol QHSE
Nit: 900478962-7 del Oriente S.A.S

Licencia de prestación de servicios de SST Resolución DS de enero 17 del 2017

CERTIFICA

QUE:

ERIKA JOHANA ESPITIA PERILLA

Cedula de ciudadanía: 1.118.121.777 ARL: COLMENA

Certificado de capacitación y entrenamiento para trabajo en altura

Curso y aprobó el nivel de capacitación

ACTUALIZACIÓN COORDINADOR 4272

Realizado del 24-12-2023 al 25-12-2023 en la sede ubicada en la Vereda Cabañas del Municipio de Tauramena, Casanare con una intensidad de 16 horas. El presente certificado se expide en Tauramena Casanare a los 25 días del mes 12 del año 2023

OSCAR GENARO BONORQUEZ SANABRIA
Representante Legal (P)
TECNO PETROL QHSE DEL ORIENTE SAS

MARTHA SORLEY CADEÑA PATIÑO
Entrenador Altura
- Licencia SST 1235 del 2014

Nombre Contrato, Persona N: ISSMOCOL S A
Nombre Representante / rep legal: ALVARO ESCOBAR

NUIP 890209174-1
NUIP 5567800

Organismo Certificador: ICONTEC Código de Acreditación: SC-CER202574

Número de Registro proveedor: ACCTA202023110

Tecno Petrol QHSE

Nit 900478962-7 del Oriente S.A.S

Licencia de prestación de servicios de SST Resolución 018 de enero 17 del 2022

CERTIFICA

QUE:

ERIKA JOHANA ESPITIA PERILLA

Cedula de ciudadanía: 1.118.121.777 ARL: COLMENA

Certificado de capacitación y entrenamiento para trabajo en altura

Curso y aprobó el nivel de capacitación

REENTRENAMIENTO SECTOR HIDROCARBUROS

Realizado del 26-12-2021 al 26-12-2021 en la sede ubicada en la vereda Cabañas del Municipio de Tauramena, Casanare con una intensidad de 8 horas. El presente certificado se expide en tauramena Casanare a los 26 días del mes 12 del año 2021

OSCAR GERARD BONORIQUEZ SARABRIA
Representante Legal (P)
TECNO PETROL QHSE DEL ORIENTE SAS

MARTHA BORJA Y CADENA PATIÑO
Entrenador Alturas
- Licencia SST 1235 de 2014

Nombre Cliente: Persona Nit: ISSIOCOL S.A
Nombre Representante Legal: ALVARO BICOBAR

NIT: 800208174-1
NIT: 3507800

Organismo Certificador: CERTIC Código de Acreditación: DC-CER020

Número de Registro presentado: RS20231302

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.118.121.777**

ESPITIA PERILLA

APELLIDOS

ERIKA JOHANA

NOMBRES

ERIKA ESPITIA

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-JUL-1991**

GIRARDOT
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

27-JUL-2009 MONTERREY

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-4654000-00297444-F-1118121777-20110429 0026823315A 1 34732528

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Trabajo

Bogotá D.C., julio 17 de 2025

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que ERIKA JOHANA ESPITIA PERILLA, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1118121777, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS CURSO ACTUALIZACIÓN DE COORDINADORES TRABAJO SEGURO EN ALTURAS RES. 4272
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: TECNO PETROL QHSE DEL ORIENTE SAS
ENTRENADOR: MARTHA SORLEY CADENA PATIÑO
SEDE DONDE SE FORMÓ: TECNO PETROL QHSE DEL ORIENTE SAS
EMPLEADOR: ISMOCOL S.A.
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: COLMENA

SECTOR ECONÓMICO: N/A
FECHAS DE FORMACIÓN: 24/12/2023 a 25/12/2023
INTENSIDAD HORARIA: 16 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día julio 17 de 2025

16. **EL CONTRATISTA deberá contar con Botiquín de primeros auxilios y extintor con su respectiva señalización.**

515

PROINGENIARQ S.A.S

Proyectos de Ingenieria y Arquitectura

Nit. 901.388.628-9

PROINGENIARQ S.A.S	INSPECCION DE BOTIQUIN

PROYECTO:	
UBICACIÓN:	SEDE SUBSENATUA - MONTERIA
FECHA:	MAYO - 2025.

ITEM	ELEMENTOS	CANT SUG	INSPECCION		FECHA DE VENCIMIENTO	OBSERVACIONES
			CANT	ESTADO		
1	Gasas Limpias	5 Pqts	5.	BUENO	01/2029	
2	Esparadrapo de tela en rollo	1	1	BUENO	06/2029	
3	Bajalenguas	20	20	BUENO	03/2028.	
4	Guantes de latex para examen	5 Pares	5	BUENO	07/2024	
5	Venda elastica 2 X 5 Yardas	1				
6	Venda elastica 3 X 5 Yardas	1	1	BUENO	09/2029	
7	Venda elastica 5 X 5 Yardas	1				
8	Vendas de algodón 3 X 5 Yardas	2				
9	Jabon Antibacterial	1	1	BUENO	7/2026.	
10	Solucion Salina de 250 cc ó 500 cc	1	2	BUENO	8/2026	
11	Termómetro de mercurio ó digital	1	1	BUENO	N/A	
12	Alcohol Antisepticos en frasco	1	1	BUENO	NOV/2027	
13	Aplicadores de madera	20	20	BUENO	N/A.	
14	Venda triangular	2	1	BUEN	N/A	
15	Curas	10	10	BUENO	08/2028	
16	Apósito Ocular	1	2	BUEN	N/A	
17	Compresas	2	2	BUENO	11/2028.	
18	Yodopovidona	1	2	BUENO	01/2027	
19	Micropore	1	1	BUENO	06/2027	
20	Pito	1	1	BUENO	N/A.	
21	Inmovilizador cervical + ferulas	1	1	BUENO	N/A.	
22	Tapabocas	1	5	BUENO	N/A	
23	Suero Oral	1	2	BUENO	08/2025	
24	Tijeras	1	1	BUENO	N/A	
25	Linterna con Pilas	1	1	BUENO	N/A	
26	Bolsa plastica roja	1	1	BUENO	N/A	
27	Manual de primeros auxilios	1	1	BUENO	N/A.	
Firma Responsable Inspección:			Jaimber Ant			
Nombre de quien Inspecciona:			Jaimber Ant			
Fecha de Inspeccion:			Mayo - 2025.			

CONVENCIONES: C: Cumple NC: No cumple V: Vencido PV: Proximo a vencer

PROINGENIARQ S.A.S

Proyectos de Ingenieria y Arquitectura

Nit. 901.388.628-9

PROINGENIARQ S.A.S	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
	INSPECCIÓN DE EXTINTORES

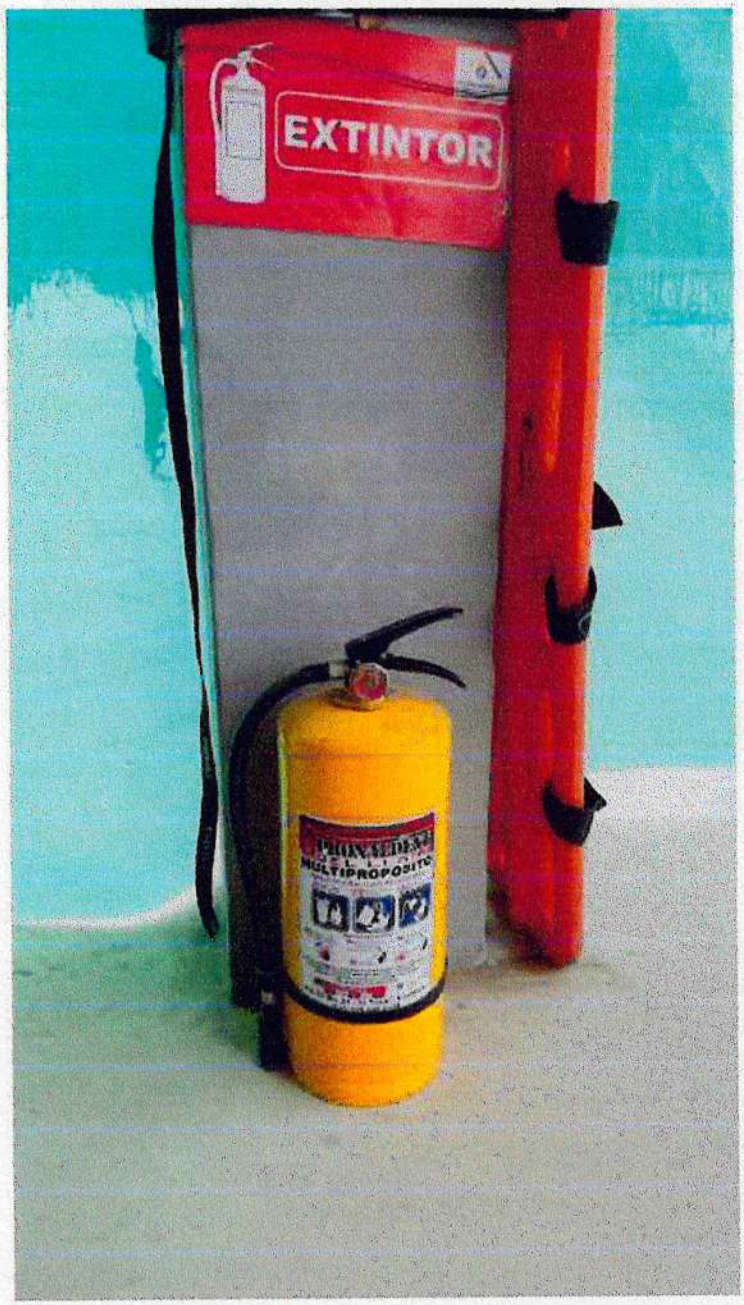
PROYECTO: Cabrera / Cumaral

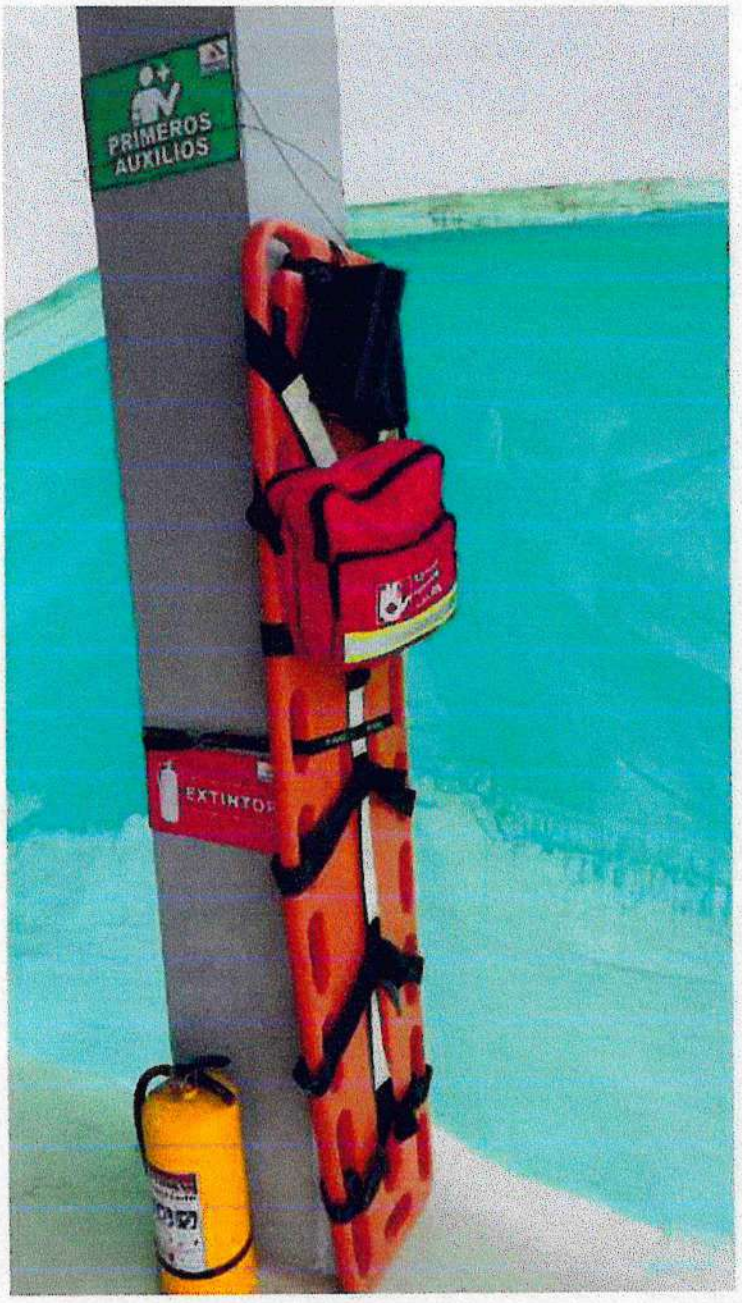
Mayo 2025.

Nº	TIPO DE EXTINTOR	AREA/ UBICACIÓN	CAPACIDAD	FECHA DE RECARGA	FECHA PROXIMA DE RECARGA	ESTADO DEL EXTINTOR											NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE INSPECCION	FECHA DE INSPECCION	OBSERVACIONES
						MANOMETRO	PASADOR DE SEGURIDAD	BOQUILLA	MANIJA	CILINDRO	TARJETA	CORROSIÓN	PINTURA	SEÑALIZACIÓN	ACCESO	VISIBILIDAD			
1	ABC	SEDE SUR SENA TUA	20lbs	JUN/24	JUN/25	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	Julian Ap	Mayo 2025.	

CONVENCIONES: C cumple NC no cumple N/A no aplica

UBICACIÓN EQUIPOS DE EMERGENCIA EN SITIO




PRIMEROS
AUXILIOS
EXTINTOR