GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO INSPECCIÓN PERSONAL MÍNIMO REQUERIDO INTERVENTORÍA		
SST-FR-08	01/01/2024. V01	CONSORCIO CIVIL IA

FORMATO INSPECCION PUESTO DE TRABAJO

PROYECTO	MEJORAMIENTO MEDIANTE LA CONSTRUCCIÓN DE LA PLACA HUELLA EN EL SECTOR VEREDA PIRAVANTE BAJO - BEJUCAL ALTO DEL MUNICIPIO DE CAMPOALEGRE, DEPARTAMENTO DEL HUILA
SEMANA	DEL 03 AL 09 DEL MES DE MARZO DE 2025.
NOMBRE Y CARGO RESIDENTE INTERVENTORÍA QUIEN REALIZA LA INSPECCION	ALONSO GÓMEZ - INGENIERO RESIDENTE

MARQUE CON UNA X LA RESPUESTA CORRECTA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS.

No.	PROFESIONAL REQUERIDO	CARGO	% DISPONIBILIDAD	SEMANA													
				LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
				SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	CARMEN LUCIA VELASCO GALLEGO	DIRECTOR DE INTERVENTORIA	20%	X						X							
2	ALONSO GOMEZ GOMEZ	RESIDENTE	100%	X		X		X		X		X		X		X	
3	DIEGO FERNANDO OSPINA	ESPECIALISTA EN GEOTECNIA	50%	X						X		X					
4	OSCAR ARIAS	ESPECIALISTA EN HIDRAULICA	20%	X						X							
5	XIMENA ALEJANDRA CARDOZO	ESPECIALISTA EN ESTRUCTURAS	20%							X							
6	GEANED ALVAREZ CASTAÑO	ESPECIALISTA AMBIENTAL	20%							X							
7	NEYRA YURANI AVILES	INGENIERO INDUSTRIAL SISOMA	100%	X		X		X		X		X		X		X	
8	MARIA VILLEGAS	SECRETARIA	100%	X		X		X		X		X		X		X	
9	ORLANDO SALAZAR	DIBUJANTE	10%									X					
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

FIRMA DEL RESPONSABLE INSPECIÓN	ALONSO GÓMEZ GÓMEZ

GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO INSPECCIÓN PERSONAL MÍNIMO REQUERIDO INTERVENTORÍA		CONSORCIO CIVIL IA
SST-FR-08	01/01/2024. V01	

FORMATO INSPECCION PUESTO DE TRABAJO

PROYECTO	MEJORAMIENTO MEDIANTE LA CONSTRUCCIÓN DE LA PLACA HUELLA EN EL SECTOR VEREDA PIRAVANTE BAJO - BEJUCAL ALTO DEL MUNICIPIO DE CAMPOALEGRE, DEPARTAMENTO DEL HUILA
SEMANA	MARZO 10 AL 16 DE 2025
NOMBRE Y CARGO RESIDENTE INTERVENTORÍA QUIEN REALIZA LA INSPECCION	ALONSO GÓMEZ - INGENIERO RESIDENTE

MARQUE CON UNA X LA RESPUESTA CORRECTA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS.

No.	PROFESIONAL REQUERIDO	CARGO	% DISPONIBILIDAD	SEMANA													
				LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
				SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	CARMEN LUCIA VELASCO GALLEGO	DIRECTOR DE INTERVENTORIA	20%	X						X							
2	ALONSO GOMEZ GOMEZ	RESIDENTE	100%	X		X		X		X		X		X			X
3	DIEGO FERNANDO OSPINA	ESPECIALISTA EN GEOTECNIA	50%	X						X		X					
4	OSCAR ARIAS	ESPECIALISTA EN HIDRAULICA	20%	X								X					
5	XIMENA ALEJANDRA CARDOZO	ESPECIALISTA EN ESTRUCTURAS	20%	X								X					
6	GEANED ALVAREZ CASTAÑO	ESPECIALISTA AMBIENTAL	20%	X								X					
7	NEYRA YURANI AVILES	INGENIERO INDUSTRIAL SISOMA	100%	X		X		X		X		X		X			X
8	MARIA VILLEGAS	SECRETARIA	100%	X		X		X		X		X		X			X
9	ORLANDO SALAZAR	DIBUJANTE	10%									X					
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

FIRMA DEL RESPONSABLE INSPECIÓN	ALONSO GÓMEZ GÓMEZ

GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO INSPECCIÓN PERSONAL MÍNIMO REQUERIDO INTERVENTORÍA		CONSORCIO CIVIL IA
SST-FR-08	**01/01/2024. V01**	

FORMATO INSPECCION PUESTO DE TRABAJO

PROYECTO	MEJORAMIENTO MEDIANTE LA CONSTRUCCIÓN DE LA PLACA HUELLA EN EL SECTOR VEREDA PIRAVANTE BAJO - BEJUCAL ALTO DEL MUNICIPIO DE CAMPOALEGRE, DEPARTAMENTO DEL HUILA
SEMANA	MARZO 17 AL 23 DE 2025
NOMBRE Y CARGO RESIDENTE INTERVENTORÍA QUIEN REALIZA LA INSPECCION	ALONSO GÓMEZ - INGENIERO RESIDENTE

MARQUE CON UNA X LA RESPUESTA CORRECTA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS.

No.	PROFESIONAL REQUERIDO	CARGO	% DISPONIBILIDAD	SEMANA													
				LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
				SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	CARMEN LUCIA VELASCO GALLEGO	DIRECTOR DE INTERVENTORIA	20%	X						X							
2	ALONSO GOMEZ GOMEZ	RESIDENTE	100%	X		X		X		X		X		X		x	
3	DIEGO FERNANDO OSPINA	ESPECIALISTA EN GEOTECNIA	50%	X						X							
4	OSCAR ARIAS	ESPECIALISTA EN HIDRAULICA	20%	X						x							
5	XIMENA ALEJANDRA CARDOZO	ESPECIALISTA EN ESTRUCTURAS	20%	X						x							
6	GEANED ALVAREZ CASTAÑO	ESPECIALISTA AMBIENTAL	20%	X						x							
7	NEYRA YURANI AVILES	INGENIERO INDUSTRIAL SISOMA	100%	X		X		X		X		X		X			X
8	MARIA VILLEGAS	SECRETARIA	100%	X		X		X		X		X		X			X
9	ORLANDO SALAZAR	DIBUJANTE	10%									X					
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

FIRMA DEL RESPONSABLE INSPECIÓN	ALONSO GÓMEZ GÓMEZ

GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO INSPECCIÓN PERSONAL MÍNIMO REQUERIDO INTERVENTORÍA		CONSORCIO CIVIL IA
SST-FR-08	01/01/2024. V01	

FORMATO INSPECCION PUESTO DE TRABAJO

PROYECTO	MEJORAMIENTO MEDIANTE LA CONSTRUCCIÓN DE LA PLACA HUELLA EN EL SECTOR VEREDA PIRAVANTE BAJO - BEJUCAL ALTO DEL MUNICIPIO DE CAMPOALEGRE, DEPARTAMENTO DEL HUILA
SEMANA	MARZO 24 AL 30 DE 2025
NOMBRE Y CARGO RESIDENTE INTERVENTORÍA QUIEN REALIZA LA INSPECCION	ALONSO GÓMEZ - INGENIERO RESIDENTE

MARQUE CON UNA X LA RESPUESTA CORRECTA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS.

No.	PROFESIONAL REQUERIDO	CARGO	% DISPONIBILIDAD	SEMANA													
				LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
				SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	CARMEN LUCIA VELASCO GALLEGO	DIRECTOR DE INTERVENTORIA	20%	X						X							
2	ALONSO GOMEZ GOMEZ	RESIDENTE	100%	X		X		X		X		X		X		x	
3	DIEGO FERNANDO OSPINA	ESPECIALISTA EN GEOTECNIA	50%	X								x					
4	OSCAR ARIAS	ESPECIALISTA EN HIDRAULICA	20%	X								x					
5	XIMENA ALEJANDRA CARDOZO	ESPECIALISTA EN ESTRUCTURAS	20%	X								x					
6	GEANED ALVAREZ CASTAÑO	ESPECIALISTA AMBIENTAL	20%	X								x					
7	NEYRA YURANI AVILES	INGENIERO INDUSTRIAL SISOMA	100%	X		X		X		X		X		X			X
8	MARIA VILLEGAS	SECRETARIA	100%	X		X		X		X		X		X			X
9	ORLANDO SALAZAR	DIBUJANTE	10%									X					
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

FIRMA DEL RESPONSABLE INSPECIÓN	ALONSO GÓMEZ GÓMEZ

NIT. 79.648.236-0
CALLE 71B # 87 - 13. BOGOTÁ – COLOMBIA. TEL 301 3683216
www.topgeoequipos.com

CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN No. 2K1718

PROPIETARIO:	GHF INGENIERIAS Y CONSTRUCCIONES SAS		
INSTRUMENTO	Estación total	**MARCA:**	TOPCON
MODELO	GPT-3107W	**SERIAL:**	8S2062
IDENTIFICACION CLIENTE	**CC/NIT** 901424774-0		
FECHA DE EXPEDICION	24/SEP/2024		
PROXIMO AJUSTE	24/MAR/2025		
Instrumento nuevo:	SI NO X		

PATRONES UTILIZADOS

Estación total South NTS-332R10 SN 297863, Nivel Automático TOPCON ATB2 JZ29924 Certificado Trazable al NIST

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SEGÚN FABRICANTE

Precisión Angular(DIN 18723)	7”	**Mínima distancia focal**	1.3 m
Precisión en Distancia	+/-3mm+2ppmxDmse	**Medición con un Prisma**	3000 m
Aumento del Telescopio	30X	**Compensador**	X Y
Apertura del Objetivo	45 mm	**Exactitud Compensador**	(+/-) 3`
Lectura en Pantalla	5”		

AJUSTES EFECTUADOS:

CÒDIGOS: 1: correcto 2: falla corregida 3: no corregida 4: no aplica

Limpieza exterior	2	Ajuste de nivel Circular	1
Mantenimiento Interno	1	Ajuste del sistema de enfoque	1
Tornillo de movimiento fino H	2	Ajuste del retículo	1
Chequeo del teclado	1	Ajuste de mirilla de puntería	2
Ajuste Compensador	2		

CALIBRADO

EQUIPOS DE TOPOGRAFÍA

WWW.TOPGEOEQUIPOS.COM

Julián A. Gómez V.

NIT. 79.648.236-0
CALLE 71B # 87 - 13. BOGOTÁ – COLOMBIA. TEL 301 3683216
www.topgeoequipos.com

CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN No. 2K1719

PROPIETARIO:	GHF INGENIERIAS Y CONSTRUCCIONES SAS		
INSTRUMENTO	Estación total	**MARCA:**	TOPCON
MODELO	GPT-3107W	**SERIAL:**	8S2063
IDENTIFICACION CLIENTE	**CC/NIT** 901424774-0		
FECHA DE EXPEDICION	24/SEP/2024		
PROXIMO AJUSTE	24/MAR/2025		
Instrumento nuevo:	SI NO X		

PATRONES UTILIZADOS

Estación total South NTS-332R10 SN 297863, Nivel Automático TOPCON ATB2 JZ29924 Certificado Trazable al NIST

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SEGÚN FABRICANTE

Precisión Angular(DIN 18723)	7”	**Mínima distancia focal**	1.3 m
Precisión en Distancia	+/-3mm+2ppmxDmse	**Medición con un Prisma**	3000 m
Aumento del Telescopio	30X	**Compensador**	X Y
Apertura del Objetivo	45 mm	**Exactitud Compensador**	(+/-) 3`
Lectura en Pantalla	5”		

AJUSTES EFECTUADOS:

CÒDIGOS: 1: correcto 2: falla corregida 3: no corregida 4: no aplica

Limpieza exterior	2	Ajuste de nivel Circular	1
Mantenimiento Interno	1	Ajuste del sistema de enfoque	1
Tornillo de movimiento fino H	2	Ajuste del retículo	1
Chequeo del teclado	1	Ajuste de mirilla de puntería	2
Ajuste Compensador	2		

CALIBRADO

EQUIPOS DE TOPOGRAFÍA

WWW.TOPGEOEQUIPOS.COM

Julian A. Gomez V.

NIT. 79.648.236-0
CALLE 71B # 87 - 13. BOGOTÁ – COLOMBIA. TEL 301 3683216
www.topgeoequipos.com

CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN No. 2K1720

PROPIETARIO:	GHF INGENIERIAS Y CONSTRUCCIONES SAS		
INSTRUMENTO	Nivel Automático	**MARCA:**	CTS BERGER
MODELO	SAL24N	**SERIAL:**	M215766
IDENTIFICACION CLIENTE	**CC/NIT 901424774-0**		
FECHA DE EXPEDICION	24/SEP/2024		
PROXIMO AJUSTE	24/MAR/2025		
Instrumento nuevo:	SI NO X		

PATRONES UTILIZADOS

Estación total South NTS-332R10 SN 297863, Nivel Automático TOPCON ATB2 JZ29924 Certificado Trazable al NIST

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SEGÚN FABRICANTE

Desviación estándar doble KM de niv.	2 mm	**Mínima distancia focal**	0.3 m
Tipo de imagen	Directa	**Relación de Estadia**	100
Aumento	24X	**Rango del Compensador**	+/- 15´
Apertura del Objetivo	36 mm	**Exactitud del Compensador**	+/- 0.8”

AJUSTES EFECTUADOS

CODIGOS: 1: correcto 2: falla corregida 3: no corregida 4: no aplica

Limpieza exterior	2	Ajuste de nivel Circular	2
Mantenimiento Interno	1	Ajuste del sistema de enfoque	2
Tornillo de movimiento fino H	1	Ajuste del retículo	1
Chequeo del teclado	1	Ajuste de mirilla de puntería	2
Ajuste Compensador	2		

CALIBRADO

EQUIPOS DE TOPOGRAFÍA

WWW.TOPGEOEQUIPOS.COM

Julian A. Gomez V.

GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO INSPECCIÓN VEHÍCULOS, EQUIPOS, MAQUINARIAS Y HERRAMIENTAS INTERVENTORÍA		CONSORCIO CIVIL IA
SST-FR-09	01/10/2023. V01	

PROYECTO	**MEJORAMIENTO MEDIANTE LA CONSTRUCCIÓN DE LA PLACA HUELLA EN EL SECTOR VEREDA PIRAVANTE BAJO - BEJUCAL ALTO DEL MUNICIPIO DE CAMPOALEGRE, DEPARTAMENTO DEL HUILA**
SEMANA	**DEL 03 AL 09 DEL MES DE MARZO DE 2025.**
NOMBRE Y CARGO DEL INSEPCTOR - RESIDENTE REALIZA LA INSPECCION	ALONSO GÓMEZ GÓMEZ - INGENIERO RESIDENTE

MARQUE CON UNA X LA RESPUESTA CORRECTA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS.

No.	ITEM A EVALUAR	CANTIDAD MINIMA REQUERIDA	SEMANA														OBSERVACIONES
			LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO		
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	CAMIONETA TOYOTA HILUX LXS026 MOD. 2023	1	X		X		X		X		X		X		X		
2																	
3																	
4																	
5																	

RECOMENDACIONES

FIRMA DEL RESPONSABLE INSPECION	ALONSO GÓMEZ GÓMEZ

GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO INSPECCIÓN VEHÍCULOS, EQUIPOS, MAQUINARIAS Y HERRAMIENTAS INTERVENTORÍA		CONSORCIO CIVIL IA
SST-FR-09	01/10/2023. V01	

PROYECTO	**MEJORAMIENTO MEDIANTE LA CONSTRUCCIÓN DE LA PLACA HUELLA EN EL SECTOR VEREDA PIRAVANTE BAJO - BEJUCAL ALTO DEL MUNICIPIO DE CAMPOALEGRE, DEPARTAMENTO DEL HUILA**
SEMANA	**MARZO 10 AL 16 DE 2025**
NOMBRE Y CARGO DEL INSEPCTOR - RESIDENTE REALIZA LA INSPECCION	ALONSO GÓMEZ GÓMEZ - INGENIERO RESIDENTE

MARQUE CON UNA X LA RESPUESTA CORRECTA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS.

No.	ITEM A EVALUAR	CANTIDAD MINIMA REQUERIDA	SEMANA														OBSERVACIONES
			LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO		
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	CAMIONETA TOYOTA HILUX LXS026 MOD. 2023	1	X		X		X		X		X		X		X		
2																	
3																	
4																	
5																	

RECOMENDACIONES

FIRMA DEL RESPONSABLE INSPECION	ALONSO GÓMEZ GÓMEZ

GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO INSPECCIÓN VEHÍCULOS, EQUIPOS, MAQUINARIAS Y HERRAMIENTAS INTERVENTORÍA		CONSORCIO CIVIL IA
SST-FR-09	01/10/2023. V01	

PROYECTO	**MEJORAMIENTO MEDIANTE LA CONSTRUCCIÓN DE LA PLACA HUELLA EN EL SECTOR VEREDA PIRAVANTE BAJO - BEJUCAL ALTO DEL MUNICIPIO DE CAMPOALEGRE, DEPARTAMENTO DEL HUILA**
SEMANA	**MARZO 17 AL 23 DE 2025**
NOMBRE Y CARGO DEL INSEPCTOR - RESIDENTE REALIZA LA INSPECCION	ALONSO GÓMEZ GÓMEZ - INGENIERO RESIDENTE

MARQUE CON UNA X LA RESPUESTA CORRECTA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS.

No.	ITEM A EVALUAR	CANTIDAD MINIMA REQUERIDA	SEMANA														OBSERVACIONES
			LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO		
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	CAMIONETA TOYOTA HILUX LXS026 MOD. 2023	1	X		X		X		X		X		X		X		
2																	
3																	
4																	
5																	

RECOMENDACIONES

FIRMA DEL RESPONSABLE INSPECION	ALONSO GÓMEZ GÓMEZ

GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO INSPECCIÓN VEHÍCULOS, EQUIPOS, MAQUINARIAS Y HERRAMIENTAS INTERVENTORÍA		CONSORCIO CIVIL IA
SST-FR-09	01/10/2023. V01	

PROYECTO	**MEJORAMIENTO MEDIANTE LA CONSTRUCCIÓN DE LA PLACA HUELLA EN EL SECTOR VEREDA PIRAVANTE BAJO - BEJUCAL ALTO DEL MUNICIPIO DE CAMPOALEGRE, DEPARTAMENTO DEL HUILA**
SEMANA	**MARZO 24 AL 30 DE 2025**
NOMBRE Y CARGO DEL INSEPCTOR - RESIDENTE REALIZA LA INSPECCION	ALONSO GÓMEZ GÓMEZ - INGENIERO RESIDENTE

MARQUE CON UNA X LA RESPUESTA CORRECTA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS.

No.	ITEM A EVALUAR	CANTIDAD MINIMA REQUERIDA	SEMANA														OBSERVACIONES
			LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO		
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	CAMIONETA TOYOTA HILUX LXS026 MOD. 2023	1	X		X		X		X		X		X		X		
2																	
3																	
4																	
5																	

RECOMENDACIONES

FIRMA DEL RESPONSABLE INSPECION	ALONSO GÓMEZ GÓMEZ

CONSORCIO CIVIL IA

GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
INSPECCION PREOPERACIONAL PARA VEHICULOS

SST-FR-04 — 1/09/2023

SEMANA DEL 03 AL 08 MES 03 AÑO 2025. OBRA O PROYECTO _____

MARCA: Hilux

PLACA: CX 502G

DATOS DEL CONDUCTOR	
NOMBRE DEL CONDUCTOR	Alonso Gomez
CEDULA	17 585485.
NUMERO DE LICENCIA	
DATOS DEL VEHICULO	
FECHA DE VENCIMIENTO DEL SOAT	2024/04/12
FECHA DE VENCIMIENTO DE LA TECNOMECÁNICA	N/A.
LICENCIA DE TRÁNSITO	
TARJETA DE OPERACIÓN	N/A

CALIFIQUE: B: BUENO M: MALO - N/A: NO APLICA

ÍTEM	PARÁMETRO A REVISAR	LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SÁBADO			DOMINGO		
		B	M	N/A	B	M	N/A	B	M	N/A	B	M	N/A	B	M	N/A	B	M	N/A	B	M	N/A
LUCES	1. Luces altas	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	2. Luces bajas	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	3. Direccionales delanteras	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	4. Direccionales traseras	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	5. Luces de stop	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	6. Luces de retroceso	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	7. Luces de parqueo	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	8. Alarma de retroceso	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
LLANTAS	1. Estado de llantas delanteras	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	2. Estado de llantas traseras	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	3. Llanta de repuesto	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	4. Profundidad del labrado	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	5. Sin abultamiento o cortaduras	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
MECANICO	1. Estado del motor	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	2. Ruidos en el motor	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	3. Nivel Aceite motor	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	4. Nivel de aceite hidráulico	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	5. Nivel agua sistema refrigeración	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	6. Estado de filtros del sistema mecánico.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	7. Nivel de combustible	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	8. Estado de correas y guardas de protección	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
BATERIA	1. Estado de la bateria	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
HIDRAULICO	1. Estado de mangueras	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	2. Estado de acoples	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	3. Estado de filtros del sistema hidráulico.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	4. Compuertas y tapas	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	5. Estado de empaques (compuerta trasera y tapas.)	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	6. Fugas del sistema hidráulico	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	1. Golpes y rayones	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	2. Bomper delantero	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	3. Bomper trasero	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	4. Guardabarros delanteros	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	5. Guardabarros traseros	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	6. Puertas delanteras	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	7. Puertas traseras	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	8. Fugas sistema aire de frenos	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	9. Pito o alarma de retroceso	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	10. Techo	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	11. Platón y puerta de platón	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	12. Pintura general	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	13. Asientos delanteros y traseros	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	14. Cinturon de seguridad	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	15. vidrios	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	16. Tapetes	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	17. Filtro del aire acondicionado	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	18. Kit de carretera	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	19. Gato Hidraulico	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	20. Rines	✓			✓			✓			✓			✓			✓					

GENERAL	21. Tapas de los rines	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	22. Espejo central	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	23. Espejos laterales	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	24. Estado del filtro de aire	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	25. Caja de cambios	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	26. Amortiguadores	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	27. Nivel de liquido de frenos	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	28. Estado de mangueras	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	29. Tacometro (velocidad, temperatura, ACPM etc)	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	30. Fugas del sistema neumático	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	31. Pines de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	32. Retrovisor y limpia vidrios	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	33. Botiquin	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	34. Conos	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	35. Cinta Reflectiva	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	36. Extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	37. Carpa	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	38. Kit de herramientas	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	39. Señalizacion	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	40. Estado de la carroceria	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	41. Testigo agua-refrigerante	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	42. Testigo motor	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	43. Kit de carretera	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
FIRMA	FIRMA DEL CONDUCTOR	Alonso		Alonso		Alonso		Alonso		Alonso		Alonso	

EL VEHICULO FUE:	SI	NO	RESPONSABLE:	FECHA:	FIRMA:
SE REALIZÓ EL DEBIDO REPORTE			Alonso G.		Alonso.
FUE ENVIADO A REVISIÓN O MANTENIMIENTO					

OBSERVACIONES:

CONSORCIO CIVIL 1A

GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
INSPECCION PREOPERACIONAL PARA VEHICULOS

SST-FR-04 | 1/09/2023

SEMANA DEL 10 AL 15 MES 09 AÑO 2025 | OBRA O PROYECTO _____

MARCA: Hilux

PLACA: LXS 626

DATOS DEL CONDUCTOR	
NOMBRE DEL CONDUCTOR	Alonso Gomez
CEDULA	17585 485
NUMERO DE LICENCIA	
DATOS DEL VEHICULO	
FECHA DE VENCIMIENTO DEL SOAT	2024/04/12
FECHA DE VENCIMIENTO DE LA TECNOMECÁNICA	N/A
LICENCIA DE TRÁNSITO	
TARJETA DE OPERACIÓN	N/A.

CALIFIQUE: B: BUENO M: MALO - N/A: NO APLICA

ITÉM	PARÁMETRO A REVISAR	LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SÁBADO			DOMINGO		
		B	M	N/A	B	M	N/A	B	M	N/A	B	M	N/A	B	M	N/A	B	M	N/A	B	M	N/A
LUCES	1. Luces altas	✓			✓			✓			✓			✓			✓				✓	
	2. Luces bajas	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	3. Direccionales delanteras	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	4. Direccionales traseras	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	5. Luces de stop	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	6. Luces de retroceso	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	7. Luces de parqueo	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	8. Alarma de retroceso	✓			✓			✓			✓											
LLANTAS	1. Estado de llantas delanteras	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	2. Estado de llantas traseras	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	3. Llanta de repuesto	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	4. Profundidad del labrado	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	5. Sin abultamiento o cortaduras	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
MECANICO	1. Estado del motor	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	2. Ruidos en el motor	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	3. Nivel Aceite motor	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	4. Nivel de aceite hidráulico	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	5. Nivel agua sistema refrigeración	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	6. Estado de filtros del sistema mecánico.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	7. Nivel de combustible	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	8. Estado de correas y guardas de protección	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
BATERIA	1. Estado de la batería	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
HIDRAULICO	1. Estado de mangueras	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	2. Estado de acoples	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	3. Estado de filtros del sistema hidráulico.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	4. Compuertas y tapas	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	5. Estado de empaques (compuerta trasera y tapas.)	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	6. Fugas del sistema hidráulico	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	1. Golpes y rayones	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	2. Bomper delantero	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	3. Bomper trasero	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	4. Guardabarros delanteros	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	5. Guardabarros traseros	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	6. Puertas delanteras	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	7. Puertas traseras	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	8. Fugas sistema aire de frenos	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	9. Pito o alarma de retroceso	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	10. Techo	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	11. Platón y puerta de platón	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	12. Pintura general	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	13. Asientos delanteros y traseros	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	14. Cinturon de seguridad	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	15. vidrios	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	16. Tapetes	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	17. Filtro del aire acondicionado	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	18. Kit de carretera	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	19. Gato Hidraulico	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	20. Rines																					

GENERAL	21. Tapas de los rines	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	22. Espejo central	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	23. Espejos laterales	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	24. Estado del filtro de aire	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	25. Caja de cambios	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	26. Amortiguadores	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	27. Nivel de liquido de frenos	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	28. Estado de mangueras	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	29. Tacometro (velocidad, temperatura, ACPM etc)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	30. Fugas del sistema neumático	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	31. Pines de seguridad	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	32. Retrovisor y limpia vidrios	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	33. Botiquín	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	34. Conos	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	35. Cinta Reflectiva	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	36. Extintor	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	37. Carpa	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	38. Kit de herramientas	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	39. Señalizacion	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	40. Estado de la carroceria	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	41. Testigo agua-refrigerante	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	42. Testigo motor	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	43. Kit de carretera							
FIRMA	FIRMA DEL CONDUCTOR	Alonso	Alonso	Alonso	Alonso	Alonso	Alonso	

EN CASO QUE FALLE EL VEHICULO

EL VEHICULO FUE:	SI	NO	RESPONSABLE:	FECHA:	FIRMA:
SE REALIZÓ EL DEBIDO REPORTE	✓		Alonso Gomez		Alonso
FUE ENVIADO A REVISIÓN O MANTENIMIENTO					

OBSERVACIONES:

CONSORCIO CIVIL SA

GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
INSPECCION PREOPERACIONAL PARA VEHICULOS

SST-FR-04 — 1/09/2023

SEMANA DEL 17 AL 22 MES 03 AÑO 2025 — OBRA O PROYECTO _____

MARCA: HILUX

PLACA: LX 5026

DATOS DEL CONDUCTOR	
NOMBRE DEL CONDUCTOR	Alonso Gomez
CEDULA	17 585 485
NUMERO DE LICENCIA	
DATOS DEL VEHICULO	
FECHA DE VENCIMIENTO DEL SOAT	2024/04/12
FECHA DE VENCIMIENTO DE LA TECNOMECÁNICA	NA
LICENCIA DE TRÁNSITO	
TARJETA DE OPERACIÓN	NA

CALIFIQUE: B: BUENO M: MALO - N/A: NO APLICA

ITÉM	PARÁMETRO A REVISAR	LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SÁBADO			DOMINGO		
		B	M	N/A	B	M	N/A	B	M	N/A	B	M	N/A	B	M	N/A	B	M	N/A	B	M	N/A
LUCES	1. Luces altas	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	2. Luces bajas	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	3. Direccionales delanteras	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	4. Direccionales traseras	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	5. Luces de stop	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	6. Luces de retroceso	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	7. Luces de parqueo	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	8. Alarma de retroceso	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
LLANTAS	1. Estado de llantas delanteras	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	2. Estado de llantas traseras	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	3. Llanta de repuesto	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	4. Profundidad del labrado	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	5. Sin abultamiento o cortaduras	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
MECANICO	1. Estado del motor	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	2. Ruidos en el motor	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	3. Nivel Aceite motor	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	4. Nivel de aceite hidráulico	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	5. Nivel agua sistema refrigeración	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	6. Estado de filtros del sistema mecánico.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	7. Nivel de combustible	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	8. Estado de correas y guardas de protección	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
BATERIA	1. Estado de la bateria	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
HIDRAULICO	1. Estado de mangueras	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	2. Estado de acoples	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	3. Estado de filtros del sistema hidráulico.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	4. Compuertas y tapas	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	5. Estado de empaques (compuerta trasera y tapas.)	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	6. Fugas del sistema hidráulico	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	1. Golpes y rayones	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	2. Bomper delantero	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	3. Bomper trasero	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	4. Guardabarros delanteros	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	5. Guardabarros traseros	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	6. Puertas delanteras	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	7. Puertas traseras	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	8. Fugas sistema aire de frenos	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	9. Pito o alarma de retroceso	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	10. Techo	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	11. Platón y puerta de platón	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	12. Pintura general	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	13. Asientos delanteros y traseros	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	14. Cinturon de seguridad	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	15. vidrios	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	16. Tapetes	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	17. Filtro del aire acondicionado	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	18. Kit de carretera	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	19. Gato Hidraulico	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	20. Rines	✓			✓			✓			✓			✓			✓					

GENERAL	21. Tapas de los rines	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	22. Espejo central	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	23. Espejos laterales	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	24. Estado del filtro de aire	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	25. Caja de cambios	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	26. Amortiguadores	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	27. Nivel de liquido de frenos	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	28. Estado de mangueras	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	29. Tacometro (velocidad, temperatura, ACPM etc)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	30. Fugas del sistema neumático	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	31. Pines de seguridad	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	32. Retrovisor y limpia vidrios	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	33. Botiquin	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	34. Conos	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	35. Cinta Reflectiva	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	36. Extintor	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	37. Carpa	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	38. Kit de herramientas	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	39. Señalizacion	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	40. Estado de la carroceria	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	41. Testigo agua-refrigerante	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	42. Testigo motor	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	43. Kit de carretera							
FIRMA	FIRMA DEL CONDUCTOR	Alonso	Alonso	Alonso	Alonso	Alonso	Alonso	

EN CASO QUE FALLE EL VEHICULO

EL VEHICULO FUE:	SI	NO	RESPONSABLE:	FECHA:	FIRMA:
SE REALIZÓ EL DEBIDO REPORTE	✓		Alonso Gomez		Alonso
FUE ENVIADO A REVISIÓN O MANTENIMIENTO					

OBSERVACIONES:

CONSORCIO CIVIL IA

GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
INSPECCION PREOPERACIONAL PARA VEHICULOS

SST-FR-04 — 1/09/2023

SEMANA DEL 25 AL 29 MES 03 AÑO 2025 — OBRA O PROYECTO _____

MARCA: HILUX

PLACA: LXJ026

DATOS DEL CONDUCTOR	
NOMBRE DEL CONDUCTOR	Alonso Gomez
CEDULA	1758354865
NUMERO DE LICENCIA	

DATOS DEL VEHICULO	
FECHA DE VENCIMIENTO DEL SOAT	2024/04/12
FECHA DE VENCIMIENTO DE LA TECNOMECÁNICA	N/A
LICENCIA DE TRÁNSITO	
TARJETA DE OPERACIÓN	N/A

CALIFIQUE: B: BUENO M: MALO - N/A: NO APLICA

ITÉM	PARÁMETRO A REVISAR	LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SÁBADO			DOMINGO		
		B	M	N/A	B	M	N/A	B	M	N/A	B	M	N/A	B	M	N/A	B	M	N/A	B	M	N/A
LUCES	1. Luces altas	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	2. Luces bajas	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	3. Direccionales delanteras	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	4. Direccionales traseras	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	5. Luces de stop	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	6. Luces de retroceso	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	7. Luces de parqueo	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	8. Alarma de retroceso	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
LLANTAS	1. Estado de llantas delanteras	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	2. Estado de llantas traseras	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	3. Llanta de repuesto	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	4. Profundidad del labrado	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	5. Sin abultamiento o cortaduras	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
MECANICO	1. Estado del motor	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	2. Ruidos en el motor	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	3. Nivel Aceite motor	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	4. Nivel de aceite hidráulico	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	5. Nivel agua sistema refrigeración	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	6. Estado de filtros del sistema mecánico.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	7. Nivel de combustible	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	8. Estado de correas y guardas de protección	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
BATERIA	1. Estado de la bateria	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
HIDRAULICO	1. Estado de mangueras	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	2. Estado de acoples	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	3. Estado de filtros del sistema hidráulico.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	4. Compuertas y tapas	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	5. Estado de empaques (compuerta trasera y tapas.)	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	6. Fugas del sistema hidráulico	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	1. Golpes y rayones	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	2. Bomper delantero	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	3. Bomper trasero	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	4. Guardabarros delanteros	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	5. Guardabarros traseros	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	6. Puertas delanteras	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	7. Puertas traseras	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	8. Fugas sistema aire de frenos	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	9. Pito o alarma de retroceso	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	10. Techo	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	11. Platón y puerta de platón	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	12. Pintura general	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	13. Asientos delanteros y traseros	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	14. Cinturon de seguridad	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	15. vidrios	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	16. Tapetes	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	17. Filtro del aire acondicionado	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	18. Kit de carretera	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	19. Gato Hidraulico	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	20. Rines	✓			✓			✓			✓			✓			✓					

GENERAL	21. Tapas de los rines	✓		✓		✓		✓		✓			
	22. Espejo central	✓		✓		✓		✓		✓			
	23. Espejos laterales	✓		✓		✓		✓		✓			
	24. Estado del filtro de aire	✓		✓		✓		✓		✓			
	25. Caja de cambios	✓		✓		✓		✓		✓			
	26. Amortiguadores	✓		✓		✓		✓		✓			
	27. Nivel de liquido de frenos	✓		✓		✓		✓		✓			
	28. Estado de mangueras	✓		✓		✓		✓		✓			
	29. Tacometro (velocidad, temperatura, ACPM etc)	✓		✓		✓		✓		✓			
	30. Fugas del sistema neumático	✓		✓		✓		✓		✓			
	31. Pines de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓			
	32. Retrovisor y limpia vidrios	✓		✓		✓		✓		✓			
	33. Botiquín	✓		✓		✓		✓		✓			
	34. Conos	✓		✓		✓		✓		✓			
	35. Cinta Reflectiva	✓		✓		✓		✓		✓			
	36. Extintor	✓		✓		✓		✓		✓			
	37. Carpa	✓		✓		✓		✓		✓			
	38. Kit de herramientas	✓		✓		✓		✓		✓			
	39. Señalizacion	✓		✓		✓		✓		✓			
	40. Estado de la carroceria	✓		✓		✓		✓		✓			
	41. Testigo agua-refrigerante	✓		✓		✓		✓		✓			
	42. Testigo motor	✓		✓		✓		✓		✓			
	43. Kit de carretera	✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA	FIRMA DEL CONDUCTOR	Alonso		Alonso		Alonso		Alonso		Alonso			

EN CASO QUÈ FALLE EL VEHICULO

EL VEHICULO FUE:	SI	NO	RESPONSABLE:	FECHA:	FIRMA:
SE REALIZÓ EL DEBIDO REPORTE	✓		Alonso Gomez		Alonso. G.
FUE ENVIADO A REVISIÓN O MANTENIMIENTO					

OBSERVACIONES:

SOAT

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

ASEGURADORA

seguros mundial®

tu compañía siempre

FECHA DE EXPEDICIÓN AÑO	MES	DÍA	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL AÑO	MES	DÍA	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL AÑO	MES	DÍA
2024	4	11	2024	4	12	2025	4	11

No. DE PÓLIZA.	PLACA No.	CLASE DE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
87964856 - 609211382	LXS026	CAMPEROS Y CAMIONETAS	PARTICULAR	2393	2023

PASAJEROS	MARCA	LÍNEA VEHÍCULO	CARROCERÍA
5	TOYOTA	HILUX	DOBLE CABINA

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
2GDG366761	8AJKB3CD9P1650533	8AJKB3CD9P1650533	0,00

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No.DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
JESSICA ACOSTA CARRASCAL	3053479072	CC	1090427310	MARIQUITA

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
1317	14	13158	87964856	11001

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
22	$ 677.800	$ 352.400	$ 2.100

TOTAL A PAGAR

$ 1.032.300

FIRMA AUTORIZADA

AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRURGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS	263,13[1] 701,68[2]	UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT)
B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	8,77	
C. INCAPACIDAD PERMANENTE	180	SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES
D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750	



¿SABÍAS QUE CON NUESTRO SEGURO TER-CERO PUEDES COMPLEMENTAR LA PROTECCIÓN QUE TE DA EL SOAT?



Seguro Ter-cero

Cero preocupaciones al manejar tu vehículo

Te respalda en caso de que presentes un accidente de tránsito y ocasiones daños materiales a otros.

Consulta más información con el aliado con quien adquiriste este SOAT o ingresa en: **www.segurotercero.com**

Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

•Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.

•Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.

•Esté atento al momento en que deba renovar su póliza No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el recobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.

•Adquiera su SOAT en lugares autorizados.

En caso de accidente de tránsito:

•Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.

•Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.

•Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.

Modificación unilateral de la vigencia por duplicidad de amparos

•Con el fin de evitar duplicidad de amparos, si en la expedición del seguro obligatorio la aseguradora evidencia que actualmente existe una póliza vigente cargada en el RUNT, la vigencia de la póliza que se está expidiendo se modificará de tal forma que inicie vigencia a partir del vencimiento de la póliza que ya se encuentra registrada en el RUNT.

Habeas data

Seguros Mundial es el responsable del tratamiento de sus Datos Personales, los cuales son recolectados para la prestación de los servicios inherentes a la suscripción del contrato de seguro y para las finalidades dispuestas en la Política de Tratamiento de Datos Personales; la cuál puede ser consultada en www.segurosmundial.com.co/legal. Dentro de la Política encontrará los derechos que le asisten como titular de sus datos y las maneras que tiene para ejercerlos Recuerde que no está en obligación de otorgar sus datos personales sensibles, o los relacionados a niños, niñas y adolescentes.

Topes de cobertura gastos médicos

[1] Para las siguientes tarifas: 100, 110, 120, 140, 150, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 910, 920. Decreto 2644 de 2022.

[2] Para las demás tarifas no citadas en (1).

seguros mundial®
tu compañía siempre



Existimos porque **CREEMOS** *que tus sueños* deben ser una realidad

- SOAT
- Accidentes Personales
- Arriendos
- Disfruta Tranquilo
- Conduce Tranquilo
- Vida
- Responsabilidad Cívil Familiar

SOLUCIONES CORPORATIVAS

- Cumplimiento
- Judiciales
- Ingeniería
- RCE Transporte Público dePasajeros
- Crédito
- Patrimonio

Líneas de Atención al Cliente:

- **Bogotá:** **(+601)** 327 47 12/13
- **Nacional:** 018000 111 935

www.segurosmundial.com.co

@SegurosMundial

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10028828363

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
LXS026	TOYOTA	HILUX	2023

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
2.393	ROJO METALICO	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
CAMIONETA	DOBLE CABINA	DIESEL	5

NUMERO DE MOTOR	REG	VIN
2GD-G366761	N	8AJKB3CD9P1650533

NUMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
8AJKB3CD9P1650533	N	8AJKB3CD9P1650533	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)

ACOSTA CARRASCAL JESSICA ANDREA

IDENTIFICACIÓN

C.C. 1090427310

RESTRICCION MOVILIDAD	BLINDAJE	POTENCIA HP
	******	148

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN	VE	FECHA IMPORT.	PUERTAS
482023000094864	I	13/02/2023	4

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

PRENDA - TOYOTA FINANCIAL SERVICES COLOMBIA S.A.S.

FECHA MATRÍCULA	FECHA EXP. LIC. TTO.	FECHA VENCIMIENTO
05/04/2023	05/04/2023	******

ORGANISMO DE TRANSITO

STRIA DE TTOYTTE MCPAL DE SAN SEBASTIAN DE MARIQUITA TOLIMA



LT08000139462

CARTA DE DISPOSICION DE VEHICULOS

Señores
GOBERNACION DEL HUILA
Dirección operativa
Ciudad

REFERENCIA: Disposición de VEHICULOS al CONSROCIO

Yo, JESSICA ANDREA ACOSTA CARRASCAL, identificada con cedula de ciudadanía No. 1.090.427.310 de Cúcuta (Norte de Santander), con la presente me permito colocar a entera disposición la camioneta de mi propiedad que relaciona a continuación al CONSORCIO CIVIL IA, para la ejecución del contrato No. 939 de 2024: cuyo objeto “INTERVENTORIA TECNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA, JURÍDICA, CONTABLE Y AMBIENTAL AL CONTRATO DE OBRA CUYO OBJETO ES MEJORAMIENTO MEDIANTE LA CONSTRUCCION DE PLACA HUELLA EN EL SECTOR VEREDA PIRAVANTE BAJO - BEJUCAL ALTO DEL MUNICIPIO DE CAMPOALEGRE DEPARTAMENTO DEL HUILA”

DESCRIPCION DEL EQUIPO	MARCA	COLOR	LINEA	PLACA	MODELO
CAMIONETA	TOYOTA	ROJO METALICO	HILUX	LXS026	2023

El vehículo anteriormente descrito se encuentra en perfecto estado y funcionamiento. Se adjunta a la presente soportes de la propiedad.



JESSICA ANDREA ACOSTA CARRASCAL
C.C. 1.090.427.310

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CARMEN LUCIA VELASCO GALLEGO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **34315069,** se encuentra afiliado/a desde **01/05/2016** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 12 de febrero de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 05 de February de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL TOLIMA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C34315069	VELASCO GALLEGO CARMEN LUCIA	06/02/2025		91142252	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 05/02/2025 15:58:01 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.170.74.57, 192.230.104.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
NIT. 800.251.440-6

No. de Radicación	Fecha de Radicación

182666537

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres
Primer Apellido: Velasco | Segundo Apellido: Gallego | Primer Nombre: Carmen | Segundo Nombre: Lucia
7. Tipo de documento de identidad: CN TI CE CD RC CC X PA SC
8. Número del documento de identidad: 34315069
9. Sexo: Femenino X Masculino
10. Fecha de nacimiento: 28/08/1981

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia
12. Discapacidad: Tipo F N M Condición T P
13. Puntaje SISBÉN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Sura
16. Administradora de Pensiones: Colpensiones
17. Ingreso base de cotización - IBC: 1423500
18. Residencia Dirección: Crr 6 # 4-21 B/Centro
Teléfono Fijo
Teléfono Celular: 3134797775
Correo Electrónico: Carmenluvega81@gmail.com
Municipio / Distrito: Popayan
Zona: Urbana X Rural
Localidad / Comuna
Departamento: Cauca

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre
20. Tipo de documento de identidad: CN TI CE CD RC CC PA SC
21. Número del documento de identidad
22. Sexo: Femenino Masculino
23. Fecha de nacimiento

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

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

Datos Complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

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

KDPATA

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

Powered by CamScanner

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo documento de Identificación	37. Número del documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
Consorcio avil 1A	NIT X TI CE CC PA CD	901887980	

39. Ubicación
Dirección: Calle 69 # 6A-80 Sur torre 2 apt 408 — Teléfono Fijo: 3134797775

Correo Electrónico | Municipio / Distrito: Ibague | Departamento: Tolima

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad (CN TI CE CD RC CC PA SC)	Número del documento de identidad	Sexo (Femenino Masculino)	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha
				01 02 2025

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado (Código)	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio
Carmen Velasco	Angela Arango

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad ____ (CN RC TI CC PA CE CD SC) TOTAL 1
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura publica o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial (Código del Municipio / Código del Departamento)	67. Datos del SISBEN (Número de ficha / Puntaje / Nivel)	68. Fecha de Radicación (D D M M A A A A)	69. Fecha de Validación (D D M M A A A A)

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

Tipo de documento	Número de documento de identidad	71. Firma del Funcionario

E.P.S. Sanitas — RECIBIDO — 26 FEB 2025

Observaciones: Creacion empresa Formulario #182666559

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

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
Wilson avila	93131407	

Powered by CamScanner

Medellín, 03 de Febrero de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO CIVIL IA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL TOLIMA, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1110495186	GUZMAN GUZMAN DANIEL RICARDO	27/01/2025		13422241	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C11104513052503441344

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 03/02/2025 11:29:04 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.170.74.57, 192.230.104.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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:

DANIEL RICARDO GUZMAN GUZMAN, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.110.495.186**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 de Enero 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.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9011759309
9011759309

No. de Radicación: 28854533

Fecha de Radicación: 04 02 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: GUZMAN	Segundo Apellido: GUZMAN	Primer Nombre: DANIEL	Segundo Nombre: RICARDO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1110495186	Femenino [ ] Masculino [X]	D D: 10 M M: 03 A A A A: 1990

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

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

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia		
$3.100.000	Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular
Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna / Departamento

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO CIVIL IA	NT	901887980	

39. Ubicación	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CL 69 6 A 80 SUR TO 2 AP 406	31347977		IBAGUE	TOLIMA

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	27 01 2025

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

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

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: INGENIERO CIVIL
71. Firma del funcionario		

VIGILADO Supersalud

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

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

DIEGO FERNANDO OSPINA CIFUENTES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.110.487.163**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 12 de Febrero del 2025.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Medellín, 05 de February de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL TOLIMA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1110487163	OSPINA CIFUENTES DIEGO FERNANDO	06/02/2025		R4725215	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 05/02/2025 16:02:53 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.170.74.57, 192.230.104.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ALVAREZ CASTAÑO GEANED** identificado(a) con **CC** número **1.081.407.325** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 04 de octubre de 2011 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 12 de febrero de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

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

2025021211331

Medellín, 05 de February de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL TOLIMA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1081407325	ALVAREZ CASTAÑO GEANED	06/02/2025		188¹1872	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 05/02/2025 15:55:14 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.170.74.57, 192.230.104.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA