INFORME SST

5

FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE PUENTE ARANDA

INFORME MENSUAL SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SST)

CONTRATO: N° 847 DE 2024

PERÍODO:

05 DE SEPTIEMBRE DE 2025 AL 04 DE OCTUBRE DE 2025

OBJETO: REALIZAR LA CONSTRUCCION DEL SALON COMUNAL DEL BARRIO CORKIDI EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA DE BOGOTA D.C.

FECHA: 04 DE OCTUBRE DE 2025

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
Consuelo Riaño Hernández Profesional SST Contratista Consorcio Salón Comunal 013	Ing. Ricardo Becerra Director de Obra Contratista Consorcio Salón Comunal 013	Fabian Rada Segura JYM Ingeniería SAS BIC Director de Interventoría

CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013	**INFORME MENSUAL SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**	JVM INGENIERÍA S.A.S. BIC NIT 901.488.956-3

TABLA DE CONTENIDO

FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE PUENTE ARANDA 1

1. COMPONENTE SST 4

1.1. INTRODUCCIÓN AL COMPONENTE SST 4

1.2. OBJETIVO 4

1.3. OBJETIVOS ESPECIFICOS 4

1.4. ALCANCE 5

1.5. SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST 5

1.5.1. SEGUIMIENTO ADMINISTRATIVO 5

1.5.1.1. ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO 5

1.5.2. PERSONAL INVOLUCRADO DEL PROYECTO 5

1.5.2.1. PERSONAL DEL CONTRATISTA 5

1.5.3. REPORTE DE INCIDENTES, ACCIDENTES Y ENFERMEDADES LABORALES 6

1.5.4. REUNIÓN DE COPASST Y COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL 7

1.5.5. PERMISOS DE TRABAJO 7

1.5.6. INSPECCIONES Y/O PRE OPERACIONALES 7

1.5.7. CAPACITACIONES 8

1.5.8. SUBPROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO 8

1.5.8.1. EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES 8

1.5.9. DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL 9

1.5.10. CONTROL VEHICULAR 9

1.5.11. PLAN DE PREVENCIÓN, PREPARACIÓN Y ATENCIÓN DE EMERGENCIAS 10

1.5.12. RELACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL 10

1.5.13. REGISTRO FOTOGRAFICO 11

1.5.14. CONCLUSIÓN 14

LISTADO DE ANEXOS

ANEXO SST N°. 1 PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL
ANEXO SST N°. 1.1 EMO
ANEXO SST N°. 2 PERMISOS DE TRABAJO
ANEXO SST N°. 2.1 INSPECCIONES
ANEXO SST N°. 3 CAPACITACIONES
ANEXO SST N°. 3.1 CERTIFICADO TSA
ANEXO SST N°. 3.2 INDUCCIONES
ANEXO SST N°. 4 COPASST
ANEXO SST N°.5 COCOLA
ANEXO SST N°.6 DOCUMENTOS VEHICULOS
ANEXO SST N°.7 RETIRO DE PÉRSONAL
ANEXO SST N°. 8 ENTREGA DE EPP
ANEXO SST N°. 9 CONFORMACION BRIGADA EMERGENCIA

1. COMPONENTE SST

1.1. INTRODUCCIÓN AL COMPONENTE SST

La Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) constituye un pilar fundamental para todo el desarrollo de las organizaciones al garantizar condiciones laborales seguras, saludables y dignas para cada uno de los trabajadores.

Este informe tiene como propósito presentar un análisis detallado de los aspectos relacionados con la gestión de riesgos laborales, el cumplimiento de la normativa vigente y las acciones implementadas para prevenir accidentes y enfermedades profesionales dentro de la organización.

En el presente documento se abordan los principales hallazgos derivados de las inspecciones, evaluaciones y actividades de monitoreo realizadas durante el período evaluado, así como las oportunidades de mejora identificadas. Asimismo, se incluyen recomendaciones orientadas a fortalecer la cultura de prevención y a consolidar un ambiente de trabajo más seguro y saludable para todos los colaboradores.

Este informe responde al compromiso institucional con la mejora continua en materia de SST y busca contribuir al bienestar integral del personal, al tiempo que promueve el cumplimiento de los requisitos legales y normativos aplicables.

1.2. OBJETIVO

- Implementar y mantener un sistema de gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo que garantice la identificación, evaluación y control de los riesgos laborales, promoviendo un entorno de trabajo seguro y saludable para todos los colaboradores, en cumplimiento con la normativa legal vigente y los estándares establecidos, con el fin de prevenir accidentes, enfermedades profesionales y mejorar continuamente las condiciones laborales.

1.3. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar y evaluar los riesgos laborales presentes en los diferentes procesos y áreas de trabajo, mediante inspecciones, análisis y herramientas técnicas adecuadas.
- Diseñar e implementar medidas preventivas y correctivas orientadas a eliminar o minimizar los riesgos detectados, garantizando la protección de la salud y la integridad física de los trabajadores.
- Capacitar y sensibilizar al personal en temas de seguridad, salud ocupacional y cultura preventiva, fomentando la participación activa de todos los colaboradores.
- Garantizar el cumplimiento de la normativa legal vigente en materia de Seguridad y

Salud en el Trabajo, así como de las políticas internas de la organización.

- Establecer y mantener programas de vigilancia de la salud que permitan el seguimiento de las condiciones físicas y mentales de los trabajadores, y detectar oportunamente posibles enfermedades profesionales.

1.4. ALCANCE

Aplicación en todas las áreas del proyecto de construcción del salón comunal de acuerdo con la ejecución por parte del CONSORCIO SALON COMUNAL 013

1.5. SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST

Durante el periodo del presente informe, se realiza la entrega de los documentos correspondientes al Sistema de Gestión para verificación y probación.

1.5.1. SEGUIMIENTO ADMINISTRATIVO

1.5.1.1. ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO

- El contrato en su ejecución de obra se instalación de formaleta y fundida de tanque de agua junto con columnas para salón comunal.

1.5.2. PERSONAL INVOLUCRADO DEL PROYECTO

1.5.2.1. PERSONAL DEL CONTRATISTA

Para el presente periodo se relacionan los colaboradores por parte del Contratista de Obra que han iniciado la obra, mediante el cual se irán actualizando de acuerdo los que se estén vinculando al contrato.

NOMBRE	CEDULA	CARGO	FECHA INGRESO	FECHA RETIRO	ESTADO
EDWIN F. ROJAS GONZALEZ	80.217.108	RESIDENTE DE OBRA	05/05/2025		ACTIVO
RICARDO ALBERTO BECERRA	80.850.300	DIRECTOR DE OBRA	05/05/2025		ACTIVO
JOHN GERARDO BAUTISTA HERNÁNDEZ	1020718924	ESPECIALISTA HIDRAULICO	05/05/2025		ACTIVO
CAMILO ANDRES CONTRERAS	79957717	INGENIERO ESTRUCTURAL	05/05/2025		ACTIVO

RAUL MAURICIO ZAMBRANO	79155799	ESPECIALISTA ELECTRICO	05/05/2025		ACTIVO
CARLOSENRIQUE ALMENDRALES	1062246397	AYUDANTE	01/07/2025		ACTIVO
ALVARO SMITH GUEVARA	1006796608	APOYO AREA TECNICA	05/05/2025		ACTIVO
YIMER ANDREY BELTRAN RODRIGUEZ	1072073512	APOYO AREA TECNICA	05/05/2025		ACTIVO
ALEX PERALES	1073670370	OFICIAL	08/07/2025		ACTIVO
JOSE JUNIOR DUARTE	1119391648	AYUDANTE	25/08/2025		ACTIVO
CARLOS ALBERTO MONTERROZA GONZALEZ	78759813	OFICIAL	13/09/2025		INGRESO
AMADO MIRANDA DIAZ	15619467	AYUDANTE	13/09/2025		INGRESO
ANDRES FELIPE MONTAÑO MESTRA	1003005907	AYUDANTE	01/10/2025		INGRESO
ELICER LEAL	11304172	OFICIAL	08/07/2025	05/09/2025	RETIRO

CUMPLIMIENTO DE CONTRATACIÓN PORCENTAJE DE MUJERES

ADRIANA PICO CASTAÑEDA	39655442	TRABAJADORA SOCIAL	05/05/2025		ACTIVO
CONSUELO RIAÑO HERNANDEZ	1073160795	PROFESIONAL SST	05/05/2025		ACTIVO

Registro de mujeres vinculadas al contrato en la agencia pública de empleo del Distrito Bogotá Trabaja", las cuales corresponden a las profesionales SST y social.

1.5.3. REPORTE DE INCIDENTES, ACCIDENTES Y ENFERMEDADES LABORALES

Durante el periodo del 05 de septiembre de 2025 al 04 de octubre de 2025, no se reportan incidentes laborales – IL, accidentes de trabajo – AT, ni enfermedades laborales – EL. A continuación, se adjunta la siguiente tabla de control, así:

MES	EMPLEADOS	IL/AT/EL	TIPO DE AT/EL	DÍAS INCAPACIDAD
SEPTIEMBRE	15	N/A	N/A	0

1.5.4. REUNIÓN DE COPASST Y COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL

El día 8 de septiembre de 2025, se llevó a cabo la reunión del COPASST. Este evento marcó un paso importante en el fortalecimiento de las estrategias de prevención de riesgos laborales dentro de la organización, con el objetivo de promover un ambiente laboral seguro y saludable para todos los empleados.

Durante la reunión del COPASST, se realizó una inspección al botiquín de primeros auxilios ubicado en la carpa donde se encuentra la parte administrativa en obra. La revisión fue realizada con el fin de verificar el cumplimiento de los estándares de seguridad y asegurar que los elementos necesarios para la atención de emergencias se encuentren en buen estado y dentro de los plazos de caducidad correspondientes. **Ver anexo 4.**

Por otro lado, la Reunión del Comité de Convivencia Laboral se llevó a cabo el día 19 de septiembre de 2025 a las 8:00am, enfocada en las funciones del Comité de Convivencia Laboral, en la cual se resalta que el COCOLA es un órgano conformado por representantes de los trabajadores y del empleador, cuya finalidad es promover un ambiente de trabajo sano, respetuoso y libre de acoso o violencia en el entorno laboral. Sus funciones están orientadas a prevenir, intervenir y hacer seguimiento a situaciones que puedan afectar la armonía y el bienestar entre los miembros de la organización. **Ver anexo 5.**

1.5.5. PERMISOS DE TRABAJO

Esta medida garantiza que los permisos Análisis de trabajo seguro y permiso de trabajo de excavación, se firman conforme a las funciones o actividades, riesgos asociados y condiciones específicas de cada trabajador, de acuerdo con la normativa de Seguridad y Salud en el Trabajo vigente.
Ver anexo 2.

Se tiene en cuenta la resolución 4272 de 2021 para trabajo seguro en alturas, el área SST no ha autorizado actividades en alturas, por motivos que se está capacitando el personal con el respectivo curso y que este aprobado por un centro de entrenamiento autorizado por el ministerio de trabajo.

Una vez cumplido con este requisito fundamental se implementará todos los elementos de protección contra caídas para ejecutar las actividades programadas.

1.5.6. INSPECCIONES Y/O PRE OPERACIONALES

Se llevó a cabo la firma de la inspección de elementos de protección personal, botiquín y camilla, Pulidora y Rotomartillo. Este procedimiento, de carácter obligatorio, tiene como objetivo garantizar el paso a paso de todas las actividades estén en condiciones óptimas para ser operadas, con el fin de prevenir accidentes laborales y asegurar el cumplimiento de las normativas de seguridad establecidas. **Ver anexo 2.1. Inspecciones**

A continuación, se relacionan las inspecciones realizadas en el mes de septiembre:

INSPECCION	FECHA
Inspección EPP	27/09/2025
Botiquín y Camilla	20/09/2025
Inspección pulidora	22/09/2025
Inspección Rotomartillo	15/09/2025

1.5.7. CAPACITACIONES

Durante la capacitación, se abordaron diversos temas clave relacionados con la seguridad en el entorno laboral, tales como Riesgo mecánico, pausas activas, Riesgo Biológico, importancia de firma de permisos y Socialización de Políticas.

Con estas capacitaciones, el Consorcio Salón Comunal 013 reafirma su compromiso con la formación constante de su equipo, brindando herramientas y conocimientos para la prevención de accidentes y la mejora continua de las condiciones laborales. La capacitación no solo tuvo un impacto directo en la seguridad, sino que también fortaleció la comunicación y la cultura de cuidado entre todos los miembros de la organización. **Ver anexo 3. Capacitaciones**

FECHA	TEMA	LUGAR	CANTIDAD DE PERSONAS
05/09/2025	Riesgo Mecánico	Obra	3
09/09/2025	Pausas Activas	Obra	4
13/09/2025	Riesgo Biológico	Obra	4
24/09/2025	Importancia de firma de permisos	Obra	3
27/09/2025	Socialización Políticas	Obra	3

También se llevan a cabo las 3 inducciones del personal nuevo vinculado al contrato de Consorcio Salón Comunal, en donde se da a conocer las políticas, peligros y recordamos algunos conceptos básicos y principales para el área de seguridad y salud en el trabajo.

A continuación, se relaciona el personal nuevo:

- Carlos Monterroza
- Amado Miranda
- Andrés Felipe Montaño

Ver Anexo. 3.2 Inducciones

1.5.8. SUBPROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO

1.5.8.1. EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES

Los exámenes médicos de ingreso o retiro para todos los empleados del Consorcio Salón

Comunal 013, En este caso se realizaron los exámenes médicos de los señores: Carlos Alberto Monterroza, Amado Miranda Diaz y Andrés Felipe Montaño Mestra. Estos exámenes tienen como finalidad asegurar que el personal que ingresa cumpla con los requisitos de salud necesarios para desempeñar sus funciones de manera segura y eficiente, minimizando riesgos laborales y garantizando el bienestar general de los trabajadores.

La realización de estos exámenes no solo cumple con las normativas de salud ocupacional, sino que también refleja el compromiso de la empresa con la prevención de riesgos y con la promoción de un entorno de trabajo saludable. Además, este procedimiento asegura que todos los trabajadores cuenten con un estado de salud adecuado para desempeñar sus tareas sin poner en peligro su integridad física ni la de sus compañeros. **Ver Anexo 1.1. EMO**

1.5.9. DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Con el objetivo de garantizar que cada trabajador cuente con los recursos y equipos necesarios para desempeñar sus labores de manera óptima y segura. La dotación incluyó artículos esenciales según las funciones de cada área, como uniformes, calzado adecuado, equipos de protección personal (EPP) y otros elementos específicos requeridos para el desempeño de sus tareas diarias. **Ver Anexo 8.**

Se entrega los siguientes EPP al Oficial Carlos Monterroza y a los ayudantes José Junior Duarte, Amado Miranda Diaz:

- Tapa oídos de Inserción
- Guante de Vaqueta
- Monogafas

1.5.10. CONTROL VEHICULAR

El control vehicular incluyó la revisión de los vehículos destinados al transporte de personal y materiales lo que consistió en traslado de concreto. Se verificaron aspectos clave como el estado mecánico del vehículo, la funcionalidad de los sistemas de seguridad (frenos, luces, señales de advertencia, etc.) y el cumplimiento de las normativas de tránsito y seguridad vial aplicables. **Ver anexo 6.**

Se adjuntan los documentos de los vehículos que llevaron el concreto y material a la obra del Salón Comunal:

- Soat
- Tecnico-mecanica
- Tarjeta de propiedad
- Licencia de Conducción
- Cedula de conductor

Cabe resaltar que los vehículos no ingresaron al frente de obra, motivo por el cual no se diligenciaron los registros de entrada y salida. Adicionalmente, durante el presente periodo no se encontraban programados mantenimientos preventivos ni correctivos, por lo que estos no fueron ejecutados.

1.5.11. PLAN DE PREVENCIÓN, PREPARACIÓN Y ATENCIÓN DE EMERGENCIAS

La implementación efectiva del Plan de Prevención, Preparación y Atención de Emergencias (PPEAE) Se conformo el día 20 de septiembre de la siguiente manera: la brigada de primeros auxilios, Carlos Monterroza; Brigada contra incendios, Amado Miranda; y Brigada de búsqueda y rescate, Alex Perales. Esto buscando establecer procedimientos claros y coordinados ante cualquier tipo de emergencia.

Este paso refuerza la cultura de prevención y respuesta ante emergencias, asegurando que la empresa cuente con un equipo preparado para minimizar los riesgos y consecuencias de cualquier incidente. La conformación de la brigada también promoverá una mayor conciencia entre todos los empleados sobre la importancia de estar preparados y de seguir las indicaciones en situaciones de emergencia.

Ver Anexo 9. Brigada de emergencia

1.5.12. RELACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL

Los procesos de afiliación al sistema de seguridad social se han estado llevando a cabo de acuerdo con el ingreso de nuevo personal en el Consorcio Salón Comunal. Cada nuevo colaborador que ingresó a la empresa ha sido registrado oportunamente, cumpliendo con las normativas legales vigentes y asegurando su afiliación a los entes correspondientes de salud, pensiones y riesgos laborales.

El proceso de afiliación ha sido gestionado de manera eficiente, con la correcta documentación y verificación de los datos requeridos, para garantizar que todos los empleados cuenten con el acceso a los beneficios de seguridad social desde su primer día de trabajo. Además, se ha velado por la correcta actualización de los registros, asegurando la cobertura integral del personal para su protección y bienestar.

Esta acción refleja el compromiso del Consorcio Salón Comunal con la legalidad y el cumplimiento de las normativas laborales, garantizando que todos sus trabajadores estén debidamente afiliados y protegidos bajo los regímenes de salud, pensión y riesgos profesionales. Se continúa trabajando para asegurar que los procesos administrativos se realicen de manera eficiente, y que cada uno de sus colaboradores disfrute de los derechos y beneficios que les corresponden por ley.

NOTA: Se adjuntan solo afiliaciones de la ARL de los siguientes señores: Carlos Monterroza, Amado Miranda Diaz y Andrés Felipe Montaño, dado que el trámite con la EPS se realizó, pero no nos han enviado el soporte de la radicación de la afiliación.

1.5.13. REGISTRO FOTOGRAFICO



Capacitación de personal



Entrega de EPP



Pausas Activas



Firma de Análisis de Trabajo Seguro



Inspección de Dotación o Epp



Compartir



Material cubierto y señalizado

1.5.14. CONCLUSIÓN

En el mes de septiembre se ejecutaron las siguientes actividades:

- Inspecciones de elementos de protección personal o dotación e inspección de Botiquín.
- Las reuniones de los comités como lo son el COPASST y el COCOLA.
- Firma de permisos.
- Verificación de planillas del personal activo.
- Se capacitó al personal con los siguientes temas: Riesgo Mecánico, Pausas Activas Riesgo Biológico, Importancia de firma de permisos y socialización Políticas.
- Se conformó la Brigada de emergencia el 20 de septiembre del presente año.
- Se programa personal para examen médico ocupacional de ingreso.
- Se realizan inducciones a personal nuevo.

Los documentos técnicos, administrativos o de soporte que no se encuentren anexos en el presente informe mensual, se entienden incluidos en el informe técnico correspondiente al mes número uno o al mes en el cual fueron originalmente presentados, de acuerdo con el desarrollo cronológico del proyecto.

ANEXO 1

SEGURIDAD SOCIAL

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que CAMILO ANDRES CONTRERAS ROJAS identificado(a) con CC 79957717 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: CONTRERAS ROJAS CAMILO ANDRES CC 79957717

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9491526807	1805501312	I	2025-09-29	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30																	
9491526807	1805501312	I	2025-09-29	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30																	
9491526807	1805501312	I	2025-09-29	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30																	

APORTANTE: CONSORCIO SALON COMUNAL 013 NI 901901941

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9491788718	1777980592	Y	2025-09-15	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30																	

APORTANTE: CONSORCIO AGUAS CLARAS 1302 NI 901878008

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9491503134	9491503134	N	2025-09-04	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30								A									
9491503134	9491503134	N	2025-09-04	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30		T						C									
9491446063	1749724672	Y	2025-09-03	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30																	

Este certificado se expide el día 2025-10-06 a las 13:10.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80217108	EDWIN FERNEY ROJAS GONZALEZ	cra 68A#24 b-10 to Rodin OFC 515	4774235	gerencia@duvana.com.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	I	03/09/2025	89352469	$1.299.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	525.000	0		0		0	0	0	0	525.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	672.000	0	0	0	0	0	0		672.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	102.400				102.400	0	0	102.400			1.024	102.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	525.000	525.000
Pensión	1	672.000	672.000
Riesgos Laborales	1	102.400	102.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.299.400	1.299.400

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80217108	EDWIN FERNEY ROJAS GONZALEZ	cra 68A#24 b-10 to Rodin OFC 515	4774235	gerencia@duvana.com.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	I	03/09/2025	89352469	$1.299.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Economiado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	80217108	ROJAS GONZALEZ EDWIN FERNEY	57	0			N							X										231001	4.200.000	672.000	0	0	0	0	EPS005	4.200.000	525.000	14-11	4.200.000	3	102.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que JOHN GERARDO BAUTISTA HERNANDEZ identificado(a) con CC 1020718924 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: PROYECTISTAS CONSTRUCTORES ASOCIADOS PCA SAS NI 901378906

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades															
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9492745591	1817145470	Y	2025-10-01	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-09	30																	
9491239179	1742574675	Y	2025-09-01	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30																	

APORTANTE: CONSORCIO SALON COMUNAL 013 NI 901901941

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades															
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9491788718	1777980592	Y	2025-09-15	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30																	

APORTANTE: JOYCO SAS. NI 860067561

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades															
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9491703232	1769415498	Y	2025-09-11	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30																	

APORTANTE: BAUTISTA HERNANDEZ JOHN GERARDO CC 1020718924

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades															
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9490651466	1756451758	I	2025-09-08	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30																	
9490651466	1756451758	I	2025-09-08	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30																	
9490651466	1756451758	I	2025-09-08	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30																	

Este certificado se expide el día 2025-10-06 a las 13:10.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900707419
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			INDUSTRIAS PZR SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 94 NO. 14-48 OF. 601	TELÉFONO:	7038101
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Construcción de edificios no residenciales.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7987049868**			TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES agosto	AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre	AÑO	2025
DÍAS DE MORA:	20						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/09/24			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1799044364		

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	2	$ 809.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 10.200	$ 0	$ 809.600	$ 10.200	$ 819.800
SUBTOTALES:										**$ 809.600**	**$ 10.200**	**$ 819.800**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS001	EPS001-ALIANSALUD S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 200.000	$ 0	$ 2.600	$ 0	$ 200.000	$ 2.600	$ 0	$ 202.600
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 101.200	$ 0	$ 1.300	$ 0	$ 101.200	$ 1.300	$ 0	$ 102.500
EPS041	NUEVA EPS CM	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 101.200	$ 0	$ 1.300	$ 0	$ 101.200	$ 1.300	$ 0	$ 102.500
SUBTOTALES:													**$ 402.400**	**$ 5.200**	**$ 0**	**$ 407.600**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	3		$ 0	$ 0		$ 0	$ 537.400	$ 537.400	$ 6.800	$ 0	$ 544.200
SUBTOTALES:									**$ 537.400**	**$ 6.800**	**$ 0**	**$ 544.200**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF22	CCF22-COLSUBSIDIO	3	$ 402.400	$ 5.100	$ 407.500
SUBTOTALES:			**$ 402.400**	**$ 5.100**	**$ 407.500**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES									
																										PENSIÓN									SALUD						ARP																			
Nº	IDENTIFICACIÓN	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	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																														SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																										ADMIN	TOTAL APORTE				
1	CC 1012409360	HERNANDEZ MACIAS JUAN SEBASTIAN	DEPEND		$ 2.530.000	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 2.530.000	$ 404.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 404.800	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2.530.000	$ 101.200	$ 0	$ 101.200	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.530.000		$ 13.300	30	$ 2.530.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 101.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1052410660	PINZON ORTIZ MILLER DANILO	DEPEND		$ 2.530.000	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 2.530.000	$ 404.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 404.800	NUEVA EPS CM	30	$ 2.530.000	$ 101.200	$ 0	$ 101.200	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.530.000		$ 176.100	30	$ 2.530.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 101.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 79155799	ZAMBRANO RAMIREZ RAUL MAURICIO	DEPEND	REQ CUMP PENS	$ 5.000.000	FIJO			SI																			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	EPS001-ALIANSALUD S.A.	30	$ 5.000.000	$ 200.000	$ 0	$ 200.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 5.000.000		$ 348.000	30	$ 5.000.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 200.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 2.179.100

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80850300		BECERRA GUTIERREZ RICARDO ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 49a 94 76	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7036765	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1758846329	9490420889	I	2025/09/02	2025/09/08	NU	6	$407,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$405,800
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$405,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$405,800
1	CC	80850300	BECERRA RICARDO																	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS001	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0		0	$0	0.000%	$0	0	$0	$0	No	$405,800
Total			**Afiliados(1)**																			$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$405,800

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80850300		BECERRA GUTIERREZ RICARDO ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 49a 94 76	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7036765	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1758846329	9490420889	I	2025/09/02	2025/09/08	NU	6	$407,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$900	$0	$228,700
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$227,800	$900	$0	$228,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$700	$0	$178,700
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$178,000	$700	$0	$178,700
TOTAL				**1**	**$405,800**	**$1,600**	**$0**	**$407,400**

Certificado de Aportes

Se certifica que ADRIANA PICO CASTAÑEDA identificado(a) con CC 39655442 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: CONSORCIO ENCOR PD 1850 NI 901901641																										
Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9491790598	1780962896	E	2025-09-16	EPS	EPS008	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-09	30																	
9491790598	1780962896	E	2025-09-16	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30																	
9491790598	1780962896	E	2025-09-16	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30																	
9491790598	1780962896	E	2025-09-16	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30																	
9490265069	1698198241	E	2025-08-13	EPS	EPS008	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30																	
9490265069	1698198241	E	2025-08-13	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-07	30																	
9490265069	1698198241	E	2025-08-13	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-07	30																	
9490265069	1698198241	E	2025-08-13	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-07	30																	

Este certificado se expide el día 2025-10-06 a las 08:10.

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901901941	0	CONSORCIO SALON COMUNAL 013	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	CONSORCIO SALON COMUNAL	CRA 49 a # 94 76 of 305	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4672931	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1777980592	9491788718	Y	2025/09/09	2025/09/15	BANCOOMEVA S.A.	6	$873,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1020718924	BAUTISTA JOHN																			0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-11	30	$2,500,000	$174,000	0	$0	$0	No	$174,000
2	CC	80850300	BECERRA RICARDO																			0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-11	30	$2,500,000	$174,000	0	$0	$0	No	$174,000
3	CC	79957717	CONTRERAS CAMILO																			0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-11	30	$2,500,000	$174,000	0	$0	$0	No	$174,000
4	CC	80217108	ROJAS EDWIN																			0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-11	30	$2,500,000	$174,000	0	$0	$0	No	$174,000
5	CC	79155799	ZAMBRANO RAUL																			0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-11	30	$2,500,000	$174,000	0	$0	$0	No	$174,000
Total	**Afiliados(5)**																						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$12,500,000	$870,000		$0	$0		$870,000

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901901941	0	CONSORCIO SALON COMUNAL 013	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	CONSORCIO SALON COMUNAL	CRA 49 a # 94 76 of 305	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4672931	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1777980592	9491788718	Y	2025/09/09	2025/09/15	BANCOOMEVA S.A.	6	$873,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				5	$870,000	$3,300	$0	$873,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	5	$870,000	$3,300	$0	$873,300
TOTAL				**5**	**$870,000**	**$3,300**	**$0**	**$873,300**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901864253-2	MAGNUS INGENIERIA SAS	CR 73 NO. 152 B - 65 TO 4 AP 1405	3124903795	magnusingenieria@yahoo.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO		DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	C – MIPYME			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-09	E	06/10/2025	90212163	$2.667.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	500.000	0		0		0	0	0	0	500.000	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	250.000	0		0		0	0	0	0	250.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	960.000	0	0	0	0	0	0		960.000	2

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	417.600				417.600	0	0	417.600			4.176	417.600	2

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	240.000	0	0	240.000	2

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
120.000	0	0	120.000	2
ICBF				
180.000	0	0	180.000	2
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	750.000	750.000
Pensión	1	960.000	960.000
Riesgos Laborales	1	417.600	417.600
CCF	1	240.000	240.000
ESAP	0	0	0
ICBF	1	180.000	180.000
MEN	0	0	0
SENA	1	120.000	120.000
TOTALES	7	2.667.600	2.667.600

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901864253-2	MAGNUS INGENIERIA SAS		CR 73 NO. 152 B - 65 TO 4 AP 1405	3124903795	magnusingenieria@yahoo.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
ÚNICA	C – MIPYME			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-09	E	06/10/2025	90212163	$2.667.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Economiado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1006796608	GUEVARA MAHECHA ALVARO SMITH	1	0			N																	230301	4.000.000	640.000	0	0	0	0	EPS005	4.000.000	500.000	14-11	4.000.000	5	278.400	CCF22	4.000.000	160.000	4.000.000	80.000	120.000	0	0
2	CC	1072073512	BELTRAN RODRIGUEZ YIMER ANDREY	1	0			N																	230301	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS017	2.000.000	250.000	14-11	2.000.000	5	139.200	CCF22	2.000.000	80.000	2.000.000	40.000	60.000	0	0

PAGADA

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

Certificado de Aportes

Se certifica que CONSUELO RIAÑO HERNANDEZ identificado(a) con CC 1073160795 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: CONSORCIO ENCOR PD 1850 NI 901901641

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades															
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9491790598	1780962896	E	2025-09-16	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-09	30																	
9491790598	1780962896	E	2025-09-16	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30																	
9491790598	1780962896	E	2025-09-16	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30																	
9491790598	1780962896	E	2025-09-16	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30																	
9490265069	1698198241	E	2025-08-13	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30																	
9490265069	1698198241	E	2025-08-13	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-07	30																	
9490265069	1698198241	E	2025-08-13	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-07	30																	
9490265069	1698198241	E	2025-08-13	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-07	30																	

Este certificado se expide el día 2025-10-06 a las 08:10.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900532560-0	ECAP INGENIERIA SAS	CL 148 98 40	3008444109	administrativo@ecapingenieria.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	OPERATIVO	003	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					23	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-09	2025-08	E	12/09/2025	89555074	$8.474.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	448.400	0		0		0	0	0	0	448.400	8
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	72.800	0		0		0	0	0	0	72.800	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	165.800	0		0		0	0	0	0	165.800	4
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	334.400	0		0		0	0	0	0	334.400	7
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	11.400	0		0		0	0	0	0	11.400	2
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	92.000	0		0		0	0	0	0	92.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	1.648.000	0	0	0	0	0	0		1.648.000	8
230301	Porvenir	800224808-8	2.392.700	0	0	0	0	0	0		2.392.700	13
231001	Colfondos	800227940-6	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	1.956.400				1.956.400	0	0	1.956.400			19.564	1.956.400	23

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	1.124.800	0	0	1.124.800	23

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900532560-0	ECAP INGENIERIA SAS		CL 148 98 40	3008444109	administrativo@ecapingenieria.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	OPERATIVO	003	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					23	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-09	2025-08	E	12/09/2025	89555074	$8.474.500	

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	6	1.124.800	1.124.800
Pensión	3	4.268.500	4.268.500
Riesgos Laborales	1	1.956.400	1.956.400
CCF	1	1.124.800	1.124.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	11	8.474.500	8.474.500

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900532560-0	ECAP INGENIERIA SAS		CL 148 98 40	3008444109	administrativo@ecapingenieria.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SUCURSAL	B – menos de 200 c	OPERATIVO	003	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					23	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-09	2025-08	E	12/09/2025	89555074	$8.474.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1002499161	SUAREZ NAVARRO ROMAN ENRRIQUE	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
2	CC	1003338720	CORDERO GUERRERO SANTIAGO ANDRES	1	0			S		X															230201	94.900	15.200	0	0	0	0	EPS037	94.900	3.800	14-11	94.900	5	6.700	CCF24	94.900	3.800	0	0	0	0	0
3	CC	1005690563	OLMOS LEIVA ELSY CAROLINA	1	0			S		X															230301	1.820.000	291.200	0	0	0	0	EPS005	1.820.000	72.800	14-11	1.820.000	5	126.700	CCF24	1.820.000	72.800	0	0	0	0	0
4	CC	1010179909	NARVAEZ GALINDO IVAN DAMON	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
5	CC	1022406966	ROBAYO LOPEZ ESTEBAN ANDRES	1	0			S	X																230301	320.000	51.200	0	0	0	0	EPS008	320.000	12.800	14-11	320.000	5	22.300	CCF24	320.000	12.800	0	0	0	0	0
6	CC	1024491542	ARIZA ARIZA JORGE ORLANDO	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
7	CC	1038821552	GUZMAN MORALES ELKIN DARIO	1	0			S		X															230301	189.800	30.400	0	0	0	0	EPS037	189.800	7.600	14-11	189.800	5	13.300	CCF24	189.800	7.600	0	0	0	0	0
8	CC	1073670370	PERALES ARIAS ALEX	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
9	CC	1082477181	CADENA POLO NEFER ANDRES	1	0			S		X															230301	711.750	113.900	0	0	0	0	EPS017	711.750	28.500	14-11	711.750	5	49.600	CCF24	711.750	28.500	0	0	0	0	0
10	CC	1101753435	FRANCO LUIS ALFREDO	1	0			S	X																230301	521.950	83.600	0	0	0	0	EPS017	521.950	20.900	14-11	521.950	5	36.400	CCF24	521.950	20.900	0	0	0	0	0
11	CC	1102122013	MONTIEL ROMERO JAIME DAVID	1	0			S	X																230201	1.233.700	197.400	0	0	0	0	EPS002	1.233.700	49.400	14-11	1.233.700	5	85.900	CCF24	1.233.700	49.400	0	0	0	0	0
12	CC	1102831771	HERNANDEZ REYES LUIS CARLOS	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
13	CC	1105672371	GUZMAN CALDERON LEYLA ROCIO	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
14	CC	1120371151	GONZALEZ MARIN KAREN ALEJANDRA	1	0			S																	230201	2.300.000	368.000	0	0	0	0	EPSC34	2.300.000	92.000	14-11	2.300.000	5	160.100	CCF24	2.300.000	92.000	0	0	0	0	0
15	CC	11253391	AMADO MEDINA RAFAEL ANTONIO	1	0			S																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
16	CC	1233495047	GARZON GUERRERO JUAN SEBASTIAN	1	0			S	X																230201	400.000	64.000	0	0	0	0	EPS008	400.000	16.000	14-11	400.000	5	27.900	CCF24	400.000	16.000	0	0	0	0	0
17	CC	1233889495	AMADO PAEZ LUZ ANDREA	1	0			S																	230201	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS008	2.000.000	80.000	14-11	2.000.000	5	139.200	CCF24	2.000.000	80.000	0	0	0	0	0
18	CC	6389481	ARANDA SANCHEZ JOSE ANDERSON	1	0			S																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
19	CC	6668056	PALMA RODRIGUEZ ALVARO	1	3			S																		0	0	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
20	CC	7598928	VARGAS CARO CARLOS SEGUNDO	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
21	CC	79781767	CARDENAS CONTRERAS JOSE OLIMPO	1	0			S																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
22	CC	80195437	PEÑA ROCHA JUAN GUILLERMO	1	0			S																	231001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
23	CC	9144508	SUAREZ FLOREZ CESAR VICENTE	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0

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

Medellín, 15 de September 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 SALON COMUNAL 013.

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			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C15619467	MIRANDA DIAZ AMADO	16/09/2025		16036125	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 15/09/2025 08:14:07 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.144.154.63, 198.143.41.25, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 01 de October 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 SALON COMUNAL 013.

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			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C1003005907	MONTAÑO MESTRA ANDRES FELIPE	02/10/2025		29234155	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 01/10/2025 16:41:37 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.144.154.63, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 15 de September 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 SALON COMUNAL 013.

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		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C78759813	MONTERROZA GONZALEZ CARLOS ALBERTO	16/09/2025		618723x1	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 15/09/2025 08:15:43 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.144.154.63, 198.143.41.25, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901901941	0	CONSORCIO SALON COMUNAL 013	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	CONSORCIO SALON COMUNAL 013	CRA 49 a # 94 76 of 305	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4672931	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-09	1777948587	9491788215	E	2025/09/09	2025/09/15	BANCOOMEVA S.A.	6	$1,047,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1062354054	ALMENDRALES CARLOS																		230301	30	$1,423,500	$227,800	ESSC07	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
2	CC	1119391648	DUARTE JOSE	X																	230301	11	$521,950	$83,600	EPS010	11	$521,950	$20,900	CCF24	11	$521,950	$20,900	14-11	11	$521,950	$36,400	11	$0	$0	Si	$161,800
3	CC	1094246397	PARRA DARWIN																		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS037	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
Total	**Afiliados(3)**																						$3,368,950	$539,200			$3,368,950	$134,900			$3,368,950	$134,900			$3,368,950	$234,600		$0	$0		$1,043,600

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901901941	0	CONSORCIO SALON COMUNAL 013	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	CONSORCIO SALON COMUNAL 013	CRA 49 a # 94 76 of 305	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4672931	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-09	1777948587	9491788215	E	2025/09/09	2025/09/15	BANCOOMEVA S.A.	6	$1,047,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$539,200	$2,100	$0	$541,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	3	$539,200	$2,100	$0	$541,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$234,600	$900	$0	$235,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	3	$234,600	$900	$0	$235,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$134,900	$600	$0	$135,500
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	3	$134,900	$600	$0	$135,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 3)				3	$134,900	$700	$0	$135,600
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$20,900	$100	$0	$21,000
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	1	$57,000	$300	$0	$57,300
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$57,000	$300	$0	$57,300
TOTAL				3	$1,043,600	$4,300	$0	$1,047,900

ANEXO 1.1

EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES DE INGRESO

LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1
Dir: Cra 41 B # 9 -11
Cel: 316 752 9642
Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
10 DÍA	09 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE PRE INGRESO - ALTURAS

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

CONSORCIO SALON COMUNAL 013 NIT 901901941-0

Nombre de la empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
MIRANDA DIAZ AMADO	Masculino	49 Años	CC	15619467
			Tipo	Número

Cargo **AYUDANTE**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON RECOMENDACION

Observaciones: No Aplica

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	APACIENTE QUE DEBE CONTINUAR EN CONTROL ANUAL POR OTORRINO

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL	✔	AUDIOMETRIA	✔
VISIOMETRIA	✔	PERFIL LIPIDICO	✔
GLICEMIA	✔	OSTEOMUSCULAR	✔

RECOMENDACIONES MEDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
CONTROL OTORRINO ANUAL	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA
" USAR ELEMENTOS DE PROTECCI"N ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEG"N "REA DE TRABAJO.
" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.
" CAPACITACI"N EN HIGIENE POSTURAL Y ALTURAS
" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOL"GICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES EN ALTURAS
RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)
" H"BITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.
" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y prop ósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

MÉDICO

Tayde Avila Garcia
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
LIC|S.O 3274-2022

Firma:
Nombre: TAYDE AVILA GARCIA
R.M.: 32716395 L.S.O.: 3274-2022

Aspirante o Trabajador

Amado Miranda

Firma:
Nombre: MIRANDA DIAZ AMADO
CC 15619467

LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1
Dir: Cra 41 B # 9 -11
Cel: 316 752 9642
Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
30 DÍA	09 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE PRE INGRESO - ALTURAS

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

CONSORCIO SALON COMUNAL 013 NIT 901901941-0

Nombre de la empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
MONTA?O MESTRA ANDRES FELIPE	Masculino	30 Años	CC (Tipo)	1003005907 (Número)

Cargo **AYUDANTE**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CUMPLE SIN RESTRICCION PARA LA OCUPACI?N

Observaciones: No Aplica

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL	✔	AUDIOMETRIA	✔
VISIOMETRIA	✔	PERFIL LIPIDICO	✔
GLICEMIA	✔	OSTEOMUSCULAR	✔

RECOMENDACIONES MEDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
NINGUNO	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

" USAR ELEMENTOS DE PROTECCI"N ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEG"N "REA DE TRABAJO. CUMPLIR CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD

" REALIZAR LAVADOS DE MANOS DE ACUERDO A LA NORMATIVA DE LA OMS

" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.

" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOL"GICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES

RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)

" H"BITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y prop ósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

MÉDICO

Tayde Avila Garcia
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL LIC|S O 3274-2022

Firma:
Nombre: TAYDE AVILA GARCIA
R.M.: 32716395 L.S.O.: 3274-2022

Aspirante o Trabajador

Firma:
Nombre: MONTA?O MESTRA ANDRES FELIPE
CC 1003005907

LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1
Dir: Cra 41 B # 9 -11
Cel: 316 752 9642
Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
10 DÍA	09 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE PRE INGRESO - ALTURAS

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

CONSORCIO SALON COMUNAL 013 NIT 901901941-0

Nombre de la empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
MONTERROZA GONZALEZ CARLOS ALBERTO	Masculino	47 Años	CC (Tipo)	78759813 (Número)

Cargo **OFICIAL**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CUMPLE SIN RESTRICCION PARA LA OCUPACION

Observaciones: No Aplica

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL	✔	AUDIOMETRIA	✔
VISIOMETRIA	✔	PERFIL LIPIDICO	✔
GLICEMIA	✔	OSTEOMUSCULAR	✔

RECOMENDACIONES MEDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
NINGUNO	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA
" USAR ELEMENTOS DE PROTECCI"N ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEG"N "REA DE TRABAJO.
" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.
" CAPACITACI"N EN HIGIENE POSTURAL Y ALTURAS
" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOL"GICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES EN ALTURAS
RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)
" H"BITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.
" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y prop ósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

MÉDICO

Tayde Avila Garcia
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
LIC|S.O 3274-2022

Firma:
Nombre: TAYDE AVILA GARCIA
R.M.: 32716395 L.S.O.: 3274-2022

Aspirante o Trabajador

Firma:
Nombre: MONTERROZA GONZALEZ CARLOS ALBERTO
CC 78759813

ANEXO 2
PERMISOS DE TRABAJO

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

CODIGO:	CSA-SST-FO-09
FECHA:	10/04/2025
VERSIÓN:	1

INSTRUCCIONES:

1. Indicar la actividad no rutinaria a realizar colocando una descripción de la tarea a ejecutar. Identificar la fecha, hora de inicio y de finalizacion, las herramientas y equipos utilizados y los requerimientos o precondiciones para realizar la actividad
2. Establecer los pasos requeridos para el desarrollo de la actividad, identificando los peligros a los que se encontrará expuesto el trabajador, las consecuencias, los controles requeridos y la persona responsable de la implementación de los controles
3. Indicar los datos y firma de los trabajadores que participaron en la elaboración del ATS
4. Solicitar el visto bueno del encargado de HSE, quien verificará la identificación de peligros y los controles establecidos.
5. El personal HSE, con la información recolectada en el ATS, verificará la matriz de peligros, evaluación de riesgos y la determinación de controles y la actualizará en caso de ser necesario.
6. Las actividades no rutinarias que se realicen por más de un dia se implementará un ATS semanal, el cual deberá ser validado diariamente.
7. Para actividades rutinarias y criticas con una duración un dia, se debe diligenciar un ATS especifico por dia y va relacionado con el permiso de trabajo.

Actividad a realizar:	Fecha de Inicio:	Fecha de finalización:
Medida y Mallado de Pizo	9/09/2025	13/09/2025
Descripción del Trabajo:	**Hora inicio:**	**Hora de finalización:**
Organizar Malla para Fundida de Pizo	7:00 AM	11:00 AM

Herramientas / Equipos:
Dobladores, Alicates, Barra

Requerimientos / Condiciones:

SECUENCIA ORDENADA DE PASO (Procedimientos)	PELIGRO (Fuente o Situación)	CONSECUENCIAS	CONTROLES REQUERIDOS	CARGO RESPONSABLE
Ingreso Area de Trabajo	Biologico	Respiratorio	Dificultad para Respirar	Area Tecnica SST Operario
	Fisico	Temperaturas Ext.	Deshidratacion y Hipotermia	
	F. Naturales	Tsunamis	Derrumbes, Colapsos inundacion	
Traslado Herramienta a area de Trabajo	Biomecanico y Seguridad	Manipulacion Cargas	Sumbrazos, Fracturas	Area Tecnica SST Operario
		Robos, Hurtos	Herramientas, Muerte	
	Fisico	Radiacion, Neblinas	Quemaduras de piel	
Instalación de Hierro a pizo	Psicosocial	Caida propia Emergencia	Caidas, Sitio Mortal	Area Tecnica SST Operario
	Quimico	Material punzante	Alergias, Ubicarlas en area	
	Biologico	Gripa	Vias respiratorias tapadas	
Armado de Hierro	Fisico	Iluminacion	Dificultad para ver,	Area Tecnica SST Operario
	Biomecanico	Postura Prolongada	Dolor Muscular Calambres	
	Biologico	Virus, Bacterias	Bronquitis, Neumonia	
Orden y Aseo	Condiciones de Seguridad	Alergias	Identidad, Depresion, Angustia	Area Tecnica SST Operario
	Biologico	Bacterias	Respiratorio	
	Fenomenos Naturales	Zancos, Resbalones	Inundaciones por lluvias Abund.	

PERSONAL QUE PARTICIPA EN LA ELABORACIÓN EL ATS

Nombre	Cargo	Firma	Observaciones
Carlos Monterrosa	Oficial	Carlos Monterrosa	
Alex Perales	maestro	Alex Perales	
Junior Duarte	Ayudante	J. Junior Duarte	
Amado Miranda	Ayudante		

VISTO BUENO DE RESPONSABLE DE HSE

Nombre	Cargo	Firma	Fecha de validación
Alvaro Cervera	Area Tecnica		13/04/2025
Consuelo Rivera	SST		

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

CODIGO:	CSA-SST-FO-09
FECHA:	10/04/2025
VERSIÓN:	1

INSTRUCCIONES:

1. Indicar la actividad no rutinaria a realizar colocando una descripcion de la tarea a ejecutar, identificar la fecha, hora de inicio y de finalizacion, las herramientas y equipos utilizados y los requerimientos o precondiciones para realizar la actividad
2. Establecer los pasos requeridos para el desarrollo de la actividad, identificando los peligros a los que se encontrará expuesto el trabajador, las consecuencias, los controles requeridos y la persona responsable de la implementación de los controles
3. Indicar los datos y firma de los trabajadores que participaron en la elaboración del ATS
4. Solicitar el visto bueno del encargado de HSE, quien verificará la identificación de peligros y los controles establecidos.
5. El personal HSE, con la información recolectada en el ATS, verificará la matriz de peligros, evaluación de riesgos y la determinación de controles y la actualizará en caso de ser necesario
6. Las actividades no rutinarias que se realicen por mas de un dia se implementara un ATS semanal, el cual debera ser validado diariamente
7. Para actividades rutinarias y criticas con una duración un dia, se debe diligenciar un ATS especifico por dia y va relacionado con el permiso de trabajo.

Actividad a realizar:	Fecha de inicio:	Fecha de finalización:
Excavacion	15/09/2025	20/09/2025
Descripción del Trabajo:	**Hora inicio:**	**Hora de finalización:**
Excavacion de Cajas y Zanjas Manual	7:00 am	11:00 a.m

Herramientas / Equipos:

Pala, Pica, Barra

Requerimientos / Condiciones:

SECUENCIA ORDENADA DE PASO (Procedimientos)	PELIGRO (Fuente o Situación)	CONSECUENCIAS	CONTROLES REQUERIDOS	CARGO RESPONSABLE
Demarcar Area de trabajo	Fisico	Radiacion No Ionizante	Iluminacion de piel y Resguardo	Tecnico
	Psicosocial	Estres	Pausas de Cabeza, Contratacion Personal	SST
	Condiciones Inseguridad	Huecos, Atrapes	Puñaladas, Muerte	Operativo
Trasladar las Herramientas al Lugar de trabajo	Fenomeno Natural	Sismos, Inundaciones	Inundaciones, Derrumbes, Derrumbes	Tecnico
	Biomecanico	Manipulacion Carga	Hernias, Lumbagos, Contracción	SST
	Biologico	Virus, Bacterias	Neumonia, Bronquitis, Resfriado	Operativo
Excavacion Inicial de 0@1m Profundidad	Quimico	Material pulverulento	Intoxicación de Arsenicos,	Tecnico
	Fisico	Temperaturas Extremas	Deshidratacion,	SST
	Biomecanico	Movimiento Repetitivo	Contracción Muscular,	Operativo
Orden y Aseo	Biologico	Virus, Bacterias	Especialidad Respiratoria	Tecnico
	Fenomenos Naturales	Tormentas	Derrumbes de Edificios	SST
	Quimico	Material pulverulento	Presencia de Vapor o gas	Operativo

PERSONAL QUE PARTICIPA EN LA ELABORACIÓN EL ATS

Nombre	Cargo	Firma	Observaciones
Carlos Montevrozza	Oficial	Carlos Montevrozza	
Alex Perales	Maestro	Alex Perales	
Junior Duarte	Ayudante	Jose Junior Duarte	
Amado Miranda	Ayudante		

VISTO BUENO DE RESPONSABLE DE HSE

Nombre	Cargo	Firma	Fecha de validación
Alvaro Guevara	Tecnico	Alvaro	20/09/2025
Camilo Rivero	SST		

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

CODIGO	CSA-SST-FO-09
FECHA	10/04/2025
VERSIÓN	1

INSTRUCCIONES:

1. Indicar la actividad no rutinaria a realizar colocando una descripción de la tarea a ejecutar, identificar la fecha, hora de inicio y de finalización, las herramientas y equipos utilizados y los requerimientos o precondiciones para realizar la actividad.
2. Establecer los pasos requeridos para el desarrollo de la actividad, identificando los peligros a los que se encontrará expuesto el trabajador, las consecuencias, los controles requeridos y la persona responsable de la implementación de los controles.
3. Indicar los datos y firma de los trabajadores que participaron en la elaboración del ATS.
4. Solicitar el visto bueno del encargado de HSE, quien verificará la identificación de peligros y los controles establecidos.
5. El personal HSE, con la información recolectada en el ATS, verificará la matriz de peligros, evaluación de riesgos y la determinación de controles y la actualizará en caso de ser necesario.
6. Las actividades no rutinarias que se realicen por más de un día se implementará un ATS semanal, el cual deberá ser validado diariamente.
7. Para actividades rutinarias y criticas con una duración un dia, se debe diligenciar un ATS especifico por dia y va relacionado con el permiso de trabajo.

Actividad a realizar:	Fecha de inicio:	Fecha de finalización:
Armado de Hierro	22/04/2025	23/04/2025
Descripción del Trabajo:	**Hora inicio:**	**Hora de finalización:**
Organizar Terreno de Hierro Con Armadores de elevar Hierro Para Fundición	7:00 am	11:00 am

Herramientas / Equipos:

Brocha, [illegible]

Requerimientos / Condiciones:

SECUENCIA ORDENADA DE PASO (Procedimientos)	PELIGRO (Fuente o Situación)	CONSECUENCIAS	CONTROLES REQUERIDOS	CARGO RESPONSABLE
Demarcar Area	Condiciones Seguridad	Golpes, Atrapo?	Verificación de Area de Trabajo	Operativo
	Físico	Caida en Trabajo.	Entrega de Elementos de Protección	Tecnico
	Biologico	Virus, hongos?	Vacunacion, Bloqueador, Cargo?	SST
Trasladar Herramienta y Equipo de Trabajo	Psicosocial	Manejo Cargas, otros	Pausas de Cabeza, Concentrar Mental	Operativo
	Biomecanico	Manipulacion Cargas?	Tendinitis, Lumbalgias	Tecnico
	Fenomeno Natural	Terremoto?	Muertes, Derrumbes de Edificios?	SST
Instalar o Colocar Puntales para elevar Malla	Fisico	Golpes, Machucones	Inspeccion de Herramientas	Operativo
	Biologico	Bacterias?	Aseguramiento a Cargas Varias	Tecnico
	Biomecanico	Fracturas, Prolongadas	Pausas Activas	SST
Fundir Area (Piso)	Fisico	Fatiga Visual	Pausas Activas, Visuales	Operativo
	Condiciones de Seguridad	Atrapamiento	Vigilancia Privada	Tecnico
	Quimico	Salpicaduras?	Ficha de Quimicos Manipulados	SST
Orden y Aseo	Fisico	Machucones, Heridas	Inspeccion Botiquin, adquirir Elementos	Operativo
	Biologico	Bacterias, Respiratorias	Personal Vacunado	Tecnico
	Fenomeno Natural	Muertes, Inundaciones	Inundaciones Vacunados	SST

PERSONAL QUE PARTICIPA EN LA ELABORACION EL ATS

Nombre	Cargo	Firma	Observaciones
Alex perales mora	Maestro	Alex perales	
Amado Miranda Diaz	Obrero	[illegible]	
Carlos Alberto	OFICIAL	Carlos Montero	

VISTO BUENO DE RESPONSABLE DE HSE

Nombre	Cargo	Firma	Fecha de validación
Consuelo Bueno	SST	[illegible]	22/04/25
Alvaro Cervera	Tecnico	Alvaro	22/04/25

	PERMISO DE TRABAJO EN EXCAVACIONES	CODIGO:	CSA-SST-FO-14
		FECHA:	9/01/2025
		VERSIÓN:	1
		PAGINA:	1

1 Generalidades

FECHA Y HORA DE INICIO Y TERMINACIÓN DE LA TAREA: Día (dd): 13-24 | Mes (mm): 09 | Año (aa): 2025 | HORA | Desde (hh:mm): 7:00am | Hasta (hh:mm): 11:00am

ÁREA O LUGAR: Julen Comunal

DESCRIPCIÓN DE LA TAREA: Excavación de Zanjas y Cajas

HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS A UTILIZAR: Pala, Pica, Barra

NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	FIRMA
Carlos Montero ROA	78734813	Oficial	Carlos M.
Amado Miranda Diaz	13 619 467	Ayud	
Alex Perales	1073670370	Oficial	Alex Perales

Los trabajadores han sido informados de la tarea, de las medidas preventivas asociadas, medidas de emergencia, equipos de medida necesarios para realizar el trabajo (gases tóxicos, explosivos y nivel de oxigeno), equipos de rescate, equipos de respiración y equipos de protección individual requeridos para la ejecución de la tarea | SI [✓] | NO [ ]

2 Dimensiones

Ancho 1 m mts | Profundidad 80 cm mts | Largo 1 M mts

Modo de Excavación

Manual [✓] | Mecánica [ ] | Equipo a utilizar Pala, pica

3 Validación de aspectos de seguridad en el sitio de trabajo

	SI	NO	N/A
Los trabajadores tienen los elementos de protección personal básicos: Casco, botas con puntera y plantilla de acero, guantes, gafas de seguridad y mascarilla para polvo.	✓		
Los trabajadores tienen los elementos de protección personal adicionales de acuerdo con otros riesgos específicos identificados (como protección respiratoria, protección contra caída, etc.).			✓
El área de trabajo se encuentra señalizada, delimitada o demarcada.	✓		
Hay plano de interferencia.		✓	
Se identifican las interferencias.	✓		
Se ha revisado el área, las cajas de conexiones, las marcas del terreno, instalaciones y se han marcado en el terreno para evitar dañarlas al excavar.	✓		
Se ha revisado el área con un detector de metales o detector de cables.	✓		
Se ha identificado el impacto sobre las vías y rutas de evacuación y se hanimplantado medidas correctivas.	✓		
Si la excavación es "espacio confinado" se tiene al menos una Persona Competente actuando como Vigía.			✓
Se identifica la necesidad y se realizan las medidas de protección.	✓		
Se escoge la medida de protección apropiada.	✓		
El material sobrante y herramientas, están a la distancia indicada.	✓		
Se cuenta con líneas guías en caso que se requiera un rescate			✓
Tienen escaleras o sistemas de ingreso/salida a menos de 7 metros de distancia dentro de la excavación.			✓
Se conserva la distancia apropiada entre excavadores	✓		
Se cuenta con la evidencia de la inspección previa y periódica de la excavación.	✓		
Se han corregido las deficiencias identificadas en inspecciones previas.	✓		
Se cuenta con motobombas disponibles en caso de inundación.	✓		
Se reubican o retiran los elementos que ofrecen peligro.	✓		
Se cuenta con talud o apuntalamiento acorde al diseño.			✓
El material sobrante se retira en el tiempo indicado.	✓		
El área se encuentra despejada cuando haya equipos pesados trabajando.	✓		
Las volquetas y los vehículos en general, circulan a la distancia segura.	✓		

4 Si por la profundidad de la excavación se considera trabajo en alturas (altura negativa superior a 2.0 metros) verificar:

	SI	NO	N/A
Se cuenta con los EPP de seguridad para trabajo en alturas			✓
Se cuenta con un procedimiento para ascenso y descenso de la excavación	✓		

5 Si se utilizan escaleras para acceso a la excavación validar (equipos de acceso):

	SI	NO	N/A
La distancia entre escalones de la escalera es la misma y máx. 40 cm			✓
Estan los pasos de las escaleras en buen estado			✓
Los largueron de las escaleras son máximo de 5m			✓
Las Escaleras sobresalen por lo menos 1m. Sobre su apoyo superior			✓
Estan las uniones optimas de las escaleras entre paso y paral			✓

6 Si por la condición de la excavación se considera un espacio confinado, validar

	SI	NO	N/A
Se cuenta con un equipo de medición de atmósfera calibrado Registre la fecha de calibración. dd: mm: aaaa:			✓
Se realizó aislamiento del área circundante del espacio confinado			✓
Se cuenta con sistema de ventilación natural o mecánica en el espacio confinado			✓
Se cuenta con sistema de comunicación definido y a prueba de explosión en caso de ser necesario			✓

RESULTADOS TEST DE ATMOSFERAS

N°	Punto de muestreo	HH:MM	Oxigeno	Inflama	Gases tóxicos

7 Afectaciones (Determinados por el líder ejecutante)

Marque con "X" según aplique

Este trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adyacentes	SI [ ]	NO [✓]
Los trabajos en áreas adyacentes producen riesgos sobre este trabajo	SI [ ]	NO [✓]

Cuáles son las acciones para controlar estos riesgos:

8 Cierre del permiso de excavación

El supervisor o ejecutor de los trabajos declara que el área de la excavación ha sido dejada en condiciones adecuadas de orden y limpieza

Se termino el trabajo SI [✓] NO [ ] Cancelado [ ]

El trabajo esta incompleto y en el siguiente estado: NO

El trabajo fue cancelado debido a: N/A

9 Firmas Permiso de trabajo en excavaciones

EMISOR: He verificado en campo con los trabajadores el cumplimiento de los requisitos del permiso y considero seguro proceder con la ejecución de los trabajos

NOMBRE Comunal Bruno **CC** 1029160795

FIRMA

ANEXO 2.1
INSPECCIONES

	INSPECCION DE BOTIQUIN Y CAMILLA	CODIGO:	CSA-SST-FO-29
		FECHA:	10/04/2025
		VERSION:	1
		PAGINAS:	1

Nombre del que Inspecciona: Cornelio Bizarro H
Cargo: SST
Fecha de Inspección: 20 - Septiembre - 2025
Ubicación del Botiquín: Caseta Campamento

DESCRIPCIÓN DEL ELEMENTO DEL BOTIQUIN DE PRIMEROS AUXILIOS*	ESTADO B: Bien M: Mal	CANTIDAD	FECHA DE VENCIMIENTO (SI APLICA)
1. Estado del botiquín	B	1	N/A
2. Manual primeros auxilios	B	1	N/A
3. Guantes quirurgicos	B	Caja	N/A
4. Suero fisiologico	B	1	2027
5. Gasa esteril 10 x 10 cm	B	1	2027
6. Aposito de algodón esteril	B	1	2027
7. Venda triangular tipo cabestrillo	B	1	2027
8. Venda de algodón 2 x 5 yardas	B	1	2027
9. Venda de algodón 3 x 5 yardas	B	1	2027
10.Venda elastica 2 x 5 yardas	B	1	2027
11. Venda elastica 3 x 5 yardas	B	1	2027
12. Tapabocas	B	Pagarte	2027
13. Esparadrapo de tela	B	1	2027
14. Esparadrapo micropore	B	Rollo	2027
15. Aplicadores de algodón	B	Pagarte	N/A
16. Curas	B	Pagarte	N/A
17. Bajalenguas	B	Pagarte	N/A
18. Parches oculares	B	1	N/A
19. Termometro	B	1	N/A
20. Linterna	B	1	N/A
21. Agua esteril	B	1	2027
22. Tijera trauma	B	1	N/A
23.Mascara de reanimación RCP	B	1	N/A

INSPECCIÓN DE CAMILLA			
DESCRIPCIÓN DEL ELEMENTO	BUEN ESTADO	MAL ESTADO	OBSERVACIONES
Instalación (Sitio de ubicación)	X		
Señalización	X		
Estado del soporte	X		
Correas de seguridad	X		
Sugetadores para agarre	X		
Juego de inmovilizadores de miembro inferior y superior	N/A		
OBSERVACIONES:			
FIRMA QUIEN INSPECCIONA:			

CONSORCIO SALON COMUNAL 013

INSPECCIÓN DE ESTADO, PORTE Y USO DE EPP

Codigo:	CSA-SST-FO-07
Fecha:	10/04/2025
Versión:	1

FECHA DILIGENCIAMIENTO: 27/09/2025 | NOMBRE DE QUIEN DILIGENCIA: Comulo Rizzo | NOMBRE DEL PROYECTO: Jalea Comunal 013

CALIFICAR EL ESTADO COMO: **B:** Bueno, **R:** Regular **M:** Malo, **NT:** No Tiene EPP

NOMBRE Y APELLIDOS DEL TRABAJADOR	OVEROL	BOTAS	ZAPATOS	CASCO	CHALECO	PROTECTOR VISUAL	PROTECTOR RESPIRATORIO	PROTECTOR AUDITIVO	IMPERMEABLE	GUANTES DE CARNAZA	GUANTES DE CAUCHO	GUANTES DE NYLON / NITRILO	PROTECTOR FACIAL	CARETA PARA SOLDAR	OVEROL FONTANERO	PETO CARNAZA	¿USA LOS EPP ADECUADAMENTE DE ACUERDO CON LA ACTIVIDAD QUE REALIZA? SI	¿USA LOS EPP ADECUADAMENTE DE ACUERDO CON LA ACTIVIDAD QUE REALIZA? NO	ACTIVIDAD	OBSERVACIONES	FIRMA DEL TRABAJADOR
Juan Jurado Duarte	R	B	B	B				B				R					✓		Enmanguito		Juan Jurado D.
Ricardo Blanco		B	B	B				R				R					✓		Encauchapao		Alex E.
Alex Alcalde	M	M	B	B				R				R					✓		Faenadita		

ELABORÓ: Comulo Rizzo

FIRMA:

CARGO: SST

	INSPECCION - PREOPERACIONAL DE PULIDORA	CODIGO:	CSA-SST-FO-27
		FECHA:	14/04/2025
		VERSION:	1

PROYECTO	Salon Comunal 013

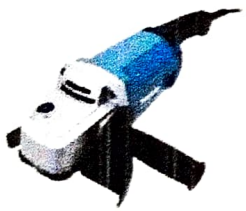
INSPECTOR DE SST:	Camilo Bravo

MARCA	MAKITA
SERIAL	GA 9020

PROPIETARIO

Semana del 22/09 al 27/09 del 2025

Durante la inspección marque X según corresponda en cada casilla. C: Conforme **NC:** No Conforme. **NA:** No Aplica

PULIDORA ELÉCTRICA		LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO		
		C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
	Se verificó el estado de conexiones eléctricas (extensiones, cables, tomas).	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	Se verificó el estado de instalación de disco (insertación).	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	Cuentan con acoples adecuados para los accesorios.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	Se verificó el estado de instalación del mango.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	Se verificó el estado del interruptor de encendido y su seguro.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	Se verificó el estado de la guía de la guarda.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	Se utiliza accesorios apropiados para las RPM (8500 - 15000).	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	Se utiliza accesorios apropiados para la tarea.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	Estado general de la pulidora (fisuras, rupturas, aseo, etc.)	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Se utilizan los EPP requeridos para la labor		✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Se han instalado barreras y/o aislamientos apropiados		✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿EL EQUIPO SE PUEDE USAR?		SI ☐		NO ☐	SI ☐		NO ☐	SI ☐		NO ☐	SI ☐		NO ☐	SI ☐		NO ☐	SI ☐		NO ☐	SI ☐		NO ☐
Inspección Realizada Por NOMBRE COMPLETO Y LEGIBLE		ALEX PERALES			ALEX PERALES			ALEX PERALES			ALEX PERALES			ALEX PERALES			ALEX PERALES					

Certifico como operador del equipo, que he verificado cada unos de sus componentes, de acuerdo a la lista de chequeo afirmando que es seguro utilizar la herramienta.

Nota: Esta lista de chequeo se deberá entregar semanalmente al procesc de SST.

CONSORCIO SALÓN COMUNAL 015	**INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE ROTOMARTILLO**	**CODIGO:**	CSA-SST-FO-28
		FECHA:	14/04/2025
		VERSIÓN:	1

IDENTIFICACION DEL EQUIPO

TIPO: Manual	**SERIAL/ REF:** 0X986	**MARCA:** Dewalt	
INSPECCIONADO POR: Alex Perales		**LUGAR DE TRABAJO:** Campamento	
ACTIVIDAD:		**Semana del** 15/04 **al** 20/09	**año** 2025

MANTENIMIENTO

REVISIÓN	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO	
	Bueno	Malo	Bueno	Malo	Bueno	Malo	Bueno	Malo	Bueno	Malo	Bueno	Malo
Estado de conexiones electricas (Cableado, extensiones, tomas electricas)			✓								✓	
Interruptor de gatillo			✓								✓	
Acoples adecuados para los accesorios			✓								✓	
Estado del mango			✓								✓	
Estado del interruptor de encendido y su seguro			✓								✓	
Mango Auxiliar			✓								✓	
Mango Principal			✓								✓	
Estado general del Equipo (Fisuras, Ropturas, Aseo , entre otras)			✓								✓	
Se utilizan adecuadamente los EPP para la labor			✓								✓	
Se han instalado barreras y/o alistamientos apropiados para la tarea			✓								✓	
Estado de la guia			✓								✓	
Estado de las brocas			✓								✓	

PARA DILIGENCIAR LAS CASILLAS DE VERIFICACION INDIQUE SEGÚN CORRESPONDA **M= MALO**

N/A= NO APLICA

FIRMA DIARIA DEL

FIRMA DIARIA DEL OPERARIO ENCARGADO:		Alex Perales				Alex Perales
SUPERVISOR:						

OBSERVACIONES

ANEXO 3
CAPACITACIONES

	REGISTRO DE ASISTENCIA	CODIGO:	CSA-SST-FO-12
		FECHA:	10/04/2025
		VERSION:	1
		PAGINAS:	1

Fecha: 5/09/25 Hora Inicio: 8:00 am Hora Fin: 8:10 Duración: 10 M

CONTRATO: Salon Comunal 013

Temas tratados	TIPO DE COMUNICACIÓN Marque una X	
Riesgo Ergonomico	CHARLA PRE OPERACIONAL	
	CHARLA SEMANAL	
	CHARLA RIESGO ESPECIFICO	X
	SISTEMA GESTION SG-SST	
	CAPACITACIÓN	
	INDUCCIÓN	
	REINDUCCIÓN	
	REUNION	

Relator: Conrado Riaño Firma:

Cargo: SST Lugar de Reunión: Campamento

Nº	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Carlos Monterroza	78759813	Carlos M.
2	Alex Perales Ares	1043070370	Alex Perales
3	Amado Miranda Diaz	15619467	
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

Observaciones: _____

	REGISTRO DE ASISTENCIA	CODIGO:	CSA-SST-FO-12
		FECHA:	16/04/2025
		VERSION:	1
		PAGINAS:	1

Fecha: 9/04/25 Hora Inicio: 7:00am Hora Fin: 7:10 Duración: 10 m

CONTRATO: Subestación Cuernavaca ESP

Temas tratados	TIPO DE COMUNICACION Marque una X	
Pausas Activas	CHARLA PRE OPERACIONAL	
	CHARLA SEMANAL	
	CHARLA RIESGO ESPECIFICO	
	SISTEMA GESTION SG SST	X
	CAPACITACIÓN	
	INDUCCIÓN	
	REINDUCCIÓN	
	REUNION	

Relator: Conrado Rivera Firme:

Cargo: SST Lugar de Reunión: Campamento

Nº	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Alex Andres Mora	1073680576	
2	Amadonimanga Diaz	19.619.667	
3	Carlos Montero ZA	78.719.813	
4	Jese Junior Duarte Quintero	1143964 8	
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

Observaciones:

	REGISTRO DE ASISTENCIA	CODIGO:	CSA-SST-FO-12
		FECHA:	10/04/2025
		VERSION:	1
		PAGINAS:	1

Fecha: 13/09/25 Hora Inicio: 8:00 am Hora Fin: 2 PM Duración: 10 H

CONTRATO: Jolon Comunal 01

Temas tratados	TIPO DE COMUNICACIÓN Marque una X	
Riesgo Biologico	CHARLA PRE OPERACIONAL	
	CHARLA SEMANAL	
	CHARLA RIESGO ESPECIFICO	X
	SISTEMA GESTION SG-SST	
	CAPACITACIÓN	
	INDUCCIÓN	
	REINDUCCIÓN	
	REUNION	

Relator: Cornelio Rivero Firma:

Cargo: SST Lugar de Reunión: Campamento

Nº	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Alex Perales Arias	1043670370	Alex Perales
2	carlos Montezuma	78759813	Carlos M.
3	Amado Miranda D	15619467	
4	Jose Junior Duarte	1114306698	Junior
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

Observaciones :

	REGISTRO DE ASISTENCIA	CODIGO:	CSA-SST-FO-12
		FECHA:	10/04/2025
		VERSION:	1
		PAGINAS:	1

Fecha: 2/04/25 Hora Inicio: 7:00am Hora Fin: 2:10 Duración: 10 H

CONTRATO: Jaba Caracol 017

Temas tratados

Socialización Politicas

TIPO DE COMUNICACIÓN	Marque una X
CHARLA PRE OPERACIONAL	
CHARLA SEMANAL	
CHARLA RIESGO ESPECIFICO	
SISTEMA GESTION SG-SST	X
CAPACITACIÓN	
INDUCCIÓN	
REINDUCCIÓN	
REUNION	

Relator: Carmela Bravo **Firma:**

Cargo: SST **Lugar de Reunión:** Campamento

Nº	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Jose Junior Duarte	1119301693	J. Junior Duarte
2	Alex Perales	1083010770	Alex Perales
3	Amado Miranda Diaz	15619467	
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

Observaciones :

	REGISTRO DE ASISTENCIA	CODIGO:	CSA-SST-FO-12
		FECHA:	18/04/2025
		VERSION:	1
		PAGINAS:	1

Fecha: 24/04/25 **Hora Inicio:** 8:00am **Hora Fin:** 2:00pm **Duración:** 10 H

CONTRATO: Julia Comercial 012

TIPO DE COMUNICACIÓN Marque una X	
CHARLA PRE OPERACIONAL	
CHARLA SEMANAL	
CHARLA RIESGO ESPECIFICO	
SISTEMA GESTION SG-SST	X
CAPACITACIÓN	
INDUCCIÓN	
REINDUCCIÓN	
REUNION	

Temas tratados

Charla Importancia de Firma de Permisos

Relator: Carrera Muñoz **Firma:**

Cargo: SST **Lugar de Reunión:** Campamento

Nº	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Alvaro Miranda Diaz	15.614.467	
2	Carlos Montoya ZA	78759813	Carlos M
3	NO APARECE NADA	1083608350	NO APARECE
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

Observaciones :

CERTIFICADO TSA
ANEXO 3.1

CERTIFICADO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

SAFETY SOLUTIONS SAS

Identificada con NIT No. 901.482.951 - 5

De acuerdo a lo establecido en la Resolución 4272 de 2021, aprobación emitida por el Ministerio de Trabajo

No. 08SE2024220000000007068 del 29, NTC 6072 Certificado por BUREAU VERITAS acreditado por ONAC 09-CPR-008

CERTIFICA QUE:

CARLOS ALBERTO MONTERROZA GONZALEZ

Identificado con Cédula de ciudadanía Nº 78759813
EMPRESA: CONSORCIO SALON COMUNAL 013
NIT: 9 0 1 9 0 1 9 4 1 -0
R. LEGAL: RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ, con documento 8 0 8 5 0 3 0 0
ARL: SURA

Cursó y Aprobó la Formación en:

Reentrenamiento Sectorial 4272

Realizado en Bogota del (20) del mes de septiembre de 2025 al (20) del mes de septiembre de 2025 con una intensidad de 8 horas.

BETSSY PAOLA SANTOS BARRETO
CC 52376138
REPRESENTANTE LEGAL

WILMAR DANIEL VERGARA VIDES
ENTRENADOR EN TRABAJO EN ALTURAS
LIC. 25-0624 del 2020

En testimonio de lo anterior, se firma en Bogota a los (20) del mes de septiembre de 2025

INDUCCIONES
ANEXO 3.2

CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013	**FORMATO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DEL SST**	**CODIGO: CSA-SST-FO-17** **FECHA: 10/04/2025** **VERSIÓN: 1** **Página 1 de 2**

Nombre: Carlos Monterroza	**Cédula:** 78759813
Fecha: 16/09/2025	**Cargo:** Oficial

Califique el cumplimiento, teniendo en cuenta la siguiente tabla:	
Insatisfactorio: No tiene claros los conocimientos. Existen múltiples aspectos a mejorar.	**0**
Bueno: Muestra claros conocimientos, pero aún puede mejorar más.	**0,5**
Alto desempeño: Muestra total dominio del conocimiento, puede enseñar y compartir a los demás.	**1**
TEMAS POR EVALUAR	**CALIFICACIÓN**
1. ¿Qué es un incidente de trabajo? a) Suceso repentino deseado que ocurra por la imprudencia del trabajador derivado a sus actividades diarias. b) Suceso repentino no deseado que ocurre por las mismas causas que se presentan los accidentes, solo que no desencadenan lesiones o daños al trabajador y a la propiedad. c) Suceso repentino no deseado que ocurre por las mismas causas que se presentan los accidentes, sólo que por cuestiones del azar no desencadena lesiones en las personas, daños a la propiedad. d) Todas las anteriores son correctas	1
2. Mencione tres políticas que forman parte del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo: a) Política de Calidad, orden y aseo, Acoso laboral, SST. b) Sst, Preparación de emergencias, No consumo de alcohol sustancias psicoactivas. c) Elementos de Protección Personal, Acoso Laboral. d) B y C son correctas e) Todas las anteriores.	1
3. ¿Qué es accidente de trabajo? a) Suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte. b) Accidente de trabajo el ocurrido durante el ejercicio de la función sindical, aunque el trabajador se encuentre en permiso sindical siempre que el accidente se produzca en cumplimiento de dicha función. c) Suceso repentino que suceda fuera de la empresa, que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, invalidez o muerte, cuando el trabajador se halle en uso de permiso no remunerado. d) Todas las Anteriores	1
4. Mencione tres riesgos a los que está expuesto en su área trabajo: a) Biológico, psicosocial, acoso laboral, lavarse las manos, tapabocas a medio colocar. b) Usar uniformes sucios, fumar en horas laborales, mala higiene personal. c) Físico, Biológico, Químico, Psicosocial. d) Biomecánico, condiciones de seguridad, fenómenos naturales e) C y D son correctas.	1

5. Escriba los pasos a seguir en caso de emergencia a) Mantener la calma, desconectar todos los equipos eléctricos, salir con precaución. b) No usar el teléfono, dirigirse al punto de encuentro, dar información de asistencia a su líder. c) Notificar si algún compañero se quedó y lugar donde lo vio por última vez. X d) Todas las anteriores son correctas.	1
6. Que es una condición Insegura a) Son los diversos peligros que se presentan en áreas de labores que pueden generar un accidente. X b) Todo elemento de los equipos, la materia prima, herramientas, las maquinas, la instalación o el medio ambiente que se conviertan en un peligro para las personas. c) Eventos anormales que se presentan en una actividad laboral y que conlleven un riesgo potencial de lesión o daños materiales. d) Todas las anteriores son correctas.	1
7. ¿Qué es Peligro? a) Situación o característica iintrínseca de algo capaz de ocasionar daño a las personas. X b) Fuente, situación o acto que puede causar daño a la salud, los equipos o las instalaciones. c) Grado de posibilidad de que ocurra un evento no deseado o pueda producir consecuencias. d) Ninguna de las Anteriores	1
8. ¿Qué es Riesgo? X a) Probabilidad de que un peligro se materialice y cause daño a las personas, bienes o al entorno. b) Todo elemento de los equipos, la materia prima, herramientas, las maquinas, la instalación o el medio ambiente que se conviertan en un peligro para las personas. c) Toda acción o práctica incorrecta ejecutada por el trabajador que pueda causar un accidente o enfermedad laboral. d) Eventos relacionados con el trabajo, en el que ocurre o puedo haber ocurrido lesión o enfermedad.	1
9. Cuantos valores corporativos existen X a) 3 b) 5 c) 6 d) 8	1
CALIFICACIÓN TOTAL:	9
Observaciones e inquietudes, Refuerzos aportados	

FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL EVALUADOR
Carlos Mantilla	

CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013	**FORMATO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DEL SST**	**CODIGO: CSA-SST-FO-17** **FECHA: 10/04/2025** **VERSIÓN: 1** **Página 1 de 2**

Nombre: Amado Miranda Diaz	**Cédula:** 15619467
Fecha: 16-09-2025	**Cargo:** Ayudante

Califique el cumplimiento, teniendo en cuenta la siguiente tabla:	
Insatisfactorio: No tiene claros los conocimientos. Existen múltiples aspectos a mejorar.	**0**
Bueno: Muestra claros conocimientos, pero aún puede mejorar más.	**0,5**
Alto desempeño: Muestra total dominio del conocimiento, puede enseñar y compartir a los demás.	**1**

TEMAS POR EVALUAR	**CALIFICACIÓN**
1. ¿Qué es un incidente de trabajo? a) Suceso repentino deseado que ocurra por la imprudencia del trabajador derivado a sus actividades diarias. b) Suceso repentino no deseado que ocurre por las mismas causas que se presentan los accidentes, solo que no desencadenan lesiones o daños al trabajador y a la propiedad. c) Suceso repentino no deseado que ocurre por las mismas causas que se presentan los accidentes, sólo que por cuestiones del azar no desencadena lesiones en las personas, daños a la propiedad. d) Todas las anteriores son correctas	1
2. Mencione tres políticas que forman parte del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo: a) Política de Calidad, orden y aseo, Acoso laboral, SST. b) Sst, Preparación de emergencias, No consumo de alcohol sustancias psicoactivas. c) Elementos de Protección Personal, Acoso Laboral. d) B y C son correctas e) Todas las anteriores.	1
3. ¿Qué es accidente de trabajo? a) Suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte. b) Accidente de trabajo el ocurrido durante el ejercicio de la función sindical, aunque el trabajador se encuentre en permiso sindical siempre que el accidente se produzca en cumplimiento de dicha función. c) Suceso repentino que suceda fuera de la empresa, que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, invalidez o muerte, cuando el trabajador se halle en uso de permiso no remunerado. d) Todas las Anteriores	1
4. Mencione tres riesgos a los que está expuesto en su área trabajo: a) Biológico, psicosocial, acoso laboral, lavarse las manos, tapabocas a medio colocar. b) Usar uniformes sucios, fumar en horas laborales, mala higiene personal. c) Físico, Biológico, Químico, Psicosocial. d) Biomecánico, condiciones de seguridad, fenómenos naturales e) C y D son correctas.	1

5. Escriba los pasos a seguir en caso de emergencia a) Mantener la calma, desconectar todos los equipos eléctricos, salir con precaución. b) No usar el teléfono, dirigirse al punto de encuentro, dar información de asistencia a su líder. c) Notificar si algún compañero se quedó y lugar donde lo vio por última vez. d) Todas las anteriores son correctas.	1
6. Que es una condición Insegura a) Son los diversos peligros que se presentan en áreas de labores que pueden generar un accidente. b) Todo elemento de los equipos, la materia prima, herramientas, las maquinas, la instalación o el medio ambiente que se conviertan en un peligro para las personas. c) Eventos anormales que se presentan en una actividad laboral y que conlleven un riesgo potencial de lesión o daños materiales. d) Todas las anteriores son correctas.	0
7. ¿Qué es Peligro? a) Situación o característica iintrínseca de algo capaz de ocasionar daño a las personas. b) Fuente, situación o acto que puede causar daño a la salud, los equipos o las instalaciones. c) Grado de posibilidad de que ocurra un evento no deseado o pueda producir consecuencias. d) Ninguna de las Anteriores	1
8. ¿Qué es Riesgo? a) Probabilidad de que un peligro se materialice y cause daño a las personas, bienes o al entorno. b) Todo elemento de los equipos, la materia prima, herramientas, las maquinas, la instalación o el medio ambiente que se conviertan en un peligro para las personas. c) Toda acción o práctica incorrecta ejecutada por el trabajador que pueda causar un accidente o enfermedad laboral. d) Eventos relacionados con el trabajo, en el que ocurre o puedo haber ocurrido lesión o enfermedad.	1
9. Cuantos valores corporativos existen a) 3 b) 5 c) 6 d) 8	1
CALIFICACIÓN TOTAL:	8

Observaciones e inquietudes, Refuerzos aportados

FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL EVALUADOR

CONSORCIO SALÓN COMUNAL 815	**FORMATO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DEL SST**	**CODIGO: CSA-SST-FO-17** **FECHA: 10/04/2025** **VERSIÓN: 1** **Página 1 de 2**

Nombre: Andres montaño	**Cédula:** 1003005907
Fecha: 2-10-2025	**Cargo:** Ayudante

Califique el cumplimiento, teniendo en cuenta la siguiente tabla:	
Insatisfactorio: No tiene claros los conocimientos. Existen múltiples aspectos a mejorar.	**0**
Bueno: Muestra claros conocimientos, pero aún puede mejorar más.	**0,5**
Alto desempeño: Muestra total dominio del conocimiento, puede enseñar y compartir a los demás.	**1**

TEMAS POR EVALUAR	**CALIFICACIÓN**
1. ¿Qué es un incidente de trabajo? a) Suceso repentino deseado que ocurra por la imprudencia del trabajador derivado a sus actividades diarias. ● Suceso repentino no deseado que ocurre por las mismas causas que se presentan los accidentes, solo que no desencadenan lesiones o daños al trabajador y a la propiedad. c) Suceso repentino no deseado que ocurre por las mismas causas que se presentan los accidentes, sólo que por cuestiones del azar no desencadena lesiones en las personas, daños a la propiedad. d) Todas las anteriores son correctas	1
2. Mencione tres políticas que forman parte del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo: a) Política de Calidad, orden y aseo, Acoso laboral, SST. b) Sst, Preparación de emergencias, No consumo de alcohol sustancias psicoactivas. c) Elementos de Protección Personal, Acoso Laboral. ● B y C son correctas e) Todas las anteriores.	1
3. ¿Qué es accidente de trabajo? ● Suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte. b) Accidente de trabajo el ocurrido durante el ejercicio de la función sindical, aunque el trabajador se encuentre en permiso sindical siempre que el accidente se produzca en cumplimiento de dicha función. c) Suceso repentino que suceda fuera de la empresa, que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, invalidez o muerte, cuando el trabajador se halle en uso de permiso no remunerado. d) Todas las Anteriores	1
4. Mencione tres riesgos a los que está expuesto en su área trabajo: a) Biológico, psicosocial, acoso laboral, lavarse las manos, tapabocas a medio colocar. b) Usar uniformes sucios, fumar en horas laborales, mala higiene personal. c) Físico, Biológico, Químico, Psicosocial. d) Biomecánico, condiciones de seguridad, fenómenos naturales ● C y D son correctas.	1

5. Escriba los pasos a seguir en caso de emergencia a) Mantener la calma, desconectar todos los equipos eléctricos, salir con precaución. b) No usar el teléfono, dirigirse al punto de encuentro, dar información de asistencia a su líder. c) Notificar si algún compañero se quedó y lugar donde lo vio por última vez. ● Todas las anteriores son correctas.	1
6. Que es una condición Insegura a) Son los diversos peligros que se presentan en áreas de labores que pueden generar un accidente. ● Todo elemento de los equipos, la materia prima, herramientas, las maquinas, la instalación o el medio ambiente que se conviertan en un peligro para las personas. c) Eventos anormales que se presentan en una actividad laboral y que conlleven un riesgo potencial de lesión o daños materiales. d) Todas las anteriores son correctas.	1
7. ¿Qué es Peligro? a) Situación o característica iintrínseca de algo capaz de ocasionar daño a las personas. ● Fuente, situación o acto que puede causar daño a la salud, los equipos o las instalaciones. c) Grado de posibilidad de que ocurra un evento no deseado o pueda producir consecuencias. d) Ninguna de las Anteriores	1
8. ¿Qué es Riesgo? ● Probabilidad de que un peligro se materialice y cause daño a las personas, bienes o al entorno. b) Todo elemento de los equipos, la materia prima, herramientas, las maquinas, la instalación o el medio ambiente que se conviertan en un peligro para las personas. c) Toda acción o práctica incorrecta ejecutada por el trabajador que pueda causar un accidente o enfermedad laboral. d) Eventos relacionados con el trabajo, en el que ocurre o puedo haber ocurrido lesión o enfermedad.	1
9. Cuantos valores corporativos existen a) 3 b) 5 c) 6 ● 8	0
CALIFICACIÓN TOTAL:	6
Observaciones e inquietudes, Refuerzos aportados	

FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL EVALUADOR

COPASST

ANEXO 4

EMPRESA: CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013

PERIODO: 2025 – 2026

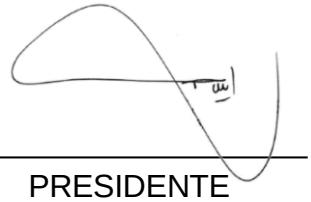
ACTA DE REUNION COPASST

Fecha: 08-09-2025
Lugar: Salón Comunal
Asistentes: Profesionales del proyecto
Objetivo: Promover el cumplimiento del Sistema de Gestión de SST en la empresa, promoviendo un ambiente laboral seguro y saludable al identificar y controlar riesgos, y proponiendo mejoras para prevenir accidentes y enfermedades laborales

. DESARROLLO DE LA REUNIÓN

1. Siendo las 8:00am asistieron a reunión 2 trabajadores de los que cuenta el Consorcio Saló Comunal 013,
2. Se realiza una inspección al botiquín de primeros auxilios ubicado en la carpa donde se encuentra la parte administrativa en obra. La revisión fue realizada con el fin de verificar el cumplimiento de los estándares de seguridad y asegurar que los elementos necesarios para la atención de emergencias se encuentren en buen estado y dentro de los plazos de caducidad correspondientes.
   Durante la inspección se revisaron los siguientes aspectos:
   Inventario de Suministros: Se verificó que el botiquín contara con todos los artículos básicos requeridos, tales como vendajes, gasas, alcohol, antisépticos, tijeras, guantes, termómetro, entre otros.
   Estado de los Elementos: Se comprobó que los suministros no estuvieran caducados y que los elementos frágiles o de fácil deterioro se encontraran en condiciones adecuadas.
   Accesibilidad: Se corroboró que el botiquín estuviera ubicado en un lugar visible y de fácil acceso para todo el personal, en caso de ser necesario.
   Etiquetas e Información de Uso: Se verificó que el botiquín contara con una etiqueta o indicación visible que informara sobre su uso, así como instrucciones básicas de primeros auxilios
3. Se termina reunión a las 8:20am

	ACTA DE REUNION COPASST	CODIGO:	CSA-SST-FO-17
		FECHA:	10/04/2025
		VERSION:	1



PRESIDENTE



SECRETARIO

Por lo anterior queda la presente acta de reunión con el del VIGÍA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO COPASST y firman en señal de aprobación al 08 día del mes de septiembre de 2025

COCOLA

ANEXO 5

	FORMATO ACTA DE REUNION DE COMITÉ	Código	CSA-SST-FT-21
		Fecha:	19/04/2025
		Versión:	1

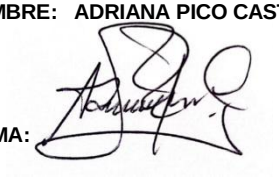
Tipo	COPASST		CCL	**X**	Acta No.	**02**
Modalidad	Presencial	**X**	Medios Virtuales			
Fecha	Día	**19**	Mes:	**09**	Año	**2025**
Hora Inicio	8:00AM	**Hora fin**	8:30AM	**m**		

ASISTENTES	
Nombre	**Cargo**
Adriana Pico Castañeda	Profesional Social
José Junior Duarte	Ayudante

TEMAS TRATADOS	**DESCRIPCIÓN**
1. Se confirma comité e inicio de reunión	Siendo las 8:00am se elige secretario del comité de convivencia laboral y se procede a realizar la reunión.
2. Se socializa funciones de comité de convivencia laboral	El Comité de Convivencia Laboral es un órgano conformado por representantes de los trabajadores y del empleador, cuya finalidad es promover un ambiente de trabajo sano, respetuoso y libre de acoso o violencia en el entorno laboral. Sus funciones están orientadas a prevenir, intervenir y hacer seguimiento a situaciones que puedan afectar la armonía y el bienestar entre los miembros de la organización. Las principales funciones del Comité de Convivencia Laboral son: **Promover la convivencia y el respeto** Fomentar relaciones laborales basadas en el respeto, la tolerancia y la buena comunicación entre todos los trabajadores. **Recibir y analizar quejas o reportes** Recibir de manera confidencial las quejas relacionadas con presuntos casos de acoso laboral, maltrato o conflictos que afecten la convivencia, y analizar cada caso de forma objetiva. **Mediar y proponer soluciones** Actuar como mediador entre las partes involucradas para buscar soluciones pacíficas, promover el diálogo y evitar la escalada del conflicto. **Realizar seguimiento a los casos tratados** Asegurar el cumplimiento de los acuerdos logrados en la mediación y realizar el seguimiento necesario para garantizar la mejora del clima laboral. **Promover actividades de prevención** Proponer e implementar campañas, talleres o actividades educativas que ayuden a prevenir el acoso laboral y a fortalecer la sana convivencia. **Elaborar informes periódicos** Generar informes sobre las actividades realizadas, el número de casos atendidos, las acciones tomadas y las recomendaciones pertinentes, garantizando la confidencialidad de la información. **Garantizar la confidencialidad y el debido proceso** Velar porque todas las actuaciones del comité se desarrollen con respeto a la privacidad, imparcialidad y bajo los principios del debido proceso.

	Asesorar en la aplicación de políticas internas Apoyar la implementación de políticas internas relacionadas con la convivencia, la resolución de conflictos y la promoción de un ambiente laboral saludable.
3. Compromiso	Reportar condiciones o actos que comprometan el bienestar y ambiente laboral

Finalizada la reunión, se cierra el acta No. 2 de 19 de septiembre del año 2025 y se firma por los miembros del Comité de Convivencia Laboral.

PRESIDENTE
NOMBRE: ADRIANA PICO CASTAÑEDA
FIRMA: 

SECRETARIO
NOMBRE: JOSE JUNIOR DUARTE
FIRMA: 

ANEXO 6
DOCUMENTOS VEHICULOS

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Libertad y Orden

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10008323068

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
WHO421	INTERNATIONAL	WORKSTAR 7600 SBA	2015

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
10.831	BLANCO	PÚBLICO

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
CAMION	MEZCLADOR	DIESEL	15610

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
35326895	N	3HAWYAHT1FL652852

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
******	N	3HAWYAHT1FL652852	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
CONCRETERA TREMIX SOCIEDAD POR ACC	NIT 830106474

Scanned with CamScanner

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE
******

POTENCIA HP
0

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
48201400041171 7

I/E
I

FECHA IMPORT.
08/10/2014

PUERTAS
2

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

****

FECHA MATRÍCULA
25/10/2014

FECHA EXP. LIC. TTO.
25/10/2014

FECHA VENCIMIENTO
******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA TTEYMOV CUNDINAMARCA/COTA



LT01005217823

Scanned with CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
MINISTERIO DE AMBIENTE Y
DESARROLLO SOSTENIBLE

Libertad y Orden

RUNT

CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 177531136

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CDA AVENIDA SEXTA SAS

NIT: 900135773

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

Fecha de expedición: 2024/11/30

Fecha de vencimiento: 2025/11/30

DATOS VEHÍCULO

PLACA: WHO421

CLASE: CAMION

MARCA: INTERNATIONAL

MODELO: 2015

SERVICIO: Público

COMBUSTIBLE: DIESEL

CILINDRAJE: 10831

NRO. MOTOR: 35326895

NRO. CHASIS: 3HAWYAHT1FL652852

VIN: 3HAWYAHT1FL652852

LÍNEA: WORKSTAR 7600 SBA 6X4

COLOR: BLANCO

NOMBRE PROPIETARIO: POLIMIX CONCRETO COLOMBIA SAS

FIRMA DEL RESPONSABLE

EDITH RANGEL ARIZA

Scanned with CamScanner

SOAT

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

SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR

FECHA DE EXPEDICIÓN	AÑO	MES	DÍA
	2024	10	01

VIGENCIA	AÑO	MES	DÍA
DESDE LAS 00 HORAS DEL	2024	10	10
HASTA LAS 23:59 HORAS DEL	2025	10	09

No. DE PÓLIZA.	PLACA No.	CLASE DE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
1000113924402	WHO421	CAMION	PÚBLICO	10831	2015

PASAJEROS	MARCA	LÍNEA VEHÍCULO	CARROCERÍA
2	INTERNATIONAL	WORKSTAR 7600 SBA 6X4	119 - MEZCLADOR

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
35326895	3HAWYAHT1FL652852	3HAWYAHT1FL652852	15.61

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No.DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
POLIMIX CONCRETO COLOMBIA SAS	3174373723	NT	830106474	BOGOTA D.C.

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
76024	1000	76024	1000113924402	BOGOTA

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
330	$1,162,400.00	$604,400.00	$2,100.00

TOTAL A PAGAR

$1,768,900.00

FIRMA AUTORIZADA

AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, 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	

[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).

El SOAT digital, además de brindarle una **fácil portabilidad y usabilidad,** también ofrece varios beneficios para usted, el medio ambiente, las autoridades y en general **para todas las personas.**



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.
- Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

Texto habeas data

"Autorizo a la compañía de seguros para que consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las entidades legalmente autorizadas y aquellas que considere necesario, pero en este último caso únicamente con fines estadísticos y/o académicos y no comerciales, la información derivada del presente contrato de seguros y que resulte de todas las funciones que directa o indirectamente se les haya otorgado a las aseguradoras o se les otorguen en el futuro, así como novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato, el cual conozco y declaro aceptar en todas sus partes.
Declaro haber sido informado sobre el tratamiento que recibirán los datos personales incorporados en el presente contrato de seguros, así como sobre los derechos que me asisten como titular de los mismos y, sobre la dirección física y/o electrónica del responsable del tratamiento de dicha información."

Seguros Comerciales Bolívar S.A.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

Libertad y Orden

No. 17643996

NOMBRE

ENRIQUE HERNANDEZ GUTIERREZ

FECHA DE NACIMIENTO

10-06-1968

SANGRE-RH

A+

FECHA DE EXPEDICION

11-01-2023

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR



ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

SDM - BOGOTA D.C.

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 17.643.996

HERNANDEZ GUTIERREZ

APELLIDOS

ENRIQUE

NOMBRES

ENRIQUE HERNANDEZ

FIRMA



Scanned with CamScanner

CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
A2	MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE.	23-09-2027	PARTICULAR
B3	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA, BUS Y ARTICULADO.	11-01-2033	PARTICULAR
C3	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA, BUS Y ARTICULADO.	11-01-2026	PUBLICO



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC03005170098

Servicios Integrales 60947.2.0-4 07/22



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-JUN-1968**

GARZON
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62	A+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

10-ABR-1987 FLORENCIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00008184-M-0017643996-20080513 **00003**03209A 1 1400021749

Scanned with CamScanner

RETIRO PERSONAL

ANEXO 7

Bogotá D.C., 06 de octubre de 2025

SEÑORES

JVM INGENIERIA SAS BIC.
BOGOTA

Por medio del presente, nos permitimos informar a ustedes que el señor **Eliecer Leal** identificado con cédula de ciudadanía No. 11304172, quien se venía desempeñando como **Oficial,** ha sido retirado del equipo de trabajo del proyecto SALON COMUNAL 013, a partir del día 05 de septiembre de 2025.
La presente notificación se realiza en cumplimiento de lo estipulado en el contrato y con el fin de mantener actualizada la información del personal vinculado al proyecto bajo su supervisión.

Agradecemos la atención prestada y quedamos atentos a cualquier observación adicional.

Cordialmente,

RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013

ENTREGA DE EPP
ANEXO 8

FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

CODIGO:	CSA-SST-FO-18
FECHA:	10/04/2025
VERSIÓN:	1
PAGINA:	1

LUGAR Comparendo

NOMBRE DEL TRABAJADOR Carlos Alberto Montenegro **CARGO** Oficial

FECHA DE ENTREGA	CABEZA		OJOS		OIDOS		MANOS Y BRAZOS					S. RESPIRATORIO		CUERPO		PIES			FIRMA DEL TRABAJADOR
	CASCO	BARBUQUEJO	GAFAS	CARETA SOLDADURA	INSERCIÓN	COPA	GUANTE CARNAZA	GUANTE VAQUETA	GUANTE NITRILO	GUANTE DE CAUCHO	GUANTES TIPO MOSQUETERO	MASCARILLA MEDIACARA	TAPABOCAS	OVEROL	IMPERMEHABLE	BOTAS DE SEGURIDAD CUERO	BOTAS DE SEGURIDAD CAUCHO CON PUNTERA	OTROS	
20-09-2025			X		X			X											Carlos Montenegro

OBSERVACIONES :

PROFESIONAL SST :

FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

CODIGO:	CSA-SST-FO-18
FECHA:	18/04/2025
VERSIÓN:	1
PAGINA:	1

LUGAR Campamento

NOMBRE DEL TRABAJADOR Jair Javier Duque **CARGO** Ayudante

FECHA DE ENTREGA	CABEZA		OJOS		OIDOS		MANOS Y BRAZOS					S. RESPIRATORIO		CUERPO		PIES				FIRMA DEL TRABAJADOR
	CASCO	BARBUQUEJO	GAFAS	CARETA SOLDADURA	INSERCIÓN	COPA	GUANTE CARNAZA	GUANTE VAQUETA	GUANTE NITRILO	GUANTE DE CAUCHO	GUANTES TIPO MOSQUETERO	MASCARILLA MEDIACARA	TAPABOCAS	OVEROL	IMPERMEHABLE	BOTAS DE SEGURIDAD CUERO	BOTAS DE SEGURIDAD CAUCHO CON PUNTERA	OTROS	
20-09-2025			X		X			X											Jair Duque

OBSERVACIONES :

PROFESIONAL SST :

FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

CODIGO:	CSA-SST-FO-18
FECHA:	10/04/2025
VERSIÓN:	1
PAGINA:	1

LUGAR Campamento

NOMBRE DEL TRABAJADOR Amado Alvarado Diaz **CARGO** Ayudante

FECHA DE ENTREGA	CABEZA		OJOS		OIDOS		MANOS Y BRAZOS					S. RESPIRATORIO		CUERPO		PIES			FIRMA DEL TRABAJADOR
	CASCO	BARBUQUEJO	GAFAS	CARETA SOLDADURA	INSERCIÓN	COPA	GUANTE CARNAZA	GUANTE VAQUETA	GUANTE NITRILO	GUANTE DE CAUCHO	GUANTES TIPO MOSQUETERO	MASCARILLA MEDIACARA	TAPABOCAS	OVEROL	IMPERMEHABLE	BOTAS DE SEGURIDAD CUERO	BOTAS DE SEGURIDAD CAUCHO CON PUNTERA	OTROS	
20-09-2025			X		X			X											

OBSERVACIONES :

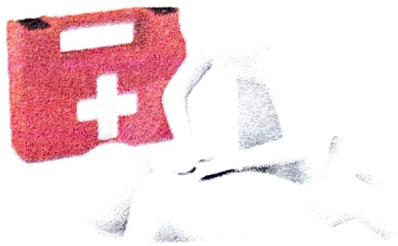
PROFESIONAL SST :

ANEXO 9
CONFORMACION BRIGADA

	FORMATO CONFORMACIÓN DE BRIGADA PRIMEROS AUXILIOS	Código: CSA-ST-FO-15
		Fecha: 10-04-2025
	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Página 1 de 1

BRIGADA DE PRIMEROS AUXILIOS





OBJETIVO

Contar con un grupo de personas capacitadas para afrontar de manera adecuada cualquier emergencia médica, buscando salvaguardar la vida del o los implicados.

GENERALIDADES

La operatividad del Plan MEDEVAC, debe ser conocida por todo el personal, soportado por la brigada de primeros auxilios, quienes tendrán a su cargo la prestación y soporte primario en primeros auxilios al lesionado o paciente.

FUNCIONES

Todo el personal integrante de la brigada de primeros auxilios junto a las demás personas, se reunirán en los sitios preestablecidos Punto de Reunión ubicado así: Punto de encuentro

Los integrantes de la brigada o cuadrilla de primeros auxilios se colocarán a disposición del Coordinador de SST, para recibir órdenes específicas y atender a los lesionados.

PERSONAL DE PRIMEROS AUXILIOS

Todo el personal del grupo, recibirán orientación sobre los principales aspectos en la prestación de los primeros auxilios.

Todo el personal integrante de la brigada de Primeros Auxilios recibirá instrucciones específicas previas para enfrentar de manera adecuada la emergencia médica.

Integrantes de la brigada de Primeros Auxilios

1	Carlos Mendoza	Carlos Mendoza
2		
3		

	FORMATO CONFORMACIÓN DE BRIGADA CONTRA INCENDIOS	CODIGO: CSA-SST-FO-
		FECHA: 10/04/2025
	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión: 1

BRIGADA CONTRA INCENDIOS



OBJETIVO

Establecer procedimientos especificos para afrontar cualquier conato de incendio, buscando salvaguardar la vida de los trabajadores, los bienes de la empresa y proteger el Medio Ambiente.

GENERALIDADES

La operatividad del plan de contingencia para conatos de incendios, debe ser conocida por todo el personal, fundamentada por la cuadrilla contra incendios, quienes tendrán a su cargo la lucha primaria contra incendio. En caso que se presente un conato de incendio se activará la alarma de acuerdo al instructivo.

FUNCIONES

Todo el personal integrante de la brigada de Contra Incendios junto a las demás personas, se reunirán en los sitios preestablecidos Punto de Reunión ubicado así: salida de oficinas

Los integrantes de la brigada o cuadrilla contra incendios realizarán la lucha primaria o avance para combatir el fuego. La brigada controlara la propagación si es posible, sin poner en peligro la vida de ninguna persona. En caso contrario se dará aviso a las autoridades y organismos competentes.

PERSONAL DE CONTRA INCENDIOS

Todo el personal recibirán orientación sobre los principales aspectos en la lucha contra incendio.

Todo el personal integrante de la cuadrilla contra incendio será capacitado previamente para actuar de la manera mas adecuada ante dicho evento.

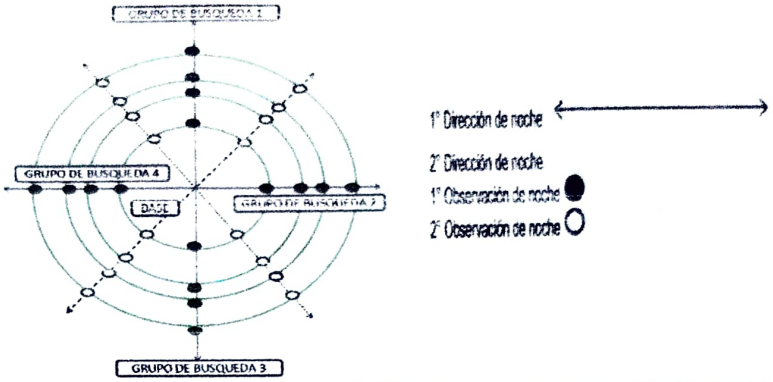
Integrantes de la brigada Contra Incendios

1	Amado miranda	
2		
3		

	FORMATO CONFORMACIÓN BRIGADA DE EVACUACIÓN, BUSQUEDA Y RESCATE	Código: CSA-SST-FO-13
		Fecha: 10/04/2025
	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión: 1

BRIGADA DE BUSQUEDA Y RESCATE





OBJETIVO

Establecer procedimientos específicos para evacuar y rescatar lesionados y/o personal vulnerable ante cualquier emergencia, Tales como: incendio, terremoto, sismo, accidentes de tránsito, explosiones etc., que ponga en peligro la integridad física y mental de las personas, buscando salvaguardar la vida de las mismas.

GENERALIDADES

La operatividad de los planes de contingencia para los diferentes eventos, debe ser conocida por todo el personal, soportada por la cuadrilla de rescate, quienes tendrán a su cargo el soporte primario ante cualquier evento que involucre rescate de personas.

FUNCIONES

Todo el personal integrante de la brigada de Busqueda y Rescate junto a las demás personas, se reunirán en los sitios preestablecidos Punto de Reunión ubicado así: Parqueadero de visitantes

Los integrantes de la brigada se colocaran a disposición del coordinador de Seguridad y Salud en el Trabajo para iniciar la evacuación, rescate y atención primaria de los lesionados.

PERSONAL DE BUSQUEDA Y RESCATE

Todo el personal del grupo, tanto administrativos y operativos recibirán orientación sobre los principales aspectos en la evacuación y rescate de personas.

Todo el personal integrante de la cuadrilla de rescate, recibirá instrucción básica previa sobre sus roles y responsabilidades dentro de la cuadrilla para actuar de forma armónica.

Integrantes de la brigada de Busqueda y Rescate

1	Alex Perales
2	
3	

ALEX PERALES M.S.