INFORME MENSUAL SST No. 3 DE INTERVENTORÍA

CONSORCIO PRO-TEV 24

CONTRATO DE INTERVENTORIA No. CIN-1738-2024

"INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA (CONTABLE), JURÍDICA (LEGAL), AMBIENTAL, SOCIAL, PMT Y SST (SISO) AL CONTRATO DE OBRA PÚBLICA CUYO OBJETO ES: "EJECUTAR A PRECIOS UNITARIOS Y A MONTO AGOTABLE LA ACTUALIZACIÓN Y/O COMPLEMENTACIÓN Y/O AJUSTES A LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS, Y LAS OBRAS DE CONSTRUCCIÓN Y/O CONSERVACIÓN DEL ESPACIO PUBLICO DE LA LOCALIDAD DE CIUDAD BOLIVAR, PRIORIZADOS PARA LA VIGENCIA FISCAL 2024, DE CONFORMIDAD CON LOS PLIEGOS DE CONDICIONES Y DEMÁS DOCUMENTOS DEL PROCESO DE SELECCIÓN."

FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE CIUDAD BOLIVAR

PERIODO DEL 10 DE ABRIL AL 9 DE MAYO DE 2025

COPIA CONTROLADA	SI	NO
ORIGINAL	FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE CIUDAD BOLIVAR	
COPIA	INTERVENTORÍA	

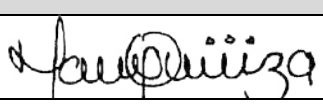
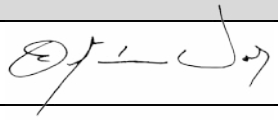
ELABORÓ: *PROFESIONAL SST DE INTERVENTORIA – ELVIA MARCELA GÜIZA SALCEDO*	VERIFICÓ Y APROBÓ: *DIRECTOR DE INTERVENTORÍA – OSCAR EDUARDO TEATINO*
	

TABLA DE CONTENIDO

1 INTRODUCCIÓN 5

2 OBJETIVOS 6

2.1 OBJETIVO GENERAL 6
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 6

3 ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO DE INTERVENTORÍA 7

3.1 GENERALIDADES CONTRATO DE INTERVENTORÍA No. CIN-1738-2024 7
3.2 GENERALIDADES CONTRATO DE OBRA No. 1726-2024 7
3.3 LOCALIZACIÓN 8
3.4 SEGMENTOS PRIORIZADOS A INTERVENIR DEL ESPACIO PUBLICO 11

4 ACTIVIDADES SG-SST EJECUTADAS ETAPA DIAGNOSTICO 14

4.1 PERSONAL DE OBRA 14
4.2 PERSONAL DE INTERVENTORIA 19
4.3 AFILIACIÓN PERSONAL DE OBRA 20
4.4 MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES 20
4.5 COMITÉS 20
4.6 INDUCCIÓN, CAPACITACIONES Y CHARLAS DE SEGURIDAD 21
4.7 ENTREGA DE EPP Y NOTIFICACIÓN DE RIESGOS 24
4.8 MAQUINARIA DE OBRA 24
4.9 INSPECCIONES DE SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO (SST) 25
4.10 ACTIVIDADES SST EN OBRA 28
4.11 ESTADISTICAS DE ACCIDENTALIDAD Y AUSENTISMO 28
4.12 CARACTERIZACIÓN PERSONAL DE OBRA 32
4.13 HORAS HOMBRE TRABAJADAS 33

5 CONCLUSIONES 34

6 ANEXOS 35

6.1 ANEXO 1. LISTADO PERSONAL DE OBRA 35
6.2 ANEXO 2. INDUCCIÓN 35
6.3 ANEXO 3. PLANILLAS SEGURIDAD SOCIAL PERSONAL DE INTERVENTORIA 35
6.4 ANEXO 4. PLANILLAS SEGURIDAD SOCIAL PERSONAL DE OBRA 35
6.5 ANEXO 5. REUNION COPASST 35
6.6 ANEXO 6. REUNION COCOLA 35
6.7 ANEXO 7. BRIGADISTA 35
6.8 ANEXO 8. CAPACITACIONES Y CHARLAS DE SEGURIDAD 35
6.9 ANEXO 9. DOCUMENTOS MAQUINARIA 35
6.10 ANEXO 10. CRONOGRAMA DE INSPECCIONES 35

6.11 ANEXO 11. PREOPERACIONALES 35
6.12 ANEXO 12. INSPECCIÓN ORDEN Y ASEO Y CAMPAMENTOS 35
6.13 ANEXO 13. INSPECCIÓN DE CAMILLA Y BOTIQUIN 35
6.14 ANEXO 14. INSPECCIÓN DE EXTINTORES 35
6.15 ANEXO 15. INSPECCIÓN DE EPP´S 35
6.16 ANEXO 16. PLAN DE TRABAJO SG-SST OBRA 35
6.17 ANEXO 17. REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD 35
6.18 ANEXO 18. MATRIZ DE PELIGRO 35
6.19 ANEXO 19. CERTIFICADO REVISOR FISCAL 35

LISTADO DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. *Localización del sector Ciudad Bolivar – Fuente: Google maps 8*
Ilustración 2. *Localización segmentos para la ejecución del contrato COP-1726-2024 – Fuente: Google Earth. 10*
Ilustración 3. *Charlas de inducción a personal que ingresó en el mes de abril. 22*
Ilustración 4. *Capacitaciones y charlas de seguridad realizadas por el contratista de obra. 23*
Ilustración 5. *Entrega de dotación. 24*
Ilustración 6. *Inspección de botiquín y camilla. 26*
Ilustración 7. *Inspección de extintor. 27*
Ilustración 8. *Relación de trabajadores y frecuencia de accidentalidad. 29*
Ilustración 9. *Relación de trabajadores y número de accidentes. 29*
Ilustración 10. *Relación entre severidad y número de trabajadores. 30*
Ilustración 11. *Distribución personal de obra. 32*

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. *Control Legal de CONTRATO DE INTERVENTORÍA No. CIN-1738-2024 ..... 7*
Tabla 2. *Control Legal de CONTRATO DE INTERVENTORÍA No. CIN-1738-2024 ..... 8*
Tabla 3. *Listado segmentos de espacio público contractuales COP-1726-2024 – Fuente: Anexo Técnico. 10*
Tabla 4. *Frentes priorizados 13*
Tabla 5. *Personal clave de contrato de obra. 16*
Tabla 6. *Personal operativo de obra. 18*
Tabla 7. *Cantidad de personal en obra. 18*
Tabla 8. *Resumen del estado de personal de obra. 19*
Tabla 9. *Personal de interventoría. 19*
Tabla 10. *Maquinaria de obra. 25*
Tabla 11. *Permisos de trabajo. 28*
Tabla 12. *Reporte de accidentalidad y ausentismo de obra. 28*
Tabla 13. *Incidencia de enfermedad laboral del contratista de obra. 31*
Tabla 14. *Ausentismo laboral. 31*
Tabla 15. *Caracterización personal de obra. 32*

1 INTRODUCCIÓN

El documento relacionado y descrito a continuación, contienen la información de revisión y/o verificación y/o validación a cada uno de los procesos y procedimientos, SST realizados entre el 10 de abril y el 9 de mayo de 2025 durante la **ETAPA DE EJECUCIÓN** del Contrato de obra No COP-1726-2024, del proyecto que tiene por objeto **"EJECUTAR A PRECIOS UNITARIOS Y A MONTO AGOTABLE LA ACTUALIZACIÓN Y/O COMPLEMENTACIÓN Y/O AJUSTES A LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS, Y LAS OBRAS DE CONSTRUCCIÓN Y/O CONSERVACIÓN DEL ESPACIO PÚBLICO DE LA LOCALIDAD DE CIUDAD BOLIVAR, PRIORIZADOS PARA LA VIGENCIA FISCAL 2024, DE CONFORMIDAD CON LOS PLIEGOS DE CONDICIONES Y DEMÁS DOCUMENTOS DEL PROCESO DE SELECCIÓN."**

El presente informe ha sido elaborado por el equipo de profesionales del **CONSORCIO PRO-TEV 24**, bajo la dirección del ingeniero **OSCAR EDUARDO TEATINO VARGAS**, en cumplimiento de los lineamientos establecidos en el anexo técnico del contrato de interventoría.

En el marco del CONTRATO No. CIN-1738-2024, mediante el cual el FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE CIUDAD BOLIVAR selecciona a la firma **CONSORCIO PRO-TEV 24**, como interventor para realizar la ***"INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA (CONTABLE), JURÍDICA (LEGAL), AMBIENTAL, SOCIAL, PMT Y SST (SISO) AL CONTRATO DE OBRA PÚBLICA CUYO OBJETO ES: "EJECUTAR A PRECIOS UNITARIOS Y A MONTO AGOTABLE LA ACTUALIZACIÓN Y/O COMPLEMENTACIÓN Y/O AJUSTES A LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS, Y LAS OBRAS DE CONSTRUCCIÓN Y/O CONSERVACIÓN DEL ESPACIO PUBLICO DE LA LOCALIDAD DE CIUDAD BOLIVAR, PRIORIZADOS PARA LA VIGENCIA FISCAL 2024, DE CONFORMIDAD CON LOS PLIEGOS DE CONDICIONES Y DEMÁS DOCUMENTOS DEL PROCESO DE SELECCIÓN"***, para el día 30 de diciembre de 2024 se suscribe y se firma el CONTRATO DE INTERVENTORÍA y el día 10 de febrero de 2025 se suscribe y se firma el ACTA DE INICIO; posterior a este proceso se realizó la expedición de las pólizas que luego se remitieron al **FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE CIUDAD BOLIVAR**, mediante oficio CPT24 – 2501 – 21645 del día 16 de enero de 2025 y cargadas a la plataforma Secop 2 el día 25 de febrero de 2025.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

- Presentar a la Entidad Contratante, **FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE CIUDAD BOLIVAR**, el informe SST correspondiente al período del 10 de abril al 9 de mayo de 2025. Dicho informe tiene como objetivo reportar e identificar los riesgos y/o peligros presentes en el desarrollo del contrato, para finalmente establecer un control. De igual manera hacer la verificación de cumplimiento con la normatividad vigente en el área de riesgos laborales

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar el seguimiento y control SST a la ejecución del contrato de obra No. COP-1726-2024, verificando el cumplimiento de las normativas para la atención y prevención de riesgos laborales, la implementación y divulgación al personal de obra de la misma.

- Realizar un verificación y seguimiento **al SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** facilitada por el contratista de obra, buscando mejorar y mantener la salud y seguridad de los trabajadores.

3 ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO DE INTERVENTORÍA

3.1 GENERALIDADES CONTRATO DE INTERVENTORÍA No. CIN-1738-2024

"INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA (CONTABLE), JURÍDICA (LEGAL), AMBIENTAL, SOCIAL, PMT Y SST (SISO) AL CONTRATO DE OBRA PÚBLICA CUYO OBJETO ES: "EJECUTAR A PRECIOS UNITARIOS Y A MONTO AGOTABLE LA ACTUALIZACIÓN Y/O COMPLEMENTACIÓN Y/O AJUSTES A LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS, Y LAS OBRAS DE CONSTRUCCIÓN Y/O CONSERVACIÓN DEL ESPACIO PUBLICO DE LA LOCALIDAD DE CIUDAD BOLIVAR, PRIORIZADOS PARA LA VIGENCIA FISCAL 2024, DE CONFORMIDAD CON LOS PLIEGOS DE CONDICIONES Y DEMÁS DOCUMENTOS DEL PROCESO DE SELECCIÓN"

GENERALIDADES DEL CONTRATO DE INTERVENTORÍA N° CIN-1738-2024	
CONTRATISTA:	*CONSORCIO PRO-TEV 24*
REPRESENTANTE LEGAL /DIRECTOR DE INTERVENTORÍA	*ING. OSCAR ANDRES PLAZAS ROLDAN*
NIT:	*901.902.809-0*
FECHA FIRMA CONTRATO:	*30 DE DICIEMBRE DE 2024*
VALOR INICIAL INTERVENTORÍA:	*$818.181.818,00 M/CTE.*
PLAZO INICIAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO:	*ONCE (11) MESES*
FECHA DE ACTA DE INICIO:	*10 DE FEBRERO DE 2025*
FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL DEL CONTRATO:	*9 DE ENERO DE 2025*
SUPERVISIÓN DEL CONTRATO ALCALDÍA CIUDAD BOLIVAR:	*DIEGO ARLEY ARENAS MANRIQUE*

Tabla 1. *Control Legal de CONTRATO DE INTERVENTORÍA No. CIN-1738-2024.*

3.2 GENERALIDADES CONTRATO DE OBRA No. 1726-2024

"EJECUTAR A PRECIOS UNITARIOS Y A MONTO AGOTABLE LA ACTUALIZACIÓN Y/O COMPLEMENTACIÓN Y/O AJUSTES A LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS, Y LAS OBRAS DE CONSTRUCCIÓN Y/O CONSERVACIÓN DEL ESPACIO PÚBLICO DE LA LOCALIDAD DE CIUDAD BOLIVAR, PRIORIZADOS PARA LA VIGENCIA FISCAL 2024, DE CONFORMIDAD CON LOS PLIEGOS DE CONDICIONES Y DEMÁS DOCUMENTOS DEL PROCESO DE SELECCIÓN"

GENERALIDADES DEL CONTRATO DE OBRA Nº COP-1726-2024	
CONTRATISTA:	*CONSORCIO MAVINP DEL NORTE*
REPRESENTANTE LEGAL /DIRECTOR DE OBRA	*PAOLO ANDRÉS BIANCHI GANEM*
NIT	*901.902.809-0*
FECHA FIRMA CONTRATO:	*30 DE DICIEMBRE DE 2024*
VALOR INICIAL INTERVENTORÍA:	*$8.181.818.182,00 M/CTE.*
PLAZO INICIAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO:	*DIEZ (10) MESES*
FECHA DE ACTA DE INICIO:	*10 DE FEBRERO DE 2025*
FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL DEL CONTRATO:	*9 DE DICIEMBRE DE 2025*
INTERVENTOR	*CONSORCIO PRO-TEV 24*

Tabla 2. *Control Legal de CONTRATO DE INTERVENTORÍA No. CIN-1738-2024.*

3.3 LOCALIZACIÓN

El presente proyecto se llevará a cabo en la localidad número 19 del Distrito Capital – Ciudad Bolívar. Es un 80% montañosa y el 72% de la localidad es considerada zona rural. Limita al norte con la localidad de bosa, al este con la localidad de Usme, al oeste con Soacha y al sur con la localidad de Usme.

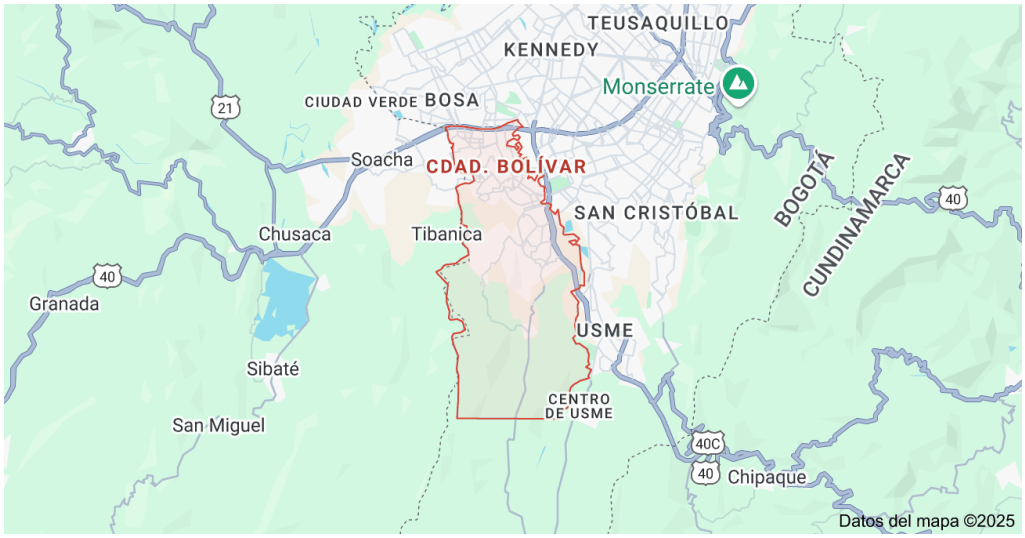


Ilustración 1. *Localización del sector Ciudad Bolivar – Fuente: Google maps*

Inicialmente el contrato suscrito contempla intervenir veinticuatro (24) segmentos de espacio público, en la siguiente tabla se relacionan los segmentos de espacio público contractuales del contrato COP-1726-2024:

No.	CIV	PK_ID ORIENTAL	PK_ID OCCIDENTAL	EJE	DESDE	HASTA	BARRIO
1	19002305	20010214		TV 73 I	DG 73 C SUR	CL 69 F SUR	SIERRA MORENA SECTOR II
2	19002223	20007394		TV 73 I	CL 69 F SUR	CL 69 D SUR	SIERRA MORENA SECTOR II
3	19013470	20009792		CL 68 H SUR	TV 33	TV 32	VILLAS DE BOLIVAR
4	19005419	451102		KR 42	CL 73 SUR	CL 73 B BIS SUR	ARBORIZADORA ALTA
5	19005439	451130		KR 42	CL 73 B BIS SUR	CL 74 A SUR	ARBORIZADORA ALTA
6	19009414	459085	459083	KR 17 F	CL 69 C SUR	CL 69 F SUR	LUCERO BAJO
7	19009455	459146	459148	KR 17 F	CL 69 F SUR	CL 70 SUR	LUCERO BAJO
8	19009503	459146	459148	KR 17 F	CL 70 SUR	CL 70 BIS SUR	LUCERO BAJO
9	19009556	459319	459317	KR 17 F	CL 70 BIS SUR	CL 70 BIS B SUR	LUCERO BAJO
10	19009597	92068153	92068135	KR 17 F	CL 70 BIS B SUR	CL 70 A SUR	LUCERO BAJO
11	19014056	92078009	92078220	KR 17 F	CL 70 A SUR	CL 70 A BIS SUR	LUCERO BAJO
12	19009689	459520	459518	KR 17 F	CL 70 A BIS SUR	CL 70 B SUR	LUCERO BAJO
13	19009840	459748	459782	KR 17 F	CL 70 B SUR	CL 70 C SUR	LUCERO BAJO
14	19000490	92070412		DG 60 SUR	KR 75 F	CL 60 A SUR	LA ESTANCIA
15	19012925	469122		DG 60 SUR	KR 75 D	KR 75 F	LA ESTANCIA
16	19015222	92083003		CL 59 C SUR	TV 49	KR 48	LA CORUÑA
17	19014803	92082829		KR 75 L	CL 62 K SUR	CL 63 A SUR	MIRADOR DE LA ESTANCIA
18	19007318	454561		KR 16 C	CL 60 G SUR	CL 62 BIS SUR	MEISEN

19	19015507	92070204		CL 62 C SUR	KR 62 A	KR 62 B	SANTA ROSA
20	19015508	92070215		CL 62 C SUR	KR 62 B	KR 63	SANTA ROSA
21	19015510	92070199		CL 62 C SUR	KR 63	KR 63 BIS	SANTA ROSA
22	19015512	92070213		CL 62 C SUR	KR 63 BIS	KR 63 A	SANTA ROSA
23	19005830	20013276		CL 78 B SUR	TV 37	TV 36	SUPER LOTE 10
24	19005994	20002527		TV 35	CL 79 SUR	DG 81 SUR	SUPER LOTE 10

Tabla 3. *Listado segmentos de espacio público contractuales COP-1726-2024 – Fuente: Anexo Técnico.*

En la siguiente figura se muestra la ubicación de los segmentos para la ejecución del contrato COP-1726-2024:



Ilustración 2. *Localización segmentos para la ejecución del contrato COP-1726-2024 – Fuente: Google Earth.*

Según las obligaciones contractuales del contrato de obra No. COP-1726-2024, se realizó el recorrido y visita en cada uno de los segmentos de espacio público en conjunto con el Apoyo a la Supervisión y el contratista de obra.

3.4 SEGMENTOS PRIORIZADOS A INTERVENIR DEL ESPACIO PUBLICO

En el desarrollo del Contrato de obra 1726-2024 se tenían previstos 24 segmentos de espacio (CIV) para la intervención, sin embargo, se dejó la aclaración de que podría tener variaciones tanto de inclusión como de exclusión, por eso, durante el desarrollo de la etapa de previa o preliminar, mediante recorridos en conjunto con el contratista de obra y el apoyo a la supervisión en los diferentes frentes de obra, se han presentado exclusiones e inclusiones de segmentos de espacio público de acuerdo con priorización del FDLCB y necesidades de la comunidad. Conforme al comunicado emitido por la supervisión del contrato el día 14 de marzo de 2025 con asunto "Aprobación de segmentos viales para contrato de obra pública 1726 del 2024". Posteriormente, durante el comité No. 5 llevado a cabo el 22 de abril entre el Contratista, Interventoría y la Supervisión del FDLCB, se establecieron nuevamente exclusiones e inclusiones de CIV y PK que estarán priorizados durante la ejecución del contrato. Lo anterior se relaciona en la siguiente tabla:

N°	CIV	EJE	DESDE	HASTA	BARRIO	PK_ID ANDEN ORIENTAL	PK_ID ANDEN OCCIDENTAL
1	19002305	TV 73 I	DG 73C SUR	CL 69 F SUR	SIERRA MORENA SECTOR II	20010214	
2	19002223	TV 73 I	CL 69 F SUR	CL 69 D SUR	SIERRA MORENA SECTOR II	20007394	
3	19013470	CL 68 H SUR	TV 33	TV 32	VILLAS DE BOLIVAR	20009792	
4	19009414	CR 17 F	CLL69 C SUR	CLL 69 D SUR	LUCERO BAJO	459085	459083
5	19009455	CR 17 F	CLL 69 D SUR	CLL 69 F SUR	LUCERO BAJO	459146	459148
6	19009503	CR 17 F	CLL 69 F SUR	CLL 70 SUR	LUCERO BAJO	459241	459239
7	19009556	CR 17 F	CLL 70 SUR	CLL 70 BIS SUR	LUCERO BAJO	459319	459317
8	19009597	CR 17 F	CLL 70 BIS SUR	CLL 70 B BIS SUR	LUCERO BAJO	92068153	
9	19000490	DG 60 SUR	CR 75F	CLL 60 A	LA ESTANCIA	92070412	

10	19012925	DG 60 SUR	CR 75 D	CR 75F	LA ESTANCIA	469122	92070413
11	19000558	DG 60 SUR	KR 75 C	KR 75 C	LA ESTANCIA	441384	
12	19015222	CLL 59 C SUR	TV 49	CR 48	LA CORUÑA	92083003	
13	19014803	CR 75 L	CL 62 K SUR	CL 63 A SUR	MIRADOR DE LA ESTANCIA	92082829	92082830
14	19015506	CL 62 C SUR	KR 62	KR 62 A	SANTA ROSA	92071288	
15	19015507	CL 62 C SUR	CR 62 A	CR 62 B	SANTA ROSA	92070204	
16	19015508	CL 62 C SUR	CR 62 B	CR 63	SANTA ROSA	92070215	
17	19015510	CL 62 C SUR	CR 63	CR 63 B	SANTA ROSA	92070199	
18	19015512	CL 62 C SUR	CR 63 B	CR 63 A	SANTA ROSA	92070213	
19	19005830	CL 78 B SUR	TV 37	TV 36	SUPER LOTE 10	20013276	
20	19005994	TV 36	CLL 79 SUR	DG 81SUR	SUPER LOTE 10	20002527	
21	19014903	KR 73 D	CL 64 A SUR	CL 65 SUR	PERDOMO ALTO		
22	19000369	KR 66	CL 60 A SUR	CL 60 SUR	MADELENA	20008745	
23	19000313	KR 66	CL 59 A SUR	CL 60 SUR	MADELENA	20002484	
24	19000255	KR 66	CL 59 SUR	CL 59 A SUR	MADELENA	20010345	

25	19005552	KR 39	CL 78 SUR	SE	POTOSÍ	451283	
26	19005324	CL 79 SUR	KR 43	KR 44	POTOSÍ	450949	450951
27	19013586	KR 77 B	CL 61 C	KR 77 B	TRES REYES	92078395	92078394
28	19001065	TV 77 BIS A	KR 77 B	CL 61 SUR	TRES REYES	92070470	
29	19007269	KR 18 Y	CL 68 C	CL 68 D	MARANDÚ	454464	
30	19011773	CL 76 B BIS	KR 16 H	KR 16 I	ACAPULCO	463349	463347
31	19016241	KR 18	DG 74 B SUR	DG 75 SUR	TEQUENDAMA		
32	19014365	CL 74 A SUR	KR 18 V	KR 18 U	NACIONES UNIDAS	91024891	
33	19002148	KR 51	CL 68 SUR	CL 68 F SUR	VERONA	SENDERO U DISTRITAL	

Tabla 4. *Frentes priorizados.*

Hasta la fecha del presente informe los CIV relacionados en la tabla anterior son los que se encuentran priorizados.

4 ACTIVIDADES SG-SST EJECUTADAS ETAPA DIAGNOSTICO

Durante el mes de abril de 2025, el contratista de obra llevó a cabo el proceso de afiliación del Consorcio ante la Caja de Compensación, la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) y las Entidades Promotoras de Salud (EPS), conforme a los requisitos establecidos por la normativa vigente. Asimismo, se tiene la relación comercial con la IPS ANMEDIPRE LTDA, entidad encargada de proporcionar los servicios de exámenes médicos ocupacionales, garantizando el cumplimiento de los protocolos de salud laboral establecidos realizando capacitaciones e inducciones.

4.1 PERSONAL DE OBRA

Por medio del cual el **CONSORCIO MAVINP DEL NORTE, CONTRATO 1726-2024** relaciona el personal y cargo de obra, los cuales fueron contratados a la fecha del presente informe. Para lo anterior ver **Anexo 1.**

No.	NOMBRE	CEDULA	CARGO	PERSONAL MINIMO REQUERIDO	PROVEEDOR
1	LUIS FERNANDO ALARCÓN	79053874	DIRECTOR DE OBRA	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
2	WILSON DÍAZ	80.435.879	RESIDENTE DE OBRA	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
3	JORGE ELIECER IBARRA	10766686	ESPECIALISTA EN REDES HIDROSANITARIAS	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
4	JORGE ELIECER IBARRA	10766686	ESPECIALISTA EN REDES SECAS	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
5	HECTOR RAFAEL OJEDA	11000758	ESPECIALISTA EN PRESUPUESTO Y PROGRAMACIÓN	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
6	ATENOGENES VELEÑO	77030600	ESPECIALISTA EN ESTRUCTURAS	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
7	RICARDO TRONCOSO	80026555	ESPECIALISTA EN SUELO Y/O GEOTECNIA	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE

No.	NOMBRE	CEDULA	CARGO	PERSONAL MINIMO REQUERIDO	PROVEEDOR
8	RICARDO TRONCOSO	80026555	ESPECIALISTA EN PAVIMENTOS	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
9	ANGELA BARRERA	1118539173	ESPECIALISTA EN URBANISMO Y ESPACIO PÚBLICO	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
10	DANIELA CALDERON HERNANDEZ	1000990374	INSPECTORES	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
11			INSPECTORES	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
12	ERIKA JHOANA JIMENEZ	1012429648	TOPOGRAFOS	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
13	JONATHAN STEVE MEZA	1026581439	CADENERO 1 NO.1	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
14	OMAR ANDRÉS GARCÍA LIZCANO	1016714517	CADENERO 1 NO.2	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
15	LUIS LEONARDO ALARCON	1000380746	AUXILIAR ADMINISTRATIVO ALMACENISTA	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
16	JOHN EDINSON LÓPEZ ORJUELA	1.023.872.502	CONDUCTOR	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
17	No es necesaria para iniciar la ejecución del contrato		SECRETARIA 2 AUXILIAR ADMINISTRATIVO	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
18	FABIO MERCK RÁMIREZ POVEDA	79.691.429	PROFESIONAL AMBIENTAL	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
19	FABIO MERCK RÁMIREZ POVEDA	79.691.429	PROFESIONAL SST	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE

No.	NOMBRE	CEDULA	CARGO	PERSONAL MINIMO REQUERIDO	PROVEEDOR
20	No es necesaria para iniciar la ejecución del contrato		PERSONAL DE OBRA – AYUDANTE	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
21	VANESSA ANDREA VELASCO TORRES	1033728287	RESIDENTE SOCIAL	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
22	VANESSA ANDREA VELASCO TORRES	1033728287	ASISTENTE SOCIAL	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
23	ANNIE KATHERINE BULLA CARDENAS	1022999139	AYUDANTE	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
24	No es necesaria para iniciar la ejecución del contrato		ASISTENTE SOCIAL ACTAS DE VECINDAD	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
25	CARLOS ANDRÉS MUÑOZ	1049622088	ESPECIALISTA EN TRANSITO Y TRANSPORTE	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
26	ANA MILENA PULIDO	1049626439	RESIDENTE DE TRÁNSITO	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
27	MESA FLOREZ ALVARO JAVIER	80244662	CADENERO 2 NO.1	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE

Tabla 5. *Personal clave de contrato de obra.*

No.	NOMBRE	CEDULA	CARGO	PERSONAL MINIMO REQUERIDO	PROVEEDOR
1	ISMAEL URREGO URREGO	255850	BOAL	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
2	LUIS ENRIQUE POVEDA RAMIREZ	80248393	BOAL	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE

No.	NOMBRE	CEDULA	CARGO	PERSONAL MINIMO REQUERIDO	PROVEEDOR
3	DIEGO ARMANDO BENITEZ RAMIREZ	1007296627	BOAL	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
4	NELSON ANDRES GODOY MURILLO	1007719116	BOAL	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
5	DELIO CARDENAS GUAYARA	5864083	BOAL	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
6	MAICOL STIVEN VILLARRAGA DIAZ	1023367437	BOAL	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
7	LEIDER RAFAEL PEREZ ALVAREZ	1192801845	ALMACENISTA	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE

No.	NOMBRE	CEDULA	CARGO	PERSONAL MINIMO REQUERIDO	PROVEEDOR
1	OSCAR MORENO	80769846	AYUDANTE	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
2	JAIME PRADO	334409	AYUDANTE	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
3	OSCAR FELIPE DE ARCO	7938156	AYUDANTE	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
4	NEVER MANUEL VILLAS	78740540	OFICIAL	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
5	RAFAEL PEÑALOZA	105182252	OFICIAL	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE

No.	NOMBRE	CEDULA	CARGO	PERSONAL MINIMO REQUERIDO	PROVEEDOR
6	WILINTON GARCIA GARCIA	80245875	OFICIAL	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
7	JESUS DAVID BERTEL DOMINGEZ	1102825699	AYUDANTE	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
8	ANGEL YAMILSON PEREA MOSQUERA	176383669	AYUDANTE	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
9	RICARDO ANTONIO HERRERA ARIAS	1128187283	AYUDANTE	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
10	FRANSISCO JAVIER VALENCIA VERA	96331241	AYUDANTE	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
11	ANDRES FELIPE RODRIGUEZ GIRALDO	80024192	AYUDANTE	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE

Tabla 6. *Personal operativo de obra.*

4.1.1 Resumen del Estado de Personal de Obra

El contratista manifiesta que la cantidad de personal vinculado para el contrato de obra fueron 37 para el periodo del presente informe.

RESUMEN LISTA DE PERSONAL OBRA	
Estado	**Total**
Trabajaron en el periodo	**37**

Tabla 7. *Cantidad de personal en obra.*

RESUMEN DEL PERSONAL OBRA	
Estado	**Total**
Ingreso	**19**
Retiro	**1**
Flotantes	**0**
Traslado	**0**

Tabla 8. *Resumen del estado de personal de obra.*

4.1.2 Ingresos de Personal

Para el mes de abril de 2025, se presentaron 19 ingresos con los respectivos soportes correspondientes a los ingresos de cada colaborador pueden ser validados y consultados en el **Anexo 2. Inducción**.

4.2 PERSONAL DE INTERVENTORIA

Dando cavidad a los términos del **CONTRATO DE INTERVENTORÍA No.1738-2024**, se presenta el listado de personal de interventoría, al igual que las planillas de afiliación de los mismos en el **Anexo 3.**

NOMBRE	CARGO
Oscar Eduardo Teatino Vargas	Director de interventoría
Oscar Andrés Plazas Roldan	Residente de interventoría
Hugo Fernando Marroquín Escobar	Esp. geotecnia y pavimentos
Hugo Fernando Marroquín Escobar	Esp. urbanismo y espacio publico
Álvaro Hernando Sua Carreño	Esp. redes hidrosanitarias y redes secas
Jonathan José Cale Monrroy	Profesional en estructuras
Juan José Cañas Rincón	Profesional jurídico
Laura Alejandra León Vargas	Residente ambiental
Victoria Fernanda Suarez Pava	Residente social
Elvia Marcela Güiza Salcedo	Residente SST
Manuel Ignacio Beltrán Siachoque	Topógrafo
Evelyn Fernando Peñaranda Meneses	Inspector de interventoría
Vicente Pedraza Suescun	Conductor

Tabla 9. *Personal de interventoría.*

4.3 AFILIACIÓN PERSONAL DE OBRA

Dando cumplimento a la ley 100 de 1993, en el cual especifica que todo colaborador debe tener vigente los aportes al Sistema General de Seguridad Social, a todo el personal que ingresa a realizar actividades al proyecto, el contratista MAVINP DEL NORTE realiza las respectivas afiliaciones a ARL, EPS, caja de compensación familiar y certificado de AFP, junto con los exámenes médicos de ingreso. Todos los soportes de las correspondientes afiliaciones mencionadas anteriormente se encuentran en el **Anexo 4.**

4.4 MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES

Las acciones relacionadas con la Medicina Preventiva y del Trabajo tienen como finalidad principal la promoción, prevención y control de la salud del trabajador, protegiéndolo de los factores de riesgos laborales, teniendo en cuenta estos resultados se pueden proyectar ajustes al cronograma anual de actividades SST del contratista, incluyendo actividades relacionadas con higiene postural, pausas activas, estilos y hábitos de vida saludable, optometría, medias de compresión y uso adecuado de elementos de protección personal (EPPS).

El contratista garantiza que todos los trabajadores de obra, realizaron sus debidos exámenes médicos a la fecha del presente informe y de igual manera verifico sus condiciones de salud en relación con sus actividades a realizar durante la ejecución del contrato. De lo cual también si algún trabajador decide terminar o por acuerdo mutuo con el contratista terminan el contrato, este cuenta con cinco (5) días hábiles después de la terminación del contrato para realizar exámenes médicos y verificar sus condiciones de salud a la terminación del contrato.

Al recibir los exámenes médicos, el contratista garantiza la divulgación de la recomendaciones o restricciones que haya dado el medico ocupacional para la actividad a ejecutar, los trabajadores firman el formato y se comprometen a cumplir, con el ánimo de mejorar o conservar las condiciones de salud con las que ingresan.

Los exámenes médicos para el personal ingresado durante este mes se presentan en el **Anexo 2.**

4.5 COMITÉS

- **COPASST**

Durante el periodo correspondiente, el contratista de obra llevó a cabo la convocatoria para las elecciones del Comité Paritario de Salud y Seguridad en el Trabajo (COPASST), con la participación de las personas que actualmente se encuentran trabajando en la obra. Este proceso tuvo como objetivo elegir a los representantes que formarán parte de dicho comité, con el fin de garantizar un entorno laboral seguro y saludable, promoviendo la prevención de riesgos y el cumplimiento de las normativas laborales vigentes. Se culminó en su totalidad la conformación del COPASST. Ver **Anexo 5.**

- **CONVIVENCIA LABORAL**

Durante el periodo correspondiente, el contratista de obra conformó en su totalidad el Comité de Convivencia Laboral realizando las elecciones de los representantes faltantes, ya que se cuenta con el personal necesario para proceder con la **convocatoria formal** y las **votaciones correspondientes**. Ver **Anexo 6.**

- **BRIGADA DE EMERGENCIAS**

En el periodo correspondiente al presente informe, el contratista de obra llevó a cabo la conformación de la Brigada de Emergencia, en cumplimiento con los lineamientos del plan de gestión del riesgo y seguridad ocupacional. Ver **Anexo 7.**

4.6 INDUCCIÓN, CAPACITACIONES Y CHARLAS DE SEGURIDAD

- **INDUCCION**

El contratista Consorcio MAVINP DEL NORTE efectúo la inducción a los colaboradores que ingresaron durante el periodo comprendido el mes de abril de 2025, en los temas relacionados a continuación:

- Las Generalidades de la empresa
- Política y objetivos SST.
- Política y objetivos del CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
- Accidentes de trabajo y como reportarlos; enfermedad profesional.
- Identificación y notificación de peligros en el puesto de trabajo.
- Uso de elementos de protección personal.
- Programas basados en seguridad (Plan de emergencias y brigadas de emergencia, programa de inspecciones, medicina preventiva y del trabajo.
- COPASST (Canales de comunicación, funciones y responsabilidades)
- Reglamento de higiene seguridad industrial
- Notificación de riesgos
- Comunicación sobre funciones y responsabilidades con el SGSST
- Derechos y deberes SST.

- Autocuidado individual y colectivo.
- Evaluación de la inducción









Ilustración 3. *Charlas de inducción a personal que ingresó en el mes de abril.*

- **CAPACITACIONES Y CHARLAS DE SEGURIDAD**

Durante el periodo correspondiente, el CONSROCIO MAVINP DEL llevó a cabo las charlas los riesgos se pueden generar en obras de importancia de utilizar los elementos de protección. Ver **Anexo 8**.



Ilustración 4. *Capacitaciones y charlas de seguridad realizadas por el contratista de obra.*

4.7 ENTREGA DE EPP Y NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

El contratista durante este periodo realizó la entrega de los elementos de protección personal a el personal que ingreso con la respectiva dotación. Ver **Anexo 2.**



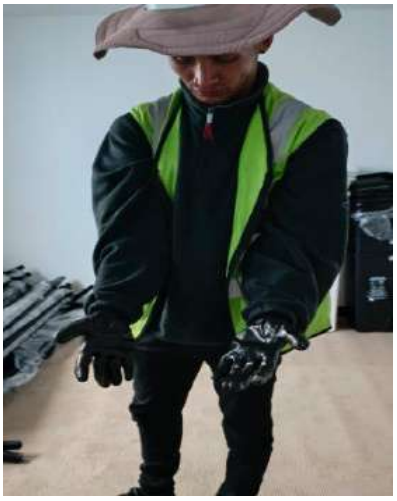






Ilustración 5. *Entrega de dotación.*

4.8 MAQUINARIA DE OBRA

La certificación y documentación relacionada por el contratista de la maquinaria presente en obra se puede ver en el **Anexo 9.**

MAQUINARIA	MARCA	SERIAL/PLACA	AÑOS DE USO
MINICARGADOR	BOBCAT	S185	10
MINICARGADOR	BOBCAT	S185	14
VOLQUETA	INTERNACIONAL	SOS615	11
VOLQUETA	INTERNACIONAL	SZQ301	13
VOLQUETA	INTERNACIONAL	STS 852	10
VIBRO COMPACTADOR	INGERSOLL RAND/VOLVO	HCM196574	18
VIBRO COMPACTADOR	BOMAG	861890121131	11
RETROEXCAVADORA	HITACHI	ZX4902X	20
RETROEXCAVADORA	HITACHI	66SSO7EJNN0001420	2

Tabla 10. *Maquinaria de obra.*

4.9 INSPECCIONES DE SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO (SST)

En este periodo el contratista realizó las inspecciones de acuerdo con el cronograma de inspecciones asignado. Ver **Anexo 10.**

- **INSPECCIÓN MAQUINARIA**

El contratista ha validado y aprobado la documentación técnica de la maquinaria, habiéndose ejecutado la inspección técnica correspondiente durante el transcurso del mes de abril. **Anexo 11. Preoperacionales**.

- **INSPECCIÓN DE HERRAMIENTAS, ORDEN Y ASEO**

Durante el mes de abril el CONSORCIO MAVINP DEL NORTE ejecutó la inspección programada conforme al cronograma establecido en el Sistema de Gestión, en cumplimiento de los lineamientos definidos para el control y seguimiento de las herramientas a utilizar. Ver **Anexo 12.**

- **INSPECCION DE BOTIQUÍN Y CAMILLA**

En el periodo correspondiente al mes de abril de 2025, se realizó por parte del contratista la inspección de la camilla y el botiquín del Punto CREA, conforme al cronograma establecido en el sistema de gestión. Ver **anexo 13.**









Ilustración 6. *Inspección de botiquín y camilla.*

- **INSPECCIÓN DE EXTINTORES**

Se realizó por parte del contratista la inspección del extintor correspondiente al periodo del mes de abril de 2025, ubicado en el Punto CREA en el frente MADELENA. Ver **Anexo 14.**



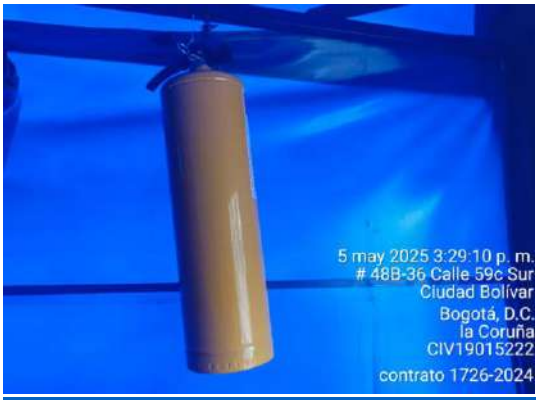






Ilustración 7. *Inspección de extintor.*

- **INSPECCIÓN DE EPP´S**

Durante el mes de abril el contratista de obra llevó a cabo la inspección de los Equipos de Protección Personal (EPP) asignados a cada trabajador, con el objetivo de verificar su estado operativo y determinar la necesidad de reposición conforme a los criterios establecidos por el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. Ver **Anexo 15.**

- **ATS Y PERMISOS DE TRABAJO**

Dicha inspección no aplica para el periodo de este informe.

PERMISO DE TRABAJO (SEMANALES)	CANTIDAD
ATS	0
Permiso de trabajo en excavación	0
Permiso de trabajo en alturas	0
Permiso de izaje de cargas	0

Tabla 11. *Permisos de trabajo.*

4.10 ACTIVIDADES SST EN OBRA

Por parte del CONSORCIO MAVINP DEL NORTE se realizaron las siguientes actividades durante el presente periodo:

- Para las personas que ingresaron al consorcio se realizaron la programación de exámenes médicos, jornadas de inducción y firma de documentación de inicio (formatos de aceptación de políticas)

- Se realiza la verificación y revisión de la documentación técnica correspondiente a la maquinaria, asegurando que cumpla con las normativas y requisitos

- Se procede con la entrega de los elementos de protección personal al personal contractual, acompañada de una charla sobre el cuidado de las manos.

4.11 ESTADISTICAS DE ACCIDENTALIDAD Y AUSENTISMO

Durante el periodo del presente informe, el contratista no presenta accidentes ni incidentes laborales, de igual manera tampoco se reportaron enfermedades laborales o comunes por parte de ninguno de los trabajadores de obra.

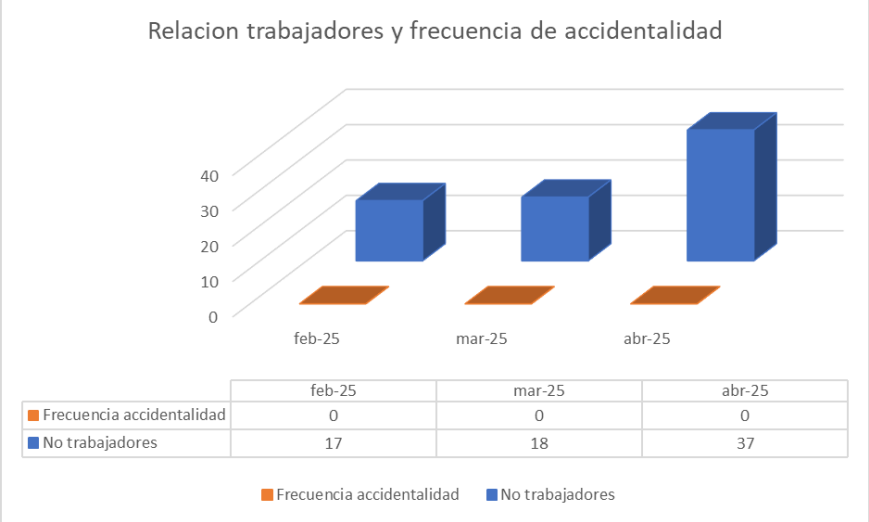
	SEGUIMIENTO DE AUSENTISMO Y ACCIDENTALIDAD					FECHA	abr-25
						VERSIÓN No.	1
Mes	**Dias trabajados en el periodo**	**No trabajadores**	**No Accidentes e incidentes**	**No Dias de Incapacidad por Accidente**	**No de dias cargados AT**	**Frecuencia accidentalidad**	**Severidad accidentabilidad**
feb-25	20	17	0	0	0	0	0
mar-25	31	18	0	0	0	0	0
abr-25	30	37	0	0	0	0	0
TOTAL	81	72	0	0	0	0	0

Tabla 12. *Reporte de accidentalidad y ausentismo de obra.*

4.11.1 Estadísticas de Accidentalidad y Ausentismo

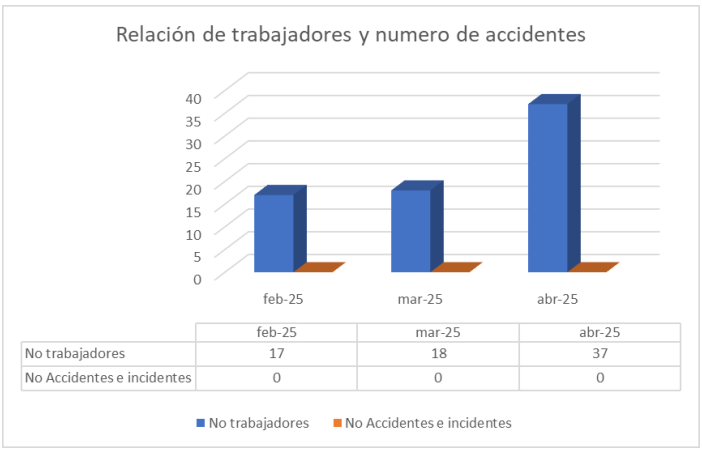
4.11.1.1 Frecuencia

Frecuencia es la relación entre el número de casos (accidentes, enfermedades, primeros auxilios o incidentes relacionados con el trabajo), ocurridos durante un período (según resolución 0312 del 2019).



	feb-25	mar-25	abr-25
Frecuencia accidentalidad	0	0	0
No trabajadores	17	18	37

Ilustración 8. *Relación de trabajadores y frecuencia de accidentalidad.*



	feb-25	mar-25	abr-25
No trabajadores	17	18	37
No Accidentes e incidentes	0	0	0

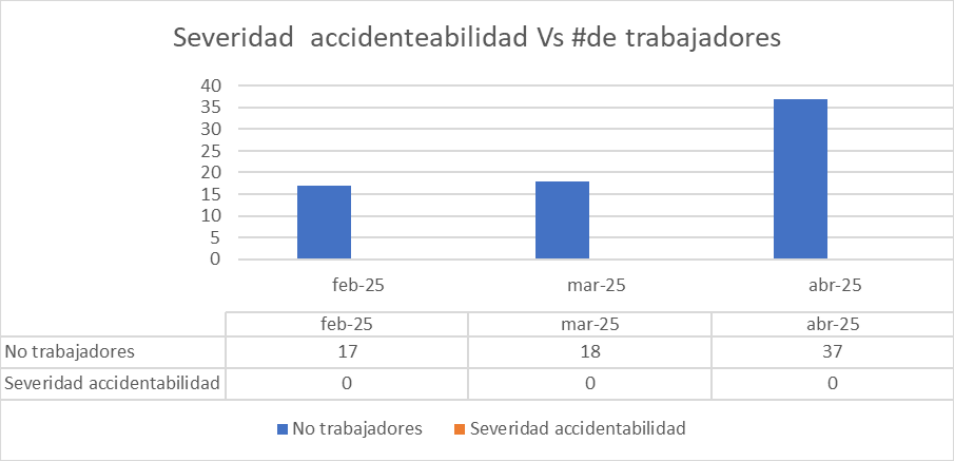
Ilustración 9. *Relación de trabajadores y número de accidentes.*

Para el CONSORCIO MAVINP DEL NORTE en abril, por cada 100 colaboradores que laboraron en el periodo se cero (0) accidentes de trabajo.

4.11.1.2 Severidad

Severidad es la relación entre el número de días de incapacidad por accidente de trabajo más número de días cargados por lesiones durante un período por el número de trabajadores en el periodo.

Para el CONSORCIO MAVINP EL NORTE, por cada cien (100) trabajadores que laboraron en el mes, se perdieron 0 días por accidente de trabajo.



	feb-25	mar-25	abr-25
No trabajadores	17	18	37
Severidad accidentabilidad	0	0	0

Ilustración 10. *Relación entre severidad y número de trabajadores.*

4.11.1.3 Prevalencia de enfermedad laboral

La prevalencia de enfermedad laboral refleja los eventos nuevos y antiguos de enfermedad que se presenten en los trabajadores. Por cada 100.000 trabajadores existen 0 casos de enfermedad laboral durante el periodo de abril de 2025.

4.11.1.4 Incidencia de enfermedad laboral

Refleja la presentación de casos nuevos de enfermedad laboral en una población determinada en un periodo de tiempo. Por cada 100.000 trabajadores existen 0 casos nuevos de enfermedad laboral durante el periodo de abril de 2025.

	INCIDENCIA DE LA ENFERMEDAD LABORAL		FECHA	abr-25
			VERSIÓN No.	1
Mes	**No trabajadores**	**Casos enfermedad laboral antiguos**	**Casos enfermedad laboral nuevos**	**Incidencia enfermedad laboral**
feb-25	17	0	0	0
mar-25	18	0	0	0
abr-25	37	0	0	0
TOTAL	72	0	0	0

Tabla 13. *Incidencia de enfermedad laboral del contratista de obra.*

4.11.2 Ausentismo Laboral o de Origen Común

Durante el mes de abril no se registró por parte del contratista ausentismo por enfermedad común, permisos, licencias, sanción, entre otros así:

	AUSENTISMO ORIGEN COMUN			FECHA	abr-25
				VERSIÓN No.	1
Mes	**No trabajadores**	**Numero de incapacidades**	**Dias cargados por incapacidad origen comun en el mes**	**Numero de dias programados en el mes**	**Numero de dias de trabajo totales**
feb-25	17	0	0	20	20
mar-25	18	0	0	31	31
abr-25	37	0	0	30	30
TOTAL	72	0	0	81	81

	AUSENTISMO PERMISOS			FECHA	abr-25	
				VERSIÓN No.	1	
Mes	**No trabajadores**	**Numero de permisos**	**Dias no trabajados por permisos oen el mes. 1 persona**	**Numero de dias programados en el mes**	**Numero de dias de trabajo programados**	**Numero de dias de trabajo trabajados**
feb-25	17	0	0	20	20	20
mar-25	18	0	0	31	31	31
abr-25	37	2	1	30	30	29
TOTAL	72	2	1	81	81	80

Tabla 14. *Ausentismo laboral.*

Para el periodo se presentaron cero (0) días de ausentismo por enfermedad general y se dieron 1 días de permisos en el mes.

4.12 CARACTERIZACIÓN PERSONAL DE OBRA

El contratista durante el periodo del presente informe, distribuye y muestra la cantidad de personas por sexo, edad y personal de la localidad de Ciudad Bolívar, mostrando cumplimiento a la normativa vigente.

Mes	abr-25	
	Numèrico	Porcentaje
No total de trabajadores	37	100,00%
Número de mujeres	6	16,22%
Mujeres condición vulnerabilidad	0	0,00%
Mujeres contratadas en la plataforma de información de la Agencia Pública de Empleo del Distrito "Bogotá Trabaja"	0	0,00%
Personas con discapacidad	0	0,00%
Jóvenes menores de 24 años	2	5,41%
Personal de mano de obra no calificada	25	67,57%
Personal de mano de obra no calificada de la Localidad de ciudad bolivar	7	18,92%
Personal de mano de obra de la Localidad de ciudad bolivar	0	0,00%
Total personal de la localidad de ciudad boivar	7	18,92%

Tabla 15. *Caracterización personal de obra.*

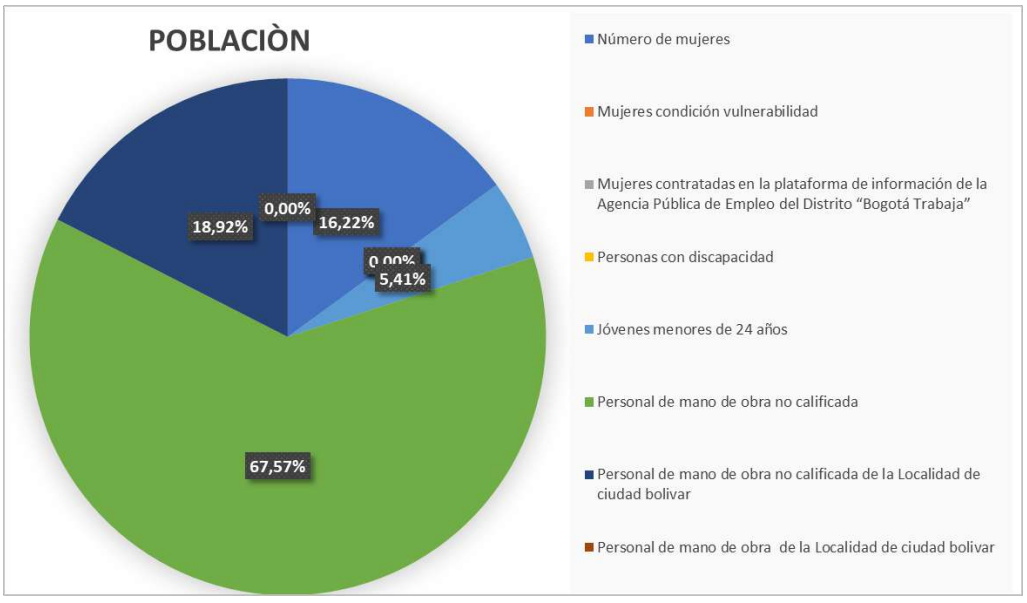


Ilustración 11. *Distribución personal de obra.*

4.13 HORAS HOMBRE TRABAJADAS

El contratista evidencia que la cantidad de horas trabajadas por el personal de obra durante el periodo del mes de abril es de 8880 horas.

HHT = (XT x HTD x DTM) + NHE − NHA

- Donde

XT= Numero promedio de servidores

HTD= Número de horas hombre trabajadas al día

DTM= Días trabajados en el mes

NHE= Número total de horas extras y otro tiempo suplementario laborado durante el mes

NHA= Número total de horas de ausentismo durante el mes.

- Resultando

HHT= (30*8*37) + Numero horas extras (0) - Horas ausentismo (0 días incapacidades*0) = **8880 horas promedio.**

Horas hombre trabajado en el mes de abril: 8880.

5 CONCLUSIONES

- ✓ Durante el periodo del presente informe, el contratista realizó el seguimiento y aplicación de los lineamientos del Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), dando cumplimiento a la normatividad legal vigente.

- ✓ Se verifico que el contratista realizo las respectivas inducciones y capacitaciones desde el área de SST a todo el personal de obra, así como, la conformación del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST) y del Comité de Convivencia Laboral (COCOLA), de acuerdo con lo establecido en el plan.

- ✓ En este periodo se llevó a cabo por parte del contratista de obra la segunda reunión del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST) y del Comité de Convivencia Laboral. Asimismo, se realizó la elección de los brigadistas de emergencia.

- ✓ Se realizó el seguimiento y control SST a la ejecución del **CONTRATO DE OBRA No. COP-1726-2024**, verificando el cumplimiento de las normativas para la atención y prevención de riesgos laborales.

- ✓ Se realizó el seguimiento al **sistema de gestión de salud y seguridad en el trabajo SG-SST,** donde se evidencio el personal de obra contratado, sus respectivos exámenes de ingreso, planillas de afiliación al sistema de salud y seguridad en el trabajo y entrega de EPP´S.

6 ANEXOS

6.1 ANEXO 1. LISTADO PERSONAL DE OBRA

6.2 ANEXO 2. INDUCCIÓN

6.3 ANEXO 3. PLANILLAS SEGURIDAD SOCIAL PERSONAL DE INTERVENTORIA

6.4 ANEXO 4. PLANILLAS SEGURIDAD SOCIAL PERSONAL DE OBRA

6.5 ANEXO 5. REUNION COPASST

6.6 ANEXO 6. REUNION COCOLA

6.7 ANEXO 7. BRIGADISTA

6.8 ANEXO 8. CAPACITACIONES Y CHARLAS DE SEGURIDAD

6.9 ANEXO 9. DOCUMENTOS MAQUINARIA

6.10 ANEXO 10. CRONOGRAMA DE INSPECCIONES

6.11 ANEXO 11. PREOPERACIONALES

6.12 ANEXO 12. INSPECCIÓN ORDEN Y ASEO Y CAMPAMENTOS

6.13 ANEXO 13. INSPECCIÓN DE CAMILLA Y BOTIQUIN

6.14 ANEXO 14. INSPECCIÓN DE EXTINTORES

6.15 ANEXO 15. INSPECCIÓN DE EPP´S

6.16 ANEXO 16. PLAN DE TRABAJO SG-SST OBRA

6.17 ANEXO 17. REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD

6.18 ANEXO 18. MATRIZ DE PELIGRO

6.19 ANEXO 19. CERTIFICADO REVISOR FISCAL

ANEXO 1

LISTADO PERSONAL DE OBRA

No.	NOMBRE	CEDULA	CARGO	PERSONAL MINIMO REQUERIDO	MUJER	MUJER EN CONDICION DE VULNERABILIDAD	MUJERES CONTRATADAS EN LA PLATAFORMA BOGOTA TRABAJA	PERSONA CON DISCAPACIDAD	MENOR 24 AÑOS	MONC	MONC DE LA LOCALIDAD DE CIUDAD BOLIVAR	MOC DE LA LOCALIDAD DE CIUDAD BOLIVAR	PROVEEDOR	Fecha de Ingreso	Fecha de retiro
1	LUIS FERNANDO ALARCÓN	79053874	DIRECTOR DE OBRA	SI	0	0	0	0	0	0	0	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	28/01/2025	N/A
2	WILSON DÍAZ AGUDELO	80435879	RESIDENTE DE OBRA	SI	0	0	0	0	0	0	0	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	10/02/2025	N/A
3	JORGE ELIECER IBARRA	10766686	ESPECIALISTA EN REDES HIDROSANITARIAS	SI	0	0	0	0	0	0	0	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	10/02/2025	N/A
4	JORGE ELIECER IBARRA	10766686	ESPECIALISTA EN REDES SECAS	SI	0	0	0	0	0	0	0	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	10/02/2025	N/A
5	HECTOR RAFAEL OJEDA	11000758	ESPECIALISTA EN ESTRUCTURAS	SI	0	0	0	0	0	0	0	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	10/02/2025	N/A
6	ATENOGENES VELEÑO	77.030.600	ESPECIALISTA EN SUELO Y/O GEOTECNIA	SI	0	0	0	0	0	0	0	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	10/02/2025	N/A
7	RICARDO TRONCOSO	80026555	ESPECIALISTA EN SUELOS Y/O GEOTECNIA	SI	0	0	0	0	0	0	0	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	10/02/2025	N/A
8	RICARDO TRONCOSO	80026555	ESPECIALISTA EN PAVIMENTOS	SI	0	0	0	0	0	0	0	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	10/02/2025	N/A
9	ANGELA BARRERA	1118539173	ESPECIALISTA EN URBANISMO Y ESPACIO PÚBLICO	SI	1	0	0	0	0	0	0	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	10/02/2025	N/A
	DANIELA CALDERON HERNANDEZ	1000990374	INSPECTORES	SI	1	0	0	0	0	0	0	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	25/04/2025	N/A
10	ERIKA JHOANA JIMENEZ	1012429648	TOPOGRAFIA	SI	1	0	0	0	0	0	0	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	20/02/2025	N/A
11	JONATHAN STEVE MEZA	1026581439	CADENERO 1	SI	0	0	0	0	0	0	0	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	20/02/2025	N/A
12	OMAR ANDRÉS GARCÍA LIZCANO	1016714517	CADENERO 2	SI	0	0	0	0	1	1	1	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	28/02/2025	N/A
13	LUIS LEONARDO ALARCON	10000380746	AUXILIAR ADMINISTRATIVO ALMACENISTA	SI	0	0	0	0	1	1	0	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	6/02/2025	N/A
14	JOHN EDINSON LÓPEZ BURGOS	1023872502	CONDUCTOR	SI	0	0	0	0	0	1	0	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	10/02/2025	N/A
15	FABIO MERCK RÁMIREZ POVEDA	79691429	PROFESIONAL AMBIENTAL	SI	0	0	0	0	0	1	0	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	3/02/2025	N/A
16	FABIO MERCK RÁMIREZ POVEDA	79691429	PROFESIONAL SST	SI	0	0	0	0	0	1	0	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	3/02/2025	N/A
17	VANESSA ANDREA VELASCO TORRES	1033728287	RESIDENTE SOCIAL	SI	0	0	0	0	0	1	0	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	3/02/2025	N/A
18	VANESSA ANDREA VELASCO TORRES	1033728287	ASISTENTE SOCIAL	SI	1	0	0	0	0	1	0	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	3/02/2025	N/A
19	ANNIE KATHERINE BULLA CARDENAS	1022999139	AYUDANTE	SI	1	0	0	0	0	1	0	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	10/02/2025	N/A

20	CARLOS ANDRÉS MUÑOZ	1049622088	ESPECIALISTA EN TRANSITO Y TRANSPORTE	SI	0	0	0	0	0	1	0	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	10/02/2025	N/A
21	ANA MILENA PULIDO	1049626439	RESIDENTE DE TRÁNSITO	SI	0	0	0	0	0	1	0	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	10/02/2025	N/A
22	ISMAEL URREGO URREGO	255850	BOAL	SI	0	0	0	0	0	1	1	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	21/04/2025	N/A
23	LUIS ENRIQUE POVEDA RAMIREZ	80248393	BOAL	SI	0	0	0	0	0	1	1	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	21/04/2025	N/A
24	DIEGO ARMANDO BENITEZ RAMIREZ	1007296627	BOAL	SI	0	0	0	0	1	1	0	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	24/04/2025	N/A
25	NELSON ANDRES GODOY MURILLO	1007719116	BOAL	SI	0	0	0	0	0	1	0	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	24/04/2025	N/A
26	OSCAR MORENO	80769846	AYUDANTE	SI	0	0	0	0	0	1	0	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	24/04/2025	N/A
27	JAIME PRADO	334409	AYUDANTE	SI	0	0	0	0	0	1	0	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	24/04/2025	N/A
28	OSCAR FELIPE DE ARCO	7938156	AYUDANTE	SI	0	0	0	0	0	1	0	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	24/04/2025	N/A
29	NEVER MANUEL VILLAS	78740540	OFICIAL	SI	0	0	0	0	0	1	0	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	29/04/2025	N/A
30	RAFAEL PEÑALOZA	105182252	OFICIAL	SI	0	0	0	0	0	1	0	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	29/04/2025	N/A
31	WILINTON GARCIA GARCIA	80245875	OFICIAL	SI	0	0	0	0	0	1	1	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	21/04/2025	N/A
32	JESUS DAVID BERTEL DOMINGEZ	1102825699	AYUDANTE	SI	0	0	0	0	0	1	1	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	21/04/2025	N/A
33	ANGEL YAMILSON PEREA MOSQUERA	176383669	AYUDANTE	SI	0	0	0	0	0	1	1	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	28/04/2025	N/A
34	RICARDO ANTONIO HERRERA ARIAS	1128187283	AYUDANTE	SI	0	0	0	0	0	1	1	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	28/04/2025	N/A
35	FRANSISCO JAVIER VALENCIA VERA	96331241	AYUDANTE	SI	0	0	0	0	0	1	0	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	23/04/2025	N/A
36	MAICOL STIVEN VILLARRAGA DIAZ	1023367437	OFICIAL	SI	0	0	0	0	0	1	0	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	23/04/2025	N/A
37	ANDRES FELIPE RODRIGUEZ GIRALDO	80024192	AYUDANTE	SI	0	0	0	0	0	1	0	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	6/05/2025	N/A
38	DELIO CARDENAS GUAYARA	5864083	BOAL	SI	0	0	0	0	0	1	0	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	6/07/205	N/A
39	MAICOL STIVEN VILLARRAGA DIAZ	1023367437	BOAL	SI	0	0	0	0	1	1	1	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	6/05/2025	N/A
40	LEIDER RAFAEL PEREZ ALVAREZ	1192801845	ALAMCENISTA	SI	0	0	0	0	1	1	1	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	2/05/2025	N/A
41	MESA FLOREZ ALVARO JAVIER	80244662	CADENERO 2	SI	0	0	0	0	0	1	0	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	7/05/2025	N/A
42															
43															
					5	0	0	0	5	30	9	0			
1					1	0	0	0	1	0	0	1			
2					0	0	0	0	0	0	0	0			

No.	NOMBRE	CEDULA	CARGO	PERSONAL MINIMO REQUERIDO	ESTADO	TRAMO	MUJER	MUJER EN CONDICION DE VULNERABILIDAD	MUJERES CONTRATADAS EN LA PLATAFORMA BOGOTA TRABAJA	PERSONA CON DISCAPACIDAD	MENOR 24 AÑOS	MONC	MONC DE LA LOCALIDAD DE CIUDAD BOLIVAR	MOC DE LA LOCALIDAD DE CIUDAD BOLIVAR	Nº PLANILLAS	PROVEEDOR	Fecha de Ingreso	Fecha de retIro
1				NO		NA	0	0	0	1	0	1	1	0				
2				NO		NA	0	0	0	0	0	0	0	0				
3				NO		NA	0	0	0	0	1	1	1	0				
4				NO		NA	1	0	0	0	1	1	0	0	DOC. AFILIACION			
							1	0	0	1	2	3	2	0				
Personal retirado no reportado en el mes anterior																		
1						NA	1	0	0	0	0	0	0	0				

ANEXO 2

INDUCCIÓN

Medellín, 21 de April 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 GARZON OTALVARO NESTOR RAUL.

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 CALDAS		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1076383669	PEREA MOSQUERA ANGEL YAMILSON	22/04/2025		h1922513	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 21/04/2025 17:48:46 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.66.217.226, 192.230.104.4, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ANGEL YAMILSON PEREA MOSQUERA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.076.383.669**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 21 de Abril del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **PEREA MOSQUERA ANGEL YAMILSON, CC - 1076383669**, está afiliado(a) desde **21/04/2025**, como trabajador(a) de **GARZON OTALVARO NESTOR RAUL**, con NIT: **102564261**.

Estado civil: **Soltero**
Cónyuge/Compañero(a): **NO REPORTA**
Categoría: **A**
Fecha de Ingreso a la Empresa: **2025-04-21**

Grupo familiar conformado por:

NOMBRE	No. Identificación	Parentesco
NO EXISTE REGISTRO	-	-

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **21 de abril de 2025** a solicitud del interesado

Cordialmente,

Sandra Milena Mariño Ojeda
Jefe Departamento Subsidio

Clinisur IPS Ltda
Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000547396

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: NESTOR RAUL GARZON OTALVARO FECHA 21/04/2025 10:22:21

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: ANGEL YAMILSON PEREA MOSQUERA **C.C** 1076383669

EDAD 33 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** AYUDANTE DE CONSTRUCCION



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐ NO ☑
Visiometría	☑	Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐ Otros ☐	
Optometría	☐	**¿Cuáles?**	
Audiometría	☑		
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑
		Otros	☐

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

CONTROL MÉDICO DE RUTINA EPS / DIETA HIPOCALÓRICA / BAJAR DE PESO / SE SUGIERE VALORACION POR NUTRICION DE EPS.

USO DE LOS EPP EN FUNCIÓN DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR / REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

Angel

FIRMA DEL PACIENTE



Captura Biométrica

Dra. María L. Perez P.
Médico
Esp. Gerencia en SST
Res 8731-22/12/22
CC. 1.034.320.081

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 22 de abril de 2025, a las 05:43:06, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1076383669
Código de Verificación	1076383669250422054306

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 05:44:10 AM horas del 22/04/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1076383669**

Apellidos y Nombres: **PEREA MOSQUERA ANGEL YAMILSON**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Volver al Inicio

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 269501596

PIB
05:46:13

Bogotá DC, 22 de abril del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) ANGEL YAMILSON PEREA MOSQUERA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1076383669:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento con el Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	BOGOTÁ
Contrato No. 1726 - 2024		Anexo 14.5 Versión 0.0 Febrero-2025

NOMBRE	Angel yamson Perea	CEDULA No.	1076383 669
FECHA:	28 - oct - 2025	CARGO	Aydante

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	DESCRIPCIÓN	TALLA	CANTIDAD	DOTACIÓN	EPP	OBSERVACIONES
1	Casco		1	✓		
2	Botas	43	1	✓		
3	camisa	42	1	✓		
4	Pantalón	42	1	✓		
5						
6						
7						
8						
9						
10						

COMPROMISO

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

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.		FIRMA DE TRABAJADOR	Angel Perea
NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA ENTREGA	ING. FABIO MERCK RAMIREZ	CARGO	Residente SST

Powered by CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014592706	2|2|0|4|2|0|2|5

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

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

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

3.Regimen
A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4.Contribución Solidaria
Si ☐ No ☒

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

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

7.Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
PEREA	MOSQUERA	ANGEL	YAMILSON

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1076383669	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento			15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA	Departamento: CHOCO	Municipio: TADO	1|9|0|6|1|9|9|1

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1423500	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CR 56 C 32 11		3052799283	ANGEL76@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
BOGOTA	BOGOTA	170	Urbana cabecera municipal ☐ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☒ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

27. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

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

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

35. Apellidos y nombres

	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

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

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
GARZON OTALVARO NESTOR RAUL	CC	10256426	01

59.Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito
CR 12 NUMERO 13 24	3115101775	GARZONNESTOR@HOTMAIL.COM	CALDAS	MANIZALES

No de Radicacion
4014592706

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

65. EPS anterior	66. Fecha de Novedad	67. Motivo de traslado Código:	68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	2|2|0|4|2|0|2|5	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS

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

X. ANEXOS

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

  Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

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

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

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

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

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	95. Firma del funcionario
☐		
96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

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

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN SST Y AMBIENTAL	BOGOTÁ
Contrato de Obra No.1726 de 2024		Anexo 11.1 Versión 0.0 Febrero 2025

Nombre: Angel Yamilson Perea Cedula Ciudadania: 1063836669

Fecha: 28-04-2025 Cargo: Ayudante

EPS: Salud total ARL: Sura AFP: Porvenir

Caja Compensación: Cafam Alergias; SI ____ NO X Cuales: ____

Inducción (Trabajador nuevo)	X
Re Inducción (Trabajador antiguo)	

En caso de emergencia comunicar a:

Celular: 3108641638 Parentesco: Esposa

MARQUE FALSO O VERDADERO SEGÚN CORRESPONDA

1. La actividad económica principal de la empresa es:

La construcción de obras de ingeniería civil

FALSO (X) VERDADERO ( )

2. SISOMA significa: (Seguridad Industrial, Salud Ocupacional y Medio Ambiente)

VERDADERO (X) FALSO ( )

3. Las responsabilidades de los trabajadores frente al SG-SST

	FALSO	VERDADERO
Suministrar información Clara, veraz y completa sobre su estado de salud		X
Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del SG-SST		X
Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST de la empresa		
Procurar el cuidado integral de su salud		X
Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo		X

4. Las responsabilidades del consorcio frente al SG-SST son:

	FALSO	VERDADERO
Definir, firmar y divulgar la política y objetivos del SG-SST		X
Asignar y documentar las responsabilidades del SG-SST		X
Asignar recursos para la implementación del SG-SST.		
Participar en las actividades de capacitación		X
Cumplir los requisitos normativos aplicables, Capacitar a los trabajadores, realizar gestión de los peligros y riesgos.		X

5. Según la imagen coloque el número correspondiente con la política.

1- Política de no alcohol y drogas	2- Política de no fumadores	3- Política de seguridad y salud en el trabajo
 3	 1	 2

6. Los pasos a realizar antes de ejecutar una actividad en espacio confinado son:

Realizar el Análisis de Seguridad en el Trabajo (AST). Diligenciar el permiso de trabajo en alturas, inspeccionar arnés y eslinga, ejecutar la actividad en altura

FALSO ( ) VERDADERO (X)

7. Un mal levantamiento de cargas o un mal movimiento pueden ocasionar:

Hernias discales, lumbagos, dolor de espalda, escoliosis, fatiga muscular.

VERDADERO (X) FALSO ( )

8. El peso máximo recomendado que un hombre debe levantar manualmente una carga es:

50 Kg

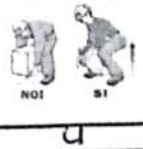
FALSO (X) VERDADERO ( )

9. El peso máximo recomendado que un hombre debe levantar manualmente una carga es:

25 kg

VERDADERO (X) FALSO ( )

10. Según la imagen coloque el número correspondiente del peligro:

Peligros						
N°	5	5	1	6	2	4
Nombre	1. Químicos	2 Trabajo en alturas	3. Ruido	4. Manejo manual de cargas	5. Virus y bacterias	6. Electricidad

Powered by CamScanner

11. Las funciones del COPASST o Vigia SST son:

Participar en la investigación de incidentes, realizar inspecciones de seguridad, Servir de puente de comunicación entre los trabajadores y la gerencia, reunirse mensualmente.

FALSO ( ) VERDADERO (V)

12. Las funciones del Comité de Convivencia son:

Prevenir malas conductas de acoso laboral, Fomentar el dialogo, planes de mejora y hacer seguimiento, Analizar y escuchar a las partes. Comunicar a la alta dirección los casos, Reunirse cada tres meses para hacer seguimiento a las acciones propuestas.

VERDADERO (V) FALSO ( )

13. . Un accidente de Trabajo es:

Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte.

FALSO ( ) VERDADERO (V)

14. . Cuando me ocurra un accidente de trabajo debo:

Informar a mi jefe inmediato y asistir a un centro de salud para recibir atención médica.

VERDADERO (V) FALSO ( )

15. ¿La Imagen corresponde a un ACTO INSEGURO?



FALSO ( ) VERDADERO (V)

16. . ¿La imagen corresponde a una CONDICIÓN INSEGURA?

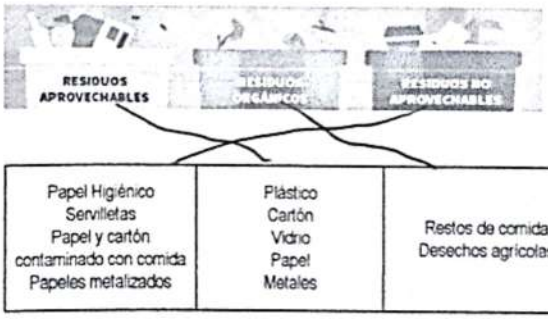


VERDADERO (V) FALSO ( )

17. Unir con una linea para que sirve cada EPP.



18. De acuerdo con el código de colores definido por el ministerio de ambiente, relacione con una linea lo que se almacena en cada recipiente.



Calificación Evaluación		Retroalimentación
Respuestas Correctas		
Respuestas Incorrectas		
Método de Calificación		Entre 14 y 18 respuestas correctas : Aprobado Entre 9 y 13 respuestas correctas: Aceptable con retroalimentación Entre 1 y 8 respuestas incorrectas: Debe repetir la evaluación

Firma Trabajador Angel Perea

Celular 3052794283

Dirección Barrio Oasis

Localidad Ciudad Bolivar

Nombre del evaluador ING. FABIO MERCK RAMIREZ POVEDA

Powered by CamScanner

Yo Angel yamilson ferea identificado con número de documento CC: 1076383669 desempeñando el cargo de Ayudante formalmente declaro que hoy 28-oct-25 He recibido verbalmente parte del residente de Seguridad y Salud en el Trabajo, la inducción y el conocimiento necesario referente a los riesgos inherentes al trabajo que realizo, como:

PELIGRO IDENTIFICADO	SI	NO
Biológico (Virus, bacterias, picaduras, mordeduras)	✓	
Físico (Ruido, vibraciones, radiaciones no ionizantes)	✓	
Químico (Gases y vapores)	✓	
Psicosocial (Condiciones de la tarea, organización del trabajo)	✓	
Biomecánico (Movimiento repetitivo, manejo manual de cargas, posturas prolongadas y mantenidas)	✓	
Condiciones de seguridad mecánicas (Manejo de herramientas manuales y maquinaria)	✓	
Condiciones de seguridad eléctricas (Manejo de herramientas eléctricas)	✓	
Condiciones de seguridad locativas (Superficies de trabajo irregulares, condiciones de orden y aseo)	✓	
Condiciones de seguridad locativas (Trabajo en alturas)	✓	
Condiciones de seguridad tecnológicas (Derrames, incendios)	✓	
Condiciones de seguridad vial (Accidentes de tránsito)	✓	
Condiciones de seguridad públicos (robos, atracos, asaltos, disturbios y alteración del orden público).	✓	

En consecuencia, me comprometo a cumplir con todas las normas, procedimientos, protocolos en seguridad y salud en el trabajo con el fin de procurar el cuidado integral de mi salud y la de mis compañeros de trabajo.

Firma del responsable del SG-SST

Angel ferea

Firma del trabajador

Powered by CamScanner

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS

LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **EDGAR RAFAEL PEÑALOZA RIVERO,** quien se identifica con

CÉDULA DE CIUDADANÍA No. **1051822522** de SAN JUAN NEPOMUCENO

(MIL CINCUENTA Y UN MILLONES OCHOCIENTOS VEINTIDOS MIL QUINIENTOS VEINTIDOS)

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

ADVERTENCIAS:

* El certificado de antecedentes disciplinarios ordinario deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes (Inciso 3°, artículo 238 - Ley 1952 de 2019).

* Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro, en el certificado de antecedentes disciplinarios especial (Inciso 4°, artículo 238 - Ley 1952 de 2019).

* Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos. Esta inhabilidad tendrá una duración de tres (3) años contados a partir de la ejecutoria de la última sanción. (numeral 2°, artículo 42 - Ley 1952 de 2019).

* Certificado expedido de conformidad con el numeral 5, artículo 102 del Decreto Ley 1421 de 1993, artículo 238 de la Ley 1952 de 2019, numeral 4.5, artículo 16 y numeral 6, artículo 21 del Acuerdo Distrital 755 de 2019.

* Para todos los efectos esta certificación debe ser complementada con la expedida por la Procuraduría General de la Nación.

* Certificado expedido sin costo alguno.

VÍCTOR JULIO URIBE GÓMEZ
Jefe Oficina Asesora Jurídica

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 270207635

PIB
18:58:45

Bogotá DC, 28 de abril del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) EDGAR RAFAEL PEÑALOZA RIVERO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1051822522:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento con el Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.





Fondo de pension: Porvenir
EPS: Nueva EPS
Dirección: kr 24 F Estes #41-86
Cel: 3106953890
correo: fernandapenalozamurillo@gmail.com

Medellín, 10 de Febrero de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1051822522	PEÑALOZA RIVERO EDGAR RAFAEL	02/01/2025		17314932	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10533449032504173830

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 10/02/2025 20:30:30 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.156.155.119, 198.143.41.30, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

SOPORTE DE NOVEDADES DE REINGRESOS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

CLICK PARA REINICIAR TODO

CÓDIGO ASESOR Y/O PROMOTOR: N0266

AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Pe¶aloza	Rivero	Edgar	Rafael

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	9. SEXO BIOLÓGICO	F	M ✔
CC - C®dula de Ciudadan²a	1051822522			

SEXO DE IDENTIFICACIÓN	F	M ✔	T	NB	10. FECHA NACIMIENTO	DÍA	MES	AÑO	PAÍS DE NACIMIENTO	11. NACIONALIDAD
						10	SEPTIEMBRE	1991	Colombia	Colombiano

ANEXO COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	ZONA	TELÉFONO MÓVIL
BOGOTA	BOGOTĆ D.C.	CENTRO POBLADO	3224567342

TELÉFONO FIJO	EXT.	CORREO ELECTRÓNICO	IPS	IPS ODONTOLÓGICA
		Notiene@gmail.com		

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

39. Nombre o Razón Social	40. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	41. Número documento de identidad	DV	42. Tipo de aportante o pagador de pensiones
OC INGENIERIA Y CONSULTORIA SAS	NI - N¼mero Identificaci· n Tributaria	901805718	3	DEPENDIENTE

43. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	TIPO NOMENCLATURA	URBANA	RURAL				COMPLEMENTO DIRECCIÓN		
Calle 68			# 42	B	68			BOGOTA	BOGOTĆ D.C.

CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO MÓVIL	TELÉFONO FIJO	EXT	FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	DÍA	MES	AÑO	CARGO	OCUPACIÓN	SALARIO
Ocingenieriayconsultoria@gmail.com	3134873633				02	ENERO		Oficial		1423500

IX. FIRMAS

61. El cotizante, [illegible] cuando aplique

62. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

REINGRESOS

VIGILADO Supersalud

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

EDGAR RAFAEL PEÑALOZA RIVERO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.051.822.522**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 10 de Febrero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

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
19 DÍA	12 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO - ALTURAS

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

OC INGENIERIA Y CONSULTORIA S.A.S

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	
PE?ALOZA RIVERA EDGAR RAFAEL	Masculino	33 Años	CC (Tipo)	1051822522 (Número)

Cargo **OFICIAL**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CUMPLE CON RECOMENDACION PARA LA OCUPACION

Observaciones: No Aplica

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	SE RECOMIENDA EL USO DE FAJAS SACROLUMBARES SEMIRR?GIDAS CON SISTEMA DE DOBLE AGARRE PARA DAR MAYOR SUJECI?N A LA ZONA LUMBAR Y UMBILICAL

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

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

RECOMENDACIONES MEDÍCAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
ACUDIR POR MEDICO GENERAL EN SU EPS	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.

" 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.

" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

" VALORACI"N POR OPTOMETR"A ANUAL.

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



Firma:
Nombre: CARRILLO FONTALVO GABRIEL ANTONIO
R.M.: 08882 L.S.O.: 3252 2022

Aspirante o Trabajador

Firma: Edgar Rafael
Nombre: PE?ALOZA RIVERA EDGAR RAFAEL
CC 1051822522

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 10 de Febrero de 2.025

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1051822522
Nombre	: EDGAR RAFAEL PEÑALOZA RIVERO
Empresa/Contratante	: OC INGENIERIA Y CONSULTORIA SAS
Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901805718
Fecha de Afiliación a CCF	: 2025/01/02
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2025/01/02
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a NA y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario.

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

VIGILADO SuperSubsidio

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:33:16 PM horas del 10/02/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1051822522**

Apellidos y Nombres: **PEÑALOZA RIVERO EDGAR RAFAEL**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	BOGOTÁ
Contrato No. 1726 - 2024		Anexo 14.5 Versión 0.0 Febrero-2025

NOMBRE	Rafael Peñaloza	CEDULA No.	1051877252
FECHA:	29-04-2025	CARGO	Oficial

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	DESCRIPCIÓN	TALLA	CANTIDAD	DOTACIÓN	EPP	OBSERVACIONES
1	Camisa y Pantalón	38	1	x		
2	Botas	42	1	x		
3	Casco		1	x		
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

COMPROMISO

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

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.		FIRMA DE TRABAJADOR	
NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA ENTREGA	ING. FABIO MERCK RAMIREZ	CARGO	Residente SST

Powered by CamScanner

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN SST Y AMBIENTAL	BOGOTÁ
Contrato de Obra No.1726 de 2024		Anexo 11.1 Versión 0.0 Febrero 2025

Nombre: Rafael Penaloza Cedula Ciudadania: 1031822252

Fecha: 29-04-2025 Cargo: Oficial

EPS: Nueva EPS ARL: Sura AFP: Porvenir

Caja Compensación: Compensar Alergias; SI ____ NO X Cuales: ____

Inducción (Trabajador nuevo)	X
Re Inducción (Trabajador antiguo)	

En caso de emergencia comunicar a:

Celular: 321 297 6514 Parentesco: Tío

MARQUE FALSO O VERDADERO SEGÚN CORRESPONDA

1. La actividad económica principal de la empresa es:

La construcción de obras de ingeniería civil

FALSO ( ) VERDADERO (X)

2. SISOMA significa: (Seguridad Industrial, Salud Ocupacional y Medio Ambiente)

VERDADERO (X) FALSO ( )

3. Las responsabilidades de los trabajadores frente al SG-SST

	FALSO	VERDADERO
Suministrar información Clara, veraz y completa sobre su estado de salud.		X
Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del SG-SST.		X
Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST de la empresa.		X
Procurar el cuidado integral de su salud.		X
Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo.		X

4. Las responsabilidades del consorcio frente al SG-SST son:

	FALSO	VERDADERO
Definir, firmar y divulgar la política y objetivos del SG-SST		X
Asignar y documentar las responsabilidades del SG-SST.		X
Asignar recursos para la implementación del SG-SST.		
Participar en las actividades de capacitación		X
Cumplir los requisitos normativos aplicables, Capacitar a los trabajadores, realizar gestión de los peligros y riesgos.		X

5. Según la imagen coloque el número correspondiente con la política.

1- Política de no alcohol y drogas



3

2- Política de no fumadores



1

3- Política de seguridad y salud en el trabajo



2

6. Los pasos a realizar antes de ejecutar una actividad en espacio confinado son:

Realizar el Análisis de Seguridad en el Trabajo (AST), Diligenciar el permiso de trabajo en alturas, inspeccionar arnés y eslinga, ejecutar la actividad en altura

FALSO ( ) VERDADERO (X)

7. Un mal levantamiento de cargas o un mal movimiento pueden ocasionar:

Hernias discales, lumbagos, dolor de espalda, escoliosis, fatiga muscular.

VERDADERO (X) FALSO ( )

8. El peso máximo recomendado que un hombre debe levantar manualmente una carga es:

FALSO (X) 50 Kg VERDADERO ( )

9. El peso máximo recomendado que un hombre debe levantar manualmente una carga es:

VERDADERO (X) 25 kg FALSO ( )

10. Según la imagen coloque el número correspondiente del peligro:

Peligros						
N°	3	5	1	6	2	4
Nombre	1. Químicos	2.Trabajo en alturas	3. Ruido	4. Manejo manual de cargas	5. Virus y bacterias	6. Electricidad

Powered by CamScanner

11. Las funciones del COPASST o Vigia SST son:

Participar en la investigación de incidentes, realizar inspecciones de seguridad, Servir de puente de comunicación entre los trabajadores y la gerencia, reunirse mensualmente.

FALSO ( ) VERDADERO (V)

12. Las funciones del Comité de Convivencia son:

Prevenir malas conductas de acoso laboral, Fomentar el dialogo, planes de mejora y hacer seguimiento, Analizar y escuchar a las partes, Comunicar a la alta dirección los casos, Reunirse cada tres meses para hacer seguimiento a las acciones propuestas.

VERDADERO ( ) FALSO (V)

13. . Un accidente de Trabajo es:

Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte

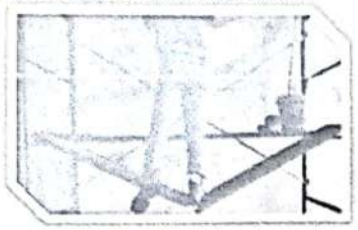
FALSO ( ) VERDADERO (V)

14. . Cuando me ocurra un accidente de trabajo debo:

Informar a mi jefe inmediato y asistir a un centro de salud para recibir atención médica

VERDADERO (V) FALSO ( )

15. ¿La Imagen corresponde a un ACTO INSEGURO?



FALSO ( ) VERDADERO (V)

16. . ¿La Imagen corresponde a una CONDICIÓN INSEGURA?

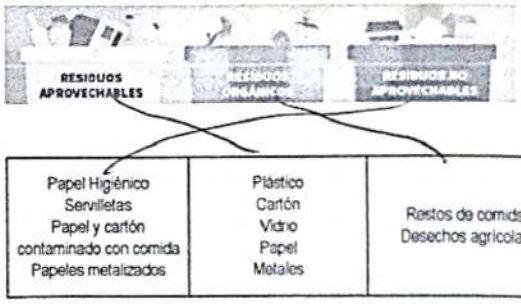


VERDADERO (V) FALSO ( )

17. Unir con una linea para que sirve cada EPP.



18. De acuerdo con el código de colores definido por el ministerio de ambiente, relacione con una linea lo que se almacena en cada recipiente.



Calificación Evaluación		Retroalimentación
Respuestas Correctas		
Respuestas Incorrectas		
Método de Calificación		Entre 14 y 18 respuestas correctas : Aprobado Entre 9 y 13 respuestas correctas: Aceptable con retroalimentación Entre 1 y 8 respuestas incorrectas: Debe repetir la evaluación

Firma Trabajador Elvis Pérez 020.

Celular 3051822222

Dirección El arroyo

Localidad Soacha

Nombre del evaluador ING. FABIO MERCK RAMIREZ POVEDA

Powered by CamScanner

Yo Edgar Rafael Peñaloza identificado con número de documento CC: 1051877522 desempeñando el cargo de Oficial formalmente declaro que hoy 29-01-25 He recibido verbalmente parte del residente de Seguridad y Salud en el Trabajo, la inducción y el conocimiento necesario referente a los riesgos inherentes al trabajo que realizo, como:

PELIGRO IDENTIFICADO	SI	NO
Biológico (Virus, bacterias, picaduras, mordeduras)	✓	
Físico (Ruido, vibraciones, radiaciones no ionizantes)	✓	
Químico (Gases y vapores)	✓	
Psicosocial (Condiciones de la tarea, organización del trabajo)	✓	
Biomecánico (Movimiento repetitivo, manejo manual de cargas, posturas prolongadas y mantenidas)	✓	
Condiciones de seguridad mecánicas (Manejo de herramientas manuales y maquinaria)	✓	
Condiciones de seguridad eléctricas (Manejo de herramientas eléctricas)	✓	
Condiciones de seguridad locativas (Superficies de trabajo irregulares, condiciones de orden y aseo)	✓	
Condiciones de seguridad locativas (Trabajo en alturas)	✓	
Condiciones de seguridad tecnológicas (Derrames, incendios)	✓	
Condiciones de seguridad vial (Accidentes de tránsito)	✓	
Condiciones de seguridad públicos (robos, atracos, asaltos, disturbios y alteración del orden público).	✓	

En consecuencia, me comprometo a cumplir con todas las normas, procedimientos, protocolos en seguridad y salud en el trabajo con el fin de procurar el cuidado integral de mi salud y la de mis compañeros de trabajo.

Firma del responsable del SG-SST

Firma del trabajador

Powered by CamScanner

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901805718	3	OC INGENIERIA Y CONSULTORIA S.A.S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CARRERA 42 B 68 B 23	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3144676353	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-04	1394000109	9484346830	E	2025/04/04	2025/04/07	BANCO DAVIVIENDA	3	$8,814,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (27 Afiliados)						$28,517,450	$4,563,600			$28,517,450	$1,141,900			$28,517,450	$1,141,900			$28,517,450	$1,948,900		$0	$0
Centro de Trabajo: RIESGO 4 (1 Afiliados)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$57,000			$1,423,500	$57,000			$1,423,500	$62,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$57,000			$1,423,500	$57,000			$1,423,500	$62,000		$0	$0
1	CC	1110465947	OTALORA GIOVANNY	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$62,000	30	$0	$0
Centro de Trabajo: RIESGO 5 (26 Afiliados)						$27,093,950	$4,335,800			$27,093,950	$1,084,900			$27,093,950	$1,084,900			$27,093,950	$1,886,900		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (26 Afiliados)						$27,093,950	$4,335,800			$27,093,950	$1,084,900			$27,093,950	$1,084,900			$27,093,950	$1,886,900		$0	$0
2	CC	1077459486	AMAGARA ROBINSON	230301	27	$1,281,150	$205,000	EPS002	27	$1,281,150	$51,300	CCF24	27	$1,281,150	$51,300	14-11	27	$1,281,150	$89,200	27	$0	$0
3	CC	7123177	BASTIDAS ARNALDO	25-14	27	$1,281,150	$205,000	EPS041	27	$1,281,150	$51,300	CCF24	27	$1,281,150	$51,300	14-11	27	$1,281,150	$89,200	27	$0	$0
4	CC	1007107100	CABRERA BRAYAN	230301	27	$1,281,150	$205,000	EPS002	27	$1,281,150	$51,300	CCF24	27	$1,281,150	$51,300	14-11	27	$1,281,150	$89,200	27	$0	$0
5	CC	11804111	CABRERA WILSON	231001	27	$1,281,150	$205,000	EPS002	27	$1,281,150	$51,300	CCF24	27	$1,281,150	$51,300	14-11	27	$1,281,150	$89,200	27	$0	$0
6	CC	1101456264	CERVANTES WILFRIDO	230201	5	$237,250	$38,000	EPS002	5	$237,250	$9,500	CCF24	5	$237,250	$9,500	14-11	5	$237,250	$16,600	5	$0	$0
7	CC	18414410	CONTRERAS LUIS	25-14	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
8	CC	80820947	GONZALEZ RAFAEL	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
9	CC	1001096318	GONZALEZ YERSON	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
10	CC	1010033783	GUTIERREZ JORGE	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
11	CC	1002541370	HENAO MICHAEL	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS010	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
12	CC	1102364260	JIMENEZ JOSE	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
13	CC	1089794815	MICOLTA FAYBER	230301	27	$1,281,150	$205,000	EPS002	27	$1,281,150	$51,300	CCF24	27	$1,281,150	$51,300	14-11	27	$1,281,150	$89,200	27	$0	$0
14	CC	1099547293	MONCADA MILCIADES	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
15	CC	1030668583	MURCIA MARIBEL	230201	5	$237,250	$38,000	EPS008	5	$237,250	$9,500	CCF24	5	$237,250	$9,500	14-11	5	$237,250	$16,600	5	$0	$0
16	CC	1067527973	MUSICUE RUBEN	230301	3	$142,350	$22,800	EPS002	3	$142,350	$5,700	CCF24	3	$142,350	$5,700	14-11	3	$142,350	$10,000	3	$0	$0
17	CC	1053344903	ORJUELA WILMAR	231001	30	$1,423,500	$227,800	EPS010	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
18	CC	8362974	ORTEGA ROBINSON	230201	3	$142,350	$22,800	EPS017	3	$142,350	$5,700	CCF24	3	$142,350	$5,700	14-11	3	$142,350	$10,000	3	$0	$0
19	CC	1051822522	PEÑALOZA EDGAR	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
20	CC	79813954	PEREZ EUTIMIO	25-14	27	$1,281,150	$205,000	EPS002	27	$1,281,150	$51,300	CCF24	27	$1,281,150	$51,300	14-11	27	$1,281,150	$89,200	27	$0	$0
21	CC	80799327	RINCON DIEGO	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
22	CC	12274330	RIVERA OSCAR	25-14	27	$1,281,150	$205,000	EPS002	27	$1,281,150	$51,300	CCF24	27	$1,281,150	$51,300	14-11	27	$1,281,150	$89,200	27	$0	$0
23	CC	1007174529	SARMIENTO BRAYAN	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
24	CC	1118807941	SARMIENTO ELBER	230201	2	$94,900	$15,200	EPS005	2	$94,900	$3,800	CCF24	2	$94,900	$3,800	14-11	2	$94,900	$6,700	2	$0	$0
25	CC	1006570817	SARMIENTO NILSON	230201	2	$94,900	$15,200	EPS017	2	$94,900	$3,800	CCF24	2	$94,900	$3,800	14-11	2	$94,900	$6,700	2	$0	$0
26	CC	1016105017	SOTO CAROL	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS008	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
27	CC	1052981061	VILLANUEVA JAIRID	230201	2	$94,900	$15,200	EPS002	2	$94,900	$3,800	CCF24	2	$94,900	$3,800	14-11	2	$94,900	$6,700	2	$0	$0
Total			**Afiliados(27)**			$28,517,450	$4,563,600			$28,517,450	$1,141,900			$28,517,450	$1,141,900			$28,517,450	$1,948,900		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901805718	3	OC INGENIERIA Y CONSULTORIA S.A.S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CARRERA 42 B 68 B 23	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3144676353	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-04	1394000109	9484346830	E	2025/04/04	2025/04/07	BANCO DAVIVIENDA	3	$8,814,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				27	$4,563,600	$9,100	$0	$4,572,700
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	2	$432,800	$900	$0	$433,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	4	$842,800	$1,700	$0	$844,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	12	$2,460,200	$4,800	$0	$2,465,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	9	$827,800	$1,700	$0	$829,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				27	$1,948,900	$3,800	$0	$1,952,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	27	$1,948,900	$3,800	$0	$1,952,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				27	$1,141,900	$2,300	$0	$1,144,200
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	27	$1,141,900	$2,300	$0	$1,144,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 7)				27	$1,141,900	$2,600	$0	$1,144,500
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	2	$66,500	$200	$0	$66,700
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	2	$114,000	$300	$0	$114,300
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	3	$66,500	$200	$0	$66,700
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	3	$171,000	$400	$0	$171,400
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$51,300	$100	$0	$51,400
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	15	$668,800	$1,300	$0	$670,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$3,800	$100	$0	$3,900
TOTAL				**27**	**$8,796,300**	**$17,800**	**$0**	**$8,814,100**

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	BOGOTÁ
Contrato No. 1726 - 2024		Anexo 14.5 Versión 0.0 Febrero-2025

NOMBRE	Jaime Prado	CEDULA No.	334409
FECHA:	24-04-2025	CARGO	Ayudante obra

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	DESCRIPCIÓN	TALLA	CANTIDAD	DOTACIÓN	EPP	OBSERVACIONES
1	Dotacion		1	1	1	
2	Camisa	40	1			
3	Pantalón	40	1			
4	Botas	41	1			
5	Casco					
6	Guantes					
7						
8						
9						
10						

COMPROMISO

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

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.		FIRMA DE TRABAJADOR	Jaime Prado
NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA ENTREGA	ING. FABIO MERCK RAMIREZ	CARGO	Residente SST

Powered by CamScanner

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN SST Y AMBIENTAL	BOGOTÁ
Contrato de Obra No.1726 de 2024		Anexo 11.1 Versión 0.0 Febrero-2025

Nombre: Jaime Prado Cedula Ciudadanía: 334409

Fecha: 24-04-2025 Cargo: Ayudante obra

EPS: Salud total ARL: Colpatria AFP: Porvenir

Caja Compensación: Cafam Alergias; SI _____ NO _____ Cuales: _____

Inducción (Trabajador nuevo)	X
Re Inducción (Trabajador antiguo)	

En caso de emergencia comunicar a:

Celular: _____ Parentesco: _____

MARQUE FALSO O VERDADERO SEGÚN CORRESPONDA

1. La actividad económica principal de la empresa es:

La construcción de obras de ingenieria civil

FALSO ( ) VERDADERO (X)

2. SISOMA significa: (Seguridad Industrial, Salud Ocupacional y Medio Ambiente)

VERDADERO (X) FALSO ( )

3. Las responsabilidades de los trabajadores frente al SG-SST son:

	FALSO	VERDADERO
Suministrar información Clara, veraz y completa sobre su estado de salud.		X
Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del SG-SST.		X
Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST de la empresa.		
Procurar el cuidado integral de su salud.		X
Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo .		X

4. Las responsabilidades del consorcio frente al SG-SST son:

	FALSO	VERDADERO
Definir, firmar y divulgar la política y objetivos del SG-SST		X
Asignar y documentar las responsabilidades del SG-SST.		X
Asignar recursos para la implementación del SG-SST.		
Participar en las actividades de capacitación.		X
Cumplir los requisitos normativos aplicables, Capacitar a los trabajadores, realizar gestión de los peligros y riesgos.		X

5. Según la imagen coloque el número correspondiente con la política.

1- Política de no alcohol y drogas



3

2- Política de no fumadores



1

3- Política de seguridad y salud en el trabajo



2

6. Los pasos a realizar antes de ejecutar una actividad en espacio confinado son:

Realizar el Análisis de Seguridad en el Trabajo (AST), Diligenciar el permiso de trabajo en alturas, inspeccionar arnés y eslinga, ejecutar la actividad en altura.

FALSO ( ) VERDADERO (X)

7. Un mal levantamiento de cargas o un mal movimiento pueden ocasionar:

Hernias discales, lumbagos, dolor de espalda, escoliosis, fatiga muscular.

VERDADERO (X) FALSO ( )

8. El peso máximo recomendado que un hombre debe levantar manualmente una carga es:

50 Kg

FALSO (X) VERDADERO ( )

9. El peso máximo recomendado que un hombre debe levantar manualmente una carga es:

25 kg

VERDADERO (X) FALSO ( )

10. Según la imagen coloque el número correspondiente del peligro:

Peligros						
N°	3	5	1	6	2	4
Nombre	1. Químicos	2.Trabajo en alturas	3. Ruido	4. Manejo manual de cargas	5. Virus y bacterias	6. Electricidad

Powered by CamScanner

11. Las funciones del COPASST o Vigia SST son:

Participar en la investigación de incidentes, realizar inspecciones de seguridad, Servir de puente de comunicación entre los trabajadores y la gerencia, reunirse mensualmente.

FALSO ( ) VERDADERO (X)

12. Las funciones del Comité de Convivencia son:

Prevenir malas conductas de acoso laboral, Fomentar el dialogo, planes de mejora y hacer seguimiento, Analizar y escuchar a las partes, Comunicar a la alta dirección los casos, Reunirse cada tres meses para hacer seguimiento a las acciones propuestas.

VERDADERO (X) FALSO ( )

13. . Un accidente de Trabajo es:

Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte.

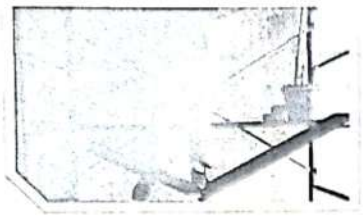
FALSO ( ) VERDADERO (X)

14. . Cuando me ocurra un accidente de trabajo debo:

Informar a mi jefe inmediato y asistir a un centro de salud para recibir atención médica.

VERDADERO (X) FALSO ( )

15. ¿La imagen corresponde a un ACTO INSEGURO?



FALSO ( ) VERDADERO (X)

16. . ¿La imagen corresponde a una CONDICIÓN INSEGURA?



VERDADERO (X) FALSO ( )

17. Unir con una linea para que sirve cada EPP.



18. De acuerdo con el código de colores definido por el ministerio de ambiente, relacione con una linea lo que se almacena en cada recipiente.



Papel Higiénico Servilletas Papel y cartón contaminado con comida Papeles metalizados	Plàstico Cartón Vidrio Papel Metales	Restos de comida Desechos agricolas

Calificación Evaluación		Retroalimentación:
Respuestas Correctas		
Respuestas Incorrectas		
Método de Calificación	Entre 14 y 18 respuestas correctas : Aprobado 9 y 13 respuestas correctas: Aceptable con retroalimentación Entre 1 y 8 respuestas incorrectas: Debe repetir la evaluación	Entre

Firma Trabajador Jaime Prado

Celular 310 397 45 03

Dirección KR 68F 43B-33

Localidad Bonedy

Nombre del evaluador ING. FABIO MERCK RAMIREZ POVEDA

Powered by CamScanner


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 334.409

PRADO CRISTANCHO

APELLIDOS

JAIME

NOMBRES

Jaime Prado Cristancho

FIRMA

Eps. salud TOTal

Porvenir

KR 68 1. 43. B. 33 Delicias

c. 310. 397. 25-03


FECHA DE NACIMIENTO 14-DIC-1957

VENECIA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

21-JUL-1977 VENECIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

ÍNDICE DERECHO

A-1524700-01093146-M-0000334409-20190813 0067342518A 2 9909704120

Powered by CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014614519	2|5|0|4|2|0|2|5

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

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

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

3.Regimen
A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4.Contribución Solidaria
Si ☐ No ☒

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

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

7.Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
PRADO	CRISTANCHO	JAIME	

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación	13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento	15.Fecha Nacimiento
CC	334409	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	COLOMBIA	Pais: COLOMBIA Departamento: Municipio:	1|4|1|2|1|9|5|7

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A		1423500	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CR 10 25 A 51.		3103972503	JAIMECRISTANCHO57@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
CUNDINAMARCA	SOACHA	57	Urbana cabecera municipal ☐ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

28. Tipo documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento	34.Fecha Nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual		Pais: Departamento: Municipio:	

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

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

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

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
OBRAS CIVILES P Y C S A S	NIT	901906425	

59.Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito
TRANSVERSAL 51 SUR 70 41	320982870	ANDRE5820@HOTMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA

No de Radicacion
4014614519

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	2|5|0|4|2|0|2|5	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS

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

X.ANEXOS

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

  Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

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

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

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

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

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	95.Firma del funcionario
☐		
96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

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

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901906425
Número Afiliación:	9027275
Razón social:	OBRAS CIVILES P Y C S A S

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	334409
Nombre:	JAIME PRADO CRISTANCHO
Fecha Ingreso:	26/04/2025
Salario básico:	1,423,500
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	1
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	25/04/2025 02:42:46 p. m.

en SALUD
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
MEDICINA ESPECIALIZADA Y ULTRASONIDO

Cra 21 # 23–26 Sur
Bogotá, Colombia
300 523 1062 - 324 339 2138
NI 901467404

Impreso con **MedSystem**

Certificado laboral

901906425 -4 - OBRAS CIVILES P Y C S.A.S

Paciente	**JAIME PRADO CRISTANCHO**	**Examen**	**Ingreso laboral**
CC	334409	Fecha	Mar., 22 de abr. 2025 07:09h
Edad	67 años y 4 meses		
Ocupación	PLOMERO		



Servicios realizados

Medicina Ocupacional

Concepto

Tipo de concepto

Sin restricción para el cargo

Énfasis

Osteomuscular

Generación: mar., 22 de abr. 2025

Observaciones y/o recomendaciones

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO
ASINTOMATICO OSTEOMUSCULAR

RECOMENDACIONES:

PAUSAS ACTIVAS.	HABITOS SALUDABLES.
HIGIENE POSTURAL.	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL.
REALIZAR ACTIVIDAD FISICA.	CONTROL OCUPACIONAL ANUAL.

He comprendido el objetivo, propósito, beneficios y riesgo del examen médico, paraclínico y/o ocupacionales que se me practicaron. Certifico que las respuestas suministradas por mí en estos exámenes y que se plasmaron en este documento son veraces y completas. Entiendo que este es un proceso voluntario y libre de toda cohesión, AUTORIZO para que den a conocer sea por medio electrónico o físico esta información a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente para el adecuado cumplimiento del SGSST. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido lo anteriormente expuesto y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

HENRY ENRIQUE OROZCO SOLANO
CC: 72264756
Medico Salud Ocupacional
R.M. 0896-9 - L.S.O. 13546

JAIME PRADO CRISTANCHO
CC: 334409
Paciente
* Firma autorizada desde el consentimiento informado

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **PRADO CRISTANCHO JAIME, CC - 334409**, está afiliado(a) desde **25/04/2025**, como trabajador(a) de **OBRAS CIVILES P Y C S.A.S**, con NIT: **9019064254**.

Estado civil: **Soltero**
Cónyuge/Compañero(a): **NO REPORTA**
Categoría: **A**
Fecha de Ingreso a la Empresa: **26/04/2025**

Grupo familiar conformado por:

NOMBRE	No. Identificación	Parentesco
NO EXISTE REGISTRO	-	-

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **25 de abril de 2025** a solicitud del interesado

Cordialmente,

Sandra Milena Mariño Ojeda
Jefe Departamento Subsidio

HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE forma minerva 10-00

Ciudad	Fecha D M A	Empleo o cargo solicitado	Código cargo
Bogota D.C.		Plomero	

I. DATOS PERSONALES

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
Prado	Cristancho	Jaime

Profesión, ocupación u oficio	Años de experiencia laboral	¿Cuánto es su aspiración salarial?
Plomero	18 años	$ 2.700.000

Lugar de nacimiento	(*) Fecha de nacimiento	(*) Estado civil
Venecia Cundinamarca	D 14 M 12 A 1957	Soltero

Dirección domicilio	Barrio	Teléfono
carrera 6Bi # 43B-33 sur	las delicias	

Cédula de ciudadanía N° 334.409 — Expedida en: Venecia Cundinamarca

(**) Libreta militar N° — Distrito N° — Primera clase: ☐ Segunda clase: ☒

FOTOGRAFIA RECIENTE
Tamaño 3 x 4 cms.

Licencia de conducción	¿Vivienda propia?	Nombre del arrendador	Teléfono	Valor del arriendo
	Si ☐ No ☒			

¿Está trabajando actualmente?	¿En qué empresa?		Tipo de contrato
Si ☐ No ☒		Empleado ☐ Independiente ☐	

II. EDUCACION Y APTITUDES

	Establecimiento	Ciudad	Ultimo grado cursado	Fecha
Primaria	Jose tadeo lozano	Venecia	5º	7968
Bachillerato	Establecimiento	Ciudad	Ultimo grado cursado	Fecha
Educación Superior	Establecimiento	Ciudad	Años cursados	Fecha
	Titulo obtenido y/o especialidad	Tipo de formación: Técnica ☐ Tecnológica ☐ Profesional ☐		

¿Qué estudios realiza actualmente?	Horario:

III. EXPERIENCIA LABORAL

Relacione los últimos dos empleos que ha tenido. Necesita dar más detalles? Anéxelos en una hoja por separado. Copia para el empleador

Nombre de la última o actual empresa	Dirección	Teléfono(s)
Apil Ingenieria S.A.	calle 743 #46-38 Bogota	3103087560

Nombre de su jefe inmediato	Cargo(s) desempeñado(s) por usted
fabio pinilla	Plomero

Funciones realizadas: Acometidas y traslado de tuberias en agua potable.

Fecha de ingreso	Fecha de retiro	Sueldo inicial	Sueldo final o actual
5/7/2024	12/04/2025	$ 2.700.000	$ 2.700.000

Motivo del retiro: termino de contrato.

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

	Dirección	Teléfono(s)

Nombre de su jefe inmediato	Cargo(s) desempeñado(s) por usted

Funciones realizadas

Fecha de ingreso	Fecha de retiro	Sueldo inicial	Sueldo final
		$	$

Motivo del retiro

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

© LEGIS. Prohibida toda reproducción total o parcial sin la expresa autorización escrita de LEGIS, bajo cualquier medio conocido o por conocer, así perjuicio de las sanciones civiles y penales establecidas en la Ley autoral.

Powered by CamScanner

IV. TRAYECTORIA POR EMPRESAS (Marque con una (X) en que clase de empresas ha trabajado o tiene experiencia)

AGRICULTURA		Textiles y Confecciones		Metalurgia		COMERCIO		SALUD	
GANADERIA / AVICULTURA		Cuero y Calzado		Maquinaria		HOTELES Y RESTAURANTES		EDUCACION	
MINERIA		Papel y Cartón		Automotores		TRANSPORTE		SEGUROS	
PETROLEO / GASOLINA		Editorial y Artes Gráficas		Muebles		BODEGAJE		VIGILANCIA	
INDUSTRIA		Químico y Farmacéutico		Reciclaje		COMUNICACIONES		OTRO	
Alimentos y Bebidas		Caucho y Plástico		ELECTRICIDAD / GAS / AGUA		FINCA RAIZ			
Tabaco		Vidrio, Cerámica y Cemento		CONSTRUCCION		INFORMATICO			

V. INFORMACION FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja	
Cargo actual	**Dirección**	**Teléfono**	**Ciudad**
Nº de personas que dependen económicamente del solicitante	**Parentesco**	**Edades**	
0			
Nombre(s) padre(s)		**Profesión, ocupación u oficio**	
Jose Maria Prado Manrique		Fallecido.	
Maria Concepción. Cristancho		Fallecida.	

VI. REFERENCIAS PERSONALES (Indique dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores)

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.-	Alexander Prado Garcia	Independiente	carrera 68 i # 43B-33 sur	3187993392
2.-				

VII. INFORMACION ADICIONAL

¿Quien le sugirió solicitar empleo en esta empresa?	Anuncio		Amigo	X	¿Lo recomienda alguien que trabaja en esta empresa? Si [ ] No [ ]
	Agencia		Otro		
Nombre de la persona que lo recomienda					División o departamento
Si tiene parientes en esta empresa menciónelos: Ninguno.					

Nota importante
Favor no llamar por teléfono, ni concurrir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.

Certificación
Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mi, en la presente hoja de.vida son veraces (C. S. T., Art. 62 Num. 1°) Régimen Laboral Colombiano§ 1057 (Legis).

Firma del solicitante
Jaime Prado
C.C. 336409

VIII. ADMINISTRACION PROCESO DE SELECCION (Espacio exclusivo para el empleador)

Concepto primer entrevistador:			
		Vo. Bo. como candidato. Firma	Fecha
Concepto segundo entrevistador:			
		Vo. Bo. como candidato. Firma	Fecha
			Fecha
Candidato seleccionado definitivamente Si [ ] No [ ]		Contrátese a partir del	Sueldo $
Candidato elegible próximamente Si [ ] No [ ]		Cargo	Tipo de contrato
Referencias verificadas por	**Primer entrevistador**	**Segundo entrevistador**	**Firma de quien autoriza contratación**

Powered by CamScanner


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 334.409

PRADO CRISTANCHO

APELLIDOS

JAIME

NOMBRES

Jaime Prado Cristancho

FIRMA

Eps. salud TOTal

Porvenir

KR 68 1. 43. B. 33 Delicias

c. 310. 397. 25-03


FECHA DE NACIMIENTO 14-DIC-1957

VENECIA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

21-JUL-1977 VENECIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

ÍNDICE DERECHO

A-1524700-01093146-M-0000334409-20190813 0067342518A 2 9909704120

Powered by CamScanner

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 03:11:49 PM horas del 25/04/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **334409**
Apellidos y Nombres: **PRADO CRISTANCHO JAIME**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República | Ministerio de Defensa Nacional | Portal Único de Contratación | GOV.CO

Todos los derechos reservados.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 25 de abril de 2025, a las 15:12:22, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	334409
Código de Verificación	334409250425151222

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

Yo Jaime Prado identificado con número de documento CC: 334 409 desempeñando el cargo de Ayudante obra formalmente declaro que hoy 24/04/2025 He recibido verbalmente parte del residente de Seguridad y Salud en el Trabajo, la inducción y el conocimiento necesario referente a los riesgos inherentes al trabajo que realizo, como:

PELIGRO IDENTIFICADO	SI	NO
Biológico (Virus, bacterias, picaduras, mordeduras)	✓	
Físico (Ruido, vibraciones, radiaciones no ionizantes)	✓	
Químico (Gases y vapores)	✓	
Psicosocial (Condiciones de la tarea, organización del trabajo)	✓	
Biomecánico (Movimiento repetitivo, manejo manual de cargas, posturas prolongadas y mantenidas)	✓	
Condiciones de seguridad mecánicas (Manejo de herramientas manuales y maquinaria)	✓	
Condiciones de seguridad eléctricas (Manejo de herramientas eléctricas)	✓	
Condiciones de seguridad locativas (Superficies de trabajo irregulares, condiciones de orden y aseo)	✓	
Condiciones de seguridad locativas (Trabajo en alturas)	✓	
Condiciones de seguridad tecnológicas (Derrames, incendios)	✓	
Condiciones de seguridad vial (Accidentes de tránsito)	✓	
Condiciones de seguridad públicos (robos, atracos, asaltos, disturbios y alteración del orden público).	✓	

En consecuencia, me comprometo a cumplir con todas las normas, procedimientos, protocolos en seguridad y salud en el trabajo con el fin de procurar el cuidado integral de mi salud y la de mis compañeros de trabajo.

Firma del responsable del SG-SST

Jaime Prado

Firma del trabajador

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 96.331.214

VALENCIA VERA
APELLIDOS

FRANCISCO JAVIER
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-OCT-1972
EL PAUJIL
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

10-JUL-1991 EL PAUJIL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
BEATRIZ REGGIO LOPEZ

A-0903400-35139261-M-0096331214-20050923 0548205206B 02 181990314

Powered by CamScanner

Medellín, 23 de April 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 GARZON OTALVARO NESTOR RAUL.

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 CALDAS		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C96331214	VALENCIA VERA FRANCISCO JAVIER	24/04/2025		200o1423	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 23/04/2025 20:42:32 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.66.217.226, 192.230.104.4, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 24/04/2025, el empleador GARZON OTALVARO NESTOR RAUL identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 10256426 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
8685805	24/04/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	96331214	FRANCISCOJAVIER VALENCIA VERA	1423500	AYUDANTE DE CONSTRUCCION	2025-04-24

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 24 días del mes de Abril del año 2025.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

FRANCISCO JAVIER VALENCIA VERA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **96.331.214**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 23 de Abril del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **VALENCIA VERA FRANCISCO JAVIER, CC - 96331214**, está afiliado(a) desde **23/04/2025**, como trabajador(a) de **GARZON OTALVARO NESTOR RAUL**, con NIT: **102564261**.

Estado civil: **Soltero**
Cónyuge/Compañero(a): **NO REPORTA**
Categoría: **A**
Fecha de Ingreso a la Empresa: **2025-04-24**

Grupo familiar conformado por:

NOMBRE	No. Identificación	Parentesco
ELIANIS SOFIA VALENCIA CARVAJAL	**1118030243**	**Hijo**

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **23 de abril de 2025** a solicitud del interesado

Cordialmente,

Sandra Milena Mariño Ojeda
Jefe Departamento Subsidio

minerva 10-03

LA ORIGINAL

www.formasminerva.com

HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha | Empleo o cargo al que aspira

I. INFORMACION GENERAL

(*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 5 Convenio 111 OIT.

Apellido(s) del aspirante: Valencia vera
Nombre(s) del aspirante: Francisco Javier
Fecha de nacimiento: 03 10 1972
Lugar de nacimiento: El paujil caqueta
Dirección domicilio / Barrio: TV 59 68 H 72 Sur
Ciudad: Bogotá
Teléfono:
No. Celular: 3239128422
Correo electrónico: 50f12703jav@gmail.com
Nacionalidad: colombiano
Profesión, ocupación u oficio: maestro de obra
(*) Estado civil: unión libre
Años de experiencia laboral: 26 años

FOTOGRAFIA RECIENTE Tamaño 3x4 cms.

DOCUMENTACION

(**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995

Cédula de ciudadanía: [X] N° 96 331 214
Extranjería: [ ] Expedida en:
(**) Libreta militar N°: Primera clase: [ ]
Distrito N°: Segunda clase: [ ]
Tarjeta profesional N°:
¿Tiene vehículo? Si [ ] No [X]
Licencia de conducción N°: Categoría:

II. PERFIL LABORAL

Mencione brevemente estudios, experiencia y habilidades que lo caractericen en su vida laboral

Tengo en construcción llevo 26 años de experencia en remodelación y construcción de edificaciones de viviendas, familiarizado con la manipulación de diferentes materiales, productos y herramientas. capaz de aprender rapidamente y con actitud positiva. y tambien tengo conocimientos en vias.

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si [X] No [ ]
¿En qué empresa?
Empleado [ ] Independiente [X]
Tipo de contrato

¿Trabajó antes en esta empresa? Si [ ] No [X]
¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si [ ] No [X]
Fecha D M A
¿Conoce a alguien de esta empresa? Si [ ] No [X] Nombre Dependencia

¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si [ ] No [X] Nombre Dependencia

¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio [ ] Amigo [ ] Redes Sociales [ ] Por medio de agencia [ ] Otro [ ] ¿Cuál?

¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si [X] No [ ]
Vive en casa: ¿Familiar? [ ] ¿Propia? [ ] ¿Alquilada? [X]
Nombre del arrendador: Ines ojuela
Teléfono: 3114610923
¿Hace cuanto tiempo reside en este lugar? 1 año

¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si [ ] No [X]
Describalo e indique su valor mensual
¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $ 1900000

¿Por qué conceptos? Arriendo, Alimentos, servicios, transporte
¿Cuanto es su aspiración salarial? $ lo asignado Empresa

¿Cuál es su principal afición? El deporte
¿Practica algún deporte? Si [X] No [ ] ¿Cuál(es)? micro futbol

¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros?
Si [ ] No [X] ¿Cuál(es)?

minerva © by Legis. Prohibida su reproducción. Se denunciarán penalmente las falsificaciones

REV. 05-2013

99926635

Powered by CamScanner

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposo (a) o compañero(a): Eliza Aurora Carvajal Medina	Profesión, ocupación u oficio: Ama de casa	Empresa donde trabaja:	
Cargo actual:	Dirección: TV 59 68 # 72 sur	Teléfono: 3118431837	Ciudad: Bogotá
No. de personas que dependen económicamente de usted: 3	Parentesco: Esposa hija hijastro	Edades: 3 años 8 25 años	
Nombre(s) padre(s): Nelson alonso valencia	Profesión, ocupación u oficio: constructor	Teléfono(s): 313 2519117	
mercedes vera de valencia	ama de Casa	3144169278	
Nombre(s) hermano(s): Ana Cecilia valencia vera	Profesión, ocupación u oficio: Independiente	Teléfono(s): 3118374803	
Javier Antonio valencia vera	Oficial de construcción	3203723573	

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria	2000	5°	primaria	San luis gonzaga	El Paujil Cld
Bachillerato Académico ☐ Técnico ☐		9°	Bachiller	Alto guadualito	El Doncello Cld
Comercial ☐ Otro ☐					
Educación Superior Técnico ☐					
Tecnológico ☐					
Profesional ☐					
Posgrados					

Otros: cursos, diplomados, seminarios.	Intensidad horaria	Nombre del programa	Institución
Otros: cursos, diplomados, seminarios.	Intensidad horaria	Nombre del programa	Institución

¿Cursa estudios actualmente? Si ☐ No ☒	¿Qué tipo de estudios?	Duración (años, semestres, meses)	Año / semestre que cursa
Nombre de la institución		Horario: Diurno ☐ Nocturno ☐	Fin de semana ☐ A distancia ☐

OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de domino **R-Regular** (50 a 60%) **B-Bueno** (61 a 80%) **MB-Muy Bueno** (81 a 100%)

Sistemas Sí ☐ No ☐	1.	R	B	MB	3.				R	B	MB
¿Qué programas maneja?	2.	R	B	MB	4.				R	B	MB
Idiomas Sí ☐ No ☐	1.	Escucha: R B MB / R B MB			Lectura: R B MB / R B MB			Escritura: R B MB / R B MB			Habla: R B MB / R B MB
¿Qué idioma(s) conoce?	2.										

Nota: en caso de ser contratado(a) favor preparar toda la documentación.

VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ÚLTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO, COMENZANDO POR EL ÚLTIMO O ACTUAL. SI NECESITA DAR MÁS DETALLES UTILICE LA ÚLTIMA PÁGINA DE NOTAS ADICIONALES. ESTOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL

Nombre de la última o actual empresa: Grupo RED Inversiones S.A.S.	Actividad Económica:	Dirección:			Teléfono(s):	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted: Oficial de obra	Área del cargo: envias	Fecha Ingreso: D 21 M 03 A 23	Fecha Retiro: D 07 M 06 A 23		Sueldo Inicial: $1900000	Sueldo Final: $1900000

Funciones realizadas: Instalar adoquin, bordillos, tabletas, bajo ramplas, Bahias en concreto parqueadero en concreto, pozas etc.

Nombre de su jefe inmediato: Hilbert Suarez — Cargo: maestro

Logros obtenidos: Experiencia laboral y conocimiento

Tipo de contrato: Indefinido ☒ ¿Cuánto tiempo? — Fijo ☐ — Contrato directo con la empresa ☐ — Contrato por medio de agencia ☐ — Otro ☐ ¿Cuál?

Horario de trabajo: Tiempo completo ☒ 1/2 Tiempo ☐ Por horas ☐ Jornada: Diurna ☐ Nocturna ☐ Otra jornada ☐

Motivo del retiro: Voluntario

Powered by CamScanner

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
Unión Temporal Viviendas Sur	Construcción	Ibague tolima	3B3060287

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
maestro de obra	rural	D 17 M 08 A 20	D 22 M 04 A 21	$ contrato	$

Funciones realizadas: Construcción de viviendas de interes Social

Nombre de su jefe inmediato: Jaime Ivan romero — Cargo: ingeniero

Logros obtenidos: Experiencia y conocimiento

Tipo de contrato: Indefinido [X] ¿Cuánto tiempo? — Fijo [ ] — Contrato directo con la empresa [ ] — Contrato por medio de agencia [ ] — Otro [ ] ¿Cuál?

Horario de trabajo: Tiempo completo [ ] 1/2 Tiempo [ ] Por horas [ ] — Jornada: Diurna [X] Nocturna [ ] Otra jornada [ ]

Motivo del retiro

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
Edilberto Osorio Santofimio	Construccion		3182946802

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
maestro de obra		D M A	D 09 M 01 A 20	$ 1900000	$

Funciones realizadas: Construcción de vox coulvers Alcantarilla

Nombre de su jefe inmediato: Edilberto osorio santofimio — Cargo: Ingeniero

Logros obtenidos: Experiencia laboral

Tipo de contrato: Indefinido [X] ¿Cuánto tiempo? — Fijo [ ] — Contrato directo con la empresa [ ] — Contrato por medio de agencia [ ] — Otro [ ] ¿Cual?

Horario de trabajo: Tiempo completo [X] 1/2 Tiempo [ ] Por horas [ ] — Jornada: Diurna [X] Nocturna [ ] Otra jornada [ ]

Motivo del retiro

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Ana Cecilia valencia	Independiente	TV 59 68 #72 SUR	3118374303
2.	Jaiver Antonio valencia	Oficial de construcción	TV 59 68 #72 SUR	3203723573

Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Eliza Aurora carvajal Medina	Ama de casa	TV 59 68 # 72 SUR	3118431837
2.	Ivan Bernal	tintoria	TV 59 68 H 72 SUR	3504140933

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción. [ ] Marque con una X

Nota Importante

Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.

Certificación

Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T, Art. 62 Num. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 107 (Legis)

Firma del solicitante

C.C.

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 96.331.214

VALENCIA VERA
APELLIDOS

FRANCISCO JAVIER
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-OCT-1972
EL PAUJIL
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

10-JUL-1991 EL PAUJIL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
BEATRIZ REGGIO LOPEZ

A-0903400-35139261-M-0096331214-20050923 0548205206B 02 181990314

Powered by CamScanner

La República de Colombia
y en su nombre

Centro de Educación para Adultos
«ALTO GUADUALITO»
El Paujil - Caquetá

Aprobado por la Secretaría de Educación del Caquetá
SEGUN RESOLUCION No. 00516 DEL 200 2 .

Confiere el presente

CERTIFICADO
A:

Valencia Francisco Javier

Por haber cursado y Aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Básica Secundaria, en virtud de la Ley 115 sus reglamentarios y el Decreto 3011 de 1997.

RAQUEL PARRA ANGEL
C.C.40.782.764 deFcia.
DIRECTORA

OMAR TAPIERO GARCIA
C.C.12.263.424 Pitalito
SECRETARIO

Dado en Paujil Caquetá, a los 27 dias del
mes de Julio del 200 2 .

Powered by CamScanner

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que

FRANCISCO JAVIER VALENCIA VERA

Con Cedula de Ciudadania No. 96.331.214

Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad, le confiere el

Título de

TÉCNICO EN

CONSTRUCCIÓN DE EDIFICACIONES

En testimonio de lo anterior, se firma el presente Titulo en El Paujil, a los diez (10) dias del mes de marzo de dos.mil catorce (2014)

Firmado Digitalmente por
JOSE DELBY VARGAS GUTIERREZ
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogota - Colombia

JOSE DELBY VARGAS GUTIERREZ
SUBDIRECTOR CENTRO TECNOLOGICO DE LA AMAZONIA
REGIONAL CAQUETÁ

10612930 - 10/03/2014
No y FECHA REGISTRO

Powered by CamScanner

CORPORACIÓN VISIÓN EMPRESARIAL

NIT: 900.522.766-8

En cumplimiento a la Política de Responsabilidad Social Empresarial y
En virtud a Decreto 4904 de 2009 Numeral 5.8 y al art. 43 de la ley 115 de 1994
y la Resolución 0330 de 2015

HACE CONSTAR QUE:

VALENCIA VERA FRANCISCO JAVIER

CC. N° 96.331.214 de El Pajuil

Asistió y aprobó el CURSO – TALLER BASICO en INTERPRETACION DE PLANOS de acuerdo con el manual de operaciones, con una intensidad de 30 horas teórico prácticas.

Código de Verificación: OME 01360

En Constancia se firma en: Yopal Departamento de Casanare El 11 de Abril del 2022.

Emp. GUILLERMO ABRIL ABRIL
Gestor capacitaciones

CORPORACIÓN VISIÓN EMPRESARIAL

Powered by CamScanner

CORPORACIÓN VISIÓN EMPRESARIAL

NIT: 900.522.766-8

En cumplimiento a la Política de Responsabilidad Social Empresarial y
En virtud a Decreto 4904 de 2009 Numeral 5.8 y al art. 43 de la ley 115 de 1994
y la Resolución 0330 de 2015

HACE CONSTAR QUE:

VALENCIA VERA FRANCISCO JAVIER

CC. N° 96.331.214 de El Pajuil

Asistió y aprobó el CURSO-TALLER BASICO en COORDINADOR VIAL de acuerdo con el manual de operaciones, con una intensidad de 30 horas teórico prácticas.

Código de Verificación: OME 01370

En Constancia se firma en: Yopal Departamento de Casanare El 11 de Abril del 2022.

Emp. GUILLERMO ABRIL ABRIL
Gestor capacitaciones

CORPORACIÓN VISIÓN EMPRESARIAL

Powered by CamScanner

CALGESA

CENTRO DE ALTOS ESTUDIOS PARA LA CALIDAD Y GESTIÓN AMBIENTAL

FRANCISCO JAVIER VALENCIA VERA

Ha participado y aprobado el Seminario: "Sistemas de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, Ley 29783 e ISO 45001" con una duración de **12 Horas Académicas.**

FOLIO Nº SEMG01A-ISO22-403

SEMINARIO:

"SISTEMAS DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, LEY 29783 E ISO 45001"

CALIFICACIÓN DEL SEMINARIO: 16

GERENCIA DE CAPACITA... CALGESA

Contáctate con nosotros en **www.calgesa.com**

Powered by CamScanner

FOLIO Nº SEMG01A-ISO22-403

CALGESA

CENTRO DE ALTOS ESTUDIOS PARA LA CALIDAD Y GESTIÓN AMBIENTAL

SE OTORGA EL SIGUIENTE **CERTIFICADO** A:

FRANCISCO JAVIER VALENCIA VERA

POR HABER PARTICIPADO Y APROBADO EL **SEMINARIO:**

"SISTEMAS DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, LEY 29783 E ISO 45001"

EL SEMINARIO SE REALIZÓ EL DÍA 24 DE JUNIO DEL 2022, CUMPLIENDO CON LAS EXIGENCIAS DE ACREDITACIÓN DE CALGESA - CENTRO DE ALTOS ESTUDIOS PARA LA CALIDAD Y GESTIÓN AMBIENTAL, CON UNA DURACIÓN DE **12 HORAS ACADÉMICAS.**

Lima, 09 de Julio del 2022

GERENCIA DE CAPACITACIONES CALGESA

EDWIN CESAR JAUREGUI INGA
GERENTE GENERAL
CALGESA

DIRECCIÓN ACADÉMICA CALGESA

HUANCA FERNANDEZ DEYANIRA XIOMARA
COORDINADORA
ACADÉMICA

Powered by CamScanner

NIT. 900.081.295-7

GRUPO RED INVERSIONES SAS.

CERTIFICA QUE:

El señor **VALENCIA VERA FRANCISCO JAVIER** identificado con cédula de ciudadanía número **96.331.214** de El Paujil (Caquetá). trabajo con **GRUPO RED INVERSIONES SAS**., con un contrato por obra o labor desde el 21 de marzo de 2023 hasta el 07 de junio de 2023, desempeñando el cargo como oficial de obra.

Dada en Bogotá D.C., a los quince (15) días del mes de junio de 2023.

Cordialmente,

Red Inversiones SAS
NIT. 900.081.295-7
CC Archivo

DIANA MILENA ROJAS ARIAS
Directora Administrativa y Financiera
Grupo Red Inversiones S.A.S.
CC. Archivo

Powered by CamScanner

UNION TEMPORAL VIVIENDAS SUR
NIT- 901.376.706-3

CERTIFICACIÓN LABORAL

A QUIEN INTERESE

En mi calidad de representante legal de la empresa **UNION TEMPORAL VIVIENDAS SUR**, con **NIT 901.376.706-3**, certifico que el señor FRANCISCO JAVIER VALENCIA VERA, identificado con cedula de ciudadanía N° 96.331.214 de El Paujil - Caquetá, se desempeña como Maestro contratista con contrato de obra/labor en nuestra empresa en la construcción de viviendas de interés social con las siguientes condiciones:

CARGO: **MAESTRO DE OBRA**
FECHA DE INGRESO: 17 DE AGOSTO DE 2020

La presente certificación se expide en Ibagué Tolima el día 22 del mes de Abril del año 2021.

Atentamente,

JAIME IVAN ROMERO SANTOFIMIO
UNION TEMPORAL VIVIENDAS SUR
REPRESENTANTE LEGAL
C.C 1.110.517.133

Powered by CamScanner

OSCAR JAVIER QUINTERO SÁNCHEZ
INGENIERO CIVIL
E-MAIL: oscarjquintero@[illegible]
TELEFONO: 313 350 9155

OSCAR JAVIER QUINTERO SANCHEZ

CERTIFICO QUE:

El señor **FRANCISCO JAVIER VALENCIA VERA** con C.C.96331214 del El Paujil Caquetá; laboró con el cargo de **MAESTRO GENERAL DE OBRA** para la ejecución del proyecto denominado "FORTALECIMIENTO SOCIAL Y COMUNITARIO A TRAVES DEL MEJORAMIENTO DE VIAS TERCIARIAS MEDIANTE LA CONSTRUCCION DE BOX COULVERT EN LA VEREDA LA HOLANDA EN EL NUCLEO LA SARDINATA DEL MUNICIPIO DE CARTAGENA DEL CHAIRA – CAQUETA"

VALOR MENSUAL CONTRATADO:	$ 2.500.000.oo.
FECHA DE INICIO:	26/10/2019.
TERMINO:	26/12/2019
DESEMPEÑO:	SATISFACTORIA

Se expide por solicitud del interesado en Florencia a los (29) de Diciembre de 2019.

OSCAR JAVIER QUINTERO SANCHEZ
C.C. No. 79.726.616 de Bogotá.
M.P No. 25202097516 CND
Dirección de Correo: Calle 17 N 7 – 07 LOCAL 3
Correo Electrónico: oscarjquintero@hotmail.com
Teléfono Celular: 313 350 91 55
Florencia -- Caquetá

Powered by CamScanner

C O M P A N I A
OSSA GUZMAN SAS
CONSTRUCCIONES - INTERVENTORIAS - CONSULTORIAS

CERTIFICACIÓN

La suscrita, **ADRIANA MARIA GUZMAN ROJAS** identificada con cedula de ciudadanía No. 40.077.459 de Florencia, Representante Legal de Compañía Ossa Guzman SAS, certifica que el señor **FRANCISCO JAVIER VALENCIA VERA**, identificado con cedula de ciudadanía 96.331.214 expedida en El Paujil, trabaja como MAESTRO DE OBRA en Construcción de edificaciones, Placa Huellas, Alcantarillas, Obras de contención, además de trabajos de obra blanca.

Se expide a solicitud del interesado en el municipio de Florencia, Caquetá a los trece (13) días del mes de enero de 2020.

ADRIANA MARIA GUZMAN ROJAS
C.C 40.077.459 de Florencia
Rep. Legal COSSAG S.A.S

Calle 10 No. 9A - 27 Cr. 101 Ed. El Prado [illegible]
E-mail: cossag[illegible]@hotmail.com

Powered by CamScanner

FGD-001-14

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CAQUETÁ
MUNICIPIO DE CARTAGENA DEL CHAIRÁ
ALCALDÍA
NIT. 800095754-4
(DESPACHO ALCALDE)

EL ALCALDE MUNICIPAL DE CARTAGENA DEL CHAIRA - CAQUETA EN USO DE SUS FACULTADES legales y constitucionales en especial las conferidas en el artículo 315, Ley 136 de 1994, y demás normas legales:

HACE CONSTAR QUE:

Que conozco de vista y trato al señor FRANCISCO JAVIER VALENCIA VERA, identificado con cédula de ciudadanía N° 96.331.214 expedida en Paujil - Caquetá, quien durante dos (02) años na prestado sus servicios en la Administración Municipal como constructor, quien se ha destacado por ser una persona reconocida por su honorabilidad, responsable y cumplidor con sus deberes, con gran espíritu de colaboración constante, y hasta la fecha presenta excelente reputación en la prestación de sus servicios.

En constancia de lo anterior se firma en las instalaciones de la Alcaldía Municipal del Municipio de Cartagena del Chairá, a los Veintiuno (21) días del mes de Agosto de dos mil Diecinueve (2019).

LUIS FRANCISCO VARGAS CORREA

Alcalde Municipal

Powered by CamScanner

EDILBERTO OSORIO SANTOFIMIO
INGENIERO CIVIL.
MP 70202-357841 TLM

CERTIFICACIÓN

El suscrito, **EDILBERTO OSORIO SANTOFIMIO** mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Florencia, identificado con cedula 1.117 525.231 expedida en Florencia, certifica que el señor **FRANCISCO JAVIER VALENCIA VERA**, identificado con cedula de ciudadanía 96.331.214 expedida en El Paujil, trabaja como **MAESTRO DE OBRA** en construcción de edificaciones, alcantarillas, boxcoulvert, puentes además de trabajos de terminados en interiores de obra blanca.

Se expide a solicitud del interesado en el municipio de Cartagena, Caquetá a los nueve (09) días del mes de enero de 2020.

Atentamente,

EDILBERTO OSORIO SANTOFIMIO
C.C 1.117.525.231 de Florencia

Calle 12c #2e-21 Barrio Abas Turbay - Celular 318 294 6802
Email: edilbert92@hotmail.com
Florencia - Caquetá

Powered by CamScanner

El arquitecto WERNER ANTONIO GUERRA HERRERA, Identificado con matricula profesional No. A25022000-9533980

CERTIFICA:

Que el señor **FRANCISCO JAVIER VALENCIA VERA**, identificado con cédula de ciudadanía No 96.331.214, se presentó por parte de algunos subcontratistas como supervisor y maestro de obra en algunos de los proyectos dentro la estrategia OBRAS PDET entre 2018 y 2020 del cual fui Coordinador de Seguimiento Técnico para el Operador de la Estrategia en la cuenca del Caguán y piedemonte Caqueteño, dichas obras correspondieron a obras de drenaje e Infraestructura vial como Box Coulverts, Alcantarillas en concreto de 36" y placa huellas, todas en el departamento del Caquetá.

Al señor VALENCIA le conozco desde noviembre de 2012 hasta la fecha, tiempo en el cual ha demostrado conocimiento de su profesión, puntualidad, responsabilidad y cumplimiento en las labores asignadas, así como liderazgo con su equipo de labor.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, el día 17 de octubre de 2020 en Florencia Caquetá.

Arq. WERNER ANTONIO GUERRA HERRERA
C.C. 9.533.980

Telefax: 098-4357047 Cel 315-6376597

Powered by CamScanner

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 23 de abril de 2025, a las 20:50:16, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	96331214
Código de Verificación	96331214250423205016

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:05:29 PM horas del 23/04/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **96331214**

Apellidos y Nombres: **VALENCIA VERA FRANCISCO JAVIER**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Volver al Inicio

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 269811474

PIB
20:59:13

Bogotá DC, 23 de abril del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) FRANCISCO JAVIER VALENCIA VERA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 96331214:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento con el Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	BOGOTÁ
Contrato No. 1726 - 2024		Anexo 14.5 Versión 0.0 Febrero-2025

NOMBRE	Francisco Javier Valencia	CEDULA No.	96331214
FECHA:	23-04-2023	CARGO	oficial

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	DESCRIPCIÓN	TALLA	CANTIDAD	DOTACIÓN	EPP	OBSERVACIONES
1	Camiga	40	1	x		
2	Pantalón	40	1	x		
3	casco		1	x		
4	Botas	39	1	x		
5						
6						
7						
8						
9						
10						

COMPROMISO

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

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.		FIRMA DE TRABAJADOR	
NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA ENTREGA	ING. FABIO MERCK RAMIREZ	CARGO	Residente SST

Powered by CamScanner

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN SST Y AMBIENTAL	BOGOTÁ
Contrato de Obra No.1726 de 2024		Anexo 11.1 Versión 0.0 Febrero-2025

Nombre: francisco javier valencia Cedula Ciudadanía: 96331219

Fecha: 23-04-2025 Cargo: oficial

EPS: Nueva EPS ARL: Sura AFP: Porvenir

Caja Compensación: cafam Alergias; SI ____ NO X Cuales: ____

Inducción (Trabajador nuevo)	X
Re Inducción (Trabajador antiguo)	

En caso de emergencia comunicar a:

Celular: 3113764019 Parentesco: Hermana

MARQUE FALSO O VERDADERO SEGÚN CORRESPONDA

1. La actividad económica principal de la empresa es:

La construcción de obras de ingeniería civil

FALSO ( ) VERDADERO (V)

2. SISOMA significa: (Seguridad Industrial, Salud Ocupacional y Medio Ambiente)

VERDADERO (V) FALSO ( )

3. Las responsabilidades de los trabajadores frente al SG-SST

	FALSO	VERDADERO
Suministrar información Clara, veraz y completa sobre su estado de salud.		X
Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del SG-SST.		X
Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST de la empresa.		
Procurar el cuidado integral de su salud.		X
Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo .		V

4. Las responsabilidades del consorcio frente al SG-SST son:

	FALSO	VERDADERO
Definir, firmar y divulgar la política y objetivos del SG-SST		V
Asignar y documentar las responsabilidades del SG-SST.		V
Asignar recursos para la implementación del SG-SST.		
Participar en las actividades de capacitación.		V
Cumplir los requisitos normativos aplicables, Capacitar a los trabajadores, realizar gestión de los peligros y riesgos.		V

5. Según la imagen coloque el número correspondiente con la política.

1- Política de no alcohol y drogas	2- Política de no fumadores	3- Política de seguridad y salud en el trabajo
 3	 1	 2

6. Los pasos a realizar antes de ejecutar una actividad en espacio confinado son:

Realizar el Análisis de Seguridad en el Trabajo (AST), Diligenciar el permiso de trabajo en alturas, inspeccionar arnés y eslinga, ejecutar la actividad en altura.

FALSO ( ) VERDADERO (V)

7. Un mal levantamiento de cargas o un mal movimiento pueden ocasionar:

Hernias discales, lumbagos, dolor de espalda, escoliosis, fatiga muscular.

VERDADERO (V) FALSO ( )

8. El peso máximo recomendado que un hombre debe levantar manualmente una carga es:

50 Kg

FALSO ( ) VERDADERO (V)

9. El peso máximo recomendado que un hombre debe levantar manualmente una carga es:

25 kg

VERDADERO (V) FALSO ( )

10. Según la imagen coloque el número correspondiente del peligro:

Peligros						
N°	3	5	1	6	2	4
Nombre	1. Químicos	2.Trabajo en alturas	3. Ruido	4. Manejo manual de cargas	5. Virus y bacterias	6. Electricidad

Powered by CamScanner

11. Las funciones del COPASST o Vigía SST son:

Participar en la investigación de incidentes, realizar inspecciones de seguridad, Servir de puente de comunicación entre los trabajadores y la gerencia, reunirse mensualmente.

FALSO ( ) VERDADERO (√)

12. Las funciones del Comité de Convivencia son:

Prevenir malas conductas de acoso laboral, Fomentar el dialogo, planes de mejora y hacer seguimiento, Analizar y escuchar a las partes, Comunicar a la alta dirección los casos, Reunirse cada tres meses para hacer seguimiento a las acciones propuestas.

VERDADERO (√) FALSO ( )

13. . Un accidente de Trabajo es:

Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte.

FALSO ( ) VERDADERO (√)

14. . Cuando me ocurra un accidente de trabajo debo:

Informar a mi jefe inmediato y asistir a un centro de salud para recibir atención médica.

VERDADERO (√) FALSO ( )

15. ¿La imagen corresponde a un ACTO INSEGURO?



FALSO ( ) VERDADERO (√)

16. . ¿La imagen corresponde a una CONDICIÓN INSEGURA?



VERDADERO (√) FALSO ( )

17. Unir con una línea para que sirve cada EPP.



18. De acuerdo con el código de colores definido por el ministerio de ambiente, relacione con una línea lo que se almacena en cada recipiente.



Calificación Evaluación		Retroalimentación:
Respuestas Correctas		
Respuestas Incorrectas		
Método de Calificación		Entre 14 y 18 respuestas correctas : Aprobado Entre 9 y 13 respuestas correctas: Aceptable con retroalimentación Entre 1 y 8 respuestas incorrectas: Debe repetir la evaluación

Firma Trabajador

Nombre del evaluador ING. FABIO MERCK RAMIREZ POVEDA

Celular 3239128422

Dirección Transversal 59 # 68h - 72 sur

Localidad ciudad Bolívar

Powered by CamScanner

Yo Francisco Javier Valencia identificado con número de documento CC: 9633124 desempeñando el cargo de Oficial formalmente declaro que hoy 23-04-2025 He recibido verbalmente parte del residente de Seguridad y Salud en el Trabajo, la inducción y el conocimiento necesario referente a los riesgos inherentes al trabajo que realizo, como:

PELIGRO IDENTIFICADO	SI	NO
Biológico (Virus, bacterias, picaduras, mordeduras)	✓	
Físico (Ruido, vibraciones, radiaciones no ionizantes)	✓	
Químico (Gases y vapores)	✓	
Psicosocial (Condiciones de la tarea, organización del trabajo)	✓	
Biomecánico (Movimiento repetitivo, manejo manual de cargas, posturas prolongadas y mantenidas)	✓	
Condiciones de seguridad mecánicas (Manejo de herramientas manuales y maquinaria)	✓	
Condiciones de seguridad eléctricas (Manejo de herramientas eléctricas)	✓	
Condiciones de seguridad locativas (Superficies de trabajo irregulares, condiciones de orden y aseo)	✓	
Condiciones de seguridad locativas (Trabajo en alturas)	✓	
Condiciones de seguridad tecnológicas (Derrames, incendios)	✓	
Condiciones de seguridad vial (Accidentes de tránsito)	✓	
Condiciones de seguridad públicos (robos, atracos, asaltos, disturbios y alteración del orden público).	✓	

En consecuencia, me comprometo a cumplir con todas las normas, procedimientos, protocolos en seguridad y salud en el trabajo con el fin de procurar el cuidado integral de mi salud y la de mis compañeros de trabajo.

Firma del responsable del SG-SST

Firma del trabajador

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.102.825.699

BERTEL DOMINGUEZ
APELLIDOS

JESUS DAVID
NOMBRES

Jesus David Bertel.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 19-JUN-1989
SINCELEJO
(SUCRE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

22-AGO-2007 SINCELEJO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2800100-62163741-M-1102825699-20071117 04601 07321A 02 265989684

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 269458943

PIB
16:24:51

Bogotá DC, 21 de abril del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JESUS DAVID BERTEL DOMINGUEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1102825699:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento con el Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014592680	2|2|0|4|2|0|2|5

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

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

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

3.Regimen
A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4.Contribución Solidaria
Si ☐ No ☒

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

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

7.Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
BERTEL Primer apellido	DOMINGUEZ Segundo apellido	JESUS Primer nombre	DAVID Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1102825699	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento					15.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:			
COLOMBIA	COLOMBIA	SUCRE	SINCELEJO			1|9|0|6|1|9|8|9

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1423500	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
DG 182 20 91		3115101775	JESUS23@GMAIL.COM

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

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

		53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C		VS AMERICAS - UOD CPO AMERICAS	VSAMERICAS - UODCPOAMER
B		-	-
B		-	-
B		-	-

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
GARZON OTALVARO NESTOR RAUL	CC	10256426	01

59.Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito
CR 12 NUMERO 13 24	3115101775	GARZONNESTOR@HOTMAIL.COM	CALDAS	MANIZALES

No de Radicacion
4014592680

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

65. EPS anterior	66. Fecha de Novedad	67. Motivo de traslado Código:	68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	2|2|0|4|2|0|2|5	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS

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

X. ANEXOS

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

  Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

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

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

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

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

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	95. Firma del funcionario
☐		
96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

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

Medellín, 21 de April 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 GARZON OTALVARO NESTOR RAUL.

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 CALDAS		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1102825699	BERTEL DOMINGUEZ JESUS DAVID	22/04/2025		3892b205	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 21/04/2025 17:16:07 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.66.217.226, 192.230.104.4, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 22 de abril de 2025, a las 05:52:32, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1102825699
Código de Verificación	1102825699250422055232

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **BERTEL DOMINGUEZ JESUS DAVID, CC - 1102825699**, está afiliado(a) desde **21/04/2025**, como trabajador(a) de **GARZON OTALVARO NESTOR RAUL**, con NIT: **102564261**.

Estado civil: **Soltero**
Cónyuge/Compañero(a): **NO REPORTA**
Categoría: **A**
Fecha de Ingreso a la Empresa: **2025-04-21**

Grupo familiar conformado por:

NOMBRE	No. Identificación	Parentesco
NO EXISTE REGISTRO	-	-

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **21 de abril de 2025** a solicitud del interesado

Cordialmente,

Sandra Milena Mariño Ojeda
Jefe Departamento Subsidio

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN SST Y AMBIENTAL	BOGOTÁ
Contrato de Obra No.1726 de 2024		Anexo 11.1 Versión 0.0 Febrero-2025

Nombre: Jesus David Uetel **Cedula Ciudadania:** 1102 823 649

Fecha: 21-04-2025 **Cargo:** Ayudante

EPS: Salud total **ARL:** Sura **AFP:** Porvenir

Caja Compensación: Cofam **Alergias; SI** ____ **NO** X **Cuales:** ____

Inducción (Trabajador nuevo)	X
Re Inducción (Trabajador antiguo)	

En caso de emergencia comunicar a:

Celular: 3205025786 **Parentesco:** mamá

MARQUE FALSO O VERDADERO SEGÚN CORRESPONDA

1. La actividad económica principal de la empresa es:

La construcción de obras de ingeniería civil

FALSO ( ) VERDADERO (X)

2. SISOMA significa: (Seguridad Industrial, Salud Ocupacional y Medio Ambiente)

VERDADERO (V) FALSO ( )

3. Las responsabilidades de los trabajadores frente al SG-SST

	FALSO	VERDADERO
Suministrar información Clara, veraz y completa sobre su estado de salud		V
Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del SG-SST		V
Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST de la empresa		
Procurar el cuidado integral de su salud		V
Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo		V

4. Las responsabilidades del consorcio frente al SG-SST son:

	FALSO	VERDADERO
Definir, firmar y divulgar la política y objetivos del SG-SST		V
Asignar y documentar las responsabilidades del SG-SST		V
Asignar recursos para la implementación del SG-SST.		
Participar en las actividades de capacitación		V
Cumplir los requisitos normativos aplicables, Capacitar a los trabajadores, realizar gestión de los peligros y riesgos.		V

5. Según la imagen coloque el número correspondiente con la política.

1- Política de no alcohol y drogas	2- Política de no fumadores	3- Política de seguridad y salud en el trabajo
 3	 1	 2

6. Los pasos a realizar antes de ejecutar una actividad en espacio confinado son:

Realizar el Análisis de Seguridad en el Trabajo (AST). Diligenciar el permiso de trabajo en alturas, inspeccionar arnés y eslinga, ejecutar la actividad en altura.

FALSO ( ) VERDADERO (V)

7. Un mal levantamiento de cargas o un mal movimiento pueden ocasionar:

Hernias discales, lumbagos, dolor de espalda, escoliosis, fatiga muscular.

VERDADERO (V) FALSO ( )

8. El peso máximo recomendado que un hombre debe levantar manualmente una carga es:

FALSO (V) 50 Kg VERDADERO ( )

9. El peso máximo recomendado que un hombre debe levantar manualmente una carga es:

VERDADERO (V) 25 kg FALSO ( )

10. Según la imagen coloque el número correspondiente del peligro:

Peligros						
N°	1	5	2	4	2	4
Nombre	1 Químicos	2 Trabajo en alturas	3 Ruido	4. Manejo manual de cargas	5. Virus y bacterias	6 Electricidad

Powered by CamScanner

11. Las funciones del COPASST o Vigia SST son:

Participar en la investigación de incidentes, realizar inspecciones de seguridad, Servir de puente de comunicación entre los trabajadores y la gerencia, reunirse mensualmente.

FALSO ( ) VERDADERO (V)

12. Las funciones del Comité de Convivencia son:

Prevenir malas conductas de acoso laboral, Fomentar el dialogo, planes de mejora y hacer seguimiento, Analizar y escuchar a las partes, Comunicar a la alta dirección los casos, Reunirse cada tres meses para hacer seguimiento a las acciones propuestas.

VERDADERO (V) FALSO ( )

13. . Un accidente de Trabajo es:

Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte.

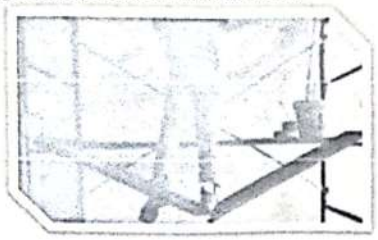
FALSO ( ) VERDADERO (V)

14. . Cuando me ocurra un accidente de trabajo debo:

Informar a mi jefe inmediato y asistir a un centro de salud para recibir atención médica

VERDADERO (V) FALSO ( )

15. ¿La imagen corresponde a un ACTO INSEGURO?



FALSO ( ) VERDADERO (V)

16. . ¿La imagen corresponde a una CONDICIÓN INSEGURA?

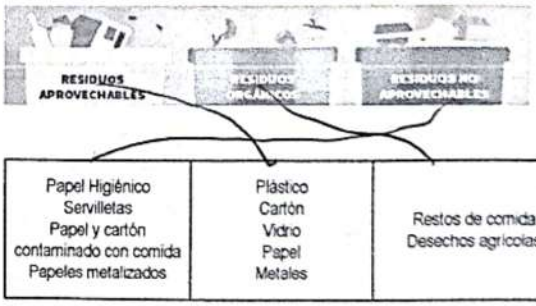


VERDADERO (V) FALSO ( )

17. Unir con una linea para que sirve cada EPP.



18. De acuerdo con el código de colores definido por el ministerio de ambiente, relacione con una linea lo que se almacena en cada recipiente.



Calificación Evaluación		Retroalimentación:
Respuestas Correctas		
Respuestas Incorrectas		
Método de Calificación		Entre 14 y 18 respuestas correctas : Aprobado Entre 9 y 13 respuestas correctas: Aceptable con retroalimentación Entre 1 y 8 respuestas incorrectas: Debe repetir la evaluación

Firma Trabajador

Celular 3027027873

Dirección K69-N65 SUR-57

Localidad Ciudad Bolivar

Nombre del evaluador ING. FABIO MERCK RAMIREZ POVEDA

Powered by CamScanner

Clinisur IPS Ltda
Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000547308

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: NESTOR RAUL GARZON OTALVARO FECHA 21/04/2025 07:42:45

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: JESUS DAVID BERTEL DOMINGUEZ **C.C** 1102825699

EDAD 35 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** AYUDANTE DE OBRA



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐	NO ☑			
Visiometría	☑	Glic ☐	Col ☐	Trigli ☐	Otros ☐		
Optometría	☐	**¿Cuáles?**					
Audiometría	☑						
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑				
		Otros	☐				

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
CONTROL MÉDICO DE RUTINA EPS.
USO DE LOS EPP EN FUNCIÓN DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR / REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE


Captura Biométrica

Dra. María L. Perez P.
Médico
Esp. Gerencia en SST
Res 8731-22/12/22
CC. 1.034.320.081

FIRMA DEL ESPECIALISTA

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JESUS DAVID BERTEL DOMINGUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.102.825.699**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 21 de Abril del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

minerva 10-03

www.formasminerva.com

HOJA DE VIDA
PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha: 12 / 03 / 2025

Empleo o cargo al que aspira: ayudante de obra

I. INFORMACION GENERAL

(*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 5 Convenio 111 OIT.



Apellido(s) del aspirante: Bertel Dominguez

Nombre(s) del aspirante: Jesus David

Fecha de nacimiento: 19 / 06 / 1989

Lugar de nacimiento: sincelejo sucre

Dirección con calle / Barrio: KR69N77sur-57 B.caracoli

Ciudad: Bogota D.C

Teléfono:

No. Celular: 3021027873

Correo electrónico: Jesusbetel89@gmail.com

Nacionalidad: Colombia

Profesión, ocupación u oficio: Ayudante de obra

(*) Estado civil: Soltero

Años de experiencia laboral: 4 años

DOCUMENTACION

(**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995

Cédula de ciudadanía: X N° 1102825699

Extranjería: Expedida en: sincelejo

(**) Libreta militar N°: Primera clase:

Distrito N°: Segunda clase:

Tarjeta profesional N°:

¿Tiene vehículo? Si: No: X

Licencia de conducción N°: Categoría:

II. PERFIL LABORAL

Mencione brevemente estudios, experiencia y habilidades que lo caracterizan en su vida laboral

Soy Bachiller academico, Ayudante de Construccion en obra gris Como Cimentaciones, Pañete, Herrero, maspostero Ayudante Latero, Soy una Persona Responsables. amable y Con respeto

III. INFORMACION PERSONAL

¿Esta trabajando actualmente? Si: No: X

¿En qué empresa?

Empleado: Independiente:

Tipo de contrato:

¿Trabajó antes en esta empresa? Si: No: X

¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si: No: X

Fecha: D / M / A

¿Conoce a alguien de esta empresa? Si: No: X

Nombre:

Dependencia:

¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si: No: X

Nombre:

Dependencia:

¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio: Amigo: Redes Sociales: X Por medio de agencia: Otro: ¿Cuál?

¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si: X No:

Vive en casa: ¿Familiar?: ¿Propia?: ¿Alquilada?: X

Nombre del arrendador: José eli molina

Teléfono:

¿Hace cuanto tiempo reside en este lugar? 2 años

¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si: No:

Describalo e indique su valor mensual:

¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $ 1.000.000

¿Por qué conceptos?

¿Cuanto es su aspiración salarial? $ 1700 000

¿Cuál es su principal afición?

¿Practica algún deporte? Si: No: X ¿Cuál(es)?

¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros?

Si: No: ¿Cuál(es)?

minerva © by Legis. Prohibida su reproducción. Se denunciarán penalmente las falsificaciones

99926635

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	BOGOTÁ
Contrato No. 1726 - 2024		Anexo 14.5 Versión 0.0 Febrero-2025

NOMBRE	Jesus David Uertel		CEDULA No.	
FECHA:	21-04-2025	CARGO		Ayudante

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	DESCRIPCIÓN	TALLA	CANTIDAD	DOTACIÓN	EPP	OBSERVACIONES
1	camisa		1	+		
2	casco		1	+		
3	Botas		1	+		
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

COMPROMISO

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

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.		FIRMA DE TRABAJADOR	
NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA ENTREGA	ING. FABIO MERCK RAMIREZ	CARGO	Residente SST

Powered by CamScanner

Yo Jesus David Vertel identificado con número de documento CC: 1002825699 desempeñando el cargo de Ayudante formalmente declaro que hoy 7-04-25 He recibido verbalmente parte del residente de Seguridad y Salud en el Trabajo, la inducción y el conocimiento necesario referente a los riesgos inherentes al trabajo que realizo, como:

PELIGRO IDENTIFICADO	SI	NO
Biológico (Virus, bacterias, picaduras, mordeduras)		
Físico (Ruido, vibraciones, radiaciones no ionizantes)		
Químico (Gases y vapores)		
Psicosocial (Condiciones de la tarea, organización del trabajo)		
Biomecánico (Movimiento repetitivo, manejo manual de cargas, posturas prolongadas y mantenidas)		
Condiciones de seguridad mecánicas (Manejo de herramientas manuales y maquinaria)		
Condiciones de seguridad eléctricas (Manejo de herramientas eléctricas)		
Condiciones de seguridad locativas (Superficies de trabajo irregulares, condiciones de orden y aseo)		
Condiciones de seguridad locativas (Trabajo en alturas)		
Condiciones de seguridad tecnológicas (Derrames, incendios)		
Condiciones de seguridad vial (Accidentes de tránsito)		
Condiciones de seguridad públicos (robos, atracos, asaltos, disturbios y alteración del orden público).		

En consecuencia, me comprometo a cumplir con todas las normas, procedimientos, protocolos en seguridad y salud en el trabajo con el fin de procurar el cuidado integral de mi salud y la de mis compañeros de trabajo.

Firma del responsable del SG-SST

Firma del trabajador

Powered by CamScanner

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 05:53:17 AM horas del 22/04/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1102825699**

Apellidos y Nombres: **BERTEL DOMINGUEZ JESUS DAVID**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Volver al Inicio

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



NUIP 1.023.367.437

Apellidos
VILLARRAGA DIAZ

Nombres
MAICOL STIVEN

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.73	M

Fecha de nacimiento
08 ENE 2005

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
17 ENE 2023, BOGOTA D.C.

Fecha de expiración
18 ENE 2033

Firma

CO
0130604402

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL0130604024150O1<<<<<<<<<<
0501080M3301188COL1023367437<7
VILLARRAGA<DIAZ<<MAICOL<STIVEN

Medellín, 21 de April 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 GARZON OTALVARO NESTOR RAUL.

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 CALDAS		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1023367437	VILLARRAGA DIAZ MAICOL STIVEN	22/04/2025		63236135	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 21/04/2025 16:23:33 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.66.217.226, 192.230.104.4, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud eps-s

Número de Radicación | Fecha de Radicación

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

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedad [ ]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia [ ] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De Oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Contribución solidaria: Si [ ] No [X]
5. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. Código (a registrar por la EPS) [ ]

A. AFILIACIÓN

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

8. Apellidos y nombres completos: Villarraga | Diaz | Manuel | Stiven
9. Tipo documento de identidad: CC
10. Número de documento de identidad: 1023 367 437
11. Sexo biológico: Femenino [ ] Masculino [X]
12. Sexo de identificación: F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] OTRO [ ] Cuál?
13. Nacionalidad: Colombiano
14. Lugar de nacimiento: País Colombia | Departamento Bogotá | Municipio Bogotá
15. Fecha de nacimiento: 08 01 2005

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16. Etnia [ ]
17. Comunidad [ ]
18. Discapacidad: Si [ ] No [ ] Categoría de discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ]
19. Tiene encuesta SISBÉN: Si [ ] No [ ]
20. Clasificación SISBÉN: Nivel | Grupo
21. Grupo de población especial [ ]
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Sura
23. Administradora de Pensiones: Colpensiones
24. Ingresos base de cotización - IBC: 1.423.500
25. Tarifa Contribución Solidaria
26. Residencia: Dirección: Cra 47B 04 | Teléfono fijo | 302 384 19 49 | Correo electrónico
Bogotá | Bogotá | Ciudad Bolívar | Cabecera Municipal [ ] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ] Zona

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

27. Apellidos y nombres completos: Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre
28. Tipo documento de identidad
29. Número de documento de identidad
30. Sexo biológico: Femenino [ ] Masculino [ ]
31. Sexo de identificación: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] OTRO [ ] Cuál?
32. Nacionalidad
33. Lugar de nacimiento: País | Departamento | Municipio
34. Fecha de nacimiento

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

35. Apellidos y nombres completos: Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre

B1				
B2				
B3				

	36. Tipo de doc. de identidad	37. Número de doc. de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico: Femenino	Masculino	40. Sexo identificación: F	M	T	NB	OTRO	Cuál?	41. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	42. Fecha de nacimiento
B1															
B2															
B3															

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN: SI	NO	48. Clasificación SISBÉN: Nivel	Grupo	49. Discapacidad: SI	NO	Categoría de discapacidad	50. Incapacidad permanente: SI	NO
B1													
B2													
B3													

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			

Selección de la IPS primaria

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS
54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)

C		
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social: Nestor Paul Garzon Alvarado
56. Tipo de documento de identificación: CC
57. Número del documento de identificación: 10 256 426
58. Tipo de aportante o pagador a pensiones (a registrar por la EPS)
59. Ubicación: Cl 95 75 42 | 3115101775. | contabilidad.icur@gmail.com | Bogotá | Bogotá

VIGILADO Supersalud

capitalsalud
eps-s

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación.
- ☐ 2. Corrección de los datos básicos de identificación.
- ☐ 3. Actualización del documento de identidad.
- ☐ 4. Actualización y corrección datos complementarios.
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código ☐
- ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código ☐
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de condiciones para seguir cotizando.
- ☐ 11. Inscripción EPS retorno al país.
- ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 14. Movilidad ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 15. Traslado ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen
- ☐ 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- ☐ 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
- ☐ 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- ☐ 19. Reporte de la calidad de pensionado.
- ☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- ☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	62. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐	63. Sexo identificación F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ OTRO ☐ Cual?	64. Fecha de nacimiento 21 09 2002 5

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado Código ☐	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
Maicol Steven Illumaya	Nestor Raul Garzon Otalvaro

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	PT
Cantidad de documentos de identidad anexos:									

Total Anexos ☐

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

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

92. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio ☐ Código del Departamento ☐ | 93. Nombre de la Institución

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

94. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación

Observaciones:

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

VIGILADO Supersalud

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MAICOL STIVEN VILLARRAGA DIAZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1023367437,** se encuentra afiliado/a desde **18/06/2024** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 21 de abril de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **VILLARAGA DIAZ MAICOL STIVEN, CC - 1023367437**, está afiliado(a) desde **21/04/2025**, como trabajador(a) de **GARZON OTALVARO NESTOR RAUL**, con NIT: **102564261**.

Estado civil: **Soltero**
Cónyuge/Compañero(a): **NO REPORTA**
Categoría: **A**
Fecha de Ingreso a la Empresa: **2025-04-21**

Grupo familiar conformado por:

NOMBRE	No. Identificación	Parentesco
NO EXISTE REGISTRO	-	-

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **21 de abril de 2025** a solicitud del interesado

Cordialmente,

Sandra Milena Mariño Ojeda
Jefe Departamento Subsidio

Clinisur IPS Ltda Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000547307

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: NESTOR RAUL GARZON OTALVARO FECHA 21/04/2025 07:40:34

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: MAICOL STIVEN VILLARRAGA DIAZ **C.C** 1023367437

EDAD 20 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** AYUDANTE DE OBRA



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐ NO ☑
Visiometría	☑	Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐ Otros ☐	
Optometría	☐	**¿Cuáles?**	
Audiometría	☑		
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑
		Otros	☐

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

NINGUNO

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑

LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS/
MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA/ SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES/REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

Maicol Diaz

FIRMA DEL PACIENTE



Captura Biométrica

Vladimir A. Vega R.
Especialista Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Resolución 5614 / 2018

FIRMA DEL ESPECIALISTA

www.formasminerva.com

PARA SOLICITUD DE EMPL

Diligencie su hoja de vida en le

Fecha	Empleo o cargo al que aspira
D M A	

I. INFORMACION GENERAL

(*) Respuesta opcional Ley 13 de Art. 5 Convenio 111 OIT

Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante
Villarraga Diaz	Maicol stiven
Fecha de Nacimiento	**Lugar de Nacimiento**
D 08 M 01 A 2006	Bogotá D.C
Dirección domicilio / Barrio	**Ciudad**
Tras 36c # 79 a 72 Sur	Bogotá. D.C
Teléfono	**No. Celular**
3733707682	
Correo electrónico	**Nacionalidad**
MaicolStivenVillarragaDiaz@gmail.com	Colombiana
Profesión, ocupación u oficio	**(*) Estado civil** / **Años de experiencia laboral**
Oficios Varios	Union libre / 2 meses

FOTOGRA RECIEN Tamaño 3x4

DOCUMENTACION

(*) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 199

Cédula de ciudadanía: [X]	N° 1.023.367.037	(**) Libreta militar N°	Primera clase
Extranjería: [ ]	Expedida en:	Distrito N°	Segunda clas
Tarjeta profesional N°	¿Tiene vehículo? Si [ ] No [X]	Licencia de conducción N°	Categoría

II. PERFIL LABORAL

Mencione brevemente estudios, experiencia y habilidades que lo caractericen en su vida laboral

Soy una Persona Responsable muy Puntual y Respetuoso

II. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si [ ] No [X]	¿En qué empresa?	Empleado [ ] Independiente [ ]	Tipo de contrato
¿Trabajó antes en esta empresa? Si [ ] No [X]	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si [ ] No [X]	Fecha D M A	¿Conoce a alguien de esta empresa? Si [X] No [ ] Nombre Carlos javier Dependencia Ayudante
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si [ ] No [X]	Nombre / Dependencia		¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio [ ] Amigo [X] Redes Sociales [ ] Por medio de agencia [ ] Otro [ ] ¿Cuál?
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si [X] No [ ]	Vive en casa: ¿Familiar? [X] ¿Propia? [ ] ¿Alquilada? [ ]	Nombre del arrendador	Teléfono / ¿Hace cuánto tiempo reside en esta ciudad?
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si [ ] No [X]	Descríbalo o indique su valor mensual		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $
¿Por qué conceptos?			¿Cuánto es su aspiración salarial?
¿Cuál es su principal afición? Bicicleta	¿Practica algún deporte? Si [ ] No [X] ¿Cuál(es)?		

¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, entre otros?
Si [ ] No [X] ¿Cuál(es)?

REV. 05-2

minerva © by Legis. Prohibida su reproducción. Se denunciarán penalmente las falsificaciones

Nombre de la empresa		Actividad Económica	Dirección		Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted		Área del cargo	Fecha Ingreso D M A	Fecha Retiro D M A	Sueldo Inicial $	Sueldo Final $
Funciones realizadas						
Nombre de su jefe inmediato						
Logros obtenidos				Cargo		
Tipo de contrato Indefinido ☐ Fijo ☐ ¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa ☐ Contrato por medio de agencia ☐		Otro ☐ ¿Cual?		
Horario de trabajo Tiempo completo ☐ 1/2 Tiempo ☐ Por horas ☐ **Jornada:** Diurna ☐ Nocturna ☐ Otra jornada ☐						
Motivo del retiro						

Nombre de la empresa		Actividad Económica	Dirección		Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted		Área del cargo	Fecha Ingreso D M A	Fecha Retiro D M A	Sueldo Inicial $	Sueldo Final $
Funciones realizadas						
Nombre de su jefe inmediato						
Logros obtenidos				Cargo		
Tipo de contrato Indefinido ☐ Fijo ☐ ¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa ☐ Contrato por medio de agencia ☐		Otro ☐ ¿Cual?		
Horario de trabajo Tiempo completo ☐ 1/2 Tiempo ☐ Por horas ☐ **Jornada:** Diurna ☐ Nocturna ☐ Otra jornada ☐						
Motivo del retiro						

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Fabian Rodriguez	Empleado	Trco 36C #79A 07Sur	3106790985
2.	Carlos Javier	Empleado		3133758392

Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Ruven Pulido	Empleado		3133282950
2.	Carlos Diaz	Empleado		3209207295

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción. ☒ Marque con una X

Nota importante

Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos. gracias.

Certificación

Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mi, en la presente hoja de vida, son veraces (C.S.T. Art. 62 Num. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis)

Firma del solicitante

Mairol Diaz

cc 1023367437

minerva

IV. INFORMACION FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o): Tamara Reyes Morales	Profesión, ocupación u oficio: Hogar	Empresa donde trabaja:	
Cargo actual:	Dirección: Tras 36c # 79a 72 Sur	Teléfono: 3017307953	Ciudad: Bogotá D.C
N° de personas que dependen económicamente de usted: 3	Parentesco: Mamá, Hijo y Esposa		Edades: 47, 19, 1año
Nombre(s) padre(s): Marta cecilia Díaz Rojas	Profesión, ocupación u oficio: Hogar		Teléfono(s): 3212780477
Nombre(s) hermanos(s): Ruben Alirio Pulido	Profesión, ocupación u oficio: Empleado		Teléfono(s): 3133282950
Kevin Andres pulido	Empleado		3017767247

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACION	AÑOS CURSADOS	TITULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCION	CIUDAD
Primaria		7		Colegio Paraiso Manuela Beltran	Bogotá. D.C
Bachillerato Académico [X] Técnico [ ] Comercial [ ] Otro [ ]					
Educación Superior Técnico [ ]					
Tecnológico [ ]					
Profesional [ ]					
Postgrados					

Otros: cursos, diplomados, seminarios	Intensidad horaria	Nombre del programa	Institución
Otros: cursos, diplomados, seminarios	Intensidad horaria	Nombre del programa	Institución

¿Cursa estudios actualmente? Si [ ] No [X]	¿Qué tipo de estudios?	Duración (años, semestres, meses)	Año / semestre que cursa
Nombre de la institución	Horario: Diurno [ ] Nocturno [ ]	Fin de semana [ ] A distancia [ ]	

OTROS CONOCIMIENTOS. Indique el grado de dominio **R-Regular (50 a 60%) B- Bueno (61 a 80%) MB- Muy Bueno (81 a 100%)**

Sistemas Si [ ] No [X] ¿Que programas manejá?	1	R B MB	3	R B MB				
	2	R B MB	4	R B MB				
Idiomas Si [ ] No [X] ¿Qué idioma(s) conoce?		Escucha		Lectura		Escritura		Habla
	1	R B MB		R B MB		R B MB		R B MB
	2	R B MB		R B MB		R B MB		R B MB

Nota: en caso de ser contratado (a) favor preparar toda la documentación

VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ÚLTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO, COMENZANDO POR EL ÚLTIMO O ACTUAL. SI NECESITA DAR MÁS DETALLES UTILICE LA ULTIMA PÁGINA DE NOTAS ADICIONALES. ESTOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL

Nombre de la última o actual empresa: Consorcio Robert 009	Actividad Económica	Dirección			Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted: Trafico	Área del cargo	Fecha Ingreso D M A	Fecha Retiro D M A	Sueldo Inicial $	Sueldo Final $	
Funciones realizadas: Paso a los automoviles						
Nombre de su jefe inmediato		Cargo				
Logros obtenidos						
Tipo de contrato: Indefinido [ ] ¿Cuanto tiempo? Fijo [ ]	Contrato directo con la empresa [ ] Contrato por medio de agencia [ ]	Otro [ ] ¿Cual?				
Horario de trabajo: Tiempo completo [ ] 1/2 Tiempo [ ] Por horas [ ]	Jornada: Diurna [ ] Nocturna [ ] Otra jornada [ ]					
Motivo del retiro						

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 21 de abril de 2025, a las 16:19:47, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1023367437
Código de Verificación	1023367437250421161947

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 04:38:58 PM horas del 22/04/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1023367437**

Apellidos y Nombres: **VILLARRAGA DIAZ MAICOL STIVEN**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Volver al Inicio

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ
Contrato No. 1726 - 2024		Anexo 14.5 Versión 0.0 Febrero-2025

NOMBRE	Maicol Stiven Villaragas	CEDULA No.	1023367437
FECHA:	23-04-2025	CARGO	Ayudante

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	DESCRIPCIÓN	TALLA	CANTIDAD	DOTACIÓN	EPP	OBSERVACIONES
1	Overol	40	1	✓		
2	Casco		1	✓		
3	Botas	40	1	✓		
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

COMPROMISO

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

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.		FIRMA DE TRABAJADOR	Maicol Díaz
NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA ENTREGA	ING. FABIO MERCK RAMIREZ	CARGO	Residente SST

Powered by CamScanner

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN SST Y AMBIENTAL	BOGOTÁ
Contrato de Obra No.1726 de 2024		Anexo 11.1 Versión 0.0 Febrero-2025

Nombre: Maicol Stiven Villarraga Cedula Ciudadanía: 1023367437

Fecha: 23-04-2025 Cargo: Ayudante

EPS: Capital Salud ARL: Sura AFP: Porvenir

Caja Compensación: Cafam Alergias; SI ____ NO X Cuales: ____

Inducción (Trabajador nuevo)	X
Re Inducción (Trabajador antiguo)	

En caso de emergencia comunicar a:

Celular: 3212180471 Parentesco: mamá

MARQUE FALSO O VERDADERO SEGÚN CORRESPONDA

1. La actividad económica principal de la empresa es:

La construcción de obras de ingeniería civil

FALSO ( ) VERDADERO ( )

2. SISOMA significa: (Seguridad Industrial, Salud Ocupacional y Medio Ambiente)

VERDADERO ( ) FALSO ( )

3. Las responsabilidades de los trabajadores frente al SG-SST

	FALSO	VERDADERO
Suministrar información Clara, veraz y completa sobre su estado de salud.		X
Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del SG-SST.		
Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST de la empresa.		
Procurar el cuidado integral de su salud.		X
Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo .		

4. Las responsabilidades del consorcio frente al SG-SST son:

	FALSO	VERDADERO
Definir, firmar y divulgar la política y objetivos del SG-SST		
Asignar y documentar las responsabilidades del SG-SST.		
Asignar recursos para la implementación del SG-SST.		
Participar en las actividades de capacitación.		
Cumplir los requisitos normativos aplicables, Capacitar a los trabajadores, realizar gestión de los peligros y riesgos.		

5. Según la imagen coloque el número correspondiente con la política.

1- Política de no alcohol y drogas



3

2- Política de no fumadores



1

3- Política de seguridad y salud en el trabajo



2

6. Los pasos a realizar antes de ejecutar una actividad en espacio confinado son:

Realizar el Análisis de Seguridad en el Trabajo (AST), Diligenciar el permiso de trabajo en alturas, inspeccionar arnés y eslinga, ejecutar la actividad en altura.

FALSO ( ) VERDADERO ( )

7. Un mal levantamiento de cargas o un mal movimiento pueden ocasionar:

Hernias discales, lumbagos, dolor de espalda, escoliosis, fatiga muscular.

VERDADERO ( ) FALSO ( )

8. El peso máximo recomendado que un hombre debe levantar manualmente una carga es:

50 Kg

FALSO ( ) VERDADERO ( )

9. El peso máximo recomendado que un hombre debe levantar manualmente una carga es:

25 kg

VERDADERO ( ) FALSO ( )

10. Según la imagen coloque el número correspondiente del peligro:

Peligros						
						
N°	3	5	1	6	2	4
Nombre	1. Quimicos	2.Trabajo en alturas	3. Ruido	4. Manejo manual de cargas	5. Virus y bacterias	6. Electricidad

Powered by CamScanner

11. Las funciones del COPASST o Vigía SST son:

Participar en la investigación de incidentes, realizar inspecciones de seguridad, Servir de puente de comunicación entre los trabajadores y la gerencia, reunirse mensualmente.

FALSO ( ) VERDADERO (X)

12. Las funciones del Comité de Convivencia son:

Prevenir malas conductas de acoso laboral, Fomentar el dialogo, planes de mejora y hacer seguimiento, Analizar y escuchar a las partes, Comunicar a la alta dirección los casos, Reunirse cada tres meses para hacer seguimiento a las acciones propuestas.

VERDADERO (X) FALSO ( )

13. . Un accidente de Trabajo es:

Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte.

FALSO ( ) VERDADERO (X)

14. . Cuando me ocurra un accidente de trabajo debo:

Informar a mi jefe inmediato y asistir a un centro de salud para recibir atención médica.

VERDADERO (X) FALSO ( )

15. ¿La imagen corresponde a un ACTO INSEGURO?



FALSO ( ) VERDADERO (X)

16. . ¿La imagen corresponde a una CONDICIÓN INSEGURA?



VERDADERO (X) FALSO ( )

17. Unir con una linea para que sirve cada EPP.



18. De acuerdo con el código de colores definido por el ministerio de ambiente, relacione con una línea lo que se almacena en cada recipiente.



Papel Higiénico Servilletas Papel y cartón contaminado con comida Papeles metalizados	Plástico Cartón Vidrio Papel Metales	Restos de comida Desechos agricolas

Calificación Evaluación		Retroalimentación:
Respuestas Correctas		
Respuestas Incorrectas		
Método de Calificación		Entre 14 y 18 respuestas correctas : Aprobado Entre 9 y 13 respuestas correctas: Aceptable con retroalimentación Entre 1 y 8 respuestas incorrectas: Debe repetir la evaluación

Firma Trabajador ·Nalcon Nigr

Celular ·3045790829

Dirección ·TV36 H94 A72 N-C

Localidad asociazadoraqua

Nombre del evaluador ING. FABIO MERCK RAMIREZ POVEDA

Powered by CamScanner

Yo Malcol Stive Diaz identificado con número de documento CC: 1023367437 desempeñando el cargo de Ayudante formalmente declaro que hoy 23/04/25 He recibido verbalmente parte del residente de Seguridad y Salud en el Trabajo, la inducción y el conocimiento necesario referente a los riesgos inherentes al trabajo que realizo, como:

PELIGRO IDENTIFICADO	SI	NO
Biológico (Virus, bacterias, picaduras, mordeduras)	✓	
Físico (Ruido, vibraciones, radiaciones no ionizantes)	✓	
Químico (Gases y vapores)	✓	
Psicosocial (Condiciones de la tarea, organización del trabajo)	✓	
Biomecánico (Movimiento repetitivo, manejo manual de cargas, posturas prolongadas y mantenidas)	✓	
Condiciones de seguridad mecánicas (Manejo de herramientas manuales y maquinaria)	✓	
Condiciones de seguridad eléctricas (Manejo de herramientas eléctricas)	✓	
Condiciones de seguridad locativas (Superficies de trabajo irregulares, condiciones de orden y aseo)	✓	
Condiciones de seguridad locativas (Trabajo en alturas)	✓	
Condiciones de seguridad tecnológicas (Derrames, incendios)	✓	
Condiciones de seguridad vial (Accidentes de tránsito)	✓	
Condiciones de seguridad públicos (robos, atracos, asaltos, disturbios y alteración del orden público).	✓	

En consecuencia, me comprometo a cumplir con todas las normas, procedimientos, protocolos en seguridad y salud en el trabajo con el fin de procurar el cuidado integral de mi salud y la de mis compañeros de trabajo.

Firma del responsable del SG-SST

Malcol Diaz

Firma del trabajador

Powered by CamScanner

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS

LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **NEDER MANUEL VILLAR HOYOS,** quien se identifica con

CÉDULA DE CIUDADANÍA No. **78740540** de SAHAGUN
(SETENTA Y OCHO MILLONES SETECIENTOS CUARENTA MIL QUINIENTOS CUARENTA)
NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

ADVERTENCIAS:

* El certificado de antecedentes disciplinarios ordinario deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes (Inciso 3°, artículo 238 - Ley 1952 de 2019).

* Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro, en el certificado de antecedentes disciplinarios especial (Inciso 4°, artículo 238 - Ley 1952 de 2019).

* Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos. Esta inhabilidad tendrá una duración de tres (3) años contados a partir de la ejecutoria de la última sanción. (numeral 2°, artículo 42 - Ley 1952 de 2019).

* Certificado expedido de conformidad con el numeral 5, artículo 102 del Decreto Ley 1421 de 1993, artículo 238 de la Ley 1952 de 2019, numeral 4.5, artículo 16 y numeral 6, artículo 21 del Acuerdo Distrital 755 de 2019.

* Para todos los efectos esta certificación debe ser complementada con la expedida por la Procuraduría General de la Nación.

* Certificado expedido sin costo alguno.

VÍCTOR JULIO URIBE GÓMEZ
Jefe Oficina Asesora Jurídica

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 270207870

PIB
19:00:47

Bogotá DC, 28 de abril del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) NEDER MANUEL VILLAR HOYOS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 78740540:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento con el Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	BOGOTÁ
Contrato No. 1726 - 2024		Anexo 14.5 Versión 0.0 Febrero-2025

NOMBRE	Veder Manuel Villar	CEDULA No.	78 740 340
FECHA:	29-04-2025	CARGO	Oficial

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	DESCRIPCIÓN	TALLA	CANTIDAD	DOTACIÓN	EPP	OBSERVACIONES
1	Pantalón	36	1	X		
2	camisa	36	1	X		
3	Botas	41	1	X		
4	casco		1	X		
5						
6						
7						
8						
9						
10						

COMPROMISO

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

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.		FIRMA DE TRABAJADOR	Veder
NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA ENTREGA	ING. FABIO MERCK RAMIREZ	CARGO	Residente SST

Powered by CamScanner

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN SST Y AMBIENTAL	BOGOTÁ
Contrato de Obra No.1726 de 2024		Anexo 11.1 Versión 0.0 Febrero 2025

Nombre: Never Manuel Viller Cedula Ciudadania: 78 700 340

Fecha: 29-04-2025 Cargo: Oficial

EPS: Nueva EPS ARL: Sura AFP: Porvenir

Caja Compensación: Compensar Alergias; SI ____ NO X Cuales: ____

Inducción (Trabajador nuevo)	X
Re Inducción (Trabajador antiguo)	

En caso de emergencia comunicar a:

Celular: 313 898 4366 Parentesco: Esposa.

MARQUE FALSO O VERDADERO SEGÚN CORRESPONDA

1. La actividad económica principal de la empresa es:

La construcción de obras de ingeniería civil

FALSO ( ) VERDADERO (X)

2. SISOMA significa: (Seguridad Industrial, Salud Ocupacional y Medio Ambiente)

VERDADERO (X) FALSO ( )

3. Las responsabilidades de los trabajadores frente al SG-SST

	FALSO	VERDADERO
Suministrar información Clara, veraz y completa sobre su estado de salud		X
Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del SG-SST		
Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST de la empresa		X
Procurar el cuidado integral de su salud		X
Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo		X

4. Las responsabilidades del consorcio frente al SG-SST son:

	FALSO	VERDADERO
Definir, firmar y divulgar la política y objetivos del SG-SST		X
Asignar y documentar las responsabilidades del SG-SST		
Asignar recursos para la implementación del SG-SST.		X
Participar en las actividades de capacitación		X
Cumplir los requisitos normativos aplicables, Capacitar a los trabajadores, realizar gestión de los peligros y riesgos		X

5. Según la imagen coloque el número correspondiente con la politica.

1- Politica de no alcohol y drogas	2- Politica de no fumadores	3- Politica de seguridad y salud en el trabajo
 3	 4	 2

6. Los pasos a realizar antes de ejecutar una actividad en espacio confinado son:

Realizar el Análisis de Seguridad en el Trabajo (AST). Diligenciar el permiso de trabajo en alturas, inspeccionar arnés y eslinga, ejecutar la actividad en altura.

FALSO ( ) VERDADERO (X)

7. Un mal levantamiento de cargas o un mal movimiento pueden ocasionar:

Hernias discales, lumbagos, dolor de espalda, escoliosis, fatiga muscular.

VERDADERO (X) FALSO ( )

8. El peso maximo recomendado que un hombre debe levantar manualmente una carga es:

50 Kg

FALSO (X) VERDADERO ( )

9. El peso maximo recomendado que un hombre debe levantar manualmente una carga es:

25 kg

VERDADERO (X) FALSO ( )

10. Según la imagen coloque el número correspondiente del peligro:

Peligros						
N°	3	5	7	6	2	4
Nombre	1 Químicos	2 Trabajo en alturas	3 Ruido	4 Manejo manual de cargas	5 Virus y bacterias	6. Electricidad

Powered by CamScanner

11. Las funciones del COPASST o Vigia SST son:

Participar en la investigación de incidentes, realizar inspecciones de seguridad, Servir de puente de comunicación entre los trabajadores y la gerencia, reunirse mensualmente

FALSO ( ) VERDADERO (X)

12. Las funciones del Comité de Convivencia son:

Prevenir malas conductas de acoso laboral, Fomentar el dialogo, planes de mejora y hacer seguimiento, Analizar y escuchar a las partes, Comunicar a la alta dirección los casos, Reunirse cada tres meses para hacer seguimiento a las acciones propuestas

VERDADERO (X) FALSO ( )

13. . Un accidente de Trabajo es:

Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte

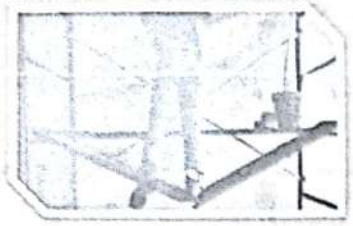
FALSO ( ) VERDADERO (X)

14. . Cuando me ocurra un accidente de trabajo debo:

Informar a mi jefe inmediato y asistir a un centro de salud para recibir atención médica

VERDADERO (X) FALSO ( )

15. ¿La imagen corresponde a un ACTO INSEGURO?



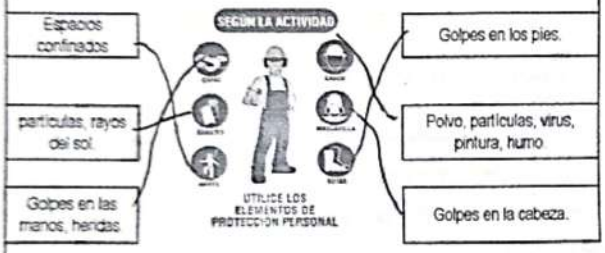
FALSO ( ) VERDADERO (X)

16. . ¿La imagen corresponde a una CONDICIÓN INSEGURA?



VERDADERO (X) FALSO ( )

17. Unir con una linea para que sirve cada EPP.



18. De acuerdo con el código de colores definido por el ministerio de ambiente, relacione con una linea lo que se almacena en cada recipiente.



Papel Higiénico Servilletas Papel y cartón contaminado con comida Papeles metalizados	Plástico Cartón Vidrio Papel Metales	Restos de comida Desechos agrícolas

Calificacion Evaluación		Retroalimentación:
Respuestas Correctas		
Respuestas Incorrectas		
Método de Calificación		Entre 14 y 18 respuestas correctas : Aprobado Entre 9 y 13 respuestas correctas: Aceptable con retroalimentación Entre 1 y 8 respuestas incorrectas: Debe repetir la evaluación

Firma Trabajador Nader

Celular 3874052410

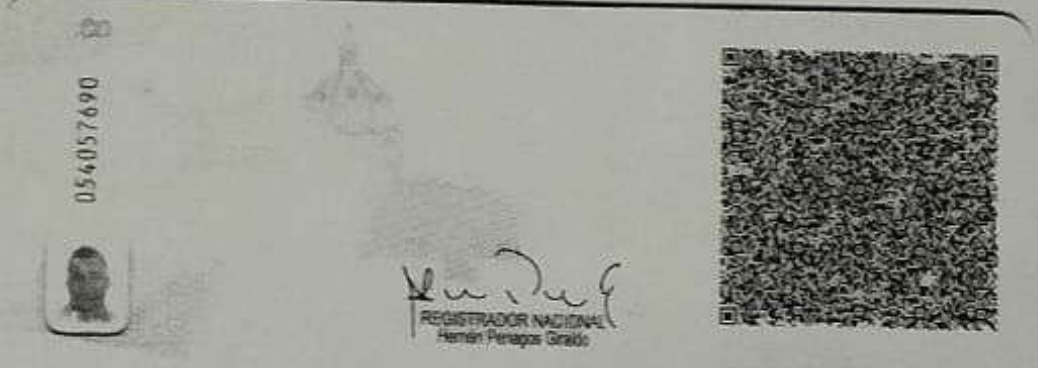
Dirección Barrio Florello

Localidad Sincelejo

Nombre del evaluador ING. FABIO MERCK RAMIREZ POVEDA

Powered by CamScanner





ICCOL054057690013037<<<<<<<<<<<
7410079M3409051COL78740540<<<7
VILLAR<HOYOS<<NEDER<MANUEL<<<<

EPS = Nueva EPS.

ARL = Sura

fondos de pensiones = Porvenir

Calle 42 Carrera 24 C este

Celular 3148781104.

Medellín, 21 de April 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 OC INGENIERIA Y CONSULTORIA S.A.S.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C78740540	VILLAR HOYOS NEDER MANUEL	22/04/2025		222³2042	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 21/04/2025 20:13:33 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.86.33.233, 198.143.41.1, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 21/04/2025, el empleador OC INGENIERIA Y CONSULTORIA SAS identificado con NIT número 901805718 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
8672837	21/04/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	78740540	NEDERMANUEL VILLAR HOYOS	1423500	AYUDANTE DE CONSTRUCCION	2025-04-22

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 21 días del mes de Abril del año 2025.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

NEDER MANUEL VILLAR HOYOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **78.740.540**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 21 de Abril del 2025.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

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
16 DÍA	04 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO - ALTURAS

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

OC INGENIERIA Y CONSULTORIA S.A.S NIT 901805718-3

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	
VILLAR HOYOS NEDER MANUEL	Masculino	50 Años	CC (Tipo)	78740540 (Número)

Cargo **OFICIAL**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON RECOMENDACIN

Observaciones: No Aplica

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	USOD E CORRECCION VISUAL

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

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

RECOMENDACIONES MEDÍCAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
CONTROL POR OPTOMETRIA OBLIGATORIO	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA
" USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEGÚN ÁREA DE TRABAJO.
" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.
" CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y ALTURAS
" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES EN ALTURAS
RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)
" HÁBITOS 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

Gabriel A. Carrillo F.
MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M. 08882 - L.I.C. S.O. 3252-2022

Firma:
Nombre: CARRILLO FONTALVO GABRIEL ANTONIO
R.M.: 08882 L.S.O.: 3252 2022

Aspirante o Trabajador

Firma:
Nombre: VILLAR HOYOS NEDER MANUEL
CC 78740540

Bogotá DC. 21 de Abril de 2.025

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 21/04/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

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

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

Tipo y Número de Identificación	CC 78740540
Nombres y Apellidos	NEDER MANUEL VILLAR HOYOS
Tipo y Número de Identificación del Empleador	NIT 901805718
Razón Social Empleador	OC INGENIERIA Y CONSULTORIA SAS
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	22/04/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	21/04/2025
Cargo	Ayudante
Horas Labor Mes	240
Sueldo básico	$ 1423500

Firma del Trabajador
Identificación

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

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

ISO 9001 icontec internacional SC 5892-14
CERTIFIED IQNet MANAGEMENT SYSTEM

VIGILADO SuperSubsidio

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:14:04 PM horas del 21/04/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **78740540**

Apellidos y Nombres: **VILLAR HOYOS NEDER MANUEL**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Todos los derechos reservados.

Yo Never Manuel Uilar identificado con número de documento CC: 79 740540 desempeñando el cargo de Oficial formalmente declaro que hoy 29-04-25 He recibido verbalmente parte del residente de Seguridad y Salud en el Trabajo, la inducción y el conocimiento necesario referente a los riesgos inherentes al trabajo que realizo, como:

PELIGRO IDENTIFICADO	SI	NO
Biológico (Virus, bacterias, picaduras, mordeduras)	✓	
Físico (Ruido, vibraciones, radiaciones no ionizantes)	✓	
Químico (Gases y vapores)	✓	
Psicosocial (Condiciones de la tarea, organización del trabajo)	✓	
Biomecánico (Movimiento repetitivo, manejo manual de cargas, posturas prolongadas y mantenidas)	✓	
Condiciones de seguridad mecánicas (Manejo de herramientas manuales y maquinaria)	✓	
Condiciones de seguridad eléctricas (Manejo de herramientas eléctricas)	✓	
Condiciones de seguridad locativas (Superficies de trabajo irregulares, condiciones de orden y aseo)	✓	
Condiciones de seguridad locativas (Trabajo en alturas)	✓	
Condiciones de seguridad tecnológicas (Derrames, incendios)	✓	
Condiciones de seguridad vial (Accidentes de tránsito)	✓	
Condiciones de seguridad públicos (robos, atracos, asaltos, disturbios y alteración del orden público).	✓	

En consecuencia, me comprometo a cumplir con todas las normas, procedimientos, protocolos en seguridad y salud en el trabajo con el fin de procurar el cuidado integral de mi salud y la de mis compañeros de trabajo.

Firma del responsable del SG-SST

Firma del trabajador

Powered by CamScanner

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901805718	3	OC INGENIERIA Y CONSULTORIA S.A.S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CARRERA 42 B 68 B 23	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3144676353	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-04	1394000109	9484346830	E	2025/04/04	2025/04/07	BANCO DAVIVIENDA	3	$8,814,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (27 Afiliados)						$28,517,450	$4,563,600			$28,517,450	$1,141,900			$28,517,450	$1,141,900			$28,517,450	$1,948,900		$0	$0
Centro de Trabajo: RIESGO 4 (1 Afiliados)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$57,000			$1,423,500	$57,000			$1,423,500	$62,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$57,000			$1,423,500	$57,000			$1,423,500	$62,000		$0	$0
1	CC	1110465947	OTALORA GIOVANNY	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$62,000	30	$0	$0
Centro de Trabajo: RIESGO 5 (26 Afiliados)						$27,093,950	$4,335,800			$27,093,950	$1,084,900			$27,093,950	$1,084,900			$27,093,950	$1,886,900		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (26 Afiliados)						$27,093,950	$4,335,800			$27,093,950	$1,084,900			$27,093,950	$1,084,900			$27,093,950	$1,886,900		$0	$0
2	CC	1077459486	AMAGARA ROBINSON	230301	27	$1,281,150	$205,000	EPS002	27	$1,281,150	$51,300	CCF24	27	$1,281,150	$51,300	14-11	27	$1,281,150	$89,200	27	$0	$0
3	CC	7123177	BASTIDAS ARNALDO	25-14	27	$1,281,150	$205,000	EPS041	27	$1,281,150	$51,300	CCF24	27	$1,281,150	$51,300	14-11	27	$1,281,150	$89,200	27	$0	$0
4	CC	1007107100	CABRERA BRAYAN	230301	27	$1,281,150	$205,000	EPS002	27	$1,281,150	$51,300	CCF24	27	$1,281,150	$51,300	14-11	27	$1,281,150	$89,200	27	$0	$0
5	CC	11804111	CABRERA WILSON	231001	27	$1,281,150	$205,000	EPS002	27	$1,281,150	$51,300	CCF24	27	$1,281,150	$51,300	14-11	27	$1,281,150	$89,200	27	$0	$0
6	CC	1101456264	CERVANTES WILFRIDO	230201	5	$237,250	$38,000	EPS002	5	$237,250	$9,500	CCF24	5	$237,250	$9,500	14-11	5	$237,250	$16,600	5	$0	$0
7	CC	18414410	CONTRERAS LUIS	25-14	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
8	CC	80820947	GONZALEZ RAFAEL	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
9	CC	1001096318	GONZALEZ YERSON	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
10	CC	1010033783	GUTIERREZ JORGE	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
11	CC	1002541370	HENAO MICHAEL	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS010	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
12	CC	1102364260	JIMENEZ JOSE	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
13	CC	1089794815	MICOLTA FAYBER	230301	27	$1,281,150	$205,000	EPS002	27	$1,281,150	$51,300	CCF24	27	$1,281,150	$51,300	14-11	27	$1,281,150	$89,200	27	$0	$0
14	CC	1099547293	MONCADA MILCIADES	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
15	CC	1030668583	MURCIA MARIBEL	230201	5	$237,250	$38,000	EPS008	5	$237,250	$9,500	CCF24	5	$237,250	$9,500	14-11	5	$237,250	$16,600	5	$0	$0
16	CC	1067527973	MUSICUE RUBEN	230301	3	$142,350	$22,800	EPS002	3	$142,350	$5,700	CCF24	3	$142,350	$5,700	14-11	3	$142,350	$10,000	3	$0	$0
17	CC	1053344903	ORJUELA WILMAR	231001	30	$1,423,500	$227,800	EPS010	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
18	CC	8362974	ORTEGA ROBINSON	230201	3	$142,350	$22,800	EPS017	3	$142,350	$5,700	CCF24	3	$142,350	$5,700	14-11	3	$142,350	$10,000	3	$0	$0
19	CC	1051822522	PEÑALOZA EDGAR	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
20	CC	79813954	PEREZ EUTIMIO	25-14	27	$1,281,150	$205,000	EPS002	27	$1,281,150	$51,300	CCF24	27	$1,281,150	$51,300	14-11	27	$1,281,150	$89,200	27	$0	$0
21	CC	80799327	RINCON DIEGO	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
22	CC	12274330	RIVERA OSCAR	25-14	27	$1,281,150	$205,000	EPS002	27	$1,281,150	$51,300	CCF24	27	$1,281,150	$51,300	14-11	27	$1,281,150	$89,200	27	$0	$0
23	CC	1007174529	SARMIENTO BRAYAN	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
24	CC	1118807941	SARMIENTO ELBER	230201	2	$94,900	$15,200	EPS005	2	$94,900	$3,800	CCF24	2	$94,900	$3,800	14-11	2	$94,900	$6,700	2	$0	$0
25	CC	1006570817	SARMIENTO NILSON	230201	2	$94,900	$15,200	EPS017	2	$94,900	$3,800	CCF24	2	$94,900	$3,800	14-11	2	$94,900	$6,700	2	$0	$0
26	CC	1016105017	SOTO CAROL	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS008	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
27	CC	1052981061	VILLANUEVA JAIRID	230201	2	$94,900	$15,200	EPS002	2	$94,900	$3,800	CCF24	2	$94,900	$3,800	14-11	2	$94,900	$6,700	2	$0	$0
Total			**Afiliados(27)**			$28,517,450	$4,563,600			$28,517,450	$1,141,900			$28,517,450	$1,141,900			$28,517,450	$1,948,900		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901805718	3	OC INGENIERIA Y CONSULTORIA S.A.S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CARRERA 42 B 68 B 23	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3144676353	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-04	1394000109	9484346830	E	2025/04/04	2025/04/07	BANCO DAVIVIENDA	3	$8,814,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				27	$4,563,600	$9,100	$0	$4,572,700
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	2	$432,800	$900	$0	$433,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	4	$842,800	$1,700	$0	$844,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	12	$2,460,200	$4,800	$0	$2,465,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	9	$827,800	$1,700	$0	$829,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				27	$1,948,900	$3,800	$0	$1,952,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	27	$1,948,900	$3,800	$0	$1,952,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				27	$1,141,900	$2,300	$0	$1,144,200
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	27	$1,141,900	$2,300	$0	$1,144,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 7)				27	$1,141,900	$2,600	$0	$1,144,500
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	2	$66,500	$200	$0	$66,700
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	2	$114,000	$300	$0	$114,300
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	3	$66,500	$200	$0	$66,700
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	3	$171,000	$400	$0	$171,400
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$51,300	$100	$0	$51,400
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	15	$668,800	$1,300	$0	$670,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$3,800	$100	$0	$3,900
TOTAL				**27**	**$8,796,300**	**$17,800**	**$0**	**$8,814,100**

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	BOGOTÁ
Contrato No. 1726 - 2024		Anexo 14.5 Versión 0.0 Febrero-2025

NOMBRE	Oscar Felipe de Arco	CEDULA No.	7938156
FECHA:	24-04-2025	CARGO	Ayudante de obra

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	DESCRIPCIÓN	TALLA	CANTIDAD	DOTACIÓN	EPP	OBSERVACIONES
1	Dotacion		1	1	1	
2	casco					
3	camisa	40				
4	Pantalón	40				
5	Botas	42				
6	Guantes					
7						
8						
9						
10						

COMPROMISO

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

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.		FIRMA DE TRABAJADOR	
NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA ENTREGA	ING. FABIO MERCK RAMIREZ	CARGO	Residente SST

Powered by CamScanner

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN SST Y AMBIENTAL	BOGOTÁ
Contrato de Obra No.1726 de 2024		Anexo 11.1 Versión 0.0 Febrero-2025

Nombre: Oscar Felipe de Arco Cedula Ciudadanía: 7938156

Fecha: 24-04-2025 Cargo: Ayudante de obra

EPS: famisanar ARL: colpatria AFP: Proteccion

Caja Compensación: cafam Alergias; SI ____ NO X Cuales: ____

Inducción (Trabajador nuevo)	X
Re Inducción (Trabajador antiguo)	

En caso de emergencia comunicar a: otilia fuentes

Celular: 3163355910 Parentesco: esposa

MARQUE FALSO O VERDADERO SEGÚN CORRESPONDA

1. La actividad económica principal de la empresa es:

La construcción de obras de ingeniería civil

FALSO ( ) VERDADERO (X)

2. SISOMA significa: (Seguridad Industrial, Salud Ocupacional y Medio Ambiente)

VERDADERO (X) FALSO ( )

3. Las responsabilidades de los trabajadores frente al SG-SST son:

	FALSO	VERDADERO
Suministrar información Clara, veraz y completa sobre su estado de salud.		✓
Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del SG-SST.		✓
Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST de la empresa.		
Procurar el cuidado integral de su salud.		✓
Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo .		✓

4. Las responsabilidades del consorcio frente al SG-SST son:

	FALSO	VERDADERO
Definir, firmar y divulgar la política y objetivos del SG-SST		✓
Asignar y documentar las responsabilidades del SG-SST.		✓
Asignar recursos para la implementación del SG-SST.		
Participar en las actividades de capacitación.		✓
Cumplir los requisitos normativos aplicables, Capacitar a los trabajadores, realizar gestión de los peligros y riesgos.		✓

5. Según la imagen coloque el número correspondiente con la política.

1- Política de no alcohol y drogas	2- Política de no fumadores	3- Política de seguridad y salud en el trabajo
 3	 1	 2

6. Los pasos a realizar antes de ejecutar una actividad en espacio confinado son:

Realizar el Análisis de Seguridad en el Trabajo (AST), Diligenciar el permiso de trabajo en alturas, inspeccionar arnés y eslinga, ejecutar la actividad en altura.

FALSO ( ) VERDADERO (X)

7. Un mal levantamiento de cargas o un mal movimiento pueden ocasionar:

Hernias discales, lumbagos, dolor de espalda, escoliosis, fatiga muscular.

VERDADERO (X) FALSO ( )

8. El peso máximo recomendado que un hombre debe levantar manualmente una carga es:

50 Kg

FALSO (X) VERDADERO ( )

9. El peso máximo recomendado que un hombre debe levantar manualmente una carga es:

25 kg

VERDADERO (X) FALSO ( )

10. Según la imagen coloque el número correspondiente del peligro:

Peligros						
N°	3	3	1	6	2	4
Nombre	1. Químicos	2.Trabajo en alturas	3. Ruido	4. Manejo manual de cargas	5. Virus y bacterias	6. Electricidad

Powered by CamScanner

11. Las funciones del COPASST o Vigia SST son:

Participar en la investigación de incidentes, realizar inspecciones de seguridad. Servir de puente de comunicación entre los trabajadores y la gerencia, reunirse mensualmente.

FALSO ( ) VERDADERO (X)

12. Las funciones del Comité de Convivencia son:

Prevenir malas conductas de acoso laboral, Fomentar el dialogo, planes de mejora y hacer seguimiento, Analizar y escuchar a las partes, Comunicar a la alta dirección los casos, Reunirse cada tres meses para hacer seguimiento a las acciones propuestas.

VERDADERO (X) FALSO ( )

13. . Un accidente de Trabajo es:

Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte.

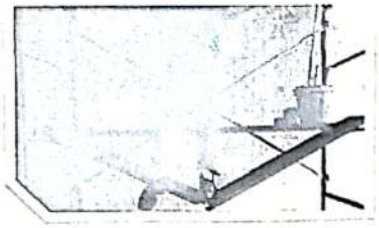
FALSO ( ) VERDADERO (X)

14. . Cuando me ocurra un accidente de trabajo debo:

Informar a mi jefe inmediato y asistir a un centro de salud para recibir atención médica.

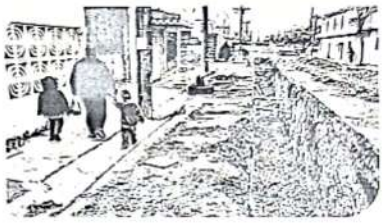
VERDADERO (X) FALSO ( )

15. ¿La imagen corresponde a un ACTO INSEGURO?



FALSO ( ) VERDADERO (X)

16. . ¿La imagen corresponde a una CONDICIÓN INSEGURA?



VERDADERO (X) FALSO ( )

17. Unir con una linea para que sirve cada EPP.



18. De acuerdo con el código de colores definido por el ministerio de ambiente, relacione con una línea lo que se almacena en cada recipiente.



Papel Higiénico Servilletas Papel y cartón contaminado con comida Papeles metalizados	Plástico Cartón Vidrio Papel Metales	Restos de comida Desechos agricolas

Calificación Evaluación		Retroalimentación:
Respuestas Correctas		
Respuestas Incorrectas		
Método de Calificación		Entre 14 y 18 respuestas correctas : Aprobado 9 y 13 respuestas correctas: Aceptable con retroalimentación Entre 1 y 8 respuestas incorrectas. Debe repetir la evaluación

Entre

Firma Trabajador Oscar de arce

Celular 3240445393

Dirección Cra 157b #136-35

Localidad Suba

Nombre del evaluador ING. FABIO MERCK RAMIREZ POVEDA

Powered by CamScanner

Yo oscar felipe de arco identificado con número de documento CC: 7938156 desempeñando el cargo de ayudante obra formalmente declaro que hoy _____ He recibido verbalmente parte del residente de Seguridad y Salud en el Trabajo, la inducción y el conocimiento necesario referente a los riesgos inherentes al trabajo que realizo, como:

PELIGRO IDENTIFICADO	SI	NO
Biológico (Virus, bacterias, picaduras, mordeduras)	✓	
Fisico (Ruido, vibraciones, radiaciones no ionizantes)	✓	
Quimico (Gases y vapores)	✓	
Psicosocial (Condiciones de la tarea, organización del trabajo)	✓	
Biomecánico (Movimiento repetitivo, manejo manual de cargas, posturas prolongadas y mantenidas)	✓	
Condiciones de seguridad mecánicas (Manejo de herramientas manuales y maquinaria)	✓	
Condiciones de seguridad eléctricas (Manejo de herramientas eléctricas)	✓	
Condiciones de seguridad locativas (Superficies de trabajo irregulares, condiciones de orden y aseo)	✓	
Condiciones de seguridad locativas (Trabajo en alturas)	✓	
Condiciones de seguridad tecnológicas (Derrames, incendios)	✓	
Condiciones de seguridad vial (Accidentes de tránsito)	✓	
Condiciones de seguridad públicos (robos, atracos, asaltos, disturbios y alteración del orden público).	✓	

En consecuencia, me comprometo a cumplir con todas las normas, procedimientos, protocolos en seguridad y salud en el trabajo con el fin de procurar el cuidado integral de mi salud y la de mis compañeros de trabajo.

Firma del responsable del SG-SST

OSCAR O

Firma del trabajador

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **7.938.156**

DE ARCO ZABALETA

APELLIDOS

OSCAR FELIPE

NOMBRES

Oscar de Arco

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-JUL-1982**

ARJONA
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

22-ENE-2003 ARJONA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01237906-M-0007938156-20210611 0074590987A 1 8502010865

Eps famisanar Cafam

Powered by CamScanner

minerva 10-03

www.formasminerva.com

HOJA DE VIDA
PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha D M A	Empleo o cargo al que aspira

I. INFORMACION GENERAL

(*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 5 Convenio 111 OIT.



Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante
De Arco Tabaleta	Oscar felipe
Fecha de Nacimiento D 10 M 07 A 1982	**Lugar de Nacimiento** Arjona bolivar
Dirección domicilio / Barrio Cra 157b #136-35 Santa cecilia Suba	**Ciudad** Bogota D.C
Teléfono	**No. Celular** 3124074539
Correo electrónico Orfe2015@gmail.com	**Nacionalidad** Colombiano
Profesión, ocupación u oficio oficial	**(*) Estado civil** Unión libre
	Años de experiencia laboral 10 años

DOCUMENTACION

(**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995

Cédula de ciudadanía: [x]	N° 79358156	(**) Libreta militar N°	Primera clase: [ ]
Extranjería: [ ]	Expedida en: Arjona bol	Distrito N°	Segunda clase: [ ]
Tarjeta profesional N°	¿Tiene vehículo? Si [ ] No [x]	Licencia de conducción N°	Categoría

II. PERFIL LABORAL

Mencione brevemente estudios, experiencia y habilidades que lo caractericen en su vida laboral

Soy una persona muy responsable y Comprometida Con mi trabajo asignado Cumpliendo Con las labores.

II. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si [ ] No [x]	¿En qué empresa?	Empleado [ ] Independiente [ ]	Tipo de contrato
¿Trabajó antes en esta empresa? Si [ ] No [x]	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si [ ] No [x]	Fecha D M A	¿Conoce a alguien de esta empresa? Si [ ] No [ ] Nombre / Dependencia
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si [ ] No [ ]	Nombre / Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio [ ] Amigo [ ] Redes Sociales [ ] Por medio de agencia [ ] Otro [ ] ¿Cuál?	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si [ ] No [x]	Vive en casa: ¿Familiar? [ ] ¿Propia? [ ] ¿Alquilada? [x]	Nombre del arrendador Melva Castro	Teléfono 3133517110 ¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 2 años
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si [ ] No [ ]	Describalo e indique su valor mensual		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $ 900.000
¿Por qué conceptos? Arriendo, Alimentación, servicio y transporte lo acordado			¿Cuánto es su aspiración salarial?
¿Cuál es su principal afición?	¿Practica algún deporte? Si [ ] No [x]	¿Cuál(es)?	

¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, entre otros?
Si [ ] No [x] ¿Cuál(es)?

minerva © by Legis. Prohibida su reproducción. Se denunciarán penalmente las falsificaciones

REV. 08-2019

536233116

Powered by CamScanner

IV. INFORMACION FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja	
Otilia Fuentes C	oficios varios	Casa de familia	
Cargo actual	**Dirección**	**Teléfono**	**Ciudad**
oficios varios	Unicentro, bogota	3163355910	bogota D.C
N° de personas que dependen económicamente de usted	**Parentesco**	**Edades**	
1	esposa	49 años	
Nombre(s) padre(s)	**Profesión, ocupación u oficio**	**Teléfono(s)**	
Adolfo de arco	Agricultor	3146208783	
Maria Zabaleta	oficios varios	3146208783	
Nombre(s) hermanos(s)	**Profesión, ocupación u oficio**	**Teléfono(s)**	
Carlos de arco	oficios varios	3248319508	
Jorge de arco	Auxiliar de planta	3228573621	

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACION	AÑOS CURSADOS	TITULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCION	CIUDAD
Primaria	1990	3	3ero	San Jose torbaquito	Arjona bol
Bachillerato Académico ☐ Técnico ☐ Comercial ☐ Otro ☐					
Educación Superior Técnico ☐					
Tecnológico ☐					
Profesional ☐					
Postgrados					

	Intensidad horaria	Nombre del programa	Institución
Otros: cursos, diplomados, seminarios			
Otros: cursos, diplomados, seminarios			

¿Cursa estudios actualmente? Si ☐ No ☐	¿Qué tipo de estudios?	Duración (años, semestres, meses)	Año / semestre que cursa

Nombre de la institución

Horario Diurno ☐ Nocturno ☐ Fin de semana ☐ A distancia ☐

OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio **R-Regular (50 a 60%) B- Bueno (61 a 80%) MB- Muy Bueno (81 a 100%)**

Sistemas Si ☐ No ☐	1.	R B MB	3.	R B MB
¿Que programas maneja?	2.	R B MB	4.	R B MB

Idiomas Si ☐ No ☐		Escucha	Lectura	Escritura	Habla
¿Qué idioma(s) conoce?	1.	R B MB	R B MB	R B MB	R B MB
	2.	R B MB	R B MB	R B MB	R B MB

Nota: en caso de ser contratado (a) favor preparar toda la documentación.

VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ÚLTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO, COMENZANDO POR EL ÚLTIMO O ACTUAL. SI NECESITA DAR MÁS DETALLES UTILICE LA ÚLTIMA PÁGINA DE NOTAS ADICIONALES. ESTOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL

Nombre de la última o actual empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
Hidraulica SAS		AV 1 Mayo	3103081560

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
		D 05 M 07 A 24	D 22 M 12 A 24	$1.600.000	$1.600.000

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato: Fabio leonardo Pinilla — Cargo: residente de obra

Logros obtenidos: experiencia laboral

Tipo de contrato Indefinido ☐ Fijo ☐ ¿Cuánto tiempo? — Contrato directo con la empresa ☐ Contrato por medio de agencia ☐ Otro ☐ ¿Cual?

Horario de trabajo: Tiempo completo ☒ 1/2 Tiempo ☐ Por horas ☐ **Jornada:** Diurna ☐ Nocturna ☐ Otra jornada ☐

Motivo del retiro: Voluntario

minerva

Powered by CamScanner

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
Urb Casa blanca		Av Suba	3142605736

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
		15/01/24	30/05/24	$1'500.000	$1.500.000

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato: Gustavo Vanegas — Cargo: Contratista

Logros obtenidos: Experiencia laboral

Tipo de contrato Indefinido [X] ¿Cuánto tiempo? — Contrato directo con la empresa [ ] — Otro [ ] ¿Cual?
Fijo [ ] — Contrato por medio de agencia [ ]

Horario de trabajo — Tiempo completo [X] 1/2 Tiempo [ ] Por horas [ ] — **Jornada:** Diurna [ ] Nocturna [ ] Otra jornada [ ]

Motivo del retiro: voluntario

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso (D M A)	Fecha Retiro (D M A)	Sueldo Inicial $	Sueldo Final $

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato — Cargo

Logros obtenidos

Tipo de contrato Indefinido [ ] ¿Cuánto tiempo? — Contrato directo con la empresa [ ] — Otro [ ] ¿Cual?
Fijo [ ] — Contrato por medio de agencia [ ]

Horario de trabajo — Tiempo completo [ ] 1/2 Tiempo [ ] Por horas [ ] — **Jornada:** Diurna [ ] Nocturna [ ] Otra jornada [ ]

Motivo del retiro

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Oscar amador	Coor Seguridad	Andiseg Segurid	3154410616
2.	yermady Ruello	Mercaderista	Bimbo de colombia	3143383585

Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Otilia fuentes	Oficios varios	Unicentro bog	3163355910
2.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción. [X] Marque con una X

Nota importante

Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.

Certificación

Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mi, en la presente hoja de vida, son veraces (C.S.T, Art. 62 Num. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis)

Firma del solicitante Oscar

minerva

cc 7938156

minerva

Powered by CamScanner

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9011986505

9011986505

No. de Radicación: 29215315

Fecha de Radicación: 24 04 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: DE ARCO	Segundo Apellido: ZABALETA	Primer Nombre: OSCAR	Segundo Nombre: FELIPE

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	7938156	Femenino [ ] Masculino [X]	D 10 D M 07 M A 1982 A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo [ ] Condición [ ]			AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
$1.423.500	CR 157 B 136 55 (Dirección)		3163355910 (Teléfono fijo)	(Teléfono celular)
orf.2018@gmail.com (Correo electrónico)	BOGOTA (Municipio / Distrito)	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	(Localidad / Comuna)	DISTRITO CAPITAL (Departamento)

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
OBRAS CIVILES P Y C SAS	NT	901906425	

39. Ubicación	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
TRANSVERSAL 51 SUR 70 41	32098287	andre5820@hotmail.com	BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	24 04 2025

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
Cantidad:									

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:

71. Firma del funcionario

CARGO: AYUDANTE DE OBRA

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

VIGILADO Supersalud

PORTESIDO S.A. NIT. 860.815.402 - 8 TEL. (1)324 88 88

07/2016

INTERNET

Fui

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9011986505
9011986505

CUESTIONARIO ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO

	SI	NO
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y deberes del Afiliado y del Paciente?	X	
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	X	
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	X	
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	X	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	X	
¿Autoriza a EPS Famisanar S.A.S el envio de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico?	X	

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DATOS PERSONALES SENSIBLES

En mi calidad de cotizante, manifiesto de manera clara, expresa, libre, inequívoca y espontánea que le otorgo a la EPS FAMISANAR S.A.S en su calidad de RESPONSABLE del tratamiento de mis datos personales, mi consentimiento previo para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, reportar y en general para tratar los DATOS PERSONALES, DATOS PERSONALES SENSIBLES y demás información susceptible de tratamiento, registrada a mi nombre y/o de los beneficiarios de mi grupo familiar en sus Bases de Datos, con la finalidad de realizar las actividades propias del aseguramiento en salud y en los términos previstos en su POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN y AVISO DE PRIVACIDAD, disponibles en ***www.famisanar.com.co***, todo lo cual conforme lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y demás normas que la sustituyan, adicionen, reglamenten, complementen o modifiquen.

Así mismo manifiesto que mis derechos como titular de los datos son los consagrados en la Constitución Nacional y la Ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar; y, a suprimir mi información personal y revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales cuando ello fuera procedente (artículo 9° Decreto 1377 de 2013).

*"**Datos sensibles:** Se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, y los datos biométricos." (Numeral 3° artículo 3° Decreto 1377 de 2013).*

Firma del afiliado:

Nombres y Apellidos OSCAR FELIPE DE ARCO ZABALETA
Identificación: CC 7938156

AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ORGANOS Y TEJIDOS - LEY 1805 DE 2016

De acuerdo a lo definido en el artículo 4° de la Ley 1805, manifiesto a continuación que mi voluntad de ser donante de órganos y tejidos es:

SI ☐ **NO** X

Firma del afiliado:

Nombres y Apellidos OSCAR FELIPE DE ARCO ZABALETA
Identificación: CC 7938156

"ARTÍCULO 15. Los menores de edad podrán ser donantes de órganos y tejidos, siempre y cando sus representantes legales expresen su consentimiento informado para la donación de órganos y/o tejidos dentro de las (8) horas siguientes a la concurrencia de la muerte cerebral. El médico responsable deberá informarles sus derechos y los beneficios de la donación.

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor (a) _____ identificado (a) con el documento _____ No. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el (la) señor(a) _____ quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo.

Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella aquí impuesta pertenece al señor (a) _____

_____

Firmante a Ruego:

_____

Nombres y Apellidos: _____
Identificación: _____
Edad: _____
Dirección de Domicilio: _____

Nombres y Apellidos de quien no sabe o no puede firmar: _____

Huella

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901906425
Número Afiliación:	9027275
Razón social:	OBRAS CIVILES P Y C S A S

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	7938156
Nombre:	OSCAR FELIPE DE ARCO ZABALETA
Fecha Ingreso:	26/04/2025
Salario básico:	1,423,500
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	1
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	25/04/2025 01:14:02 p. m.

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **DE ARCO ZABALETA OSCAR FELIPE, CC - 7938156**, está afiliado(a) desde **25/04/2025**, como trabajador(a) de **OBRAS CIVILES P Y C S.A.S**, con NIT: **9019064254**.

Estado civil: **Soltero**
Cónyuge/Compañero(a): **NO REPORTA**
Categoría: **A**
Fecha de Ingreso a la Empresa: **2025-04-26**

Grupo familiar conformado por:

NOMBRE	No. Identificación	Parentesco
NO EXISTE REGISTRO	-	-

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **25 de abril de 2025** a solicitud del interesado

Cordialmente,

Sandra Milena Mariño Ojeda
Jefe Departamento Subsidio

en SALUD
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
MEDICINA ESPECIALIZADA Y ULTRASONIDO

Cra 21 # 23–26 Sur
Bogotá, Colombia
300 523 1062 - 324 339 2138
NI 901467404

Impreso con **MedSystem**

Certificado laboral

901906425 -4 - OBRAS CIVILES P Y C S.A.S

Paciente	**OSCAR FELIPE DE ARCO ZABALETA**	**Examen**	**Ingreso laboral**
CC	7938156	Fecha	Mar., 22 de abr. 2025 08:05h
Edad	42 años y 9 meses		
Ocupación	OFICIAL DE COSNTRUCCION		



Servicios realizados

Medicina Ocupacional

Concepto

Tipo de concepto

Sin restricción para el cargo

Énfasis

Osteomuscular

Generación: mar., 22 de abr. 2025

Observaciones y/o recomendaciones

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO
ASINTOMATICO OSTEOMUSCULAR

RECOMENDACIONES:

PAUSAS ACTIVAS.	HABITOS SALUDABLES.
HIGIENE POSTURAL.	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL.
REALIZAR ACTIVIDAD FISICA.	CONTROL OCUPACIONAL ANUAL.

He comprendido el objetivo, propósito, beneficios y riesgo del examen médico, paraclínico y/o ocupacionales que se me practicaron. Certifico que las respuestas suministradas por mí en estos exámenes y que se plasmaron en este documento son veraces y completas. Entiendo que este es un proceso voluntario y libre de toda cohesión, AUTORIZO para que den a conocer sea por medio electrónico o físico esta información a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente para el adecuado cumplimiento del SGSST. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido lo anteriormente expuesto y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

HENRY ENRIQUE OROZCO SOLANO
CC: 72264756
Medico Salud Ocupacional
R.M. 0896-9 - L.S.O. 13546

OSCAR FELIPE DE ARCO ZABALETA
CC: 7938156
Paciente
* Firma autorizada desde el consentimiento informado

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **DE ARCO ZABALETA OSCAR FELIPE** identificado(a) con **CC** número **7.938.156** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 04 de junio de 2009 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 25 de abril de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 744 44 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
y en el resto del país desde un teléfono fijo **01 8000 52 8000**.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 25 de abril de 2025, a las 13:44:13, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	7938156
Código de Verificación	7938156250425134413

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 01:35:16 PM horas del 25/04/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **7938156**
Apellidos y Nombres: **DE ARCO ZABALETA OSCAR FELIPE**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República | Ministerio de Defensa Nacional | Portal Único de Contratación | GOV.CO

Todos los derechos reservados.

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	BOGOTÁ
Contrato No. 1726 - 2024		Anexo 14.5 Versión 0.0 Febrero-2025

NOMBRE	Oscar Moreno	CEDULA No.	80769846
FECHA:	24-04-2025	CARGO	Ayudante de obra

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	DESCRIPCIÓN	TALLA	CANTIDAD	DOTACIÓN	EPP	OBSERVACIONES
1	Dotacion		1	1	1	
2	Cusco					
3	Botas	40				
4	camisa	40				
5	Pantalón	40				
6	Guantes					
7						
8						
9						
10						

COMPROMISO

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

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.		FIRMA DE TRABAJADOR	
NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA ENTREGA	ING. FABIO MERCK RAMIREZ	CARGO	Residente SST

Powered by CamScanner

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN SST Y AMBIENTAL	BOGOTÁ
Contrato de Obra No.1726 de 2024		Anexo 11.1 Versión 0.0 Febrero-2025

Nombre: Oscar Moreno Cedula Ciudadania: 80769846

Fecha: 24-04-2025 Cargo: Ayudante de obra

EPS: Salud total ARL: colpatria AFP: Porvenir

Caja Compensación: cafam Alergias; SI ____ NO X Cuales: ____

Inducción (Trabajador nuevo)	X
Re Inducción (Trabajador antiguo)	

En caso de emergencia comunicar a:

Celular: ____ Parentesco: ____

MARQUE FALSO O VERDADERO SEGÚN CORRESPONDA

1. La actividad económica principal de la empresa es:

La construcción de obras de ingenieria civil

FALSO ( ) VERDADERO (X)

2. SISOMA significa: (Seguridad Industrial, Salud Ocupacional y Medio Ambiente)

VERDADERO (X) FALSO ( )

3. Las responsabilidades de los trabajadores frente al SG-SST son:

	FALSO	VERDADERO
Suministrar información Clara, veraz y completa sobre su estado de salud.		✓
Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del SG-SST.		✓
Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST de la empresa.		
Procurar el cuidado integral de su salud.		✓
Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo .		✓

4. Las responsabilidades del consorcio frente al SG-SST son:

	FALSO	VERDADERO
Definir, firmar y divulgar la política y objetivos del SG-SST		✓
Asignar y documentar las responsabilidades del SG-SST.		✓
Asignar recursos para la implementación del SG-SST.		
Participar en las actividades de capacitación.		✓
Cumplir los requisitos normativos aplicables, Capacitar a los trabajadores, realizar gestión de los peligros y riesgos.		✓

5. Según la imagen coloque el número correspondiente con la política.

1- Política de no alcohol y drogas	2- Política de no fumadores	3- Política de seguridad y salud en el trabajo
 3	 1	 2

6. Los pasos a realizar antes de ejecutar una actividad en espacio confinado son:

Realizar el Análisis de Seguridad en el Trabajo (AST), Diligenciar el permiso de trabajo en alturas, inspeccionar arnes y eslinga, ejecutar la actividad en altura.

FALSO ( ) VERDADERO (X)

7. Un mal levantamiento de cargas o un mal movimiento pueden ocasionar:

Hernias discales, lumbagos, dolor de espalda, escoliosis, fatiga muscular.

VERDADERO (X) FALSO ( )

8. El peso máximo recomendado que un hombre debe levantar manualmente una carga es:

50 Kg

FALSO (X) VERDADERO ( )

9. El peso máximo recomendado que un hombre debe levantar manualmente una carga es:

25 kg

VERDADERO (X) FALSO ( )

10. Según la imagen coloque el número correspondiente del peligro:

Peligros				 RIESGO ELECTRICO		 NO! SI
N°	3	5	1	6	2	4
Nombre	1. Quimicos	2 Trabajo en alturas	3. Ruido	4. Manejo manual de cargas	5. Virus y bacterias	6. Electricidad

Powered by CamScanner

11. Las funciones del COPASST o Vigia SST son:

Participar en la investigación de incidentes, realizar inspecciones de seguridad, Servir de puente de comunicación entre los trabajadores y la gerencia, reunirse mensualmente

FALSO ( ) VERDADERO (X)

12. Las funciones del Comité de Convivencia son:

Prevenir malas conductas de acoso laboral. Fomentar el dialogo, planes de mejora y hacer seguimiento, Analizar y escuchar a las partes. Comunicar a la alta dirección los casos. Reunirse cada tres meses para hacer seguimiento a las acciones propuestas

VERDADERO (X) FALSO ( )

13. . Un accidente de Trabajo es:

Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte

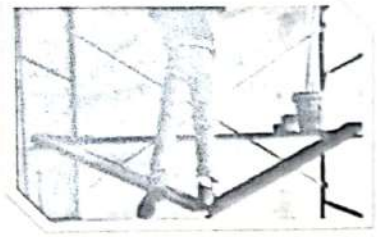
FALSO ( ) VERDADERO (X)

14. . Cuando me ocurra un accidente de trabajo debo:

Informar a mi jefe inmediato y asistir a un centro de salud para recibir atención médica

VERDADERO (X) FALSO ( )

15. ¿La imagen corresponde a un ACTO INSEGURO?



FALSO ( ) VERDADERO (X)

16. . ¿La imagen corresponde a una CONDICIÓN INSEGURA?

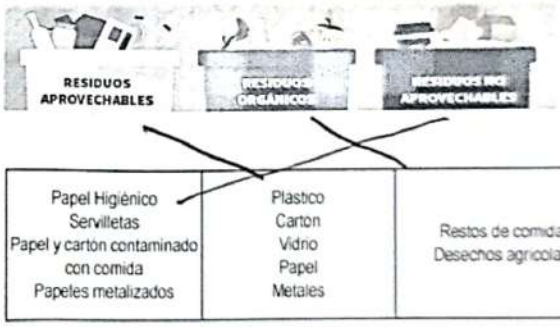


VERDADERO (X) FALSO ( )

17. Unir con una línea para que sirve cada EPP.



18. De acuerdo con el código de colores definido por el ministerio de ambiente, relacione con una línea lo que se almacena en cada recipiente.



Calificacion Evaluacion		Retroalimentacion
Respuestas Correctas		
Respuestas Incorrectas		
Metodo de Calificacion	Entre 14 y 18 respuestas correctas : Aprobado 9 y 13 respuestas correctas: Aceptable con retroalimentacion Entre 1 y 8 respuestas incorrectas: Debe repetir la evaluación	Entre

Firma Trabajador SCHB

Celular 3603197446

Direccion CR 28 #2-25

Localidad santaFe

Nombre del evaluador ING. FABIO MERCK RAMIREZ POVEDA

Powered by CamScanner

Yo Oscar Moreno identificado con número de documento CC: 80769846 desempeñando el cargo de Ayudante de obra formalmente declaro que hoy 24/04/25 He recibido verbalmente parte del residente de Seguridad y Salud en el Trabajo, la inducción y el conocimiento necesario referente a los riesgos inherentes al trabajo que realizo, como:

PELIGRO IDENTIFICADO	SI	NO
Biológico (Virus, bacterias, picaduras, mordeduras)	✓	
Físico (Ruido, vibraciones, radiaciones no ionizantes)	✓	
Químico (Gases y vapores)	✓	
Psicosocial (Condiciones de la tarea, organización del trabajo)	✓	
Biomecánico (Movimiento repetitivo, manejo manual de cargas, posturas prolongadas y mantenidas)	✓	
Condiciones de seguridad mecánicas (Manejo de herramientas manuales y maquinaria)	✓	
Condiciones de seguridad eléctricas (Manejo de herramientas eléctricas)	✓	
Condiciones de seguridad locativas (Superficies de trabajo irregulares, condiciones de orden y aseo)	✓	
Condiciones de seguridad locativas (Trabajo en alturas)	✓	
Condiciones de seguridad tecnológicas (Derrames, incendios)	✓	
Condiciones de seguridad vial (Accidentes de tránsito)	✓	
Condiciones de seguridad públicos (robos, atracos, asaltos, disturbios y alteración del orden público).	✓	

En consecuencia, me comprometo a cumplir con todas las normas, procedimientos, protocolos en seguridad y salud en el trabajo con el fin de procurar el cuidado integral de mi salud y la de mis compañeros de trabajo.

Firma del responsable del SG-SST

Firma del trabajador 80769846

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **80.769.846**

MORENO RODRIGUEZ

APELLIDOS

OSCAR WILLIAM

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-MAY-1984**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

03-DIC-2002 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00139606-M-0080769846-20081219 0006400671A 1 1490023840

EPS: Salud total
Pension: Porvenir
ARL: colpatria

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014613319	2|5|0|4|2|0|2|5

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

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

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

3.Regimen — A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4.Contribución Solidaria — Si ☐ No ☒

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

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

7.Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
MORENO Primer apellido	RODRIGUEZ Segundo apellido	OSCAR Primer nombre	WILLIAM Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	80769846	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento			15.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:	
COLOMBIA	COLOMBIA			0|5|0|5|1|9|8|4

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A		1423500	

26.Residencia

CR 2 B 2 25 **Dirección**	**Telefono fijo**	3003197446 **Telefono celular**	OSCARMORENO@HOTMAIL.COM **Correo electronico**

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

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

		53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C		VS AMERICAS - CIMAD ODONTO. IPS LTDA	VSAMERICAS - CIMADONTOL
B		-	-
B		-	-
B		-	-

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
OBRAS CIVILES P Y C S A S	NIT	901906425	

59.Ubicación

TRANSVERSAL 51 SUR 70 41 Dirección	320982870 Teléfono fijo o celular	ANDRE5820@HOTMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Departamento	BOGOTA Municipio/distrito

No de Radicacion
4014613319

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

65. EPS anterior	66. Fecha de Novedad	67. Motivo de traslado Código:	68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	2|5|0|4|2|0|2|5		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad

IX. FIRMAS

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

X. ANEXOS

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

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

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

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

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

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

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	95. Firma del funcionario
96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

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

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

OSCAR WILLIAM MORENO RODRIGUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **80.769.846**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 25 de Abril del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901906425
Número Afiliación:	9027275
Razón social:	OBRAS CIVILES P Y C S A S

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	80769846
Nombre:	OSCAR WILLIAM MORENO RODRIGUEZ
Fecha Ingreso:	26/04/2025
Salario básico:	1,423,500
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	1
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	25/04/2025 11:32:44 a. m.

en SALUD
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
MEDICINA ESPECIALIZADA Y ULTRASONIDO

Cra 21 # 23–26 Sur
Bogotá, Colombia
300 523 1062 - 324 339 2138
NI 901467404

Impreso con **MedSystem**

Certificado laboral

901906425 -4 - OBRAS CIVILES P Y C S.A.S

Paciente	**OSCAR WILLIAM MORENO RODIGUEZ**	**Examen**	**Ingreso laboral**
CC	80769846	Fecha	Lun., 21 de abr. 2025 07:57h
Edad	40 años y 11 meses		
Ocupación	AYUDANTE DE CONSTRUCCION		



Servicios realizados

Medicina Ocupacional

Concepto

Tipo de concepto

Sin restricción para el cargo

Generación: lun., 21 de abr. 2025

Observaciones y/o recomendaciones

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO
ASINTOMATICO OSTEOMUSCULAR

RECOMENDACIONES:

PAUSAS ACTIVAS.	HABITOS SALUDABLES.
HIGIENE POSTURAL.	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL.
REALIZAR ACTIVIDAD FISICA.	CONTROL OCUPACIONAL ANUAL.

He comprendido el objetivo, propósito, beneficios y riesgo del examen médico, paraclínico y/o ocupacionales que se me practicaron. Certifico que las respuestas suministradas por mí en estos exámenes y que se plasmaron en este documento son veraces y completas. Entiendo que este es un proceso voluntario y libre de toda cohesión, AUTORIZO para que den a conocer sea por medio electrónico o físico esta información a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente para el adecuado cumplimiento del SGSST. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido lo anteriormente expuesto y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

HENRY ENRIQUE OROZCO SOLANO
CC: 72264756
Medico Salud Ocupacional
R.M. 0896-9 - L.S.O. 13546

OSCAR WILLIAM MORENO RODIGUEZ
CC: 80769846
Paciente
* Firma autorizada desde el consentimiento informado

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **MORENO RODRIGUEZ OSCAR WILLIAM, CC - 80769846**, está afiliado(a) desde **25/04/2025**, como trabajador(a) de **OBRAS CIVILES P Y C S.A.S**, con NIT: **9019064254**.

Estado civil: **Soltero**
Cónyuge/Compañero(a): **NO REPORTA**
Categoría: **A**
Fecha de Ingreso a la Empresa: **2025-04-25**

Grupo familiar conformado por:

NOMBRE	No. Identificación	Parentesco
ANGELA VALERIA MORENO ABRIL	**1034311755**	**Hijo**

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **25 de abril de 2025** a solicitud del interesado

Cordialmente,

Sandra Milena Mariño Ojeda
Jefe Departamento Subsidio

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 12:54:05 PM horas del 25/04/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **80769846**
Apellidos y Nombres: **MORENO RODRIGUEZ OSCAR WILLIAM**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República | Ministerio de Defensa Nacional | Portal Único de Contratación | GOV.CO

Todos los derechos reservados.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 25 de abril de 2025, a las 12:57:40, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	80769846
Código de Verificación	80769846250425125740

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

minerva 10-03

www.formasminerva.com

ORIGINAL

HOJA DE VIDA
PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha (D M A)	Empleo o cargo al que aspira
	oficial de obra

I. INFORMACIÓN GENERAL

(*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 5 Convenio 111 OIT

Apellido(s) del aspirante: oscar moreno -R-	Nombre(s) del aspirante: oscar william
Fecha de nacimiento: D 05 M 05 A 1984	Lugar de nacimiento: bogotá
Dirección domicilio / Barrio: cll 2B # 2-25	Ciudad: bogotá
Teléfono:	N°. Celular: 3003197446
Correo electrónico: oscarwiliamorenorodriguez@gmail.com	Nacionalidad: colombia
Profesión, ocupación u oficio: obra sivil	(*) Estado civil: casado
	Años de experiencia laboral: 2

FOTOGRAFÍA RECIENTE
Tamaño 3 x 4 cm

DOCUMENTACIÓN

(**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995

Cédula de ciudadanía: [X] No. 80769846	(**) Libreta militar No. 80769846	Primera clase: [ ]	
Extranjería: [ ] Expedida en:	Distrito No.	Segunda clase: [X]	
Tarjeta profesional No.	¿Tiene vehículo? Sí [ ] No [X]	Licencia de conducción No.	Categoría

II. PERFIL LABORAL

Mencione brevemente estudios, experiencia y habilidades que lo caractericen en su vida laboral

bachiller tengo esperiencia en obra como plomero manpostero pañete electricida istalacion de losa paredes y pisos

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí [ ] No [X]	¿En qué empresa?	Empleado [ ] Independiente [ ]	Tipo de contrato
¿Trabajó antes en esta empresa? Sí [X] No [ ]	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Sí [ ] No [ ]	Fecha (D M A)	¿Conoce a alguien de esta empresa? Sí [X] No [ ] Nombre: Guillermo parada Dependencia: contratista
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí [ ] No [X]	Nombre / Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio [ ] Amigo [X] Redes Sociales [ ] Por medio de agencia [ ] Otro [ ] ¿Cuál?	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Sí [X] No [ ]	Vive en casa: ¿Familiar? [ ] ¿Propia? [ ] ¿Alquilada? [X]	Nombre del arrendador: Rene	Teléfono: 3197867155 — ¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 1 año
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí [ ] No [X]	Descríbalo e indique su valor mensual		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $1500.000
¿Por qué conceptos? servicios trasporte arriendo comida y Medisina			¿Cuánto es su aspiración salarial? $1700.000
¿Cuál es su principal afición? el Fusbol	¿Practica algún deporte? Sí [ ] No [ ] ¿Cuál(es)?		

¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros?
Sí [X] No [ ] ¿Cuál(es)? Corso de compensar

17037264

minerva © by Legis. Prohibida su reproducción. Se denunciarán penalmente las falsificaciones

Powered by CamScanner

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja
alexandra abril	ama del hogar	casa

Cargo actual	Dirección	Teléfono	Ciudad
ama de casa	cll 2B #2-25	3003197446	bogotá

No. de personas que dependen económicamente de usted	Parentesco	Edades
3	esposa – hija – yo	38 – 7 – 40

Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)

Nombre(s) hermano(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)
Miriam moreno	tapisadora de sillas carros	3184633087
Diana moreno		3026611979-whp

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria	2014	11	acta de grado	colegio la candelaria	bogotá
Bachillerato Académico [X] Técnico [ ] Comercial [ ] Otro [ ]					
Educación Superior Técnico [ ]					
Tecnológico [ ]					
Profesional [ ]					
Posgrados					

	Intensidad horaria	Nombre del programa	Institución
Otros: cursos, diplomados, seminarios.			
Otros: cursos, diplomados, seminarios.			

¿Cursa estudios actualmente?	¿Qué tipo de estudios?	Duración (años, semestres, meses)	Año / semestre que cursa
Si [ ] No [X]			

Nombre de la institución

Horario Diurno [ ] Nocturno [ ] Fin de semana [ ] A distancia [ ]

OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de domino **R-Regular** (50 a 60%) **B-Bueno** (61 a 80%) **MB-Muy Bueno** (81 a 100%)

Sistemas Si [ ] No [X]

¿Qué programas maneja?

1.	R	B	MB	3.	R	B	MB
2.	R	B	MB	4.	R	B	MB

Idiomas Si [ ] No [X]

¿Qué idioma(s) conoce?

	Escucha			Lectura			Escritura			Habla		
1.	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
2.	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

Nota: en caso de ser contratado(a) favor preparar toda la documentación

VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ÚLTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO, COMENZANDO POR EL ÚLTIMO O ACTUAL. SI NECESITA DAR MÁS DETALLES UTILICE LA ÚLTIMA PÁGINA DE NOTAS ADICIONALES. ESTOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL.

Nombre de la última o actual empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
Hidraulicas y gases sas	830.047674-8		4579955

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
ayudante de plomeria	urbanismo	07 06 2020	09 08 2021	$908.526	$908.526

Funciones realizadas: instalasion de cajas de paso cometiva de tuberia resanes de pisos con medias caña instalacion de reg contra incendio

Nombre de su jefe inmediato: Mario el su — Cargo: supervisor y socio

Logros obtenidos: prendisaje de instalacion de tuberia sanitaria y potable

Tipo de contrato: Indefinido [ ] ¿Cuánto tiempo? Fijo [X] — Contrato directo con la empresa [X] Contrato por medio de agencia [ ] Otro [ ] ¿Cuál?

Horario de trabajo: Tiempo completo [X] 1/2 Tiempo [ ] Por horas [ ] Jornada: Diurna [ ] Nocturna [ ] Otra jornada [ ]

Motivo del retiro: terminacion de obra

Powered by CamScanner

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso D M A	Fecha Retiro D M A	Sueldo Inicial $	Sueldo Final $

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato | Cargo

Logros obtenidos

Tipo de contrato: Indefinido ☐ ¿Cuánto tiempo? Fijo ☐ Contrato directo con la empresa ☐ Contrato por medio de agencia ☐ Otro ☐ ¿Cuál?

Horario de trabajo: Tiempo completo ☐ 1/2 Tiempo ☐ Por horas ☐ Jornada: Diurna ☐ Nocturna ☐ Otra jornada ☐

Motivo del retiro

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso D M A	Fecha Retiro D M A	Sueldo Inicial $	Sueldo Final $

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato | Cargo

Logros obtenidos

Tipo de contrato: Indefinido ☐ ¿Cuánto tiempo? Fijo ☐ Contrato directo con la empresa ☐ Contrato por medio de agencia ☐ Otro ☐ ¿Cuál?

Horario de trabajo: Tiempo completo ☐ 1/2 Tiempo ☐ Por horas ☐ Jornada: Diurna ☐ Nocturna ☐ Otra jornada ☐

Motivo del retiro

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	blanca moreno	profesora	cll1F#2-35	3193978956
2.	Yolanda	amadecasa		3142405792

Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Miriam	tapisa sillas carros	carrera 12#19-35 Manizales	3184633087
2.	liliana abril			3012269610

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción. X (Marque con una X)

Nota importante

Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos. gracias

Certificación

Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T., Art. 62 Num. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).

Firma del solicitante

C.C. 80769846

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.128.187.283**

HERRERA ARIAS

APELLIDOS

RICARDO ANTONIO

NOMBRES



RICARDO HERRERA

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-ABR-1986**

CIENAGA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

13-OCT-2004 ZONA BANANERA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2109500-00894075-M-1128187283-20170403 **00547**84131G 1 9999511475

HONOR X7a
50MP Quad Camera

Medellín, 23 de April 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 GARZON OTALVARO NESTOR RAUL.

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 CALDAS		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1128187283	HERRERA ARIAS RICARDO ANTONIO	24/04/2025		130E168K	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 23/04/2025 09:05:44 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.66.217.226, 192.230.104.4, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014593969	2|2|0|4|2|0|2|5

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

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

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

3.Regimen — A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4.Contribución Solidaria — Si ☐ No ☒

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

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

7.Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
HERRERA Primer apellido	ARIAS Segundo apellido	RICARDO Primer nombre	ANTONIO Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1128187283	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA	Departamento: MAGDALENA	Municipio: CIENAGA		1|5|0|4|1|9|8|6

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1423500	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CR 47 B 73 C 36		3115101775	RICARDO.H@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
BOGOTA	BOGOTA	170	Urbana cabecera municipal ☒ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

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

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
GARZON OTALVARO NESTOR RAUL	CC	10256426	01

59.Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito
CR 12 NUMERO 13 24	5698741	GARZONNESTOR@HOTMAIL.COM	CALDAS	MANIZALES

No de Radicacion
4014593969

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

65. EPS anterior	66. Fecha de Novedad	67. Motivo de traslado Código:	68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	2|2|0|4|2|0|2|5	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS

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

X. ANEXOS

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

  Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0
- ☐ **83.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **84.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **85.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ **86.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ **87.** Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ **88.** Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ **89.** Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ **90.** Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ **91.** Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

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

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

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

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	95. Firma del funcionario
☐		
96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

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

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

RICARDO ANTONIO HERRERA ARIAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.128.187.283**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 23 de Abril del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **HERRERA ARIAS RICARDO ANTONIO, CC - 1128187283**, está afiliado(a) desde **23/04/2025**, como trabajador(a) de **GARZON OTALVARO NESTOR RAUL**, con NIT: **102564261**.

Estado civil: **Soltero**
Cónyuge/Compañero(a): **NO REPORTA**
Categoría: **A**
Fecha de Ingreso a la Empresa: **2025-04-23**

Grupo familiar conformado por:

NOMBRE	No. Identificación	Parentesco
NO EXISTE REGISTRO	-	-

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **23 de abril de 2025** a solicitud del interesado

Cordialmente,

Sandra Milena Mariño Ojeda
Jefe Departamento Subsidio

Clinisur IPS Ltda Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000547451

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: NESTOR RAUL GARZON OTALVARO FECHA 22/04/2025 06:29:52

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: RICARDO ANTONIO HERRERA ARIAS **C.C** 1128187283

EDAD 39 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** AYUDANTE DE CONSTRUCCION



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐	NO ☑			
Visiometría	☑	Glic ☐	Col ☐	Trigli ☐	Otros ☐		
Optometría	☐	**¿Cuáles?**					
Audiometría	☑						
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑				
		Otros	☐				

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS. HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE. USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR. CONTROLES PERIÓDICOS OCUPACIONALES. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS SEGÚN CRONOGRAMA DE LA EMPRESA. USO DE MEDIAS ANTIVARICES DE MEDIANA COMPRESION

EXÁMENES DE EGRESO
Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

Ricardo Herrera

FIRMA DEL PACIENTE


Captura Biométrica

Dra. Aylcen Orcasita Almarales
Medico Esp. Seguridad y Salud en el trabajo
RES. 0298/2019

FIRMA DEL ESPECIALISTA

minerva
10-03

www.formasminerva.com

ORIGINAL

HOJA DE VIDA
PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su hoja de vida en letra clara y legible

Fecha	Empleo o cargo al que aspira
D M A	oficios varios

I. INFORMACION GENERAL

(*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 5 Convenio 111 OIT

Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante
Herrera Arias	Ricardo Herrera
Fecha de Nacimiento	**Lugar de Nacimiento**
15 04 1986	Sitenaga Magdalena
Dirección domicilio / Barrio	**Ciudad**
Calle 75 Sur N°47 A15	Bogota
Teléfono	**No. Celular**
	3045722152
Correo electrónico	**Nacionalidad**
YoserMorales967@gmail.com	colombiana
Profesión, ocupación u oficio	**(*) Estado civil**
oficios varios	Union libre

FOTOGRAFIA RECIENTE Tamaño 3x4 cms

Años de experiencia laboral: 4 años

DOCUMENTACION

(*) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995

Cédula de ciudadanía: [X] N° 1.128.187.283	(*) Libreta militar N° 1128 187 283	Primera clase: [X]	
Extranjería: [ ] Expedida en:	Distrito N°	Segunda clase: [ ]	
Tarjeta profesional N°	¿Tiene vehículo? Si [ ] No [X]	Licencia de conducción N°	Categoría

II. PERFIL LABORAL

Mencione brevemente estudios, experiencia y habilidades que lo caracterizan en su vida laboral

me caracteriso por ser una persona honesta responsable y puntual con ganas de poner todo mi conocimiento en esta empresa.

II. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si [ ] No [X]	¿En qué empresa?	Empleado [ ] Independiente [ ]	Tipo de contrato
¿Trabajó antes en esta empresa? Si [ ] No [X]	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si [ ] No [X]	Fecha D M A	¿Conoce a alguien de esta empresa? Si [ ] No [X] — Nombre — Dependencia
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si [ ] No [X]	Nombre — Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio [ ] Amigo [X] Redes Sociales [ ] Por medio de agencia [ ] Otro [ ] ¿Cuál?	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si [X] No [ ]	Vive en casa: ¿Familiar? [ ] ¿Propia? [ ] ¿Alquilada? [X]	Nombre del arrendador	Teléfono — ¿Hace cuanto tiempo reside en esta lugar?
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si [ ] No [X]	Describalo e indique su valor mensual		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $ 850.000
¿Por qué concepto?			¿Cuánto es su aspiración salarial? lo asignado
¿Cuál es su principal afición?	¿Practica algún deporte? Si [X] No [ ]	¿Cuál(es)? Fotbol	

¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, entre otros?
Si [ ] No [X] ¿Cuál(es)?

REV. 05-2015

minerva © by Legis. Prohibida su reproducción. Se denunciarán penalmente las falsificaciones

5221421113

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 23 de abril de 2025, a las 09:01:17, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1128187283
Código de Verificación	1128187283250423090117

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 08:55:40 AM horas del 23/04/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1128187283**
Apellidos y Nombres: **HERRERA ARIAS RICARDO ANTONIO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Volver al Inicio

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ
Contrato No. 1726 - 2024		Anexo 14.5 Versión 0.0 Febrero-2025

NOMBRE	Ricardo Herrera	CEDULA No.	1128187283
FECHA:	28-04-2025	CARGO	Ayudante

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	DESCRIPCIÓN	TALLA	CANTIDAD	DOTACIÓN	EPP	OBSERVACIONES
1	camisa	36		x		
2	Pantalón	36		x		
3	Botas	41		x		
4	casco					
5						
6						
7						
8						
9						
10						

COMPROMISO

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

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.		FIRMA DE TRABAJADOR	Ricardo Herrera
NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA ENTREGA	ING. FABIO MERCK RAMIREZ	CARGO	Residente SST

Powered by CamScanner

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN SST Y AMBIENTAL	BOGOTÁ
Contrato de Obra No.1726 de 2024		Anexo 11.1 Versión 0.0 Febrero-2025

Nombre: Ricardo Herrera **Cedula Ciudadania:** 1128187283

Fecha: 28-04-2025 **Cargo:** Ayudante

EPS: Salud total **ARL:** Sura **AFP:** Porvenir

Caja Compensación: Cafam **Alergias; SI** ____ **NO** X **Cuales:** ____

Inducción (Trabajador nuevo)	X
Re Inducción (Trabajador antiguo)	

En caso de emergencia comunicar a:

Celular: 3008033020 **Parentesco:** Primo

MARQUE FALSO O VERDADERO SEGÚN CORRESPONDA

1. La actividad económica principal de la empresa es:

La construcción de obras de ingeniería civil

FALSO ( ) VERDADERO (X)

2. SISOMA significa: (Seguridad Industrial, Salud Ocupacional y Medio Ambiente)

VERDADERO (X) FALSO ( )

3. Las responsabilidades de los trabajadores frente al SG-SST

	FALSO	VERDADERO
Suministrar información Clara, veraz y completa sobre su estado de salud		X
Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del SG-SST		X
Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST de la empresa		
Procurar el cuidado integral de su salud		X
Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo		X

4. Las responsabilidades del consorcio frente al SG-SST son:

	FALSO	VERDADERO
Definir, firmar y divulgar la política y objetivos del SG-SST		X
Asignar y documentar las responsabilidades del SG-SST		X
Asignar recursos para la implementación del SG-SST.		
Participar en las actividades de capacitación		X
Cumplir los requisitos normativos aplicables, Capacitar a los trabajadores, realizar gestión de los peligros y riesgos.		X

5. Según la imagen coloque el número correspondiente con la política.

1- Política de no alcohol y drogas



3

2- Política de no fumadores



1

3- Política de seguridad y salud en el trabajo



2

6. Los pasos a realizar antes de ejecutar una actividad en espacio confinado son:

Realizar el Análisis de Seguridad en el Trabajo (AST). Diligenciar el permiso de trabajo en alturas, inspeccionar arnés y eslinga, ejecutar la actividad en altura.

FALSO ( ) VERDADERO (X)

7. Un mal levantamiento de cargas o un mal movimiento pueden ocasionar:

Hernias discales, lumbagos, dolor de espalda, escoliosis, fatiga muscular.

VERDADERO (X) FALSO ( )

8. El peso máximo recomendado que un hombre debe levantar manualmente una carga es:

50 Kg

FALSO (X) VERDADERO ( )

9. El peso máximo recomendado que un hombre debe levantar manualmente una carga es:

25 kg

VERDADERO (X) FALSO ( )

10. Según la imagen coloque el número correspondiente del peligro:

Peligros						
N°	3	5	1	6	2	4
Nombre	1. Químicos	2.Trabajo en alturas	3. Ruido	4. Manejo manual de cargas	5. Virus y bacterias	6. Electricidad

Powered by CamScanner

11. Las funciones del COPASST o Vigia SST son:

Participar en la investigación de incidentes, realizar inspecciones de seguridad, Servir de puente de comunicación entre los trabajadores y la gerencia, reunirse mensualmente.

FALSO ( ) VERDADERO ( )

12. Las funciones del Comité de Convivencia son:

Prevenir malas conductas de acoso laboral, Fomentar el dialogo, planes de mejora y hacer seguimiento, Analizar y escuchar a las partes, Comunicar a la alta dirección los casos, Reunirse cada tres meses para hacer seguimiento a las acciones propuestas.

VERDADERO ( ) FALSO ( )

13. . Un accidente de Trabajo es:

Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte.

FALSO ( ) VERDADERO ( )

14. . Cuando me ocurra un accidente de trabajo debo:

Informar a mi jefe inmediato y asistir a un centro de salud para recibir atención médica.

VERDADERO ( ) FALSO ( )

15. ¿La Imagen corresponde a un ACTO INSEGURO?



FALSO ( ) VERDADERO ( )

16. . ¿La imagen corresponde a una CONDICIÓN INSEGURA?

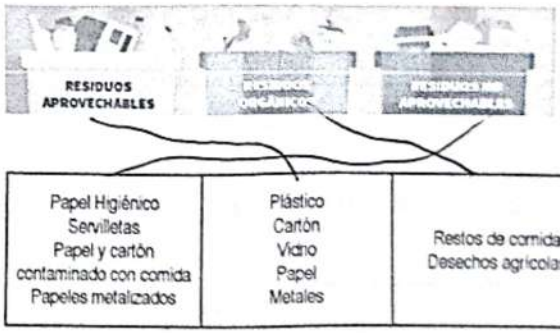


VERDADERO ( ) FALSO ( )

17. Unir con una linea para que sirve cada EPP.



18. De acuerdo con el código de colores definido por el ministerio de ambiente, relacione con una linea lo que se almacena en cada recipiente.



Calificación Evaluación		Retroalimentación:
Respuestas Correctas		
Respuestas Incorrectas		
Método de Calificación		Entre 14 y 18 respuestas correctas : Aprobado Entre 9 y 13 respuestas correctas: Aceptable con retroalimentación Entre 1 y 8 respuestas incorrectas: Debe repetir la evaluación

Firma Trabajador Ricardo Herrera

Celular 3019432906

Dirección Calle 26 2u 47A-15

Localidad Ciudad Bolivar

Nombre del evaluador ING. FABIO MERCK RAMIREZ POVEDA

Powered by CamScanner

Yo Ricardo Herrera identificado con número de documento CC: 1128187283 desempeñando el cargo de Ayudante formalmente declaro que hoy 28-04-25 He recibido verbalmente parte del residente de Seguridad y Salud en el Trabajo, la inducción y el conocimiento necesario referente a los riesgos inherentes al trabajo que realizo, como:

PELIGRO IDENTIFICADO	SI	NO
Biológico (Virus, bacterias, picaduras, mordeduras)	✓	
Físico (Ruido, vibraciones, radiaciones no ionizantes)	✓	
Químico (Gases y vapores)	✓	
Psicosocial (Condiciones de la tarea, organización del trabajo)	✓	
Biomecánico (Movimiento repetitivo, manejo manual de cargas, posturas prolongadas y mantenidas)	✓	
Condiciones de seguridad mecánicas (Manejo de herramientas manuales y maquinaria)	✓	
Condiciones de seguridad eléctricas (Manejo de herramientas eléctricas)	✓	
Condiciones de seguridad locativas (Superficies de trabajo irregulares, condiciones de orden y aseo)	✓	
Condiciones de seguridad locativas (Trabajo en alturas)	✓	
Condiciones de seguridad tecnológicas (Derrames, incendios)	✓	
Condiciones de seguridad vial (Accidentes de tránsito)	✓	
Condiciones de seguridad públicos (robos, atracos, asaltos, disturbios y alteración del orden público).	✓	

En consecuencia, me comprometo a cumplir con todas las normas, procedimientos, protocolos en seguridad y salud en el trabajo con el fin de procurar el cuidado integral de mi salud y la de mis compañeros de trabajo.

Firma del responsable del SG-SST

Ricardo Herrera

Firma del trabajador

Powered by CamScanner

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ
Contrato No. 1726 - 2024		Anexo 14.5 Versión 0.0 Febrero-2025

NOMBRE	Ismael Urrego Urrego	CEDULA No.	253850
FECHA:	11-04-2025	CARGO	Boal

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	DESCRIPCIÓN	TALLA	CANTIDAD	DOTACIÓN	EPP	OBSERVACIONES
1	camisa	36	1	X		
2	Pantalon	36	1	X		
3	Botas	39	1	X		
4	casco		1	X		
5	Guantes		1		X	
6						
7						
8						
9						
10						

COMPROMISO

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

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.		FIRMA DE TRABAJADOR	Ismael Urrego
NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA ENTREGA	ING. FABIO MERCK RAMIREZ	CARGO	Residente SST

Powered by CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

NIT 800.130.907-4

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

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación

Fecha de Radicación: 15 04 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia [ ] -Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

6. Primer apellido	6. Segundo apellido	6. Primer nombre	6. Segundo nombre
URREGO	URREGO	ISMAEL	

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	255850	Femenino [ ] Masculino [ ]	05 07 1961

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]		

15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC
SURA - CIA. SURAMERICANA DE SEGUROS	NINGUNO	$ 1.623.500

18. Residencia	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo electrónico
CARRERA 19F #71 SUR-10		3115747241	ISMAURREGO@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento
BOGOTA D.C.	Urbana [X] Rural [ ]	SANCRISTOBAL SUR	BOGOTA D.C.

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

19. Primer apellido	19. Segundo apellido	19. Primer nombre	19. Segundo nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	DD MM AAAA

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

	24. Primer apellido	24. Segundo apellido	24. Primer nombre	24. Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios

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

	32. Datos de residencia Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	NIT	901903126	

39. Ubicación Dirección	Teléfono	Correo Electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
CARREA 15 #93A-84	6014770190	RHPROCOM@HOTMAIL.COM	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.

VIGILADO Supersalud
IMPRESO POR CENTAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5 TEL. 430 2110

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

NIT 800.130.907-4

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

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación

Fecha de Radicación: 15 04 2025

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha (D D M M A A A A)
[ ]		Femenino [ ] Masculino [ ]		08 04 2025

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

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

Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total [ ]

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación (D D M M A A A A)	69. Fecha de validación (D D M M A A A A)

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	65. Firma del funcionario
[ ]		

OBSERVACIONES:

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

VIGILADO Supersalud

IMPRESO POR CAJA DE HERRAMIENTAS FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5 TEL. 430 2110

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN SST Y AMBIENTAL	BOGOTÁ
Contrato de Obra No.1726 de 2024		Anexo 11.1 Versión 0.0 Febrero-2025

Nombre: Ismael Urrego Urrego Cedula Ciudadanía: 255850

Fecha: 21-04-2025 Cargo: Boal

EPS: Salud total ARL: Sura AFP: Proteccion

Caja Compensación: Comfenalco Alergias; SI ____ NO ✓ Cuales: ____

Inducción (Trabajador nuevo)	X
Re Inducción (Trabajador antiguo)	

En caso de emergencia comunicar a:

Celular: 322 777 4005 Parentesco: hija

MARQUE FALSO O VERDADERO SEGÚN CORRESPONDA

1. La actividad económica principal de la empresa es:

La construcción de obras de ingeniería civil

FALSO ( ) VERDADERO (✓)

2. SISOMA significa: (Seguridad Industrial, Salud Ocupacional y Medio Ambiente)

VERDADERO (✓) FALSO ( )

3. Las responsabilidades de los trabajadores frente al SG-SST

	FALSO	VERDADERO
Suministrar información Clara, veraz y completa sobre su estado de salud.		✓
Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del SG-SST.		✓
Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST de la empresa.		✓
Procurar el cuidado integral de su salud.		✓
Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo .		✓

4. Las responsabilidades del consorcio frente al SG-SST son:

	FALSO	VERDADERO
Definir, firmar y divulgar la política y objetivos del SG-SST		✓
Asignar y documentar las responsabilidades del SG-SST.		✓
Asignar recursos para la implementación del SG-SST.		
Participar en las actividades de capacitación.		✓
Cumplir los requisitos normativos aplicables, Capacitar a los trabajadores, realizar gestión de los peligros y riesgos.		✓

5. Según la imagen coloque el número correspondiente con la política.

1- Política de no alcohol y drogas	2- Política de no fumadores	3- Política de seguridad y salud en el trabajo
 3	 1	 2

6. Los pasos a realizar antes de ejecutar una actividad en espacio confinado son:

Realizar el Análisis de Seguridad en el Trabajo (AST), Diligenciar el permiso de trabajo en alturas, inspeccionar arnés y eslinga, ejecutar la actividad en altura.

FALSO ( ) VERDADERO (✓)

7. Un mal levantamiento de cargas o un mal movimiento pueden ocasionar:

Hernias discales, lumbagos, dolor de espalda, escoliosis, fatiga muscular.

VERDADERO (✓) FALSO ( )

8. El peso máximo recomendado que un hombre debe levantar manualmente una carga es:

50 Kg

FALSO ( ) VERDADERO (✓)

9. El peso máximo recomendado que un hombre debe levantar manualmente una carga es:

25 kg

VERDADERO (✓) FALSO ( )

10. Según la imagen coloque el número correspondiente del peligro:

N° Peligro						
N°	3	5	1	6	2	4
Nombre	1. Químicos	2.Trabajo en alturas	3. Ruido	4. Manejo manual de cargas	5. Virus y bacterias	6. Electricidad

Powered by CamScanner

11. Las funciones del COPASST o Vigia SST son:

Participar en la investigación de incidentes, realizar inspecciones de seguridad, Servir de puente de comunicación entre los trabajadores y la gerencia, reunirse mensualmente.

FALSO ( ) VERDADERO (✓)

12. Las funciones del Comité de Convivencia son:

Prevenir malas conductas de acoso laboral, Fomentar el dialogo, planes de mejora y hacer seguimiento, Analizar y escuchar a las partes, Comunicar a la alta dirección los casos, Reunirse cada tres meses para hacer seguimiento a las acciones propuestas.

VERDADERO (✓) FALSO ( )

13. . Un accidente de Trabajo es:

Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte.

FALSO ( ) VERDADERO (✓)

14. . Cuando me ocurra un accidente de trabajo debo:

Informar a mi jefe inmediato y asistir a un centro de salud para recibir atención médica.

VERDADERO (✓) FALSO ( )

15. ¿La imagen corresponde a un ACTO INSEGURO?



FALSO ( ) VERDADERO (✓)

16. . ¿La imagen corresponde a una CONDICIÓN INSEGURA?



VERDADERO (✓) FALSO ( )

17. Unir con una linea para que sirve cada EPP.



18. De acuerdo con el código de colores definido por el ministerio de ambiente, relacione con una línea lo que se almacena en cada recipiente.



Papel Higiénico Servilletas Papel y cartón contaminado con comida Papeles metalizados	Plástico Cartón Vidrio Papel Metales	Restos de comida Desechos agricolas

Calificación Evaluación		Retroalimentación:
Respuestas Correctas		
Respuestas Incorrectas		
Método de Calificación		Entre 14 y 18 respuestas correctas : Aprobado Entre 9 y 13 respuestas correctas: Aceptable con retroalimentación Entre 1 y 8 respuestas incorrectas: Debe repetir la evaluación

Firma Trabajador: Ismael

Celular: 3115707101

Dirección: Jusero

Localidad: Ciudad Bolivar

Nombre del evaluador: ING. FABIO MERCK RAMIREZ POVEDA

Powered by CamScanner

Yo Ismael Urrego Urrego identificado con número de documento CC: 255 850 desempeñando el cargo de Bod | formalmente declaro que hoy 21-04-25 He recibido verbalmente parte del residente de Seguridad y Salud en el Trabajo, la inducción y el conocimiento necesario referente a los riesgos inherentes al trabajo que realizo, como:

PELIGRO IDENTIFICADO	SI	NO
Biológico (Virus, bacterias, picaduras, mordeduras)	✓	
Físico (Ruido, vibraciones, radiaciones no ionizantes)	✓	
Químico (Gases y vapores)	✓	
Psicosocial (Condiciones de la tarea, organización del trabajo)	✓	
Biomecánico (Movimiento repetitivo, manejo manual de cargas, posturas prolongadas y mantenidas)	✓	
Condiciones de seguridad mecánicas (Manejo de herramientas manuales y maquinaria)	✓	
Condiciones de seguridad eléctricas (Manejo de herramientas eléctricas)	✓	
Condiciones de seguridad locativas (Superficies de trabajo irregulares, condiciones de orden y aseo)	✓	
Condiciones de seguridad locativas (Trabajo en alturas)	✓	
Condiciones de seguridad tecnológicas (Derrames, incendios)	✓	
Condiciones de seguridad vial (Accidentes de tránsito)	✓	
Condiciones de seguridad públicos (robos, atracos, asaltos, disturbios y alteración del orden público).	✓	

En consecuencia, me comprometo a cumplir con todas las normas, procedimientos, protocolos en seguridad y salud en el trabajo con el fin de procurar el cuidado integral de mi salud y la de mis compañeros de trabajo.

Firma del responsable del SG-SST

Ismael Urrego

Firma del trabajador

Powered by CamScanner

ANMEDIPREV LTDA

NIT: 900574946
Dir: Cra 30 n 22 c - 32 local 14 y 15
Cel: 311 553 0524 - **Tel:** 601 7552549
Bogotá



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 36.535

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
15 DÍA	04 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN DE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PROCOM INGENIERIA SAS	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
URREGO URREGO ISMAEL	MASCULINO	63 AÑOS 9 MESES 10 DÍAS	Tipo: CC	Número: 255850

Cargo
BOAL

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CON ANTECEDENTE Y/O ENFERMEDAD QUE INTERFIERE PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *CON RESTRICCION PARA EXPOSICION A RUIDO MAYOR DE 85 DB Y ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO*

N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
CON RESTRICCION PARA EXPOSICION A RUIDO MAYOR DE 85 DB Y ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO	PERMANENTE	NO APLICA

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

AUDIOMETRIA	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
OPTOMETRIA	✓	ESPIROMETRIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	HACER DEPORTE
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE AUDITIVO	DIETA BALANCEADA
ESPIROMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
VALORACIÓN POR EPS : MEDICINA PYM	CAPACITACIÓN	
ESPECIALISTA : OTORRINO		

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

REQUIERE DE VALORACION MEDICA ESPECIALIZADA POR OTORRINO EN EPS, VALORACION POR AUDIOLOGIA CLINICA EN EPS, EXAMENES COMPLEMENTARIOS, AUDIOMETRIA ANUAL. NO SE RECOMIENDA EXPOSICION EN AMBIENTES DE RUIDO MAYOR A 85 DB. NO SE RECOMIENDA EL USO DE AUDIFONO Y/O AURICULAR RECREATIVOS. MANTENER HIGIENE AUDITIVA.
SE RECOMIENDA INGRESO Y SEGIMIENTO EN PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE RIESGO AUDITIVO.
SE RECOMIENDA VALORACION POR MEDICINA PYM EN EPS
SE RECOMIENDA VALORACION OPTOMETRICA EN EPS, FORMULACION VISUAL DE USO PERMANENTE, CONTROL OPTOMETRICO ANUAL.
ERGONOMIA EN PUESTO DE TRABAJO, ESTILO DE VIDA SALUDABLE, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN LABOR A DESEMPEÑAR, CONTROL POR MEDICINA OCUPACIONAL.

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 propósito 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 verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación 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 legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído 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



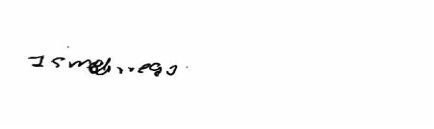
Firma:

Nombre: VARGAS CRUZ DORA MILENA

R. M.: 52969049 **L.S.O.:** 81-1164 DEL 1/12/2

Código de Seguridad
F622L1R36535

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: URREGO URREGO ISMAEL

CC: 255850

ANMEDIPREV LTDA

NIT: 900574946
Dir: Cra 30 n 22 c - 32 local 14 y 15
Cel: 311 553 0524 - **Tel:** 601 7552549
Bogotá



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 36.535

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
15 DÍA	04 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN DE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PROCOM INGENIERIA SAS	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
URREGO URREGO ISMAEL	MASCULINO	63 AÑOS 9 MESES 10 DÍAS	Tipo: CC	Número: 255850

Cargo
BOAL

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CON ANTECEDENTE Y/O ENFERMEDAD QUE INTERFIERE PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *CON RESTRICCION PARA EXPOSICION A RUIDO MAYOR DE 85 DB Y ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO*

N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
CON RESTRICCION PARA EXPOSICION A RUIDO MAYOR DE 85 DB Y ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO	PERMANENTE	NO APLICA

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

AUDIOMETRIA	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
OPTOMETRIA	✓	ESPIROMETRIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	HACER DEPORTE
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE AUDITIVO	DIETA BALANCEADA
ESPIROMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
VALORACIÓN POR EPS : MEDICINA PYM	CAPACITACIÓN	
ESPECIALISTA : OTORRINO		

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

REQUIERE DE VALORACION MEDICA ESPECIALIZADA POR OTORRINO EN EPS, VALORACION POR AUDIOLOGIA CLINICA EN EPS, EXAMENES COMPLEMENTARIOS, AUDIOMETRIA ANUAL. NO SE RECOMIENDA EXPOSICION EN AMBIENTES DE RUIDO MAYOR A 85 DB. NO SE RECOMIENDA EL USO DE AUDIFONO Y/O AURICULAR RECREATIVOS. MANTENER HIGIENE AUDITIVA.
SE RECOMIENDA INGRESO Y SEGIMIENTO EN PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE RIESGO AUDITIVO.
SE RECOMIENDA VALORACION POR MEDICINA PYM EN EPS
SE RECOMIENDA VALORACION OPTOMETRICA EN EPS, FORMULACION VISUAL DE USO PERMANENTE, CONTROL OPTOMETRICO ANUAL.
ERGONOMIA EN PUESTO DE TRABAJO, ESTILO DE VIDA SALUDABLE, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN LABOR A DESEMPEÑAR, CONTROL POR MEDICINA OCUPACIONAL.

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 propósito 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 verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación 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 legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído 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



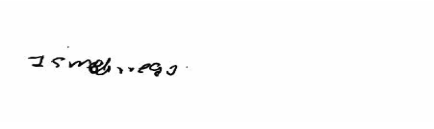
Firma:

Nombre: VARGAS CRUZ DORA MILENA

R. M.: 52969049 **L.S.O.:** 81-1164 DEL 1/12/2

Código de Seguridad
F622L1R36535

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: URREGO URREGO ISMAEL

CC: 255850

Medellín, 21 de Abril 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 MAVINP DEL NORTE, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C255850	URREGO URREGO ISMAEL	21/04/2025		22520325	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10207994642511126456

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 21/04/2025 07:20:56 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.27.2.133, 192.230.104.8, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 21 de Abril 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 MAVINP DEL NORTE, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C80248393	POVEDA RAMIREZ LUIS ENRIQUE	21/04/2025		s155A312	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10207994642511126426

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 21/04/2025 07:20:26 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.27.2.133, 192.230.104.8, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	BOGOTÁ
Contrato No. 1726 - 2024		Anexo 14.5 Versión 0.0 Febrero-2025

NOMBRE	Luis Pinilla	CEDULA No.	80 248 393
FECHA:	21-05-2025	CARGO	Boal

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	DESCRIPCIÓN	TALLA	CANTIDAD	DOTACIÓN	EPP	OBSERVACIONES
1	casco		1	X		
2	Guantes		1	X		
3	camisa	38	1	X		
4	Pantalón	38	1	X		
5	Botas	39	1	X		
6						
7						
8						
9						
10						

COMPROMISO

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

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.		FIRMA DE TRABAJADOR	
NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA ENTREGA	ING. FABIO MERCK RAMIREZ	CARGO	Residente SST

Powered by CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

NIT 800.130.907-4

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

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación

Fecha de Radicación: 15 04 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia [ ] -Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

6. Primer apellido	6. Segundo apellido	6. Primer nombre	6. Segundo nombre
POVEDA	RAMIREZ	LUIS	ENRIQUE

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	80248393	Femenino [ ] Masculino [ ]	15 09 1982

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]		

15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC
SURA - CIA. SURAMERICANA DE SEGUROS	PORVENIR	$ 1.623.500

18. Residencia	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo electrónico
CALLE 70 SUR NO 46C 44		3115530378	YANCI467@HOTMAIL.COM

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento
BOGOTA D.C.	Urbana [X] Rural [ ]	BELLA VISTA LA Y	BOGOTA D.C.

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

19. Primer apellido	19. Segundo apellido	19. Primer nombre	19. Segundo nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	DD MM AAAA

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

24.	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios

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

	32. Datos de residencia Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	NIT	901903126	

39. Ubicación Dirección	Teléfono	Correo Electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
CARREA 15 #93A-84	6014770190	RHPROCOM@HOTMAIL.COM	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.

VIGILADO Supersalud
IMPRESO POR CENTAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5 TEL. 430 2110

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

NIT 800.130.907-4

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

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación

Fecha de Radicación: 15 04 2025

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha (D D M M A A A A)
[ ]		Femenino [ ] Masculino [ ]		08 04 2025

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

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

Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total [ ]

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación (D D M M A A A A)	69. Fecha de validación (D D M M A A A A)

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	65. Firma del funcionario
[ ]		

OBSERVACIONES:

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

VIGILADO Supersalud

IMPRESO POR CAJA DE HERRAMIENTAS FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5 TEL. 430 2110

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN SST Y AMBIENTAL	BOGOTÁ
Contrato de Obra No.1726 de 2024		Anexo 11.1 Versión 0.0 Febrero-2025

Nombre: Luis Roberto **Cedula Ciudadanía:** 80 248 392

Fecha: 21-04-2025 **Cargo:** Boal

EPS: Salud total **ARL:** Sura **AFP:** Porvenir

Caja Compensación: compensar **Alergias; SI** ____ **NO** X **Cuales:** ____

Inducción (Trabajador nuevo)	X
Re Inducción (Trabajador antiguo)	

En caso de emergencia comunicar a:

Celular: 3125272841 **Parentesco:** Esposa.

MARQUE FALSO O VERDADERO SEGÚN CORRESPONDA

1. La actividad económica principal de la empresa es:

La construcción de obras de ingeniería civil

FALSO ( ) VERDADERO (V)

2. SISOMA significa: (Seguridad Industrial, Salud Ocupacional y Medio Ambiente)

VERDADERO (V) FALSO ( )

3. Las responsabilidades de los trabajadores frente al SG-SST

	FALSO	VERDADERO
Suministrar información Clara, veraz y completa sobre su estado de salud.		V
Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del SG-SST.		V
Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST de la empresa.		
Procurar el cuidado integral de su salud.		V
Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo.		V

4. Las responsabilidades del consorcio frente al SG-SST son:

	FALSO	VERDADERO
Definir, firmar y divulgar la política y objetivos del SG-SST		V
Asignar y documentar las responsabilidades del SG-SST.		V
Asignar recursos para la implementación del SG-SST.		
Participar en las actividades de capacitación.		V
Cumplir los requisitos normativos aplicables, Capacitar a los trabajadores, realizar gestión de los peligros y riesgos.		V

5. Según la imagen coloque el número correspondiente con la política.

1- Política de no alcohol y drogas	2- Política de no fumadores	3- Política de seguridad y salud en el trabajo
 3	 1	 2

6. Los pasos a realizar antes de ejecutar una actividad en espacio confinado son:

Realizar el Análisis de Seguridad en el Trabajo (AST), Diligenciar el permiso de trabajo en alturas, inspeccionar arnés y eslinga, ejecutar la actividad en altura.

FALSO ( ) VERDADERO (V)

7. Un mal levantamiento de cargas o un mal movimiento pueden ocasionar:

Hernias discales, lumbagos, dolor de espalda, escoliosis, fatiga muscular.

VERDADERO (V) FALSO ( )

8. El peso máximo recomendado que un hombre debe levantar manualmente una carga es:

50 Kg

FALSO ( ) VERDADERO (V)

9. El peso máximo recomendado que un hombre debe levantar manualmente una carga es:

25 kg

VERDADERO (V) FALSO ( )

10. Según la imagen coloque el número correspondiente del peligro:

Peligros						
N°	3	5	1	6	2	4
Nombre	1. Químicos	2.Trabajo en alturas	3. Ruido	4. Manejo manual de cargas	5. Virus y bacterias	6. Electricidad

Powered by CamScanner

11. Las funciones del COPASST o Vigia SST son:

Participar en la investigación de incidentes, realizar inspecciones de seguridad, Servir de puente de comunicación entre los trabajadores y la gerencia, reunirse mensualmente.

FALSO ( ) VERDADERO ( )

12. Las funciones del Comité de Convivencia son:

Prevenir malas conductas de acoso laboral, Fomentar el dialogo, planes de mejora y hacer seguimiento, Analizar y escuchar a las partes, Comunicar a la alta dirección los casos, Reunirse cada tres meses para hacer seguimiento a las acciones propuestas.

VERDADERO ( ) FALSO ( )

13. . Un accidente de Trabajo es:

Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte.

FALSO ( ) VERDADERO ( )

14. . Cuando me ocurra un accidente de trabajo debo:

Informar a mi jefe inmediato y asistir a un centro de salud para recibir atención médica.

VERDADERO ( ) FALSO ( )

15. ¿La imagen corresponde a un ACTO INSEGURO?



FALSO ( ) VERDADERO ( )

16. . ¿La imagen corresponde a una CONDICIÓN INSEGURA?



VERDADERO ( ) FALSO ( )

17. Unir con una linea para que sirve cada EPP.



18. De acuerdo con el código de colores definido por el ministerio de ambiente, relacione con una linea lo que se almacena en cada recipiente.



Papel Higiénico Servilletas Papel y cartón contaminado con comida Papeles metalizados	Plástico Cartón Vidrio Papel Metales	Restos de comida Desechos agricolas

Calificación Evaluación		Retroalimentación:
Respuestas Correctas		
Respuestas Incorrectas		
Método de Calificación		Entre 14 y 18 respuestas correctas : Aprobado Entre 9 y 13 respuestas correctas: Aceptable con retroalimentación Entre 1 y 8 respuestas incorrectas: Debe repetir la evaluación

Firma Trabajador

Celular 3115500778

Dirección calle 70 sur - 46c - 44

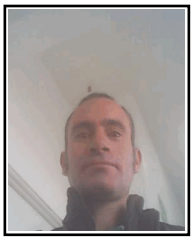
Localidad ciudad Bolivar

Nombre del evaluador ING. FABIO MERCK RAMIREZ POVEDA

Powered by CamScanner

IPS ANMEDIPREV LTDA.

ANMEDIPREV LTDA
NIT: 900574946
Dir: Cra 30 n 22 c - 32 local 14 y 15
Cel: 311 553 0524 - **Tel:** 601 7552549
Bogotá



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 36.552

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
16 DÍA	04 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	**EXAMEN DE INGRESO**

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

PROCOM INGENIERIA SAS	**CONSORCIO MAVINP DEL NORTE**
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

POVEDA REMIREZ LUIS ENRQUE	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	42 AÑOS 7 MESES 0 DÍAS	CC	80248393
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
BOAL

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CON ANTECEDENTE Y/O ENFERMEDAD QUE NO INTERFIERE

Observaciones: *SIN RESTRICCION PARA EL CARGO.*

N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRIA	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
OPTOMETRIA	✓	ESPIROMETRIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	SVE VISUAL	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE AUDITIVO	HACER DEPORTE
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA
ESPIROMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE RECOMIENDA LAVADO AUDITIVO EN EPS, MANTENER HIGIENE AUDITIVA, GUARDAR REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL. REALIZAR CONTROL AUDIOMETRICO ANUAL, USO DE PROTECCION AUDITIVA EN AMBIENTES DE RUIDO MAYOR DE 85DB.
VALORACION OPTOMETRICA EN EPS PARA DEFINIR FORMULA VISUAL PERMANENTE, CONTINUAR CONTROL OPTOEMTRICO ANUAL
ERGONOMIA EN PUESTO DE TRABAJO, ESTILO DE VIDA SALUDABLE, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN LABOR A DESEMPEÑAR, CONTROL POR MEDICINA OCUPACIONAL

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 propósito 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 verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación 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 legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído 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

Dora Milena Vargas C.
Médico SST
Res. No. 81-1164

Firma:

Nombre: VARGAS CRUZ DORA MILENA

R. M.: 52969049 **L.S.O.:** 81-1164 DEL 1/12/2

Código de Seguridad F622L1R36552

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: POVEDA REMIREZ LUIS ENRQUE

CC: 80248393

Yo _____ identificado con número de documento CC: 80 248 392 desempeñando el cargo de Ingeniero formalmente declaro que hoy SI He recibido verbalmente parte del residente de Seguridad y Salud en el Trabajo, la inducción y el conocimiento necesario referente a los riesgos inherentes al trabajo que realizo, como:

PELIGRO IDENTIFICADO	SI	NO
Biológico (Virus, bacterias, picaduras, mordeduras)	✓	
Físico (Ruido, vibraciones, radiaciones no ionizantes)	✓	
Químico (Gases y vapores)	✓	
Psicosocial (Condiciones de la tarea, organización del trabajo)	✓	
Biomecánico (Movimiento repetitivo, manejo manual de cargas, posturas prolongadas y mantenidas)	✓	
Condiciones de seguridad mecánicas (Manejo de herramientas manuales y maquinaria)	✓	
Condiciones de seguridad eléctricas (Manejo de herramientas eléctricas)	✓	
Condiciones de seguridad locativas (Superficies de trabajo irregulares, condiciones de orden y aseo)	✓	
Condiciones de seguridad locativas (Trabajo en alturas)	✓	
Condiciones de seguridad tecnológicas (Derrames, incendios)	✓	
Condiciones de seguridad vial (Accidentes de tránsito)	✓	
Condiciones de seguridad públicos (robos, atracos, asaltos, disturbios y alteración del orden público).	✓	

En consecuencia, me comprometo a cumplir con todas las normas, procedimientos, protocolos en seguridad y salud en el trabajo con el fin de procurar el cuidado integral de mi salud y la de mis compañeros de trabajo.

Firma del responsable del SG-SST

Firma del trabajador

Powered by CamScanner

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

LUIS ENRIQUE POVEDA RAMIREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **80.248.393**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 21 de Abril del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **BENITEZ RAMIREZ DIEGO ARMANDO** identificado(a) con **CC** número **1.007.296.627** se encuentra afiliado (a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 27 de septiembre de 2017 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 24 de abril de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 744 44 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
y en el resto del país desde un teléfono fijo **01 8000 52 8000**.

Medellín, 24 de Abril 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 MAVINP DEL NORTE, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1007296627	BENITEZ RAMIREZ DIEGO ARMANDO	25/04/2025		61231236	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10207994642511432040

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 24/04/2025 08:54:00 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.30.130.151, 192.230.104.7, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá DC. 24 de Abril de 2.025

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 24/4/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

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

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

Tipo y Número de Identificación	CC 1007296627
Nombres y Apellidos	DIEGO ARMANDO BENITEZ RAMIREZ
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901903126
Razón Social Empleador	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	24/4/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	24/4/2025
Cargo	BOAL
Horas Labor Mes	230
Sueldo básico	$ 1623500

Firma del Trabajador
Identificación

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

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

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código 036400gMS

FOR-PGIE-0100

VIGILADO SuperSubsidio

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ
Contrato No. 1726 - 2024		Anexo 14.5 Versión 0.0 Febrero-2025

NOMBRE	Diego Benitez		CEDULA No.	100729 6627
FECHA:		CARGO	Boal	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	DESCRIPCIÓN	TALLA	CANTIDAD	DOTACIÓN	EPP	OBSERVACIONES
1	Casco		1	✓		
2	Botas		1	✓		
3	Camisa		1	✓		
4	Pantalón		1	✓		
5	Guantes		1		✓	
6	tapabocas		1		✓	
7						
8						
9						
10						

COMPROMISO

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

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.		FIRMA DE TRABAJADOR	Diego Benitez
NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA ENTREGA	ING. FABIO MERCK RAMIREZ	CARGO	Residente SST

Powered by CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

NIT 800.130.907-4

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

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación

Fecha de Radicación: 24/04/2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia [ ] -Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

Código (a registrar por la EPS):

A. AFILIACIÓN

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

6. Primer apellido	6. Segundo apellido	6. Primer nombre	6. Segundo nombre
BENITEZ	RAMIREZ	DIEGO	ARMANDO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1007296627	Femenino [ ] Masculino [X]	17/11/1998

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo [ ] Condición [ ]		

15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC
SURA - CIA. SURAMERICANA DE SEGUROS	PROTECCION	$ 1.623.500

18. Residencia	Teléfono Fijo	Celular	Correo electrónico
CALLE 62 D # 65-27 SUR		3229805368	DIIEGOBENITEZ1998@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento
BOGOTA D.C.	Urbana [X] Rural [ ]	ISLA DEL SOL	BOGOTA D.C.

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

19. Primer apellido	19. Segundo apellido	19. Primer nombre	19. Segundo nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	DD/MM/AAAA

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

	24. Primer apellido	24. Segundo apellido	24. Primer nombre	24. Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					DD/MM/AAAA
B2					DD/MM/AAAA
B3					DD/MM/AAAA
B4					DD/MM/AAAA
B5					DD/MM/AAAA

Datos complementarios

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

	32. Datos de residencia Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	NIT	901903126	

39. Ubicación Dirección	Teléfono	Correo Electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
CARREA 15 #93A-84	6014770190	RHPROCOM@HOTMAIL.COM	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.

VIGILADO Supersalud
IMPRESO POR CENTAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5 TEL. 430 2110

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

NIT 800.130.907-4

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

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación

Fecha de Radicación: 2 4 0 4 2 0 2 5

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha (D D M M A A A A)
[ ]		Femenino [ ] Masculino [ ]		2 4 0 4 2 0 2 5

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

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

Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total [ ]

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación (D D M M A A A A)	69. Fecha de validación (D D M M A A A A)

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	65. Firma del funcionario
[ ]		

OBSERVACIONES:

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

VIGILADO Supersalud

IMPRESO POR CAJA DE HERRAMIENTAS FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5 TEL. 430 2110

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN SST Y AMBIENTAL	BOGOTÁ
Contrato de Obra No.1726 de 2024		Anexo 11.1 Versión 0.0 Febrero-2025

Nombre: Diego Benitez Cedula Ciudadania: 1007296622

Fecha: Cargo: Boal

EPS: Salud Total ARL: AFP: Protección

Caja Compensación: Alergias; SI ____ NO X Cuales: ____

Inducción (Trabajador nuevo)	X
Re Inducción (Trabajador antiguo)	

En caso de emergencia comunicar a:

Celular: 3219426756 Parentesco: Mamá

MARQUE FALSO O VERDADERO SEGÚN CORRESPONDA

1. La actividad económica principal de la empresa es:

La construcción de obras de ingeniería civil

FALSO ( ) VERDADERO (X)

2. SISOMA significa: (Seguridad Industrial, Salud Ocupacional y Medio Ambiente)

VERDADERO (X) FALSO ( )

3. Las responsabilidades de los trabajadores frente al SG-SST

	FALSO	VERDADERO
Suministrar información Clara, veraz y completa sobre su estado de salud		X
Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del SG-SST		X
Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST de la empresa		
Procurar el cuidado integral de su salud		X
Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo		X

4. Las responsabilidades del consorcio frente al SG-SST son:

	FALSO	VERDADERO
Definir, firmar y divulgar la política y objetivos del SG-SST		X
Asignar y documentar las responsabilidades del SG-SST		X
Asignar recursos para la implementación del SG-SST.		
Participar en las actividades de capacitación.		X
Cumplir los requisitos normativos aplicables, Capacitar a los trabajadores, realizar gestión de los peligros y riesgos.		X

5. Según la imagen coloque el número correspondiente con la política.

1- Política de no alcohol y drogas	2- Política de no fumadores	3- Política de seguridad y salud en el trabajo
 3	 4	 2

6. Los pasos a realizar antes de ejecutar una actividad en espacio confinado son:

Realizar el Análisis de Seguridad en el Trabajo (AST), Diligenciar el permiso de trabajo en alturas, inspeccionar arnés y eslinga, ejecutar la actividad en altura

FALSO ( ) VERDADERO (X)

7. Un mal levantamiento de cargas o un mal movimiento pueden ocasionar:

Hernias discales, lumbagos, dolor de espalda, escoliosis, fatiga muscular.

VERDADERO (X) FALSO ( )

8. El peso máximo recomendado que un hombre debe levantar manualmente una carga es:

50 Kg

FALSO (X) VERDADERO ( )

9. El peso máximo recomendado que un hombre debe levantar manualmente una carga es:

25 kg

VERDADERO (X) FALSO ( )

10. Según la imagen coloque el número correspondiente del peligro:

Peligros						
N°	3	5	1	6	2	4
Nombre	1. Químicos	2 Trabajo en alturas	3. Ruido	4. Manejo manual de cargas	5. Virus y bacterias	6. Electricidad

Powered by CamScanner

11. Las funciones del COPASST o Vigia SST son:

Participar en la investigación de incidentes, realizar inspecciones de seguridad, Servir de puente de comunicación entre los trabajadores y la gerencia, reunirse mensualmente.

FALSO ( ) VERDADERO (✓)

12. Las funciones del Comité de Convivencia son:

Prevenir malas conductas de acoso laboral, Fomentar el dialogo, planes de mejora y hacer seguimiento, Analizar y escuchar a las partes, Comunicar a la alta dirección los casos, Reunirse cada tres meses para hacer seguimiento a las acciones propuestas.

VERDADERO (✓) FALSO ( )

13. . Un accidente de Trabajo es:

Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte.

FALSO ( ) VERDADERO (✓)

14. . Cuando me ocurra un accidente de trabajo debo:

Informar a mi jefe inmediato y asistir a un centro de salud para recibir atención médica.

VERDADERO (✓) FALSO ( )

15. ¿La imagen corresponde a un ACTO INSEGURO?



FALSO ( ) VERDADERO (✓)

16. . ¿La imagen corresponde a una CONDICIÓN INSEGURA?

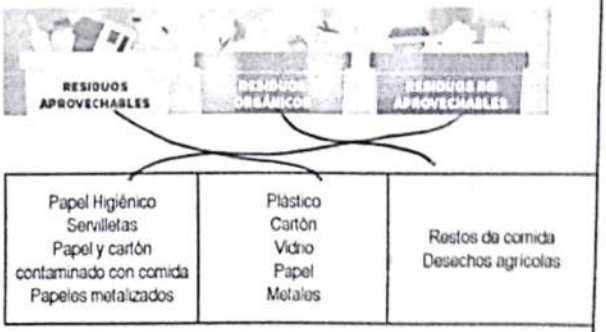


VERDADERO (✓) FALSO ( )

17. Unir con una linea para que sirve cada EPP.



18. De acuerdo con el código de colores definido por el ministerio de ambiente, relacione con una linea lo que se almacena en cada recipiente.



Calificación Evaluación		Retroalimentación
Respuestas Correctas		
Respuestas Incorrectas		
Método de Calificación		Entre 14 y 18 respuestas correctas : Aprobado Entre 9 y 13 respuestas correctas: Aceptable con retroalimentación Entre 1 y 8 respuestas incorrectas: Debe repetir la evaluación

Firma Trabajador Diego Benitez

Celular 3229805368

Dirección Cra 11 #74-205 w

Localidad Usme

Nombre del evaluador ING. FABIO MERCK RAMIREZ POVEDA

Powered by CamScanner

Yo Diego Benitez identificado con número de documento CC: 1069296627 desempeñando el cargo de Boal formalmente declaro que hoy _____ He recibido verbalmente parte del residente de Seguridad y Salud en el Trabajo, la inducción y el conocimiento necesario referente a los riesgos inherentes al trabajo que realizo, como:

PELIGRO IDENTIFICADO	SI	NO
Biológico (Virus, bacterias, picaduras, mordeduras)	✓	
Físico (Ruido, vibraciones, radiaciones no ionizantes)	✓	
Químico (Gases y vapores)	✓	
Psicosocial (Condiciones de la tarea, organización del trabajo)	✓	
Biomecánico (Movimiento repetitivo, manejo manual de cargas, posturas prolongadas y mantenidas)	✓	
Condiciones de seguridad mecánicas (Manejo de herramientas manuales y maquinaria)	✓	
Condiciones de seguridad eléctricas (Manejo de herramientas eléctricas)	✓	
Condiciones de seguridad locativas (Superficies de trabajo irregulares, condiciones de orden y aseo)	✓	
Condiciones de seguridad locativas (Trabajo en alturas)	✓	
Condiciones de seguridad tecnológicas (Derrames, incendios)	✓	
Condiciones de seguridad vial (Accidentes de tránsito)	✓	
Condiciones de seguridad públicos (robos, atracos, asaltos, disturbios y alteración del orden público).	✓	

En consecuencia, me comprometo a cumplir con todas las normas, procedimientos, protocolos en seguridad y salud en el trabajo con el fin de procurar el cuidado integral de mi salud y la de mis compañeros de trabajo.

Firma del responsable del SG-SST

Diego Benitez
Firma del trabajador

Powered by CamScanner

IPS ANMEDIPREV LTDA.

ANMEDIPREV LTDA
NIT: 900574946
Dir: Cra 30 n 22 c - 32 local 14 y 15
Cel: 311 553 0524 - **Tel:** 601 7552549
Bogotá



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 36.621

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
25 DÍA	04 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	**EXAMEN DE INGRESO**

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

PROCOM INGENIERIA SAS	**CONSORCIO MAVINP DEL NORTE**
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

BENITEZ RAMIREZ DIEGO ARMANDO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	26 AÑOS 5 MESES 7 DÍAS	CC	1007296627
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
BOAL TRAFICO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CON ANTECEDENTE Y/O ENFERMEDAD QUE NO INTERFIERE

Observaciones: *CON RECOMENDACIONES PARA DESEMPEÑAR SU CARGO.*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	**TIPO**	**RECOMENDACIONES**
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRIA	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
OPTOMETRIA	✓	ESPIROMETRIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
USAR CORRECCIÓN VISUAL	SVE VISUAL	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE OSTEOMUSCULAR	DIETA BALANCEADA
ESPIROMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	CAPACITACIÓN	
VALORACIÓN POR EPS : OPTOMETRICA, MEDICO		

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE RECOMIENDA VALORACION OPTOMETRICA Y FORMULACION DE CORRECCION VISUAL DE USO PERMANENTE PARA DESEMPEÑAR ACTIVIDADES LABORALES, CONTINUAR CONTROL OPTOMETRICO ANUAL.
SE RECOMIENDA INGRESO Y SEGUIMIENTO EN PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA PVE RIESGO VISUAL.
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROGRAMA EMPRESARIAL, CON ENFASIS EN COLUMNA DORSAL.
SEGUIR PAUTAS DE HIGIENE POSTURAL
CONTROL MEDICO EN EPS EN EPS SEGUN NECESIDAD
ERGONOMIA EN PUESTO DE TRABAJO, ESTILO DE VIDA SALUDABLE, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN LABOR A DESEMPEÑAR, CONTROL POR MEDICINA OCUPACIONAL

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 propósito 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 verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación 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 legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído 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



Firma:

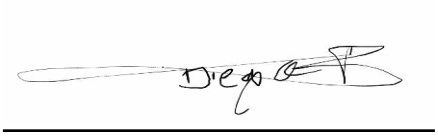
Nombre: VARGAS CRUZ DORA MILENA

R. M.: 52969049 **L.S.O.:** 81-1164 DEL 1/12/20

Código de Seguridad

H622N1T36621

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: BENITEZ RAMIREZ DIEGO ARMANDO

CC: 1007296627

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

NELSON ANDRES GODOY MURILLO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.007.719.116**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 de Abril del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Medellín, 24 de Abril 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 MAVINP DEL NORTE, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1007719116	GODOY MURILLO NELSON ANDRES	25/04/2025		B1582332	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10207994642511431710

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 24/04/2025 08:48:30 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.30.130.151, 192.230.104.7, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá DC. 24 de Abril de 2.025

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 24/4/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

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

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

Tipo y Número de Identificación	CC 1007719116
Nombres y Apellidos	NELSON ANDRES GODOY MURILLO
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901903126
Razón Social Empleador	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	24/4/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	24/4/2025
Cargo	BOAL
Horas Labor Mes	230
Sueldo básico	$ 1623500

Firma del Trabajador
Identificación

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

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

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código 008550gZS

FOR-PGIE-0100

VIGILADO SuperSubsidio

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	BOGOTÁ
Contrato No. 1726 - 2024		Anexo 14.5 Versión 0.0 Febrero-2025

NOMBRE	Nelson Ocoby	CEDULA No.	1007719116
FECHA:	24-04-2025	CARGO	Boal

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	DESCRIPCIÓN	TALLA	CANTIDAD	DOTACIÓN	EPP	OBSERVACIONES
1	camisa	42	1		X	
2	Pantalón	42	1		X	
3	Botas	39	1		X	
4	casco		1		X	
5	Guantes		1		X	
6	tapabocas		1		X	
7						
8						
9						
10						

COMPROMISO

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

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.		FIRMA DE TRABAJADOR	Nelson Murillo
NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA ENTREGA	ING. FABIO MERCK RAMIREZ	CARGO	Residente SST

Powered by CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud eps-s

Número de Radicación | Fecha de Radicación (D D M M A A A A)

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

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

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

A. AFILIACIÓN

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

8. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido: Godoy	Segundo apellido: Murillo	Primer nombre: Nelson	Segundo nombre: Andres

9. Tipo documento de identidad	10. Número de documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo de identificación
CC	1007719776	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ OTRO ☐ Cuál?

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento			15. Fecha de nacimiento
	País	Departamento	Municipio	
Colombiano	Colombia	Bogota	Bogota	21/01/2/2/0/0/0

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	Categoría de discapacidad: Tipo	Condición
		Si ☐ No ☐		

19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
Si ☐ No ☐	Nivel / Grupo	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingresos base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SURA	Porvenir	1.623.500	

26. Residencia			
Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
CRA 78M#81C09 sur		3228372944	millosnelson122447@gmail.com

Departamento	Municipio	Localidad/Comuna	Zona
Bogota	Bogota	ocho de diciembre	Cabecera Municipal ☐ Centro Poblado ☐ Rural Disperso ☐ Resto Rural ☐

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

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

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

32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento
	País	Departamento	Municipio	D D M M A A A A

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

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

	36. Tipo de doc. de identidad	37. Número de doc. de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	OTRO	Cuál?	País	Departamento	Municipio	D D M M A A A A
B1															
B2															
B3															

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN		48. Clasificación SISBÉN		49. Discapacidad			50. Incapacidad permanente	
					SI	NO	Nivel	Grupo	SI	NO	Categoría de discapacidad	SI	NO
B1													
B2													
B3													

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			

Selección de la IPS primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador a pensiones (a registrar por la EPS)
Consorcio Navine del Norte	NIT	901903126	

59. Ubicación				
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Departamento	Municipio/Distrito
CRA 15 #93a-84	3244777658	rhfacom@hotmail.com	Bogota	Bogota

VIGILADO Supersalud

Powered by CamScanner

capitalsalud
eps-s

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación.
- ☐ 2. Corrección de los datos básicos de identificación.
- ☐ 3. Actualización del documento de identidad.
- ☐ 4. Actualización y corrección datos complementarios.
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código ☐
- ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código ☐
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de condiciones para seguir cotizando.
- ☐ 11. Inscripción EPS retorno al país.
- ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 14. Movilidad ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 15. Traslado ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen
- ☐ 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- ☐ 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
- ☐ 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- ☐ 19. Reporte de la calidad de pensionado.
- ☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- ☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	62. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐	63. Sexo identificación F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ OTRO ☐ Cuál?	64. Fecha de nacimiento D D M M A A A A

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad D D M M A A A A	67. Motivo de traslado Código ☐	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad
☐	

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
Nelson Godoy	Paolo Bianchi

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	PT
Cantidad de documentos de identidad anexos:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Total Anexos ☐

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

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

92. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio ☐ Código del Departamento ☐ | 93. Nombre de la Institución

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

94. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

96. fecha de radicación D D M M A A A A	97. Fecha de validación D D M M A A A A

Observaciones:

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

VIGILADO Supersalud

Powered by CamScanner

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN SST Y AMBIENTAL	BOGOTÁ
Contrato de Obra No.1726 de 2024		Anexo 11.1 Versión 0.0 Febrero-2025

Nombre: Nelson Addy **Cedula Ciudadania:** 1007719116

Fecha: 20-04-2025 **Cargo:** Bodl

EPS: Capital Salud **ARL:** _____ **AFP:** Porvenir

Caja Compensación: Compensar **Alergias: SI** _____ **NO** X **Cuales:** _____

Inducción (Trabajador nuevo)	X
Re Inducción (Trabajador antiguo)	

En caso de emergencia comunicar a:

Celular: 3227410907 **Parentesco:** Mamá

MARQUE FALSO O VERDADERO SEGÚN CORRESPONDA

1. La actividad económica principal de la empresa es:

La construcción de obras de ingeniería civil

FALSO ( ) VERDADERO (X)

2. SISOMA significa: (Seguridad Industrial, Salud Ocupacional y Medio Ambiente)

VERDADERO (X) FALSO ( )

3. Las responsabilidades de los trabajadores frente al SG-SST

	FALSO	VERDADERO
Suministrar información Clara, veraz y completa sobre su estado de salud		X
Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del SG-SST		X
Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST de la empresa.		
Procurar el cuidado integral de su salud		X
Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo		X

4. Las responsabilidades del consorcio frente al SG-SST son:

	FALSO	VERDADERO
Definir, firmar y divulgar la política y objetivos del SG-SST		X
Asignar y documentar las responsabilidades del SG-SST		X
Asignar recursos para la implementación del SG-SST.		
Participar en las actividades de capacitación.		X
Cumplir los requisitos normativos aplicables, Capacitar a los trabajadores, realizar gestión de los peligros y riesgos.		X

5. Según la imagen coloque el número correspondiente con la política.

1- Política de no alcohol y drogas



3

2- Política de no fumadores



1

3- Política de seguridad y salud en el trabajo



2

6. Los pasos a realizar antes de ejecutar una actividad en espacio confinado son:

Realizar el Análisis de Seguridad en el Trabajo (AST). Diligenciar el permiso de trabajo en alturas, inspeccionar arnés y eslinga, ejecutar la actividad en altura

FALSO ( ) VERDADERO (X)

7. Un mal levantamiento de cargas o un mal movimiento pueden ocasionar:

Hernias discales, lumbagos, dolor de espalda, escoliosis, fatiga muscular.

VERDADERO (X) FALSO ( )

8. El peso maximo recomendado que un hombre debe levantar manualmente una carga es:

50 Kg

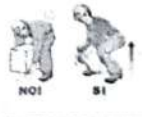
FALSO (X) VERDADERO ( )

9. El peso maximo recomendado que un hombre debe levantar manualmente una carga es:

25 kg

VERDADERO (X) FALSO ( )

10. Según la imagen coloque el número correspondiente del peligro:

Peligros						
N°	3	5	4	6	2	4
Nombre	1. Quimicos	2.Trabajo en alturas	3. Ruido	4. Manejo manual de cargas	5. Virus y bacterias	6. Electricidad

Powered by CamScanner

11. Las funciones del COPASST o Vigia SST son:

Participar en la investigación de incidentes, realizar inspecciones de seguridad. Servir de puente de comunicación entre los trabajadores y la gerencia, reunirse mensualmente.

FALSO ( ) VERDADERO (X)

12. Las funciones del Comité de Convivencia son:

Prevenir malas conductas de acoso laboral, Fomentar el dialogo, planes de mejora y hacer seguimiento, Analizar y escuchar a las partes, Comunicar a la alta dirección los casos, Reunirse cada tres meses para hacer seguimiento a las acciones propuestas.

VERDADERO ( ) FALSO (X)

13. . Un accidente de Trabajo es:

Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte

FALSO ( ) VERDADERO (X)

14. . Cuando me ocurra un accidente de trabajo debo:

Informar a mi jefe inmediato y asistir a un centro de salud para recibir atención médica

VERDADERO ( ) FALSO (X)

15. ¿La Imagen corresponde a un ACTO INSEGURO?



FALSO ( ) VERDADERO (X)

16. . ¿La imagen corresponde a una CONDICIÓN INSEGURA?



VERDADERO (X) FALSO ( )

17. Unir con una linea para que sirve cada EPP.



18. De acuerdo con el código de colores definido por el ministerio de ambiente, relacione con una linea lo que se almacena en cada recipiente.



Papel Higiénico Servilletas Papel y cartón contaminado con comida Papeles metalizados	Plástico Cartón Vidrio Papel Metales	Restos de comida Desechos agrícolas

Calificación Evaluación		Retroalimentación:
Respuestas Correctas		
Respuestas Incorrectas		
Método de Calificación		Entre 14 y 18 respuestas correctas : Aprobado Entre 9 y 13 respuestas correctas: Aceptable con retroalimentación Entre 1 y 8 respuestas incorrectas: Debe repetir la evaluación

Firma Trabajador Nelson Murillo

Celular 322 837 29 99

Dirección Bogota

Localidad Bogota

Nombre del evaluador ING. FABIO MERCK RAMIREZ POVEDA

Powered by CamScanner

ANMEDIPREV LTDA
NIT: 900574946
Dir: Cra 30 n 22 c - 32 local 14 y 15
Cel: 311 553 0524 - **Tel:** 601 7552549
Bogotá



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 36.617

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
24 DÍA	04 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN DE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PROCOM INGENIERIA SAS	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
GODOY MURILLO NELSON ANDRES	MASCULINO	25 AÑOS 1 MESES 28 DÍAS	CC (Tipo)	1007719116 (Número)

Cargo
BOAL - AUXILIAR DE TRAFICO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *SIN RESTRICCION PARA EL CARGO*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRIA	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
OPTOMETRIA	✓	ESPIROMETRIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		CONTROL DE PESO
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		HACER DEPORTE
ESPIROMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		DIETA BALANCEADA
VALORACIÓN POR EPS : OPTOMETRIA		

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

VALORACION OPTOMETRICA PARA DEFINIR FORMUAL DE DESCANSO VISUAL , CONTINUAR CONTROL OPTOMETRICO ANUAL
ERGONOMIA EN PUESTO DE TRABAJO, ESTILO DE VIDA SALUDABLE, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN LABOR A DESEMPEÑAR, CONTROL POR MEDICINA OCUPACIONAL

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 propósito 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 verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación 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 legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído 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

Dora Milena Vargas C.
Médico SST
Res. No. 81-1164

Firma:

Nombre: VARGAS CRUZ DORA MILENA

R. M.: 52969049 **L.S.O.:** 81-1164 DEL 1/12/2

Código de Seguridad B622H1N36617

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: GODOY MURILLO NELSON ANDRES

CC: 1007719116

Yo Nelson Oadoy identificado con número de documento CC: 1007191116 desempeñando el cargo de Boal formalmente declaro que hoy 24-04-25 He recibido verbalmente parte del residente de Seguridad y Salud en el Trabajo, la inducción y el conocimiento necesario referente a los riesgos inherentes al trabajo que realizo, como:

PELIGRO IDENTIFICADO	SI	NO
Biológico (Virus, bacterias, picaduras, mordeduras)	✓	
Físico (Ruido, vibraciones, radiaciones no ionizantes)	✓	
Químico (Gases y vapores)	✓	
Psicosocial (Condiciones de la tarea, organización del trabajo)	✓	
Biomecánico (Movimiento repetitivo, manejo manual de cargas, posturas prolongadas y mantenidas)	✓	
Condiciones de seguridad mecánicas (Manejo de herramientas manuales y maquinaria)	✓	
Condiciones de seguridad eléctricas (Manejo de herramientas eléctricas)	✓	
Condiciones de seguridad locativas (Superficies de trabajo irregulares, condiciones de orden y aseo)	✓	
Condiciones de seguridad locativas (Trabajo en alturas)	✓	
Condiciones de seguridad tecnológicas (Derrames, incendios)	✓	
Condiciones de seguridad vial (Accidentes de tránsito)	✓	
Condiciones de seguridad públicos (robos, atracos, asaltos, disturbios y alteración del orden público).	✓	

En consecuencia, me comprometo a cumplir con todas las normas, procedimientos, protocolos en seguridad y salud en el trabajo con el fin de procurar el cuidado integral de mi salud y la de mis compañeros de trabajo.

Firma del responsable del SG-SST

Nelson Murillo

Firma del trabajador

Powered by CamScanner

Medellín, 21 de April 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 GARZON OTALVARO NESTOR RAUL.

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 CALDAS		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C80245875	GARCIA GARCIA WILLINTON	22/04/2025		12315235	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 21/04/2025 07:38:16 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.66.223.161, 192.230.104.2, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 269441511

PIB
15:06:17

Bogotá DC, 21 de abril del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) WILLINTON GARCIA GARCIA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 80245875:

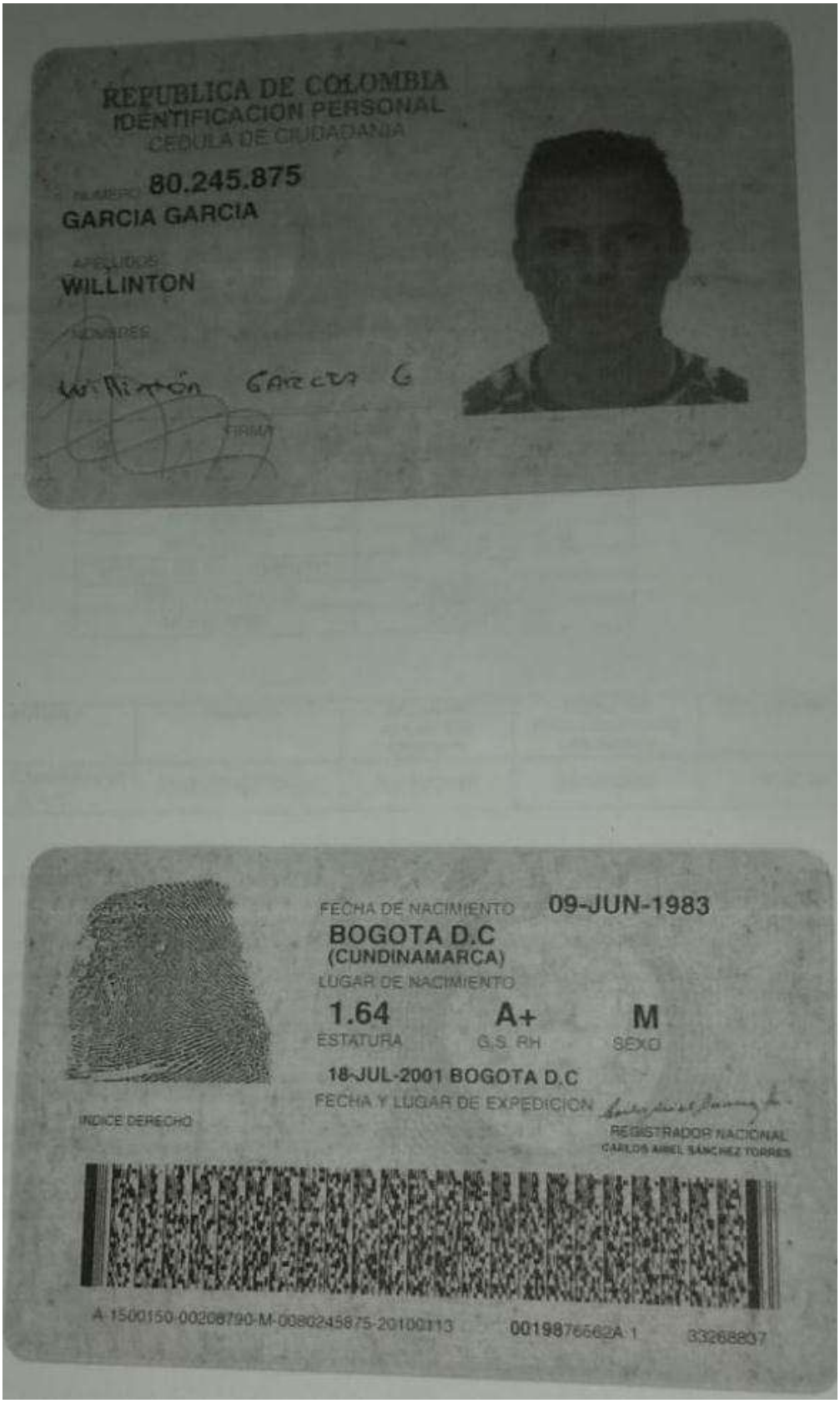
NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento con el Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80.245.875
GARCIA GARCIA

APELLIDOS
WILLINTON

NOMBRES

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 09-JUN-1983
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO

18-JUL-2001 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00208790-M-0080245875-20100313 0019876562A 1 33268837

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 21 de abril de 2025, a las 15:02:25, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	80245875
Código de Verificación	80245875250421150225

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **GARCIA GARCIA WILLINTON, CC - 80245875**, está afiliado(a) desde **21/04/2025**, como trabajador(a) de **GARZON OTALVARO NESTOR RAUL**, con NIT: **102564261**.

Estado civil: **Soltero**
Cónyuge/Compañero(a): **NO REPORTA**
Categoría: **A**
Fecha de Ingreso a la Empresa: **2025-04-21**

Grupo familiar conformado por:

NOMBRE	No. Identificación	Parentesco
JOHANN ALEXNEY GARCIA PARAMO	1024495874	Hijo
KAREN YINETH GARCIA PARAMO	1024465897	Hijo
DEIVI ELIECER GARCIA BOTERO	1028789422	Hijo
YURY JAZMIN GARCIA BOTERO	1028790416	Hijo

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **21 de abril de 2025** a solicitud del interesado

Cordialmente,

Sandra Milena Mariño Ojeda
Jefe Departamento Subsidio

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	BOGOTÁ
Contrato No. 1726 - 2024		Anexo 14.5 Versión 0.0 Febrero-2025

NOMBRE	Wilinton Garcia	CEDULA No.	80205 875
FECHA:	21-04-2025	CARGO	Oficial

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	DESCRIPCIÓN	TALLA	CANTIDAD	DOTACIÓN	EPP	OBSERVACIONES
1	Cosco		1	x		
2	Botas	39	1	x		
3	camisa	38	1	x		
4	Pantalon	38	1	x		
5						
6						
7						
8						
9						
10						

COMPROMISO

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

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.		FIRMA DE TRABAJADOR	Wilinton Garcia
NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA ENTREGA	ING. FABIO MERCK RAMIREZ	CARGO	Residente SST

Powered by CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9011974419
9011974419

No. de Radicación: 29196643

Fecha de Radicación: 21 04 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: GARCIA	Segundo Apellido: GARCIA	Primer Nombre: WILLINTON	Segundo Nombre:

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	80245875	Femenino [ ] Masculino [X]	D D: 09 M M: 06 A A A A: 1983

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

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

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia		
$1.423.500	Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular
Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna / Departamento

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
NESTOR RAUL GARZON OTALVARO	CC	10256426	

39. Ubicación				
CARRERA 12 13 24	31275005	Correo electrónico	MANIZALES	CALDAS
Dirección	Teléfono		Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	21 04 2025

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

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

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: AYUDANTE DE CONSTRUCCION
71. Firma del funcionario		

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

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

VIGILADO Supersalud

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN SST Y AMBIENTAL	BOGOTÁ
Contrato de Obra No.1726 de 2024		Anexo 11.1 Versión 0.0 Febrero-2025

Nombre: Wilmer Garcia Cedula Ciudadania: 80 245 825

Fecha: 21-04-2023 Cargo: Oficial

EPS: famisanar ARL: Sura AFP: Colpensiones

Caja Compensación: Colsubsidio Alergias; SI ____ NO X Cuales: ____

Inducción (Trabajador nuevo)	X
Re Inducción (Trabajador antiguo)	

En caso de emergencia comunicar a:

Celular: 300 397 3623 Parentesco: Esposa

MARQUE FALSO O VERDADERO SEGÚN CORRESPONDA

1. La actividad económica principal de la empresa es:

La construcción de obras de ingeniería civil

FALSO ( ) VERDADERO (X)

2. SISOMA significa: (Seguridad Industrial, Salud Ocupacional y Medio Ambiente)

VERDADERO (X) FALSO ( )

3. Las responsabilidades de los trabajadores frente al SG-SST

	FALSO	VERDADERO
Suministrar información Clara, veraz y completa sobre su estado de salud		X
Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del SG-SST		X
Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST de la empresa		X
Procurar el cuidado integral de su salud		X
Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo		X

4. Las responsabilidades del consorcio frente al SG-SST son:

	FALSO	VERDADERO
Definir, firmar y divulgar la política y objetivos del SG-SST		X
Asignar y documentar las responsabilidades del SG-SST.		X
Asignar recursos para la implementación del SG-SST.		
Participar en las actividades de capacitación		X
Cumplir los requisitos normativos aplicables, Capacitar a los trabajadores, realizar gestión de los peligros y riesgos.		X

5. Según la imagen coloque el número correspondiente con la política.

1- Política de no alcohol y drogas	2- Política de no fumadores	3- Política de seguridad y salud en el trabajo
 3	 1	 2

6. Los pasos a realizar antes de ejecutar una actividad en espacio confinado son:

Realizar el Análisis de Seguridad en el Trabajo (AST). Diligenciar el permiso de trabajo en alturas, inspeccionar arnés y eslinga, ejecutar la actividad en altura

FALSO ( ) VERDADERO (X)

7. Un mal levantamiento de cargas o un mal movimiento pueden ocasionar:

Hernias discales, lumbagos, dolor de espalda, escoliosis, fatiga muscular.

VERDADERO (X) FALSO ( )

8. El peso máximo recomendado que un hombre debe levantar manualmente una carga es:

50 Kg

FALSO (X) VERDADERO ( )

9. El peso máximo recomendado que un hombre debe levantar manualmente una carga es:

25 kg

VERDADERO (X) FALSO ( )

10. Según la imagen coloque el número correspondiente del peligro:

Peligros						
N°	3	5	4	6	2	1
Nombre	1. Quimicos	2 Trabajo en alturas	3. Ruido	4. Manejo manual de cargas	5. Virus y bacterias	6. Electricidad

Powered by CamScanner

11. Las funciones del COPASST o Vigia SST son:

Participar en la investigación de incidentes, realizar inspecciones de seguridad, Servir de puente de comunicación entre los trabajadores y la gerencia, reunirse mensualmente.

FALSO ( ) VERDADERO (V)

12. Las funciones del Comité de Convivencia son:

Prevenir malas conductas de acoso laboral, Fomentar el dialogo, planes de mejora y hacer seguimiento, Analizar y escuchar a las partes. Comunicar a la alta dirección los casos, Reunirse cada tres meses para hacer seguimiento a las acciones propuestas

VERDADERO (V) FALSO ( )

13. . Un accidente de Trabajo es:

Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte

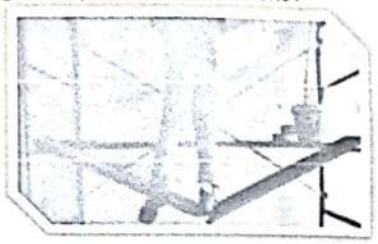
FALSO ( ) VERDADERO (V)

14. . Cuando me ocurra un accidente de trabajo debo:

Informar a mi jefe inmediato y asistir a un centro de salud para recibir atención médica

VERDADERO (V) FALSO ( )

15. ¿La imagen corresponde a un ACTO INSEGURO?



FALSO ( ) VERDADERO (V)

16. . ¿La imagen corresponde a una CONDICIÓN INSEGURA?

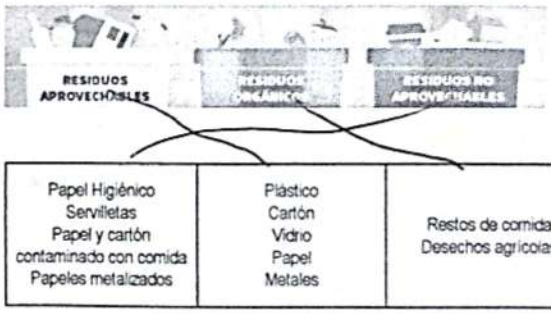


VERDADERO (V) FALSO ( )

17. Unir con una linea para que sirve cada EPP.



18. De acuerdo con el código de colores definido por el ministerio de ambiente, relacione con una linea lo que se almacena en cada recipiente.



Calificación Evaluación		Retroalimentación:
Respuestas Correctas		
Respuestas Incorrectas		
Método de Calificación		Entre 14 y 18 respuestas correctas : Aprobado Entre 9 y 13 respuestas correctas: Aceptable con retroalimentación Entre 1 y 8 respuestas incorrectas: Debe repetir la evaluación

Firma Trabajador Williston Cerezo

Celular 311-214-04-61

Dirección Manuela Beltrán

Localidad Ciudad Bolivar

Nombre del evaluador ING. FABIO MERCK RAMIREZ POVEDA

Powered by CamScanner

Clinisur IPS Ltda
Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000513713

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: NESTOR RAUL GARZON OTALVARO FECHA 22/10/2024 13:09:59

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: WILLINTON GARCIA GARCIA **C.C** 80245875

EDAD 41 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** OFICIAL DE CONSTRUCCION



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐	NO ☑			
Visiometría	☑	Glic ☐	Col ☐	Trigli ☐	Otros ☐		
Optometría	☐	**¿Cuáles?**					
Audiometría	☑						
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑				
		Otros	☐				

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

NINGUNO

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS / USO DE MEDIAS ANTIVARICE PREVENTIVO
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.

EXÁMENES DE EGRESO
Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

willinton garcia garcia

FIRMA DEL PACIENTE


Captura Biométrica

Dra. Karen M. Valeta L.
Medico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
Res.152 C.C. 1.067.874.497

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CALLE 27 SUR No 19-07 PBX.:2784705 FAX.:2392301Fax
E-mail: clinisurips@clinisurips.com - https://www.clinisurips.com

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **SEGUNDO MOISES ROJAS ROJAS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **80245785,** *no está afiliado/a* al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 22 de octubre de 2024.

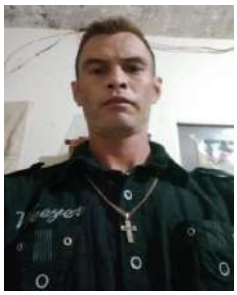


Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

WILINTON GARCIA GARCIA
C.C.80245875
CEL: 3112140461



Perfil Profesional

Soy una persona que me caracterizo por ser honesto, activo, responsable y en constante proceso de superación personal con capacidad para establecer y sostener relaciones interpersonales habilidades para la comunicación y trabajo en equipo.

NOMBRES Y APELLIDOS:	**WILINTON GARCIA GARCIA**
DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	**80245875**
FECHA DE NACIMIENTO:	**9/06/1983**
EDAD:	**37**
ESTADO CIVIL:	**UNION LIBRE**
DIRECCION:	**CLL 71 # 46ª-22**
TELEFONOS:	**3112140461**

FORMACIÓN ACADEMICA

Bachiller Académico: **INSTITUTO CERROS DEL SUR ICES**

REFERENCIAS LABORALES

NOMBRE DE LA EMPRESA:	**CONALVIAS**
CARGO DESEMPEÑADO:	**OFICIAL**
TIEMPO DE SERVICIO:	**FEBRERO 2016 – DICIEMBRE 2020**
JEFE INMEDIATO:	**DIDIER PARRA**

NOMBRE DE LA EMPRESA: **CONCORCIO AVENIDA 82**
CARGO DESEMPEÑADO: **OFICIAL**
TIEMPO DE SERVICIO: **JUNIO 2013– ENERO 2016**
JEFE INMEDIATO: **FELIZ IBARRA**
Cel.: **3227423923**

NOMBRE DE LA EMPRESA: **CONCORCIO VIAS DEL DISTRITO**
CARGO DESEMPEÑADO: **BRIGADISTA**
TIEMPO DE SERVICIO: **FEBRERO 2011 – DICIEMBRE 2012**
JEFE INMEDIATO: **WILSON MOSQUERA**
Cel.: **3103129038**

REFERENCIAS PERSONALES

NOMBRE: **GENYS MURILLO**
OCUPACION: EMPLEADA **TELEFONO:** 3116428806

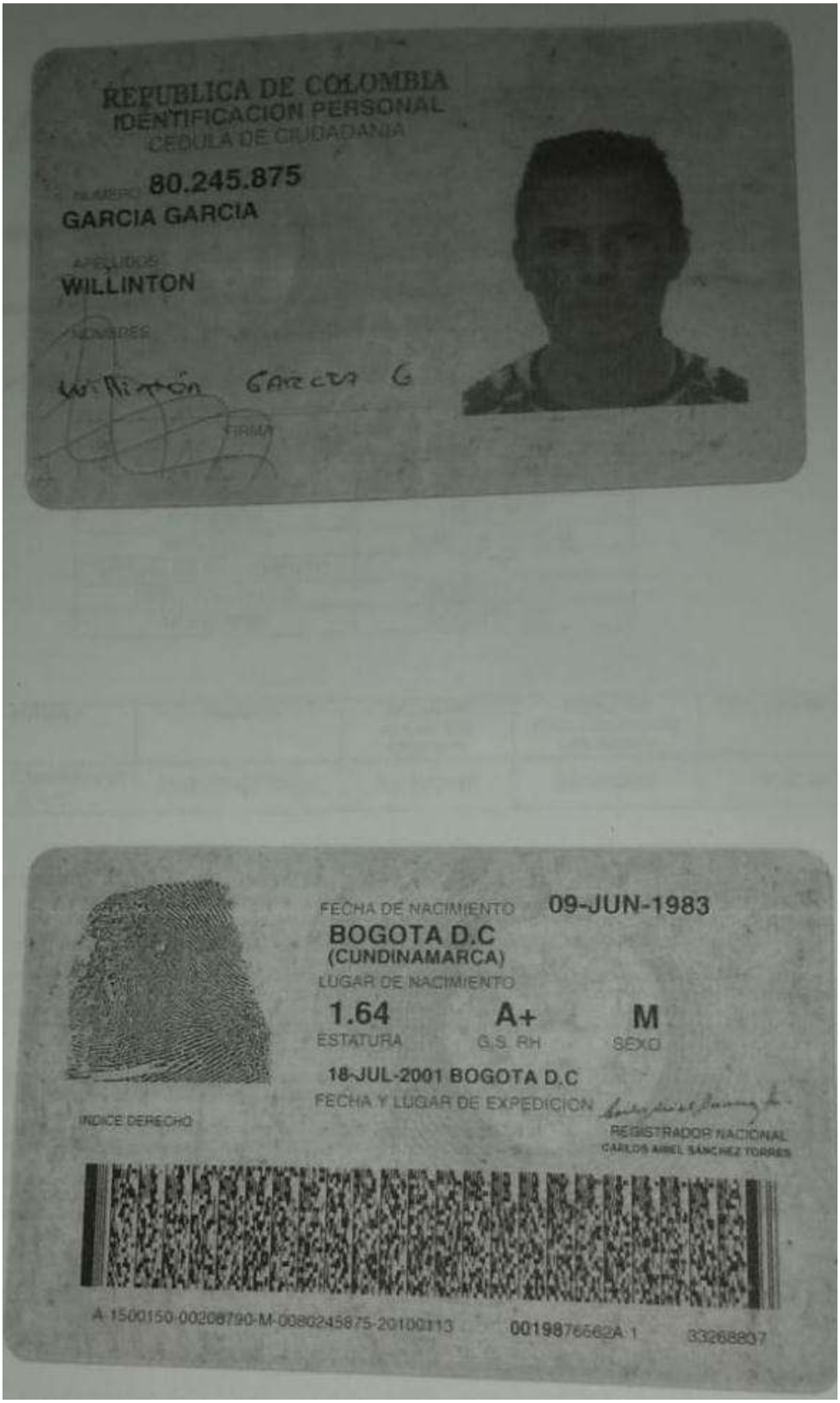
NOMBRE: **DAGOBERTO**
OCUPACION: EMPLEADO **TELEFONO:** 3214917135

REFERENCIA FAMILIAR

NOMBRE: LUZ AIDA GARCIA
OCUPACION: EMPLEADA
TELEFONO: 3107974017

_____

WILINTON GARCIA GARCIA
C.C. 80245875
CEL 3112140461



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80.245.875
GARCIA GARCIA

APELLIDOS
WILLINTON

NOMBRES

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 09-JUN-1983
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO

18-JUL-2001 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00208790-M-0080245875-20100313 0019876562A 1 33268837

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 03:04:14 PM horas del 21/04/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **80245875**

Apellidos y Nombres: **GARCIA GARCIA WILLINTON**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Volver al Inicio

Yo Wilinton Garcia identificado con número de documento CC: 80205875 desempeñando el cargo de Oficial formalmente declaro que hoy 21-04-25 He recibido verbalmente parte del residente de Seguridad y Salud en el Trabajo, la inducción y el conocimiento necesario referente a los riesgos inherentes al trabajo que realizo, como:

PELIGRO IDENTIFICADO	SI	NO
Biológico (Virus, bacterias, picaduras, mordeduras)	✓	
Físico (Ruido, vibraciones, radiaciones no ionizantes)	✓	
Químico (Gases y vapores)	✓	
Psicosocial (Condiciones de la tarea, organización del trabajo)	✓	
Biomecánico (Movimiento repetitivo, manejo manual de cargas, posturas prolongadas y mantenidas)	✓	
Condiciones de seguridad mecánicas (Manejo de herramientas manuales y maquinaria)	✓	
Condiciones de seguridad eléctricas (Manejo de herramientas eléctricas)	✓	
Condiciones de seguridad locativas (Superficies de trabajo irregulares, condiciones de orden y aseo)	✓	
Condiciones de seguridad locativas (Trabajo en alturas)	✓	
Condiciones de seguridad tecnológicas (Derrames, incendios)	✓	
Condiciones de seguridad vial (Accidentes de tránsito)	✓	
Condiciones de seguridad públicos (robos, atracos, asaltos, disturbios y alteración del orden público).	✓	

En consecuencia, me comprometo a cumplir con todas las normas, procedimientos, protocolos en seguridad y salud en el trabajo con el fin de procurar el cuidado integral de mi salud y la de mis compañeros de trabajo.

Firma del responsable del SG-SST

Firma del trabajador

Powered by CamScanner

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. BOGOTÁ
Contrato No. 1726 - 2024		Anexo 14.5 Versión 0.0 Febrero-2025

NOMBRE	Delio Cardenas	CEDULA No.	3213207597
FECHA:	06.05.2025	CARGO	Bod

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	DESCRIPCIÓN	TALLA	CANTIDAD	DOTACIÓN	EPP	OBSERVACIONES
1	Botas	39	1	x		
2	casco		1	x		
3	Guantes		1	x		
4	camisa	36	1	x		
5	pantalón	36	1	x		
6						
7						
8						
9						
10						

COMPROMISO

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

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.		FIRMA DE TRABAJADOR	Delio Cardenas
NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA ENTREGA	ING. FABIO MERCK RAMIREZ	CARGO	Residente SST

Powered by CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación: 06/05/2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

6. Apellidos y nombres			
CARDENAS (Primer Apellido)	GUAYARA (Segundo Apellido)	DELIO (Primer Nombre)	(Segundo Nombre)

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	5864083	Femenino [ ] Masculino [X]	10/05/1971

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo [ ] Condición [ ]			SURA - CIA. SURAMERICANA DE SEGUROS	PROTECCION

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
$ 1.623.500	CALLE 68 SUR # 3 B 95 ESTE (Dirección)		Teléfono fijo	3213207597 (Teléfono celular)
DELIOCARDENAS86@GMAIL.COM (Correo electrónico)	BOGOTA D.C. (Municipio / Distrito)	Zona Urbana [X] Rural [ ]	JUAN REY (Localidad / Comuna)	BOGOTA D.C. (Departamento)

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

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

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

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

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

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios: 29. Parentesco	Datos complementarios: 30. Etnia
B1					D D M M A A A A		
B2					D D M M A A A A		
B3					D D M M A A A A		
B4					D D M M A A A A		
B5					D D M M A A A A		

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	NIT	901903126	

39. Ubicación				
CARREA 15 #93A-84 (Dirección)	6014770190 (Teléfono)	RHPROCOM@HOTMAIL.COM (Correo electrónico)	BOGOTA D.C. (Municipio)	BOGOTA D.C. (Departamento)

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	06/05/2025

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

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

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

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

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

VIGILADO Supersalud

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

cadena s.a. 05/04/2019 32325

- ORIGINAL ÚNICA -

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN SST Y AMBIENTAL	BOGOTÁ
Contrato de Obra No.1726 de 2024		Anexo 11.1 Versión 0.0 Febrero-2025

Nombre: Delio Cardenas G. Cedula Ciudadania: 5864083.

Fecha: 6-05-2025 Cargo: Boal

EPS: famisanar ARL: sura AFP: proteccion

Caja Compensación: Compensar Alergias; SI ____ NO X Cuales: ____

Inducción (Trabajador nuevo)	X
Re Inducción (Trabajador antiguo)	

En caso de emergencia comunicar a:

Celular: 3115304964 Parentesco: Esposa

MARQUE FALSO O VERDADERO SEGÚN CORRESPONDA

1. La actividad económica principal de la empresa es:

La construcción de obras de ingeniería civil

FALSO ( ) VERDADERO (✓)

2. SISOMA significa: (Seguridad Industrial, Salud Ocupacional y Medio Ambiente)

VERDADERO (✓) FALSO ( )

3. Las responsabilidades de los trabajadores frente al SG-SST

	FALSO	VERDADERO
Suministrar información Clara, veraz y completa sobre su estado de salud.		✓
Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del SG-SST.		
Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST de la empresa.		✓
Procurar el cuidado integral de su salud		✓
Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo .		✓

4. Las responsabilidades del consorcio frente al SG-SST son:

	FALSO	VERDADERO
Definir, firmar y divulgar la política y objetivos del SG-SST		✓
Asignar y documentar las responsabilidades del SG-SST.		
Asignar recursos para la implementación del SG-SST.		✓
Participar en las actividades de capacitación.		✓
Cumplir los requisitos normativos aplicables, Capacitar a los trabajadores, realizar gestión de los peligros y riesgos.		✓

5. Según la imagen coloque el número correspondiente con la política.

1- Política de no alcohol y drogas	2- Política de no fumadores	3- Política de seguridad y salud en el trabajo
 3	 1	 2

6. Los pasos a realizar antes de ejecutar una actividad en espacio confinado son:

Realizar el Análisis de Seguridad en el Trabajo (AST), Diligenciar el permiso de trabajo en alturas, inspeccionar arnés y eslinga, ejecutar la actividad en altura.

FALSO ( ) VERDADERO (✓)

7. Un mal levantamiento de cargas o un mal movimiento pueden ocasionar:

Hernias discales, lumbagos, dolor de espalda, escoliosis, fatiga muscular.

VERDADERO (✓) FALSO ( )

8. El peso máximo recomendado que un hombre debe levantar manualmente una carga es:

50 Kg

FALSO ( ) VERDADERO (✓)

9. El peso máximo recomendado que un hombre debe levantar manualmente una carga es:

25 kg

VERDADERO (✓) FALSO ( )

10. Según la imagen coloque el número correspondiente del peligro:

Peligros						
N°	3.	6	1	6	2	4
Nombre	1. Químicos	2 Trabajo en alturas	3. Ruido	4. Manejo manual de cargas	5. Virus y bacterias	6. Electricidad

Powered by CamScanner

11. Las funciones del COPASST o Vigia SST son:

Participar en la investigación de incidentes, realizar inspecciones de seguridad, Servir de puente de comunicación entre los trabajadores y la gerencia, reunirse mensualmente.

FALSO ( ) VERDADERO (✓)

12. Las funciones del Comité de Convivencia son:

Prevenir malas conductas de acoso laboral, Fomentar el dialogo, planes de mejora y hacer seguimiento, Analizar y escuchar a las partes, Comunicar a la alta dirección los casos, Reunirse cada tres meses para hacer seguimiento a las acciones propuestas

VERDADERO (✓) FALSO ( )

13. . Un accidente de Trabajo es:

Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte

FALSO ( ) VERDADERO (✓)

14. . Cuando me ocurra un accidente de trabajo debo:

Informar a mi jefe inmediato y asistir a un centro de salud para recibir atención médica

VERDADERO (✓) FALSO ( )

15. ¿La imagen corresponde a un ACTO INSEGURO?



FALSO ( ) VERDADERO (✓)

16. . ¿La imagen corresponde a una CONDICIÓN INSEGURA?



VERDADERO (✓) FALSO ( )

17. Unir con una linea para que sirve cada EPP.



18. De acuerdo con el código de colores definido por el ministerio de ambiente, relacione con una linea lo que se almacena en cada recipiente.



Papel Higiénico Servilletas Papel y cartón contaminado con comida Papeles metalizados	Plástico Cartón Vidrio Papel Metales	Restos de comida Desechos agrícolas

Calificación Evaluación		Retroalimentación:
Respuestas Correctas		
Respuestas Incorrectas		
Método de Calificación		Entre 14 y 18 respuestas correctas : Aprobado Entre 9 y 13 respuestas correctas: Aceptable con retroalimentación Entre 1 y 8 respuestas incorrectas: Debe repetir la evaluación

Firma Trabajador Delia Castellanos

Celular 5516408

Dirección Cll 65c 13 17 p/5

Localidad Salazar de las Palmas

Nombre del evaluador ING. FABIO MERCK RAMIREZ POVEDA

Powered by CamScanner

ANMEDIPREV LTDA
NIT: 900574946
Dir: Cra 30 n 22 c - 32 local 14 y 15
Cel: 311 553 0524 - **Tel:** 601 7552549
Bogotá



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 36.737

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
06 DÍA	05 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN DE INGRESO

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

PROCOM INGENIERIA SAS	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

CARDENAS GUAYARA DELIO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	53 AÑOS 11 MESES 26 DÍAS	CC	5864083
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AUXILIAR DE TRAFICO BOAL

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CON ANTECEDENTE Y/O ENFERMEDAD QUE NO INTERFIERE

Observaciones: *SIN RESTRICCION PARA SU CARGO*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRIA	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
OPTOMETRIA	✓	ESPIROMETRIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	HACER DEPORTE
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE AUDITIVO	DIETA BALANCEADA
ESPIROMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
VALORACIÓN POR EPS : OPTOMETRIA		

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE RECOMIENDA CONTROL AUDIOMETRICO ANUAL, USO DE PROTECCION AUDITIVA EN EXPOSICION A RUIDO MAYOR DE 85 DB, GUARDAR REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL.
VALORACION OPTOMETRICA PARA DEFINIR CORRECCION EN VISION PROXIMA, CONTROL OPTOMETRICO ANUAL.
ERGONOMIA EN PUESTO DE TRABAJO, ESTILO DE VIDA SALUDABLE, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN LABOR A DESEMPEÑAR, CONTROL POR MEDICINA OCUPACIONAL.

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 propósito 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 verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación 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 legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído 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



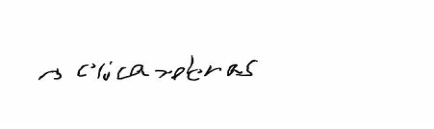
Firma:

Nombre: VARGAS CRUZ DORA MILENA

R. M.: 52969049 **L.S.O.:** 81-1164 DEL 1/12/2

Código de Seguridad
M622S1Y36737

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: CARDENAS GUAYARA DELIO

CC: 5864083

Yo Delio Cardenas identificado con número de documento CC: 5564083 desempeñando el cargo de Ayud formalmente declaro que hoy 26052025 he recibido verbalmente parte del residente de Seguridad y Salud en el Trabajo, la inducción y el conocimiento necesario referente a los riesgos inherentes al trabajo que realizo, como:

PELIGRO IDENTIFICADO	SI	NO
Biológico (Virus, bacterias, picaduras, mordeduras)	X	
Físico (Ruido, vibraciones, radiaciones no ionizantes)	X	
Químico (Gases y vapores)	X	
Psicosocial (Condiciones de la tarea, organización del trabajo)	X	
Biomecánico (Movimiento repetitivo, manejo manual de cargas, posturas prolongadas y mantenidas)	X	
Condiciones de seguridad mecánicas (Manejo de herramientas manuales y maquinaria)	X	
Condiciones de seguridad eléctricas (Manejo de herramientas eléctricas)	X	
Condiciones de seguridad locativas (Superficies de trabajo irregulares, condiciones de orden y aseo)	X	
Condiciones de seguridad locativas (Trabajo en alturas)	X	
Condiciones de seguridad tecnológicas (Derrames, incendios)	X	
Condiciones de seguridad vial (Accidentes de tránsito)	X	
Condiciones de seguridad públicos (robos, atracos, asaltos, disturbios y alteración del orden público).	X	

En consecuencia, me comprometo a cumplir con todas las normas, procedimientos, protocolos en seguridad y salud en el trabajo con el fin de procurar el cuidado integral de mi salud y la de mis compañeros de trabajo.

Firma del responsable del SG-SST

Delio Cardenas

Firma del trabajador

Powered by CamScanner

Medellín, 05 de Mayo 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 MAVINP DEL NORTE, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C5864083	CARDENAS GUAYARA DELIO	06/05/2025		13260168	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10207994642512545643

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 05/05/2025 12:40:43 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.31.54.7, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **80.024.192**

RODRIGUEZ GIRALDO
APELLIDOS

ANDRES FELIPE
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-OCT-1979**
MANIZALES
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74 ESTATURA

A+ G.S. RH

M SEXO

07-NOV-1997 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00624785-M-0080024192-20140919 0040095643A 1 1713038241

Medellín, 06 de May 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 GARZON OTALVARO NESTOR RAUL.

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 CALDAS		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C80024192	RODRIGUEZ GIRALDO ANDRES FELIPE	06/05/2025		0209c162	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 06/05/2025 05:07:19 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.66.219.89, 192.230.104.12, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **RODRIGUEZ GIRALDO ANDRES FELIPE, CC - 80024192**, está afiliado(a) desde **06/05/2025**, como trabajador(a) de **GARZON OTALVARO NESTOR RAUL**, con NIT: **102564261**.

Estado civil: **Soltero**
Cónyuge/Compañero(a): **NO REPORTA**
Categoría: **A**
Fecha de Ingreso a la Empresa: **2025-05-06**

Grupo familiar conformado por:

NOMBRE	No. Identificación	Parentesco
NO EXISTE REGISTRO	-	-

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **06 de mayo de 2025** a solicitud del interesado

Cordialmente,

Sandra Milena Mariño Ojeda
Jefe Departamento Subsidio

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000549894

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: NESTOR RAUL GARZON OTALVARO FECHA 05/05/2025 14:50:20

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: ANDRES FELIPE RODRIGUEZ GIRALDO **C.C** 80024192

EDAD 45 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** ASISTENTE DE OPERACIONES Y LOGISTICA



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐	NO ☑			
Visiometría	☑	Glic ☐	Col ☐	Trigli ☐	Otros ☐		
Optometría	☐	**¿Cuáles?**					
Audiometría	☑						
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑				
		Otros	☐				

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
USO DE MEDIAS ANTIVARICE/ MEJORAR HIGIENE POSTURAL /
CONTROLES DE SALUD MEDICO EPS /USO DE EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR./REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS

EXÁMENES DE EGRESO
Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

Andres Rodriguez

FIRMA DEL PACIENTE


Captura Biométrica

Dr. Anderson Y. Gómez A.
Medico Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Res.4451 C.C 80.796.995

FIRMA DEL ESPECIALISTA

BIOMEDICAL COLOMBIA SAS
LICENCIA SST Res N° 10942/2016 según Res N°2346 MPS
3167835660
info@biomedicalcolombia.com
www.biomedicalcolombia.com

BIO MEDICAL
CENTRO MEDICO LABORAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
17/05/2024			**BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C.)**	**PREOCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR CON ENFASIS EN ALTURAS**
Dia	**Mes**	**Año**	Ciudad	

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE	
Nombre de la empresa	Orden medica N°
CONSORCIO PARQUES 2023 NIT. 901736072-8	**32784**

Nombres y Apellidos	Genero	Edad	**Documento de Identificación**	
ANDRES FELIPE RODRIGUEZ GIRALDO	MASCULINO	44 AÑOS	CC	80024192

Cargo a desempeñar:	AYUDANTE

CONCEPTO DE APTITUD	**APTO PARA EL CARGO, PUEDE LABORAR EN ALTURAS**
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	**SI**

RESTRICCIONES LABORALES	**TIPO**	**RECOMENDACIONES**
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓	PERFIL LIPIDICO-GLICEMIA	✓
PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS	✓	PSICOTEST DE ALTURAS	✓
OPTOMETRIA	✓	AUDIOMETRIA	✓

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
USO DE EPP	HÁBITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLES
PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
CAPACITACIÓN E INDUCCIÓN	HACER DEPORTE
	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES IDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19 SEGÚN CIRCULAR 030 DE 2020

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 interpretaci ón, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realizaci ón 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 Cl ínica 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.

Jim Roger Sánchez Benavidez
Medico ocupacional
R.M 79762200 S.S.B

BIO MEDICAL
CENTRO MEDICO LABORAL

ANDRES FELIPE RODRIGUEZ GIRALDO

FIRMA MEDICO OCUPACIONAL LICENCIA S.O 9211 10/04/16	**D.I:**	**80024192**	**HUELLA**

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 06 de mayo de 2025, a las 05:21:03, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	80024192
Código de Verificación	800241922505060521O3

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 05:37:30 AM horas del 06/05/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **80024192**
Apellidos y Nombres: **RODRIGUEZ GIRALDO ANDRES FELIPE**

ACTUALMENTE NO ES REQUERIDO POR AUTORIDAD JUDICIAL ALGUNA

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Volver al Inicio

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 270790240

PIB
05:15:22

Bogotá DC, 06 de mayo del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) ANDRES FELIPE RODRIGUEZ GIRALDO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 80024192:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx



Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento con el Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	BOGOTÁ
Contrato No. 1726 - 2024		Anexo 14.5 Versión 0.0 Febrero-2025

NOMBRE	Andres Felipe Rodriguez	CEDULA No.	80074192
FECHA:	06 07 2025	CARGO	Ayudante

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	DESCRIPCIÓN	TALLA	CANTIDAD	DOTACIÓN	EPP	OBSERVACIONES
1	Casco		1			
2	Camisa	39	1			
3	Pantalón	39	1			
4	Botas	40	1			
5						
6						
7						
8						
9						
10						

COMPROMISO

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

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.		FIRMA DE TRABAJADOR	
NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA ENTREGA	ING. FABIO MERCK RAMIREZ	CARGO	Residente SST

Powered by CamScanner

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN SST Y AMBIENTAL	BOGOTÁ
Contrato de Obra No.1726 de 2024		Anexo 11.1 Versión 0.0 Febrero-2025

Nombre: Andres Felipe Rodriguez Cedula Ciudadania: 80024192

Fecha: 06 05 2025 Cargo: Ayudante

EPS: famisanar ARL: sura AFP: Proteccion

Caja Compensación: cafam Alergias; SI ____ NO K Cuales: ____

Inducción (Trabajador nuevo)	✓
Re Inducción (Trabajador antiguo)	

En caso de emergencia comunicar a:

Celular: ____ Parentesco: ____

MARQUE FALSO O VERDADERO SEGÚN CORRESPONDA

1. La actividad económica principal de la empresa es:

La construcción de obras de ingeniería civil

FALSO ( ) VERDADERO (K)

2. SISOMA significa: (Seguridad Industrial, Salud Ocupacional y Medio Ambiente)

VERDADERO (K) FALSO ( )

3. Las responsabilidades de los trabajadores frente al SG-SST

	FALSO	VERDADERO
Suministrar información Clara, veraz y completa sobre su estado de salud		K
Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del SG-SST.		K
Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST de la empresa.		
Procurar el cuidado integral de su salud		K
Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo		K

4. Las responsabilidades del consorcio frente al SG-SST son:

	FALSO	VERDADERO
Definir, firmar y divulgar la política y objetivos del SG-SST		K
Asignar y documentar las responsabilidades del SG-SST.		K
Asignar recursos para la implementación del SG-SST.		
Participar en las actividades de capacitación		K
Cumplir los requisitos normativos aplicables, Capacitar a los trabajadores, realizar gestión de los peligros y riesgos.		K

5. Según la imagen coloque el número correspondiente con la política.

1- Política de no alcohol y drogas	2- Política de no fumadores	3- Política de seguridad y salud en el trabajo
 3	 1	 2

6. Los pasos a realizar antes de ejecutar una actividad en espacio confinado son:

Realizar el Análisis de Seguridad en el Trabajo (AST), Diligenciar el permiso de trabajo en alturas, inspeccionar arnés y eslinga, ejecutar la actividad en altura.

FALSO ( ) VERDADERO (K)

7. Un mal levantamiento de cargas o un mal movimiento pueden ocasionar:

Hernias discales, lumbagos, dolor de espalda, escoliosis, fatiga muscular.

VERDADERO (K) FALSO ( )

8. El peso máximo recomendado que un hombre debe levantar manualmente una carga es:

50 Kg

FALSO (K) VERDADERO ( )

9. El peso máximo recomendado que un hombre debe levantar manualmente una carga es:

25 kg

VERDADERO (K) FALSO ( )

10. Según la imagen coloque el número correspondiente del peligro:

Peligros						
N°	3	5	1	6	2	4
Nombre	1. Químicos	2. Trabajo en alturas	3. Ruido	4. Manejo manual de cargas	5. Virus y bacterias	6. Electricidad

Powered by CamScanner

11. Las funciones del COPASST o Vigia SST son:

Participar en la investigación de incidentes, realizar inspecciones de seguridad, Servir de puente de comunicación entre los trabajadores y la gerencia, reunirse mensualmente.

FALSO ( ) VERDADERO (✓)

12. Las funciones del Comité de Convivencia son:

Prevenir malas conductas de acoso laboral, Fomentar el dialogo, planes de mejora y hacer seguimiento, Analizar y escuchar a las partes, Comunicar a la alta dirección los casos, Reunirse cada tres meses para hacer seguimiento a las acciones propuestas.

VERDADERO (✓) FALSO ( )

13. . Un accidente de Trabajo es:

Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte

FALSO ( ) VERDADERO (✓)

14. . Cuando me ocurra un accidente de trabajo debo:

Informar a mi jefe inmediato y asistir a un centro de salud para recibir atención médica.

VERDADERO (✓) FALSO ( )

15. ¿La imagen corresponde a un ACTO INSEGURO?



FALSO ( ) VERDADERO (✓)

16. . ¿La imagen corresponde a una CONDICIÓN INSEGURA?



VERDADERO (✓) FALSO ( )

17. Unir con una linea para que sirve cada EPP.



18. De acuerdo con el código de colores definido por el ministerio de ambiente, relacione con una linea lo que se almacena en cada recipiente.



Papel Higiénico Servilletas Papel y cartón contaminado con comida Papeles metalizados	Plástico Cartón Vidrio Papel Metales	Restos de comida Desechos agrícolas

Calificación Evaluación		Retroalimentación:
Respuestas Correctas		
Respuestas Incorrectas		
Método de Calificación		Entre 14 y 18 respuestas correctas : Aprobado Entre 9 y 13 respuestas correctas: Aceptable con retroalimentación Entre 1 y 8 respuestas incorrectas: Debe repetir la evaluación

Firma Trabajador

Celular 3144759886

Dirección Cll 57 sur 88h 25

Localidad Bosa

Nombre del evaluador ING. FABIO MERCK RAMIREZ POVEDA

Powered by CamScanner

Yo Andres Felipe Rodriguez identificado con número de documento CC: 80029192 desempeñando el cargo de Ayudante formalmente declaro que hoy 04/05/25 He recibido verbalmente parte del residente de Seguridad y Salud en el Trabajo, la inducción y el conocimiento necesario referente a los riesgos inherentes al trabajo que realizo, como:

PELIGRO IDENTIFICADO	SI	NO
Biológico (Virus, bacterias, picaduras, mordeduras)	✓	
Físico (Ruido, vibraciones, radiaciones no ionizantes)	✓	
Químico (Gases y vapores)	✓	
Psicosocial (Condiciones de la tarea, organización del trabajo)	✓	
Biomecánico (Movimiento repetitivo, manejo manual de cargas, posturas prolongadas y mantenidas)	✓	
Condiciones de seguridad mecánicas (Manejo de herramientas manuales y maquinaria)	✓	
Condiciones de seguridad eléctricas (Manejo de herramientas eléctricas)	✓	
Condiciones de seguridad locativas (Superficies de trabajo irregulares, condiciones de orden y aseo)	✓	
Condiciones de seguridad locativas (Trabajo en alturas)	✓	
Condiciones de seguridad tecnológicas (Derrames, incendios)	✓	
Condiciones de seguridad vial (Accidentes de tránsito)	✓	
Condiciones de seguridad públicos (robos, atracos, asaltos, disturbios y alteración del orden público).	✓	

En consecuencia, me comprometo a cumplir con todas las normas, procedimientos, protocolos en seguridad y salud en el trabajo con el fin de procurar el cuidado integral de mi salud y la de mis compañeros de trabajo.

Firma del responsable del SG-SST

Firma del trabajador

Powered by CamScanner

Medellín, 28 de abril de 2025

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que LEIDER RAFAEL PEREZ ALVAREZ identificado(a) con C1192801845 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C11928018452511848103

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección IP 10.205.28.19

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. BOGOTÁ
Contrato No. 1726 - 2024		Anexo 14.5 Versión 0.0 Febrero-2025

NOMBRE	LEIDER RAFAEL PEREZ	CEDULA No.	1192801845
FECHA:	02/05/25	CARGO	ALMACENISTA

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

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	DESCRIPCIÓN	TALLA	CANTIDAD	DOTACIÓN	EPP	OBSERVACIONES
1	CASCO		1	X		
2	CAMISA	38	1	X		
3	PANTALON	38	1	X		
4	BOTAS	39	1	X		
5						
6						
7						
8						
9						
10						

COMPROMISO

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

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.		FIRMA DE TRABAJADOR	Leider Rafael
NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA ENTREGA	ING. FABIO MERCK RAMIREZ	CARGO	Residente SST

Powered by CamScanner

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN SST Y AMBIENTAL	BOGOTÁ
Contrato de Obra No.1726 de 2024		Anexo 11.1 Versión 0.0 Febrero-2025

Nombre: EIDER PEREZ Cedula Ciudadanía: 1192801845

Fecha: 02/05/25 Cargo:

EPS: CAJACOPI ARL: SURA AFP: PORVENIR

Caja Compensación: COMPENSAR Alergias; SI ____ NO X Cuales: ____

Inducción (Trabajador nuevo)	✓
Re Inducción (Trabajador antiguo)	

En caso de emergencia comunicar a:

Celular: 3003011913 Parentesco: HERMANA.

MARQUE FALSO O VERDADERO SEGÚN CORRESPONDA

1. La actividad económica principal de la empresa es:

La construcción de obras de ingeniería civil

FALSO ( ) VERDADERO (✓)

2. SISOMA significa: (Seguridad Industrial, Salud Ocupacional y Medio Ambiente)

VERDADERO (✓) FALSO ( )

3. Las responsabilidades de los trabajadores frente al SG-SST

	FALSO	VERDADERO
Suministrar información Clara, veraz y completa sobre su estado de salud.		✓
Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del SG-SST.		✓
Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST de la empresa.		
Procurar el cuidado integral de su salud.		✓
Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo .		✓

4. Las responsabilidades del consorcio frente al SG-SST son:

	FALSO	VERDADERO
Definir, firmar y divulgar la política y objetivos del SG-SST		✓
Asignar y documentar las responsabilidades del SG-SST.		✓
Asignar recursos para la implementación del SG-SST.		
Participar en las actividades de capacitación.		✓
Cumplir los requisitos normativos aplicables, Capacitar a los trabajadores, realizar gestión de los peligros y riesgos.		✓

5. Según la imagen coloque el número correspondiente con la política.

1- Política de no alcohol y drogas	2- Política de no fumadores	3- Política de seguridad y salud en el trabajo
 3	 1	 2

6. Los pasos a realizar antes de ejecutar una actividad en espacio confinado son:

Realizar el Análisis de Seguridad en el Trabajo (AST), Diligenciar el permiso de trabajo en alturas, inspeccionar arnés y eslinga, ejecutar la actividad en altura.

FALSO ( ) VERDADERO (✓)

7. Un mal levantamiento de cargas o un mal movimiento pueden ocasionar:

Hernias discales, lumbagos, dolor de espalda, escoliosis, fatiga muscular.

VERDADERO (✓) FALSO ( )

8. El peso máximo recomendado que un hombre debe levantar manualmente una carga es:

50 Kg

FALSO ( ) VERDADERO (✓)

9. El peso máximo recomendado que un hombre debe levantar manualmente una carga es:

25 kg

VERDADERO (✓) FALSO ( )

10. Según la imagen coloque el número correspondiente del peligro:

1. Peligros (Participación de cuenta N°1 con)						
Nombre	1. Químicos	2.Trabajo en alturas	3. Ruido	4. Manejo manual de cargas	5. Virus y bacterias	6. Electricidad
	3	5	1	6	2	4

Powered by CamScanner

11. Las funciones del COPASST o Vigía SST son:

Participar en la investigación de incidentes, realizar inspecciones de seguridad, Servir de puente de comunicación entre los trabajadores y la gerencia, reunirse mensualmente.

FALSO ( ) VERDADERO (✓)

12. Las funciones del Comité de Convivencia son:

Prevenir malas conductas de acoso laboral, Fomentar el dialogo, planes de mejora y hacer seguimiento, Analizar y escuchar a las partes, Comunicar a la alta dirección los casos, Reunirse cada tres meses para hacer seguimiento a las acciones propuestas.

VERDADERO (✓) FALSO ( )

13. . Un accidente de Trabajo es:

Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte.

FALSO ( ) VERDADERO (✓)

14. . Cuando me ocurra un accidente de trabajo debo:

Informar a mi jefe inmediato y asistir a un centro de salud para recibir atención médica.

VERDADERO (✓) FALSO ( )

15. ¿La imagen corresponde a un ACTO INSEGURO?



FALSO ( ) VERDADERO (✓)

16. . ¿La imagen corresponde a una CONDICIÓN INSEGURA?



VERDADERO (✓) FALSO ( )

17. Unir con una línea para que sirve cada EPP.



18. De acuerdo con el código de colores definido por el ministerio de ambiente, relacione con una línea lo que se almacena en cada recipiente.



Papel Higiénico Servilletas Papel y cartón contaminado con comida Papeles metalizados	Plástico Cartón Vidrio Papel Metales	Restos de comida Desechos agrícolas

Calificación Evaluación		Retroalimentación:
Respuestas Correctas		
Respuestas Incorrectas		
Método de Calificación		Entre 14 y 18 respuestas correctas : Aprobado Entre 9 y 13 respuestas correctas: Aceptable con retroalimentación Entre 1 y 8 respuestas incorrectas: Debe repetir la evaluación

Firma Trabajador Leider Rafael.

Celular 3046176084

Dirección Calle 62 Sur, Av Bog

Localidad Ciudad Bolivar

Nombre del evaluador ING. FABIO MERCK RAMIREZ POVEDA

Powered by CamScanner

Yo LEIDER RAFAEL PEREZ identificado con número de documento CC: 1192801845 desempeñando el cargo de ALMACENISTA. formalmente declaro que hoy 02/05/25 He recibido verbalmente parte del residente de Seguridad y Salud en el Trabajo, la inducción y el conocimiento necesario referente a los riesgos inherentes al trabajo que realizo, como:

PELIGRO IDENTIFICADO	SI	NO
Biológico (Virus, bacterias, picaduras, mordeduras)	✓	
Físico (Ruido, vibraciones, radiaciones no ionizantes)	✓	
Químico (Gases y vapores)	✓	
Psicosocial (Condiciones de la tarea, organización del trabajo)	✓	
Biomecánico (Movimiento repetitivo, manejo manual de cargas, posturas prolongadas y mantenidas)	✓	
Condiciones de seguridad mecánicas (Manejo de herramientas manuales y maquinaria)	✓	
Condiciones de seguridad eléctricas (Manejo de herramientas eléctricas)	✓	
Condiciones de seguridad locativas (Superficies de trabajo irregulares, condiciones de orden y aseo)	✓	
Condiciones de seguridad locativas (Trabajo en alturas)	✓	
Condiciones de seguridad tecnológicas (Derrames, incendios)	✓	
Condiciones de seguridad vial (Accidentes de tránsito)	✓	
Condiciones de seguridad públicos (robos, atracos, asaltos, disturbios y alteración del orden público).	✓	

En consecuencia, me comprometo a cumplir con todas las normas, procedimientos, protocolos en seguridad y salud en el trabajo con el fin de procurar el cuidado integral de mi salud y la de mis compañeros de trabajo.

Firma del responsable del SG-SST

Firma del trabajador

Powered by CamScanner

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

LEIDER RAFAEL PEREZ ALVAREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.192.801.845**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 25 de Abril del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ALVARO JAVIER MESA FLOREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **80.244.662**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 7 de Mayo del 2025.

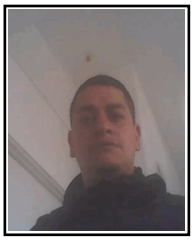
Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

ANMEDIPREV LTDA
NIT: 900574946
Dir: Cra 30 n 22 c - 32 local 14 y 15
Cel: 311 553 0524 - **Tel:** 601 7552549
Bogotá



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 36.765

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
07 DÍA	05 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	**EXAMEN DE INGRESO**

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

PROCOM INGENIERIA SAS	**CONSORCIO MAVINP DEL NORTE**
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

MESA FLOERZ ALVARO JAVIER	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	42 AÑOS 7 MESES 19 DÍAS	CC	80244662
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
CADENERO II

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CON ANTECEDENTE Y/O ENFERMEDAD QUE INTERFIRE PARA SU LABOR, PERO QUE PUEDE SER TRATADA O CONTROLADA

Observaciones: *CON RECOMENDACIONES PARA DESEMPEÑAR LABOR*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	**TIPO**	**RECOMENDACIONES**
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRIA	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
OPTOMETRIA	✓	ESPIROMETRIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
ESPIROMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE OSTEOMUSCULAR	DIETA BALANCEADA
VALORACIÓN POR EPS : MEDICO, OPTOMETRICO	NO ALZAR PESO MAYOR DE : 15 KG	
	CAPACITACIÓN	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE RECOMIENDA CONTROL MEDICO PERIODICO EN EPS
CONTROL OPTMETRICO ANUAL , USO DE CORRECCION VISUAL PERMANENTE PARA DESEMPEÑAR LABOR .
NO SE RECOMIENDA DEAMBULACION POR TERRENOS IRREGULARES
NO SE RECOMIENDA MANIPULACION DE CARGA MANUAL MAYOR DE15 KG,
SE RECOMIENDA ALTERNAR CADA DOS HORAS BIPEDESTACION Y SEDESTACION.
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON ENFASIS EN COLUMNA Y MIEMBROS INFERIORES.
USO DE CALZADO COMODO Y SEGURO.
SEGUIR PAUTAS DE HIGIENE POSTURAS, ERGONOMIA EN PUESTO DE TRABAJO, ESTILO DE VIDA SALUDABLE, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN LABOR A DESEMPEÑAR, CONTROL POR MEDICINA OCUPACIONAL.
INGRESO Y SEGUIMIENTO EN PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA PVE RIESGO SOTEOMUSCULAR Y VISUAL

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 propósito 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 verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación 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 legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído 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



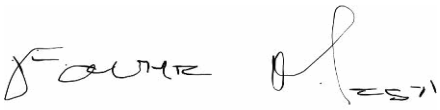
Firma:

Nombre: VARGAS CRUZ DORA MILENA

R. M.: 52969049 **L.S.O.:** 81-1164 DEL 1/12/20

Código de Seguridad
Y622E1K36765

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: MESA FLOERZ ALVARO JAVIER

CC: 80244662

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	BOGOTÁ
Contrato No. 1726 - 2024		Anexo 14.5 Versión 0.0 Febrero-2025

NOMBRE	Alvaro Javier Mesa	CEDULA No.	80744662
FECHA:	07-05-2025	CARGO	CONDUCTOR 2

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	DESCRIPCIÓN	TALLA	CANTIDAD	DOTACIÓN	EPP	OBSERVACIONES
1	Casco		1	1		
2	Chaleco	M	1	1		
3	Botas	39	1	1		
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

COMPROMISO

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

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.		FIRMA DE TRABAJADOR	Javier Mesa
NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA ENTREGA	ING. FABIO MERCK RAMIREZ	CARGO	Residente SST

Powered by CamScanner

compensar | salud eps

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar B
07/05/2025
COD: 475 Natalia Narvaez
SUJETO A VERIFICACION

No. de Radicación

Fecha de Radicación (Día - Mes - Año): 7 5 2025

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado:	6. Tipo de cotizante:	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [ ]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X]	A. Contributivo [X]	Si [ ]	A. Cotizante [X]	A. Dependiente [X]	1
B. Reporte de Novedades [X]	• Beneficiario o afiliado adicional [ ]	B. Subsidiado [ ]	No [X]	B. Cabeza de familia [ ]	B. Independiente [ ]	
	B. Colectiva [ ]			C. Beneficiario [ ]	C. Pensionado [ ]	
	C. Institucional [ ]			D. Afiliado adicional [ ]		
	D. De oficio [ ]					

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

8. Apellidos y nombres				9. Tipo de documento de identidad	10. Número de documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento			15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre						País	Departamento	Municipio	
MESA	FLOREZ	ALVARO	JAVIER	CC	80244662	Femenino [ ] Masculino [X]	F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?	COLOMBIANO	Colombia	Cundinamarca	Bogotá D.C.	17 9 1982

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial	22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL
		Si [ ] No [X] Categoría de discapacidad	Si [ ] No [X]	Nivel [ ] Grupo [ ]		SURA

23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria	26. Residencia
PORVENIR	$1.623.500		KR 3 A ESTE #29 A 40 SUR Dirección

Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico	Municipio
	3124755741	javisthedog0917@gmail.com	CUNDINAMARCA

Municipio/ Distrito	Localidad/Comuna	Zona
BOGOTá D.C.		Cabecera Municipal [X] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]

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

27. Apellidos y nombres				28. Tipo de documento de identidad	29. Número de documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre						País	Departamento	Municipio	
						Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?					

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

35. Apellidos y nombres

	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. No. del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cuál?	País	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

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

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

FOR-EPSVTA-0002 V001

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	**NI**	**901903126**	

59. Ubicación	Teléfono fijo y/o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio
CARRERA 15 93 A 84 OF 307	**3244111638**	**rhprocom@hotmail.com**	**BOGOTá D.C.**	**CUNDINAMARCA**

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación			
MESA Primer Apellido	**FLOREZ** Segundo Apellido	**ALVARO** Primer Nombre	**JAVIER** Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	10. Número de documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)	65. EPS anterior	66. Fecha de novedad (Día - Mes - Año)	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
CC	**80244662**	Femenino [ ] Masculino [X]	F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?	**17 9 1982**		**7 5 2025**	Cod.	**PORVENIR**

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad — Cantidad de documentos de identidad anexos: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] PT [ ]
- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del arcticulo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
- [ ] 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos

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

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

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

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

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

96. fecha de radicación (Día - Mes - Año)	97. Fecha de validación (Día - Mes - Año)

OBSERVACIONES: **80244662**

compensar B
07/05/2025
COD: 475 Natalia Narvaez
SUJETO A VERIFICACION

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

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario 6014837000 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional 018000513700
PROGRAMA COMPENSAR EPS APROBADO RESOLUCIÓN 0166
PLAN COMPLEMENTARIO APROBADO RESOLUCIÓN 0271
Vigilado Supersubsidio

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO

compensar | salud eps

	SI	NO
¿ Previo diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	X	
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo la entrega de la carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	X	
¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	X	
¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	X	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	X	
¿Autoriza recibir la Carta de Derechos y Deberes y la Carta de Desempeño por medio electrónico?	X	

SI: [X] Correo electrónico: **javisthedog0917@gmail.com** NO: [ ] Me comprometo a consultar en www.compensar/salud

Como cotizante y representante de mi grupo familiar, hago constar mediante mi firma que compartiré la presente carta de derechos y deberes y carta de desempeño de la EPS con mis beneficiarios.

Firma del afiliado: _____

No. Identificación: CC 80244662

FIRMA A RUEGO (Diligenciar exclusivamente cuando el cotizante no pueda firmar)

A ruego de (la) señor (a) _____ con C.C. No. _____ lo hace en su nombre, el (la) señor(a) _____ con C.C. No. _____ mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que se está entregando, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a) _____

Firma a Ruego: _____

Nombres y apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección _____

de domicilio: _____

Nombres y apellidos de quien no sabe firmar: _____

Identificación: _____

Huella

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explicita e inequívoca, previamente informada a la caja de compensación familiar Compensar y sus unidades de servicio (en adelante Compensar), de acuerdo a lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y el Decreto Reglamentario 1377 de 2013, para tratar mi información personal, como datos biográficos y biométricos de acuerdo con lo establecido en el Manual de protección de Datos Personales de Compensar, disponible en: https://corporativo.compensar.com/proteccion-de-datos.

Estos datos serán utilizados en el desarrollo de las funciones propias de Compensar, con el fin de: Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y mi grupo familiar. Atender a requerimientos legales y de organismos de control. Transmitir mis datos a las administradoras del Sistema General de Protección Social para la actualización de mi afiliación, traslados y novedades en el Sistema o para el reconocimiento de los diferentes subsidios según aplique por ley. Consultar mis datos en centrales de información financiera y operadores de información. Validar mi identidad a través de mecanismos de autenticación electrónica. Registrar mi información en la base de datos del Operador de Información Compensar - miplanilla. Registrarme en los programas de orientación, capacitación laboral y de emprendimiento siempre que sea de mi interés. Realizar análisis estadístico sobre hábitos de consumo para evaluar la calidad y mejorar los productos y servicios. Compartir mis datos con las entidades con las que Compensar tenga convenios, acuerdos comerciales o relación contractual como proveedor, siempre que se cuente con cláusulas de transferencia de datos. Realizar gestión de crédito, cartera, cobranza u otras acciones a nombre de Compensar, de manera interna o a través de terceros, a los cuales sería transmitida mi información en caso de ser necesario. Consultar los datos personales recolectados por los circuitos cerrados de televisión de Compensar, con la finalidad de garantizar la seguridad de las personas y los bienes, como evidencia en procesos disciplinarios o respuesta a solicitudes de los entes de control sobre actividades desarrolladas al interior de nuestras instalaciones.

Así mismo, autorizo a Compensar a enviar información comercial, publicitaria o promocional sobre servicios, nuevas alianzas o convenios, eventos o promociones, con el fin de impulsar, invitar, dirigir, ejecutar, informar y de manera general, llevar a cabo campañas, estrategias de marketing, promociones o concursos y todas aquellas actividades asociadas a los servicios de Compensar. Entiendo que compensar realiza el envío de información y la gestión de cobranzas a través de visitas, correo físico, correo electrónico, teléfono celular, mensajes de texto o por medio de aplicaciones de mensajería instantánea, lo cual puedo revocar en cualquier momento.

En concordancia con lo establecido en el artículo 7 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, Compensar se compromete a tratar los datos de niños, niñas y adolescentes, respetando sus derechos prevalentes y en función de los servicios propios de Compensar.

Entiendo que Compensar tratará mis datos dando cumplimiento a los principios de legalidad, finalidad, libertad, veracidad o calidad, transparencia, acceso y circulación restringida, confidencialidad y seguridad, señalados en el artículo 4 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y que en cualquier momento podré ejercer mi derecho a conoce
que no tenga un deber legal o contractual d
titular de la información sobre la cual Compe
a lo definido en el Manual de Protección de
página web en el enlace https://corporati
dirección Avenida 68 # 49 A – 47, ventanilla

Si [X] No [ ]

compensar B
07/05/2025
COD: 475 Natalia Narvaez
SUJETO A VERIFICACION

Firma del afiliado: _____ **No. Identificación:** CC 80244662

VIGILADO Supersalud
PROGRAMA COMPENSAR EPS APROBADO RESOLUCIÓN 0146
PLAN COMPLEMENTARIO APROBADO RESOLUCIÓN 0271
Línea de Atención a Usuarios 6013437000 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional 018000512760

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN SST Y AMBIENTAL	BOGOTÁ
Contrato de Obra No.1726 de 2024		Anexo 11.1 Versión 0.0 Febrero-2025

Nombre: HUGO JAVIER MESA **Cedula Ciudadania:** 80244662

Fecha: 07-05-2025 **Cargo:** CONTRATISTA 2

EPS: COMPARTA SAN **ARL:** _____ **AFP:** _____

Caja Compensación: PORVENIR **Alergias; SI** _____ **NO** X **Cuales:** _____

Inducción (Trabajador nuevo)	SI
Re Inducción (Trabajador antiguo)	

En caso de emergencia comunicar a:

Celular: 3124755791 **Parentesco:** ESPOSA

MARQUE FALSO O VERDADERO SEGÚN CORRESPONDA

1. La actividad económica principal de la empresa es:

La construcción de obras de ingeniería civil

FALSO ( ) VERDADERO (X)

2. SISOMA significa: (Seguridad Industrial, Salud Ocupacional y Medio Ambiente)

VERDADERO (X) FALSO ( )

3. Las responsabilidades de los trabajadores frente al SG-SST

	FALSO	VERDADERO
Suministrar información Clara, veraz y completa sobre su estado de salud		X
Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del SG-SST.		X
Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST de la empresa.		
Procurar el cuidado integral de su salud.		X
Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo		X

4. Las responsabilidades del consorcio frente al SG-SST son:

	FALSO	VERDADERO
Definir, firmar y divulgar la política y objetivos del SG-SST	X	
Asignar y documentar las responsabilidades del SG-SST.	X	
Asignar recursos para la implementación del SG-SST.	X	
Participar en las actividades de capacitación		X
Cumplir los requisitos normativos aplicables, Capacitar a los trabajadores, realizar gestión de los peligros y riesgos.		X

5. Según la imagen coloque el número correspondiente con la política.

1- Política de no alcohol y drogas	2- Política de no fumadores	3- Política de seguridad y salud en el trabajo
 3	 1	 2

6. Los pasos a realizar antes de ejecutar una actividad en espacio confinado son:

Realizar el Análisis de Seguridad en el Trabajo (AST), Diligenciar el permiso de trabajo en alturas, inspeccionar arnés y eslinga, ejecutar la actividad en altura.

FALSO ( ) VERDADERO (X)

7. Un mal levantamiento de cargas o un mal movimiento pueden ocasionar:

Hernias discales, lumbagos, dolor de espalda, escoliosis, fatiga muscular.

VERDADERO (X) FALSO ( )

8. El peso máximo recomendado que un hombre debe levantar manualmente una carga es:

50 Kg

FALSO (X) VERDADERO ( )

9. El peso máximo recomendado que un hombre debe levantar manualmente una carga es:

25 kg

VERDADERO (X) FALSO ( )

10. Según la imagen coloque el número correspondiente del peligro:

Peligros						
N°	3	5	1	4	6 2	6
Nombre	1. Quimicos	2 Trabajo en alturas	3. Ruido	4. Manejo manual de cargas	5. Virus y bacterias	6. Electricidad

Powered by CamScanner

11. Las funciones del COPASST o Vigia SST son:

Participar en la investigación de incidentes, realizar inspecciones de seguridad, Servir de puente de comunicación entre los trabajadores y la gerencia, reunirse mensualmente.

FALSO ( ) VERDADERO (X)

12. Las funciones del Comité de Convivencia son:

Prevenir malas conductas de acoso laboral, Fomentar el dialogo, planes de mejora y hacer seguimiento, Analizar y escuchar a las partes, Comunicar a la alta dirección los casos, Reunirse cada tres meses para hacer seguimiento a las acciones propuestas.

VERDADERO (X) FALSO ( )

13. . Un accidente de Trabajo es:

Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte

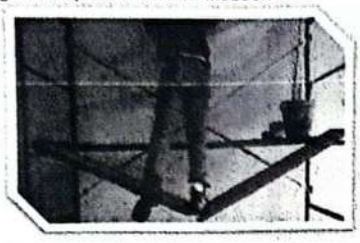
FALSO (X) VERDADERO ( )

14. . Cuando me ocurra un accidente de trabajo debo:

Informar a mi jefe inmediato y asistir a un centro de salud para recibir atención médica

VERDADERO (X) FALSO ( )

15. ¿La imagen corresponde a un ACTO INSEGURO?



FALSO ( ) VERDADERO (X)

16. . ¿La imagen corresponde a una CONDICIÓN INSEGURA?



VERDADERO ( ) FALSO (X)

17. Unir con una linea para que sirve cada EPP.



18. De acuerdo con el código de colores definido por el ministerio de ambiente, relacione con una linea lo que se almacena en cada recipiente.



Papel Higiénico Servilletas Papel y cartón contaminado con comida Papeles metalizados	Plástico Cartón Vidrio Papel Metales	Restos de comida Desechos agrícolas

Calificación Evaluación		Retroalimentación:
Respuestas Correctas		
Respuestas Incorrectas		
Método de Calificación		Entre 14 y 18 respuestas correctas : Aprobado Entre 9 y 13 respuestas correctas: Aceptable con retroalimentación Entre 1 y 8 respuestas incorrectas: Debe repetir la evaluación

Firma Trabajador Javier Mesa

Celular 3138067053

Dirección Cra 2a bis #29a40

Localidad San Cristóbal

Nombre del evaluador ING. FABIO MERCK RAMIREZ POVEDA

Powered by CamScanner

Yo Alvaro Javier Ortega identificado con número de documento CC: 80724662 desempeñando el cargo de CELADOR 2 formalmente declaro que hoy 07-05-25 He recibido verbalmente parte del residente de Seguridad y Salud en el Trabajo, la inducción y el conocimiento necesario referente a los riesgos inherentes al trabajo que realizo, como:

PELIGRO IDENTIFICADO	SI	NO
Biológico (Virus, bacterias, picaduras, mordeduras)	X	
Físico (Ruido, vibraciones, radiaciones no ionizantes)	X	
Químico (Gases y vapores)	X	
Psicosocial (Condiciones de la tarea, organización del trabajo)	X	
Biomecánico (Movimiento repetitivo, manejo manual de cargas, posturas prolongadas y mantenidas)	X	
Condiciones de seguridad mecánicas (Manejo de herramientas manuales y maquinaria)	X	
Condiciones de seguridad eléctricas (Manejo de herramientas eléctricas)	X	
Condiciones de seguridad locativas (Superficies de trabajo irregulares, condiciones de orden y aseo)	X	
Condiciones de seguridad locativas (Trabajo en alturas)	X	
Condiciones de seguridad tecnológicas (Derrames, incendios)	X	
Condiciones de seguridad vial (Accidentes de tránsito)	X	
Condiciones de seguridad públicos (robos, atracos, asaltos, disturbios y alteración del orden público).	X	

En consecuencia, me comprometo a cumplir con todas las normas, procedimientos, protocolos en seguridad y salud en el trabajo con el fin de procurar el cuidado integral de mi salud y la de mis compañeros de trabajo.

Firma del responsable del SG-SST

Firma del trabajador

Powered by CamScanner

Medellín, 06 de Mayo 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 MAVINP DEL NORTE, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C80244662	MESA FLOREZ ALVARO JAVIER	07/05/2025		143Y2411	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10207994642512654323

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 06/05/2025 15:05:23 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.31.54.7, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ANEXO 3

PLANILLAS SEGURIDAD SOCIAL PERSONAL DE INTERVENTORIA

PLANILLAS MES DE MARZO PERSONAL DE INTERVENTORIA

RELACIÓN DE PLANILLAS DE PAGO PERSONAL OFERTADO CTO INTERVENTORÍA 1738-2024		
mar-25		
NOMBRE	**CARGO**	**PLANILLA**
Oscar Eduardo Teatino Vargas	Director de Interventoría	76827844
Oscar Andrés Plazas Roldán	Residente de Interventoría	76827844
Hugo Fernando Marroquin Escobar	Especialista en Geotecnia y Pavimentos	1072141706
Hugo Fernando Marroquin Escobar	Especialista en Urbanismo y Espacio Público	1072141706
Alvaro Hernando Sua Carreño	Especialista en Redes Hidrosanitarias y Redes Secas	86238574
Jonathan Jose Cala Monroy	Especialista en Estructuras	33295018
Juan José Cañas Rincón	Profesional Jurídico	7957670010
Elvia Marcela Guiza Salcedo	Profesional SST	76827844
Victoria Fernanda Suarez Pava	Residente Social	76827844
Javier Armando Vidarte Romero	Profesional Ambiental	76827844
Manuel Ignacio Beltrán Siachoque	Topografo	85415392
Evelyn Fernanda Peñaranda Meneses	Inspector de Interventoria	76827679
Vicente Pedraza Suescun	Conductor	76827679
RELACIÓN DE PLANILLAS DE PAGO PERSONAL DISCAPACITADO PROYECTISTAS ASOCIADOS S.A.S.		
mar-25		
NOMBRE	**CÉDULA**	**PLANILLA**
Rafael Gonzalo Reyes Colobón	88033075	76827844

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-05-02, 08:00:24 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1072141706

Periodo Cotización: marzo de 2025 **Periodo Servicio:** marzo de 2025

PAGADO 24/04/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	HUGO FERNANDO MARROQUI ESCOBAR		
Documento	CC79577468	**Dirección**	CL 24 #51 - 40
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	4284803
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 79577468	HUGO FERNANDO MARROQUIN ESCOBAR	57	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 6.035.000	$ 1.026.000	(EPS001) ALIANSALUD	$ 6.035.000	$ 754.400	6,960	$ 6.035.000	$ 420.100	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.200.500

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 6.035.000	$ 6.035.000	$ 6.035.000	$ 0	$ 1.026.000	$ 754.400	$ 420.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.200.500	$ 13.000	$ 2.213.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES
PLANILLA NRO. 33295018
REFERENCIA DE PAGO (PIN):
Fecha Pago Planilla: 2025-05-02

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE					
RAZÓN SOCIAL	JONATHAN CALA	TIPO DE PERSONA	Natural	TIPO DE DOCUMENTO	Cédula de Ciudadanía
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	7188384	D.V.	0	TIPO DE APORTANTE	Independiente
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	CARRERA 4C N 37 66	DEPARTAMENTO	BOYACA	MUNICIPIO	TUNJA
ACTIVIDAD ECONÓMICA	7112	CORREO ELECTRÓNICO	INGJONATHANCALA@GMAIL.COM	TELÉFONO	3103294011
FAX	0	SUCURSAL	0	NOMBRE SUCURSAL	0
TIPO DE ENTIDAD	Privada	ARL	ARL SURA	Tipo de aportante	Independiente

REPRESENTANTE LEGAL					
Nro. DE IDENTIFICACIÓN		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			

PERÍODO COTIZACIÓN PENSIÓN		PERÍODO COTIZACIÓN SALUD		FORMA DE PRESENTACIÓN
Año: 2025	Mes: 03	Año: 2025	Mes: 03	Único
Nro. DE TRABAJADORES		Vlr. TOTAL NÓMINA		Nro. DE RADICACIÓN
1		$0		33295018

IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO										Salario
Identificación	Tipo Vinculación	Subtipo Cot	Ext no obl	Colombiano ext	Dpto	Mun	Actividad Eco	Tipo de Salario	Nombres	Salario Básico
CC-7188384	57	No	No	No	15	1	0	Salario	CALA MONROY JONATHAN JOSE	$2.400.000

NOVEDADES																																
Identificación	ING	Fecha Ing	RET	Fecha Ret	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha Nov Vsp	VTE	VST	SLN	Fecha Sln Inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha Lma Inicio	Fecha Lma Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha Vac Fin	AVP	VCT	Fecha Vct Inicio	Fecha Vct Fin	IRL	Fecha Irp Inicio	Fecha Irp Fin
CC - 7188384	R	2025-03-01							X	2025-03-01																			0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES											
Identificación	AFP	Dias Cotizados	IBC pensión	Tarifa	Cot Obl	Cot Vol Afil	Cot Vol Aport	Total Cot	Fondo Sol	Fondo Subsistencia	Vlr no ret
CC - 7188384	PORVENIR	30	$2.400.000	0.1600000	$384.000	$0	$0	$384.000	$0	$0	$0

SISTEMA GENERAL DE SALUD											SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES				
Identificación	EPS	Dias Cot	IBC salud	Tarifa	Cot Obl	UPC Adic	Núm Aut EG	Valor EG	Núm Aut Lic	Valor Lic	Dias Cot	IBC Riesgos	Cód CT	Tarifa	Cot Obl
CC - 7188384	SANITAS	30	$2.400.000	0.1250000	$300.000	$0	0	$0	0	$0	30	$2.400.000	7188384	0.0052200	$12.600

APORTES PARAFISCALES													
Identificación	CCF	Días Cota CCF	IBC Cajas	Tarifa CCF	Aporte CCF	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF	Tarifa ESAP	Aporte ESAP	Tarifa Min Edu	Aporte Min Edu
CC-7188384	SIN CCF	0	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0

TOTALES PARA EL PERÍODO 2025 - 03											
TOTAL APORTES DEL PERÍODO A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA											
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR COTIZACIÓN VOL AFIL	VLR COTIZACIÓN VOL APOR	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SOL	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SUBS	DÍAS MORA	VLR INTERESES	VLR INTERESES FONDO DE SOLIDARIDAD	VLR INTERESES FONDO DE SUBSISTENCIA	TOTAL PAGAR
PORVENIR	1	$384.000	$0	$0	$0	$0	10	$2.500	$0	$0	$386.500

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A SALUD POR ADMINISTRADORA																			
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR UPC	AUT. IGE	VLR IGE	AUT. DESC LMA	VLR LMA	VLR NETO APORTES DE COT	DÍAS MORA	VLR INTERESES COT OBL	VLR INTERESES UPC	SUBTOTAL APORTES COT	SUBTOTAL APORTES	RADICACIÓN AUTOLIQ INICIAL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR COT OBL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR UPC	TOTAL PAGAR COT OBL	TOTAL PAGAR UPC	FONDO DE SOL SALUD	TOTAL PAGAR
SANITAS	1	$300.000	$0	0	$0	0	$0	$300.000	10	$2.000	$0	$302.000	$0	0	$0	$0	$302.000	$0	$0	$302.000

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A RIESGOS PROFESIONALES POR ADMINISTRADORA													
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	NÚM AUT PAGO INCAPACIDADES	VLR INCAPACIDADES	VLR APORTES PAGADOS A OTROS RIESGOS	VLR NETO APORTES COTIZACIÓN	DÍAS MORA	INT MORA COT OBL	SUBTOTAL APORTES COT	NÚM RAD AUTOLIQUIDACIÓN INICIAL	SALDO A FAVOR PERÍODO ANTERIOR	FONDO SOL RIESGOS PROFESIONALES	TOTAL PAGAR
ARL SURA	1	$12.600	0	$0	$0	$12.600	10	$100	$12.700	0	$0	$0	$12.700

TOTAL APORTES PARAFISCALES					
NOMBRE ENTIDAD	NÚM DE AFIL	VLR TOTAL APORTES	DÍAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR
SIN CCF	1	$0	10	$0	$0
SENA	0	$0	10	$0	$0
ICBF	0	$0	10	$0	$0
ESAP	0	$0	10	$0	$0
MinEdu	0	$0	10	$0	$0

TOTAL A PAGAR		
CONCEPTO	TOTAL ENTIDADES	VALOR
SALUD	1	$302.000
PENSIONES	1	$386.500
RIESGOS PROFESIONALES	1	$12.700
CAJAS DE COMPENSACIÓN	0	$0
SENA	1	$0
ICBF	1	$0
ESAP	1	$0
MINISTERIO DE EDUCACIÓN	1	$0
GRAN TOTAL	1	$701.200

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	74362580
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JUAN JOSE CANAS RINCON
CIUDAD/MUNICIPIO:	NOBSA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CALLE 7A # 4-56 BARRIO CAMILO	TELÉFONO:	7773126
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades jurídicas.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7957670010**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2025	SALUD:	AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:		17			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/04/07	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1392144233

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002297390	230201	230201- PROTECCION	1	$ 234.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 234.700**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9015432116	CCFC55	CCFC55- CAJACOPI EPS S.A.S	1	$ 183.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 183.400**

VALOR SIN MORA:	**$ 405.800**
VALOR MORA:	**$ 12.300**
TOTAL PAGADO:	**$ 418.100**

Planilla Pagada

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	74362960	MANUEL IGNACIO BELTRAN SIACHOQUE	CARRERA 70B # 1 - 58 SUR MARSELLA	3907134	talentohumano.proyectistas@gmail.com	
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	
2025-03	2025-03	I	02/05/2025	85415392	$410.600	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	178.000	0		0		0	18	2.100	0	180.100	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	18	2.700	0	230.500	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										

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	18	0	0	0
ICBF				
0	18	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	178.000	180.100
Pensión	1	227.800	230.500
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	405.800	410.600

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**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
CC	74362960	MANUEL IGNACIO BELTRAN SIACHOQUE	CARRERA 70B # 1 - 58 SUR MARSELLA	3907134	talentohumano.proyectistas@gmail.com	
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**	
2025-03	2025-03	I	02/05/2025	85415392	$410.600	

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**	**Estornado**	**ING**	**RET**	**TDE**	**TAE**	**TDP**	**TAP**	**VSP**	**VST**	**SLN**	**IGE**	**LMA**	**VAC**	**AVP**	**VCT**	**IRL**	**CORRECCIÓN**	**Cód. AFP**	**IBC AFP**	**Cotización**	**Voluntario Afiliado**	**Voluntario Aportante**	**Fondo pensional de solidaridad**	**Fondo pensional de subsistencia**	**Cód. EPS**	**IBC EPS**	**Cotización / Valor UPC**	**Cód. ARL**	**IBC ARL**	**Clase de Riesgo**	**Cotización**	**Código CCF**	**IBC CCF**	**Aporte CCF**	**IBC otros parafiscales**	**Aporte SENA**	**Aporte ICBF**	**Aporte ESAP**	**Aporte MEN**
1	CC	74362960	BELTRAN SIACHOQUE MANUEL IGNACIO	3	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	178.000		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

SuAporte | Informe Histórico Resumido

Fecha de Creación del Informe: viernes, 02 de mayo de 2025 04:03:17 PM

Período del informe: 202503

Pagada 14/04/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	PROYECTISTAS ASOCIADOS SAS	**Sucursal**	1 PRINCIPAL
Documento	NI900426155	**Dirección**	AV. CARRERA 7 #155 C - 30 TOR E OF 2404
Tipo de Empresa		**Teléfono**	3907134
Tipo Persona		**Forma Presentación**	
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	PLAZAS ROLDAN OSCAR ANDRES	**Identificación**	CC74082238

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado		Información del Pago				Novedades																Administradoras								IBC				Liquidación de Aportes								
Identificación del Cotizante	Apellidos y Nombres	Referencia pago (PIN) / Número planilla	Fecha de Pago	Período de Cot.	Período Serv.	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	AFP	EPS	ARP	CCF	IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Caja	Aporte Pensión	Aporte Salud	Aporte Riesgos	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte Ministerio	TOTAL
CC 74082238	PLAZAS ROLDAN OSCAR ANDRES	76827844	14/04/2025	202503	202504																		30	30	30	30	230901	EPS005	14-25	CCF22	$6.837.200	$6.837.200	$6.837.200	$6.837.200	$1.162.400	$273.500	$475.900	$273.500	$0	$0	$0	$0	$2.185.300
CC 79484285	TEATINO VARGAS OSCAR EDUARDO	76827844	14/04/2025	202503	202504																		30	30	30	30	25-14	EPS001	14-25	CCF22	$9.600.000	$9.600.000	$9.600.000	$9.600.000	$1.632.000	$384.000	$668.200	$384.000	$0	$0	$0	$0	$3.068.200
CC 1057583625	GUIZA SALCEDO ELVIA MARCELA	76827844	14/04/2025	202503	202504																		30	30	30	30	230301	EPS005	14-25	CCF22	$3.800.000	$3.800.000	$3.800.000	$3.800.000	$608.000	$152.000	$264.500	$152.000	$0	$0	$0	$0	$1.176.500
CC 1075241307	VIDARTE ROMERO JAVIER ARMANDO	76827844	14/04/2025	202503	202504		X																15	15	15	15	230301	EPS005	14-25	CCF04	$2.356.733	$2.356.733	$2.356.733	$3.148.857	$377.100	$94.300	$164.100	$126.000	$0	$0	$0	$0	$761.500
CC 1106333070	SUAREZ PAVA VICTORIA FERNANDA	76827844	14/04/2025	202503	202504		X																15	15	15	15	230301	EPS037	14-25	CCF03	$2.356.733	$2.356.733	$2.356.733	$2.854.265	$377.100	$94.300	$164.100	$114.200	$0	$0	$0	$0	$749.700

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

SuAporte | Informe Histórico Resumido

Fecha de Creación del Informe: viernes, 02 de mayo de 2025 08:57:03 AM

Período del informe: 202503

Pagada 14/04/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	PROYECTISTAS ASOCIADOS SAS	**Sucursal**	1 PRINCIPAL
Documento	NI900426155	**Dirección**	AV. CARRERA 7 #155 C - 30 TOR E OF 2404
Tipo de Empresa		**Teléfono**	3907134
Tipo Persona		**Forma Presentación**	
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	PLAZAS ROLDAN OSCAR ANDRES	**Identificación**	CC74082238

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado		Información del Pago				Novedades																Administradoras								IBC				Liquidación de Aportes								
Identificación del Cotizante	Apellidos y Nombres	Referencia pago (PIN) / Número planilla	Fecha de Pago	Período de Cot.	Período Serv.	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	AFP	EPS	ARP	CCF	IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Caja	Aporte Pensión	Aporte Salud	Aporte Riesgos	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte Ministerio	TOTAL
CC 88033075	REYES COLOBON RAFAEL GONZALO	76827844	14/04/2025	202503	202504																		30	30	30	30	25-14	EPS008	14-25	CCF22	$3.356.907	$3.356.907	$3.356.907	$3.356.907	$537.200	$134.300	$233.700	$134.300	$0	$0	$0	$0	$1.039.500

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

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	80085072	ALVARO HERNANDO SUA CARREÑO	CARRERA 72A # 152B-32 TORRE A2 APTO 701	3103433720	alvarosuac@hotmail.com	
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	
2025-03	2025-03	I	02/05/2025	86238574	$410.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	178.000	0		0		0	16	1.900	0	179.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	16	2.400	0	230.200	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										

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	16	0	0	0
ICBF				
0	16	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	178.000	179.900
Pensión	1	227.800	230.200
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	405.800	410.100

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	**NÚMERO**	**NOMBRE APORTANTE**	**DIRECCIÓN**	**TELÉFONO**	**CORREO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
CC	80085072	ALVARO HERNANDO SUA CARREÑO	CARRERA 72A # 152B-32 TORRE A2 APTO 701	3103433720	alvarosuac@hotmail.com	
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**	
2025-03	2025-03	I	02/05/2025	86238574	$410.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	**Tipo**	**No. de Identificación**	**Apellidos y Nombres**	**Cotizante**	**Subtipo**	**Extranjero**	**Colom. exterior**	**Estornado**	**ING**	**RET**	**TDE**	**TAE**	**TDP**	**TAP**	**VSP**	**VST**	**SLN**	**IGE**	**LMA**	**VAC**	**AVP**	**VCT**	**IRL**	**CORRECCIÓN**	**Cód. AFP**	**IBC AFP**	**Cotización**	**Voluntario Afiliado**	**Voluntario Aportante**	**Fondo pensional de solidaridad**	**Fondo pensional de subsistencia**	**Cód. EPS**	**IBC EPS**	**Cotización / Valor UPC**	**Cód. ARL**	**IBC ARL**	**Clase de Riesgo**	**Cotización**	**Código CCF**	**IBC CCF**	**Aporte CCF**	**IBC otros parafiscales**	**Aporte SENA**	**Aporte ICBF**	**Aporte ESAP**	**Aporte MEN**
1	CC	80085072	SUA CARREÑO ALVARO HERNANDO	3	0			N																			230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	178.000		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

SuAporte | Informe Histórico Resumido

Fecha de Creación del Informe: viernes, 02 de mayo de 2025 04:02:13 PM

Período del informe: 202503

Pagada 14/04/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CONSTRUTEV SAS	**Sucursal**	1 PRINCIPAL
Documento	NI830512601	**Dirección**	AV. CARRERA 7 #155 C - 30 TRR E OFI 2404
Tipo de Empresa		**Teléfono**	3907134
Tipo Persona		**Forma Presentación**	
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	TEATINO VARGAS OSCAR EDUARDO	**Identificación**	CC79484285

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado		Información del Pago				Novedades																Administradoras								IBC				Liquidación de Aportes								
Identificación del Cotizante	Apellidos y Nombres	Referencia pago (PIN) / Número planilla	Fecha de Pago	Período de Cot.	Período Serv.	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	AFP	EPS	ARP	CCF	IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Caja	Aporte Pensión	Aporte Salud	Aporte Riesgos	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte Ministerio	TOTAL
CC 80270826	PEDRAZA SUESCUN VICENTE	76827679	14/04/2025	202503	202504																		30	30	30	30	25-14	EPS008	14-25	CCF22	$1.755.000	$1.755.000	$1.755.000	$1.755.000	$280.800	$70.200	$122.200	$70.200	$0	$0	$0	$0	$543.400
CC 1152222493	PEÑARANDA MENESES EVELYN FERNANDA	76827679	14/04/2025	202503	202504														X				2	2	2	2	230201	EPS005	14-25	CCF22	$240.000	$240.000	$240.000	$240.000	$38.400	$9.600	$0	$9.600	$0	$0	$0	$0	$57.600
CC 1152222493	PEÑARANDA MENESES EVELYN FERNANDA	76827679	14/04/2025	202503	202504														X				9	9	9	9	230201	EPS005	14-25	CCF22	$1.080.000	$1.080.000	$1.080.000	$1.080.000	$172.800	$43.200	$0	$43.200	$0	$0	$0	$0	$259.200
CC 1152222493	PEÑARANDA MENESES EVELYN FERNANDA	76827679	14/04/2025	202503	202504																		19	19	19	19	230201	EPS005	14-25	CCF22	$2.280.000	$2.280.000	$2.280.000	$2.280.000	$364.800	$91.200	$12.000	$91.200	$0	$0	$0	$0	$559.200

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

ANEXO 4

PLANILLAS SEGURIDAD SOCIAL PERSONAL DE OBRA

ANEXO 5

REUNIÓN COPASST

1. APROBACIÓN DEL ACTA ANTERIOR

Se da lectura del acta N° 01, se realiza revisión de los compromisos adquiridos

N° DE ACTA:	02
FECHA DE REUNIÓN:	30/04/2025
HORA:	10:00 am
LUGAR:	PUNTO CREA

2. PARTICIPACIÓN DEL COPASST EN EL SG-SST

Para este periodo se realizó la terminación de conformación del copasst con personal operativo donde quedo como representante Luis Poveda y auxiliar Diego Benítez representantes de la parte operativa danco cumplimiento con la conformación.

3. REPORTES DE LOS TRABAJADORES.

A continuación, se describe la gestión realiza para cada uno de los reportes realizados:

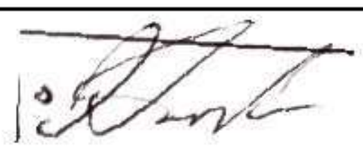
NOMBRE DEL TRABAJADOR	CARGO	REPORTE REALIZADO	GESTIÓN REALIZADA
Luis Poveda	Boal	La vía de acceso a Santa Rosa presenta acumulación de residuos y material participado producto de las operaciones de cargue de volquetas, lo cual representa un riesgo para la seguridad de los peatones y del personal operativo.	Se implementan labores de limpieza de forma continua durante toda la jornada, realizándose diariamente con el apoyo de personal adicional, con el fin de minimizar el tiempo de permanencia del material sobre la vía y mitigar riesgos asociados.

Powered by CamScanner

Reportes Nuevos

NOMBRE DEL TRABAJADOR	CARGO	REPORTE REALIZADO
Diego Benitez	Boal	Se informa que, tras la instalación de los plafones para los accesos a las viviendas, estos no se encuentran en su sitio al día siguiente, situación que genera un riesgo potencial para la integridad de los habitantes de la comunidad y afecta la continuidad segura de las labores.

4. ASISTENTES

NOMBRE	CARGO	FIRMA
DIEGO BENITEZ	BOAL	
LUIS POVEDA	BOAL	
ANDREA VELAZCO	RESIDENTE SOCIAL	
FABIO MERCK RAMIREZ	RESIDENTE SST-MA	
WILSON DIAZ	RESIDENTE TECNICO	
ANNIE BULLA	AUXILIA SST-MA	

Powered by CamScanner

ANEXO 6

REUNIÓN COCOLA

1. APROBACIÓN DEL ACTA ANTERIOR

Se da lectura del acta N°. 01

N° DE ACTA:	02
FECHA DE REUNIÓN:	30/04/2025
HORA:	11:00 AM
LUGAR:	PUNTO CREA

2. ACTIVIDADES DEL COCOLA

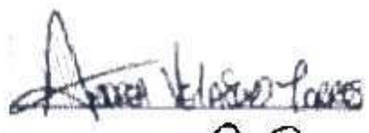
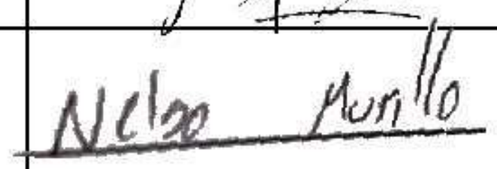
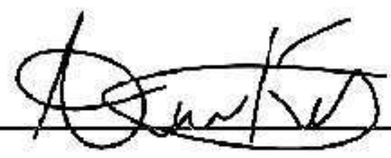
Durante el mes de abril no se reportaron casos de conflictos interpersonales entre los trabajadores, evidenciándose un ambiente laboral armonioso y colaborativo. Asimismo, se realizó la elección del señor Nelson Godoy como representante de los trabajadores, quedando conformado en su totalidad el Comité de Convivencia Laboral..

3. REPORTES DE LOS TRABAJADORES.

NOMBRE DEL TRABAJADOR	CARGO	REPORTE REALIZADO	GESTIÓN REALIZADA
NA	NA	NA	NA

Powered by CamScanner

4. ASISTENTES

NOMBRE	CARGO	FIRMA
ANDREA VELAZCO	RESIDENTE SOCIAL	
FABIO MERCK RAMIREZ	RESIDENTE SST-MA	
NELSON GODOY	RESIDENTE TECNICO	
ANNIE BULLA	AUXILIA SST-MA	

Powered by CamScanner

ANEXO 7

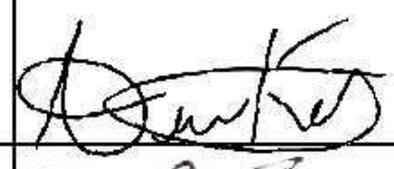
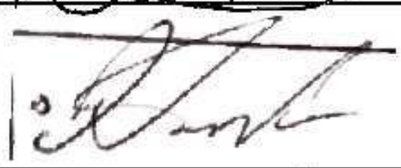
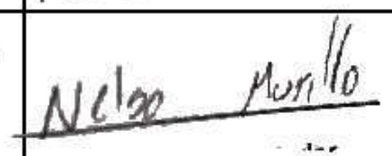
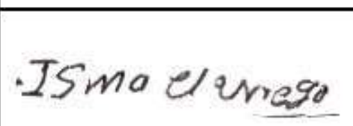
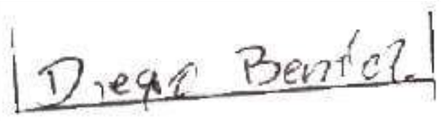
BRIGADISTA

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	"EJECUTAR A PRECIOS UNITARIOS Y A MONTO AGOTABLE LA ACTUALIZACIÓN Y/O COMPLEMENTACIÓN Y/O AJUSTES A LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS, Y LAS OBRAS DE CONSTRUCCIÓN Y/O CONSERVACIÓN DEL ESPACIO PUBLICO DE LA LOCALIDAD DE CIUDAD BOLIVAR, PRIORIZADOS PARA LA VIGENCIA FISCAL 2024, DE CONFORMIDAD CON LOS PLIEGOS"	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ
Contrato de Obra No. 1726 de 2024	CONFORMACION BRIGADA DE EMERGENCIA	Versión 0.0 Febrero-2025

El personal del CONSORCIO MAVINP DEL NORTE del contrato 1726-2024, para cumplir los requisitos del decreto 1072 de 2015, articulo 2.2.4.6.25, se reunieron el 28 de abril del 2025 para conformar la brigada de emergencia de acuerdo a la convocatoria y las aptitudes de cada trabajador postulado quedando conformada de la siguiente manera:

JEFE DE BRIGADA	BRIGADISTA DE PRIMEROS AUXILIOS	BRIGADISTA CONTRA INCENDIO	BRIGADISTA DE EVACUACIÓN	BRIGADISTA DE COMUNICACIÓN
ANNIE BULLA	LUIS POVEDA	NELSON GODOY	ISMAEL URREGO	DIEGO BENITEZ

Para constancia de l anterior se firma a los 28 días del mes de abril del 2025por los miembros.

NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
ANNIE BULLA	1022999139	JEFE DE BRIGADA	
LUIS POVEDA	80248393	BRIGADISTE DE PRIMEROS AUXILIOS	
NELSON GODOY	1007719116	BRIGADISTA CONTRA INCENDIO	
ISMAEL URREGO	255850	BRIGADISTA DE EVACUACION	
DIEGO BENITEZ	1007296627	BRIGADISTA DE COMUNICACIÓN	

Powered by CamScanner

ANEXO 8

CAPACITACIONES Y CHARLAS DE SEGURIDAD

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES Y REUNIONES	BOGOTÁ
Contrato de Obra No. 1726 de 2024		Anexo 19.1 Versión 0.0 Febrero-2025

FECHA: 28-	28-04-2025	LUGAR:	Santa Rosa
TEMA:	importancia de utilizar los elementos de Protección Personal.		
NOMBRE DEL RESPONSABLE:	Fabio Merck Ramirez	CC	79694029

Nº	NOMBRE Y APELLIDO	Nº DOCUMENTO IDENTIDAD	CARGO	FIRMA
1	Eduardo Herrera	1128187783	Ayudante	Eduardo Herrera
2	Angel yamilson Perea M.	1076838669	Ayudante	Angel P.
3	Francisco Javier V. V	9833124	OFICIOD	
4	Maicol Diaz	1027367472	Ayudante	Maicol Diaz
5	Ismael Ortego	25585 50	Boal	Ismael
6	Diego Benitez	1007296677	Boal	
7	Willinton Cuello	80-245-875	Oficial	Willinton C.
8	Ayley Bolivar O	1.045.862	Operador	
9	Luis Poleca Ramirez	82U893	Boal	
10	Francisco Suarez Villa	1037114	Oficial	
11				
12				
13				
14				
15				
16				
	FIRMA RESIDENTE SST			

Powered by CamScanner

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES Y REUNIONES	BOGOTÁ
Contrato de Obra No. 1726 de 2024		Anexo 19.1 Versión 0.0 Febrero-2025

FECHA:	24-04-2025	LUGAR:	Ponto crea
TEMA:	inducción		
NOMBRE DEL RESPONSABLE:	Fabio Herck Ramirez	CC	79694029

Nº	NOMBRE Y APELLIDO	Nº DOCUMENTO IDENTIDAD	CARGO	FIRMA
1	Ismael urrego	255850	obal	Ismael
2	Andres Gutierrez	77741-958		
3	ARLEY BUITRAGO	1.024504862	OPERADOR	
4	Angel Yamilson Perez	1128197283	ayudante	
5	Francisco Javier U.	96531214	Oficial	
6	Maicol Diaz	1023367432	Ayudante	
7	Nelson Andres Godoy	1007719716	Boal	
8	Luis Rueda	80248393	Boal	
9	Diego Fernando B	1007796672	oal	
10	Cesar Moreno	80768cab	Alcantile	
11	Jorme Prado	37	Ayudante	
12	Oscar de arco	2938151	Ayudante	
13	Fullington Garcia	80758875	Oficial	
14	Jesus Berret Dominguez	1107856899	Ayudante	
15	Rafael Bendaza	1051877352	Oficial	
16	Pedro Manuel Villar	92105400	Oficial	
	FIRMA RESIDENTE SST			

Powered by CamScanner

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE Contrato de Obra No. 1726 de 2024	REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES Y REUNIONES	BOGOTÁ Anexo 19.1 Versión 0.0 Febrero-2025

FECHA:		LUGAR:	Punto Creq
TEMA:	Inducción		
NOMBRE DEL RESPONSABLE:	Fabio Mercé Ramirez	CC	79 691 429

N°	NOMBRE Y APELLIDO	N° DOCUMENTO IDENTIDAD	CARGO	FIRMA
1	Delio Cardenas	98644083	Baqueano	Delio Cardenas
2	Maicol Diaz	1023367937	Baqueano	Maicol Diaz
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				

FIRMA RESIDENTE SST

Powered by CamScanner

ANEXO 9

DOCUMENTOS MAQUINARIA

NESTOR RAUL GARZON OTALVARO
INGENIERO CIVIL U.N.
10.256.426-1

Bogotá 22 de abril de 2025

CERTIFICACIÓN DE MAQUINARIA

Yo **NÉSTOR RAÚL GARZÓN OTALVARO** identificado con cedula de ciudadanía No 10.256.426 actuando en calidad de contratista me permito certificar que toda la maquinaria que sea utilizada para el CONSORCIO MAVINP DEL NORTE identificado con Nit 901.903.126-3, estará disponible para el cumplimiento del proyecto cuyo objeto es: ejecutar a precios unitarios y a monto agotable la actualización y/o complementación y/o ajustes a los estudios y diseños, y las obras de construcción y/o conservación del espacio público de la localidad de ciudad Bolivar, priorizados para la vigencia fiscal 2024, de conformidad con los pliegos de condiciones y demás documentos del proceso, después se le realizara la debido mantenimiento preventivo que sea necesario para el buen funcionamiento de la maquinaria.

Agradecemos su atención, dicha certificación se expide a nombre de CONSORCIO MAVINP DEL NORTE

Cordialmente,

NESTOR RAUL GRAZON GARZON
Contratista Obra Civil

FICHA TECNICA DE MINICARGADOR BOBCAT S185



MINICARGADOR BOBCAT SOBRE LLANTA, CON MOTOR KUBOTA DIESEL, CON TRASLACION MECANICA Y CONTROLES DE CORONA, GRADO, PENDIENTE Y TRASLACION DE MATERIAL EN CADENA PARA CARGUE Y MOVIMIENTO DE TIERRAS, CAPACIDAD DE CUCHARA 0,4m3

ESPECIFICACIONES TECNICAS

TIPO DE MOTOR	**DIESEL**
MODELO	**2005 serie 519033523**
POTENCIA NETA	**90KW**
SISTEMA ELECTRICO	**12V**
CAP. TANQUE DE COMBUSTIBLE	**32 GLS**
VELOCIDAD Km/H	**42.7mts/min**
ALTERNADOR	**40Amp**
PESO NETO Kg	**3200 Kg**
LONGITUD	**2,45 Mts**

EQUIPOS CARLOS JULIO GUTIERREZ RODRIGUEZ

MANTENIMIENTO Y PROYECCION	FORMATO HOJA DE VIDA DE MAQUINARIA / EQUIPO	COD: SST-FO-039 VER: 2 REV: 0 PAG: 1

RESPONSABLE ; JULIAN CAMILO GUTIERREZ		**CARGO ; JEFE OPERATIVO**				**DD**	**MM**	**AA**
OBRA: GENERAL		**FECHA DE ELABORACIÓN E IMPLEMENTACION:**				**01**	**01**	**2020**
MAQUINARIA / EQUIPO	MINI CARGADOR		**MARCA**	BOBCAT				
MODELO	2005		**REFERENCIA**	S185				
N° SERIE O MANIFIESTO	519033523		**N° INTERNO**	019				
FECHA DE COMPRA	N/A	**N°TARJETA DE REGISTRO**		N/A	MANIFIESTO	**si**		
ACCESORIOS DEL EQUIPO	LLANTAS NEUMATICAS Y VALDE							
OBSERVACIONES SOBRE SU ESTADO	EQUIPO SIN NINGUNA OBSERVACION							
FRECUENCIA DEL MANTENIMIENTO O CALIBRACION: CADA 250 HORAS								
NOTA: Cuando se efectué mantenimiento preventivo o correctivo, es obligatorio realizar las actividades de : limpieza - Lubricación - Ajuste						**VERIFICADO**		

FECHA	TIPO DE MANTENIMIENTO	HOROMETRO	TIPO DE MANTENIMIENTO			QUIEN REALIZA LA LABOR	OBSERVACIONES
			PREV	CORR	MES		
08/06/2022	MANTENIMIENTO	N/A	X		JUNIO	ORLANDO CETINA	MANTENIMIENTO GENERAL, ENGRASE
15/10/2022	MANTENIMIENTO	N/A	X		OCTUBRE	ORLANDO CETINA	CAMBION DE ACEITE Y FILTROS
18/02/2023	MANTENIMIENTO	N/A	X		FEBRERO	ORLANDO CETINA	CAMBIO DE ACEITE HIDRAULICO
18/05/2023	MANTENIMIENTO	N/A	X		MAYO	ORLANDO CETINA	MANTENIMIENTO GENERAL

JOSE MANUEL SALAMANCA OLIS Ingeniero mecánico TP CN23030761	APROVADO POR **COORDINADOR SST**	REVISADO POR **GERENTE GENERAL**

Fecha aproximada de próximos mantenimientos

- 2023-20-09 Cambio de aceite y filtros de motor. Cambio de filtros hidráulicos. Cambio de filtro de aire
- 2023-15-12 Cambio de aceite y filtros de motor. Cambio de aceite de motores de traslación
- 2024-12-02 Cambio de aceite y filtros de motor. Revisión eléctrica

GADORES Y TRACTORES DE COLOMBIA LIMITADA

AgroBobcat
NIT. 900.359.896-9

Kubota Bobcat. Perkins John Deere

Transversal 32C 19C-17
Cels. 3143462463 * 304 580 1260
juliopulidodominguez@hotmail.com * www.agrobobcat.com.co

REPORTE DE SERVICIO.
Nº 2266

CLIENTE Carlos Gutierrez Y/O Julian Gutierrez FECHA 19-03-2025
Encargado Sergio Delgado Telefono
Direccion Talles Agrobobcat. Ciudad Bogota.
Marca Bobcat Modelo S 185 No.Serie A3L938073 Horometro 2736.4
Código Técnico Cartrac Ltda Julio Pulido DIA Llegada DIA Salida

Todo primer diagnostico realizado a las maquinas para reparación están sujetos a cambios después de ser probadas, y a su vez toda máquina reparada debe estar aprobada por el cliente a satisfacción, si la maquina es retirada por decisión del cliente sin el aval del técnico pierde automáticamente la garantía por parte de la compañía Cartrac Ltda.

MOTIVO SERVICIO

Entrega Minicargador Bobcat S185 Modelo 2010.

DESCRIPCIÓN ACTIVIDADES REALIZADAS

Se hace entrega Maquina Bobcat S185 Segun evidencia fotos y videos en perfecto estado. Se entrega con Mantenimiento de 250 Horas y 1000 Horas con filtros Nuevos

REPUESTOS UTILIZADOS

CALIDAD	DESCRIPCION	CALIDAD	DESCRIPCION
4	llantas Nuevas		
1	Tarro Auxiliar Refrigerante Nuevo.		
3	Acoples Palanca Auxiliares Nuevos.		
1	Cuchilla Nueva.		
1	Sensor de PTO Nuevo		
1	Sensor de bist Nuevo		
1	stops delanteros Nuevos		
1	stops traseros Nuevos		
1	Pintura Generas		
1	vidrio Trasero Nuevo.		
4	Empaquetaduras Nuevas		
1	Alternador Nuevo.		

EL CLIENTE RECIBE EL SERVICIO A SATISFACIO

NOMBRE CLIENTE Julian Camilo Gutierrez FIRMA CLIENTE



CARTRAC LTDA

MAQUINARIA Y REPUESTOS ORIGINALES

ASESORIA Y SERVICIO TECNICO



Bobcat Perkins Kubota AgroBobcat

CERTIFICACIÓN DE MANTENIMIENTO

En mi condición de Jefe de Taller de la compañía CARGADORES Y TRACTORES DE COLOMBIA LIMITADA – CARTRAC con NIT. 900.359.896-9, hago constar que, de acuerdo a las especificaciones Técnicas dadas por el Fabricante, al MINICARGADOR BOBCAT S185, serie No. A3L938073, el dia 19 de Marzo de 2025 a las 2736.4 horas se le realizó las siguientes actividades mediante la orden de servicios No. 2266

- Revision y ajuste General
- Mantenimiento General de 1000 horas
  Cambio Filtro de Aceite
  Cambio Filtro de combustible
  Cambio Filtro de aire interno y externo
  Cambio Filtro enfriador
  Cambio Filtro Hidraulico
  Cambio Filtros hidrostaticos
  Cambio Aceite de cadenas
  Cambio Aceite sistema hidraulico Delo 400 XLE SB CK 4 /SN SAE15W40
  Cambio Aceite de motor Delo 400 XLE SB CK 4 /SN SAE15W40

Propiedad del señor
CARLOS JULIO GUTIERREZ RODRIGUEZ
CC. No. 11.253.207 de4 Bogota

Siendo su proximo mantenimiento preventivo a las 2.986.4 horas (Mantenimiento preventivo de 500 horas). En la última intervención hecha al equipo, se hizo una revisión de todos los sistemas; en consecuencia de lo anterior, Certificamos que la maquina se encuentra en optimas condiciones para desempeñarse de manera segura y eficiente.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, en la ciudad de Bogotá D.C., a los treinta y un (31) días del mes de Marzo de 2025. Esta certificacion tiene validez hasta el registro de las 2986.3 horas.

Cordialmente,

CARTRAC LTDA
Nit. 900.359.896-9

JULIO R. PULIDO D
Jefe de Taller
Cartrac Ltda

ENTREGAS A DOMICILIOS DENTRO DE LA CIUDAD Y SUS ALREDEDORES.
DESPACHOS A TODO EL TERRITORIO NACIONAL.

Pedales	Joystick seleccionable (SJC)	Mandos manuales

Bobcat

PRONTUARIO DEL OPERADOR

Este Prontuario está destinado a las cargadoras compactas Bobcat que cuentan con el Sistema Bobcat de bloqueo interfuncional (BICS™)
Modelos S150, S160, S175, S185, S220, S250 y S300

⚠ ADVERTENCIA

EVITE ACCIDENTES GRAVES O MORTALES

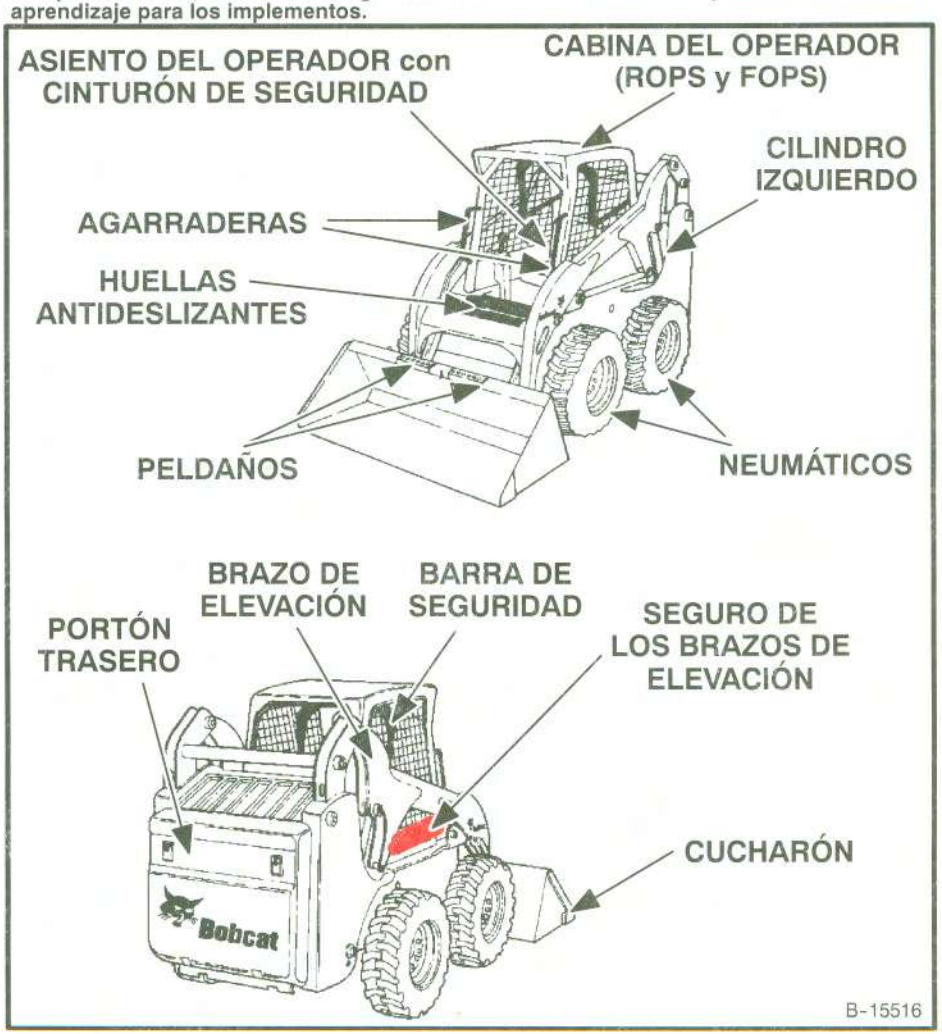
- Nunca use la cargadora sin instrucciones. Lea las pegatinas de la cargadora, el Manual de Utilización y Mantenimiento, y este Prontuario.
- Abróchese siempre el cinturón de seguridad y baje la barra de seguridad antes de utilizar la cargadora. Mantenga los pies sobre los pedales o reposapiés, y las manos en las palancas de dirección.
- Nunca utilice la cargadora sin la cabina del operador que cuenta con la aprobación ROPS y FOPS.
- Lleve siempre el cucharón o el implemento lo más bajo posible.
- No se desplace ni gire con los brazos de elevación levantados. Mire hacia la dirección de desplazamiento.
- Cargue, descargue y gire sobre terreno llano horizontal.
- No sobrepase la capacidad nominal estipulada.
- Antes de abandonar el asiento del operador:
  Baje los brazos de elevación.
  Sitúe el implemento totalmente sobre el suelo.
  Pare el motor. Quite la llave (si dispone de ella).
  Ponga el freno de estacionamiento.
  Levante la barra de seguridad.
  (Pedales) Mueva los pedales hasta que ambos queden bloqueados.
  (Sistema de Control Avanzado [ACS] o el joystick seleccionable [SJC]) Ponga los mandos hidráulicos en punto muerto.
- Nunca modifique la cargadora ni añada implementos no aprobados por Bobcat.
- Nunca lleve pasajeros. Mantenga a las personas alejadas del área de trabajo.

An IR Ingersoll-Rand business

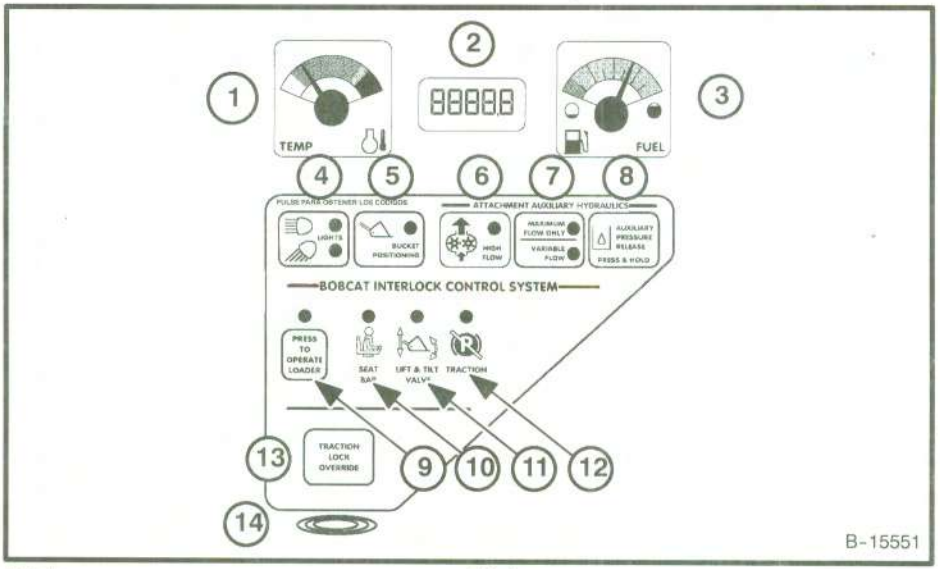
6902600-ES (10-03) Impreso en Europa
© IR Bobcat Europe 2003

Obtenga información sobre la cargadora en este Prontuario, el Manual de Utilización y Mantenimiento y las pegatinas. Consulte el Manual de Utilización y Mantenimiento si desea dibujos más detallados de cada modelo de cargadora. Los dibujos que se muestran a continuación son generalizados y se aplican a varios modelos. Cambie las pegatinas dañadas o reponga las que falten, como se indica en el Manual de Utilización y Mantenimiento.

Consulte al distribuidor sobre los equipos que se necesitan en aplicaciones específicas. Remítase al Manual de Operación y Mantenimiento, y al distribuidor, si desea información sobre los cucharones e implementos para la capacidad nominal de la cargadora. Para trabajos especiales, consulte a su distribuidor sobre los equipos necesarios aprobados; por ejemplo, elementos de protección, elementos de advertencia o luces especiales. En el distribuidor también puede obtener Cursillos para la utilización de la cargadora compacta Bobcat, Cursillos de Seguridad durante el Mantenimiento y otros materiales de aprendizaje para los implementos.



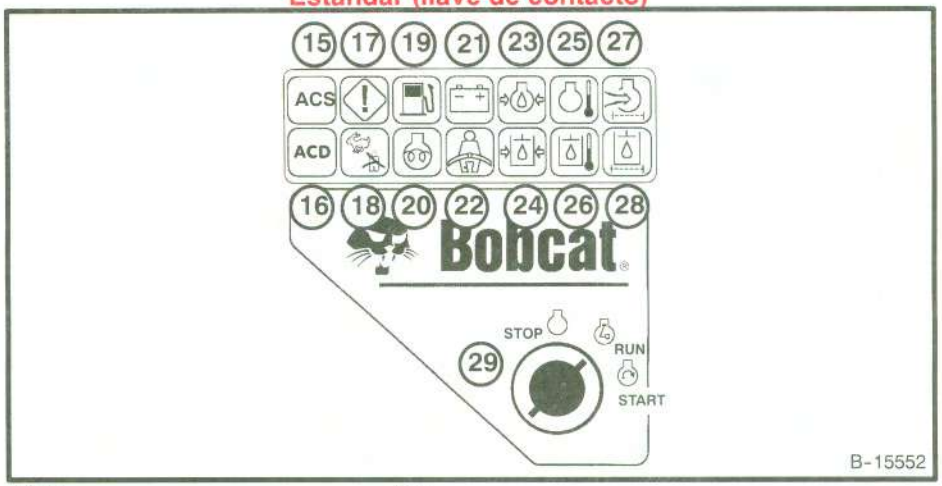
TABLERO DE INSTRUMENTOS - Tablero izquierdo - Estándar y Deluxe



Nº de Ref.	Función	Nº de Ref.	Función
1.	INDICADOR DE TEMPERATURA	8.	DESCARGA DE PRESIÓN DE LA HIDRÁULICA AUXILIAR
2.	CUENTAHORAS / PANTALLA DE CÓDIGOS / CUENTA ATRÁS DE LAS BUJÍAS INCANDESCENTES	9.	BOTÓN PRESS TO OPERATE LOADER (PULSAR PARA ACTIVAR LA CARGADORA)
3.	INDICADOR DE COMBUSTIBLE	10.	BARRA DE SEGURIDAD
4.	LUCES / PULSE PARA OBTENER LOS CÓDIGOS	11.	VÁLVULA DE ELEVACIÓN E INCLINACIÓN
5.	AUTONIVELACIÓN DEL CUCHARÓN (Opcional)	12.	TRACCIÓN
6.	ALTO CAUDAL (Opcional sólo en algunos modelos)	13.	ANULACIÓN DEL BLOQUEO DE TRACCIÓN
7.	CAUDAL MÁXIMO / CAUDAL VARIABLE	14.	ALARMA

Consulte el *Manual de Utilización y Mantenimiento* si desea más información.

TABLERO DE INSTRUMENTOS - Tablero derecho - Estándar (llave de contacto)

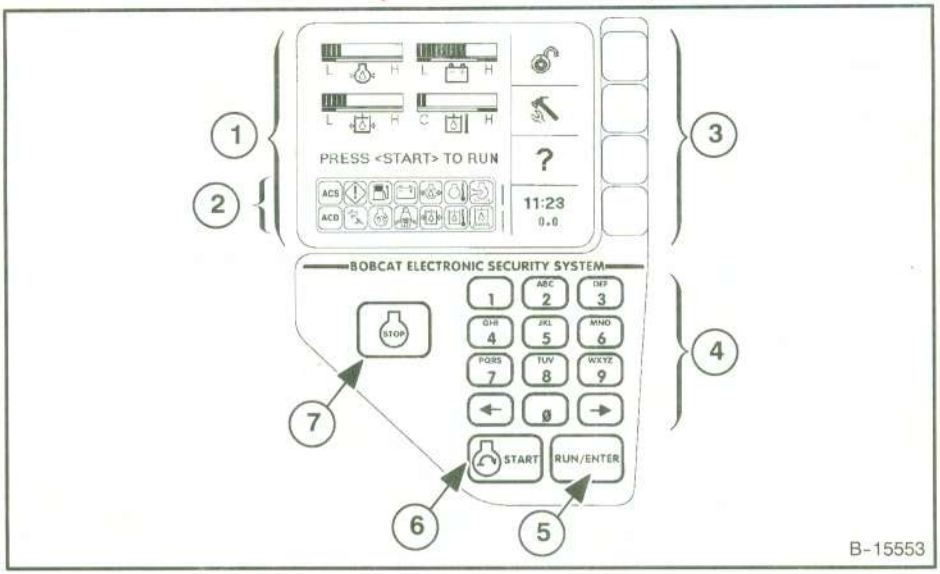


Nº de Ref.	Función	Opc. o est.	Luz	Alarma	Condición♦
15.	Sistema de control avanzado ..	Opc.	ON	3 pitidos	Error
16.	Módulo de identificación de implementos	Est.	ON	- - -	- - -
		Est.	INTERMITENTE	3 pitidos	Error
17.	Aviso general	Est.	ON	3 pitidos	
		Est.	ON	3 pitidos	ADVERTENCIA
		Est.	INTERMITENTE	Continua	**PARADA
18.	Velocidad alta	Opc.	ON	- - -	Velocidad alta activada
		Opc.	ON		
				3 pitidos	Error
19.	Nivel de carburante	Est.	ON	3 pitidos	Error
		Est.	INTERMITENTE	3 pitidos	ADVERTENCIA
20.	Bujías incandescentes	Est.	ON	- - -	- - -
		Est.	INTERMITENTE	3 pitidos	Error
21.	Tensión del sistema	Est.	ON	3 pitidos	ADVERTENCIA
22.	Cinturón de seguridad	Est.	ON	- - -	- - -
23.	Presión del aceite del motor ..	Est.	ON	3 pitidos	Error
		Est.	ON	3 pitidos	ADVERTENCIA
		Est.	INTERMITENTE	Continua	**PARADA
24.	Presión hidrost. de cebado ...	Est.	ON	3 pitidos	Error
		Est.	ON	3 pitidos	ADVERTENCIA
		Est.	INTERMITENTE	Continua	**PARADA
25.	Temp. del refrigerante del motor	Est.	ON	3 pitidos	Error
		Est.	ON	3 pitidos	ADVERTENCIA
		Est.	INTERMITENTE	Continua	**PARADA
26.	Temp. del aceite hidráulico	Est.	ON	3 pitidos	Error
		Est.	ON	3 pitidos	ADVERTENCIA
		Est.	INTERMITENTE	Continua	**PARADA
27.	Filtro de aire del motor	Est.	ON	3 pitidos	Error
		Est.	INTERMITENTE	3 pitidos	ADVERTENCIA
28.	Filtro hidráulico	Est.	ON	3 pitidos	Error
		Est.	INTERMITENTE	3 pitidos	ADVERTENCIA
29.	Llave de contacto	- - -	- - -	- - -	- - -

** PARADA - El motor se parará en 10 segundos. (Se puede volver a arrancar el motor para mover o reubicar la cargadora.)

♦ Consulte el Manual de Utilización y Mantenimiento si desea más información

TABLERO DE INSTRUMENTOS - Tablero derecho - Deluxe (encendido sin llaves)



Ref.	Función	Ref.	Función
1.	Tablero de instrumentos	4.	Teclado numérico
2.	Símbolos de las funciones - Igual que el Tablero est.	5.	Botón Run / Enter
3.	Botones de selección de símbolos	6.	Botón Start
		7.	Botón Stop

NOTA: Las cargadoras con *Tablero de instrumentos Deluxe* incorporan una Contraseña Maestra permanente que se genera aleatoriamente en fábrica. Su cargadora llevará asignada una contraseña del propietario. (Consulte el *Manual de Utilización y Mantenimiento* si desea más información.)

TABLERO DE INSTRUMENTOS (CONT.)
(Accesorio opcional o montado por el distribuidor)

1. Enchufe eléctrico (Para accesorios de 12 V).
2. NO UTILIZADO
3. Limpiaparabrisas/Rociador delantero - Pulse la parte superior para ENCENDERLOS; pulse y mantenga pulsado para accionar el rociador; pulse la parte inferior para APAGARLOS.
4. Limpiaparabrisas/Rociador trasero - Pulse la parte inferior para ENCENDERLOS; pulse la parte superior para ENCENDERLOS con líquido de lavado.



5. NO UTILIZADO
6. NO UTILIZADO



7a. Sistema de control avanzado (ACS) (Seleccione pedales o mandos manuales) - Pulse la parte superior para seleccionar los mandos manuales y la parte inferior para seleccionar los pedales.

7b. Joystick seleccionable (SJC) Pulse la parte superior para seleccionar la modalidad de control 'H' y la parte inferior para seleccionar la modalidad 'ISO'.

8. NO UTILIZADO

9. Bob-tach hidráulico (sólo en algunos modelos) - Pulse la flecha ARRIBA para desactivarlo y la flecha ABAJO para activarlo.

10. Freno de estacionamiento - Pulse la parte superior para activarlo y la parte inferior para desactivarlo.

11. Indicadores de giro - Indican que las luces de giro a la izquierda o a la derecha están ENCENDIDAS.

12. Luces de peligro - Pulse la parte superior (o izquierda) para ENCENDERLAS y la parte inferior (o derecha) para APAGARLAS.

13. Luces rotativas de posición - Pulse la parte superior (o izquierda) para ENCENDERLAS y la parte inferior (o derecha) para APAGARLAS.

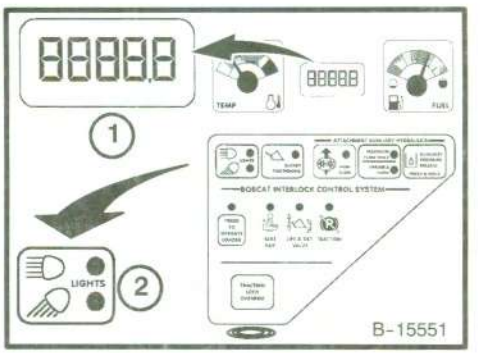
CÓDIGOS DE MANTENIMIENTO DEL TABLERO DE INSTRUMENTOS DELUXE

La pantalla del cuentahoras (1) del tablero de instrumentos izquierdo cambiará de horas de motor a CÓDIGOS DE MANTENIMIENTO. Pulse y mantenga pulsado el botón LIGHTS (LUCES) (2) del tablero de instrumentos izquierdo durante dos segundos para ver los CÓDIGOS DE MANTENIMIENTO en la pantalla del cuentahoras. Si aparece más de un CÓDIGO DE MANTENIMIENTO, los códigos se intercalarán en el cuentahoras.

La lista que aparece a continuación contiene los CÓDIGOS DE MANTENIMIENTO. Los CÓDIGOS ayudan a analizar las funciones vigiladas de su cargadora Bobcat. Algunos procedimientos de mantenimiento pueden ser realizados ÚNICAMENTE por PERSONAL TÉCNICO BOBCAT AUTORIZADO.

Pueden aparecer también las siguientes palabras de error:

- **RESPUESTA** Uno o ambos tableros de instrumentos no se comunican con el controlador.
- **ENTRADA** El controlador no se comunica con el tablero de instrumentos izquierdo.
- **CÓDIGO** El controlador pide una contraseña. (Sólo tablero Deluxe)
- **ERROR** Se introdujo una contraseña errónea. (Sólo tablero Deluxe)



CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
01-16	Filtro de aire no conectado	06-13	Régimen del motor sin señal
01-17	Filtro de aire obturado	06-15	Régimen del motor en parada
02-16	Filtro hidráulico de cebado no conectado	06-18	Régimen del motor fuera de límites
		07-10	Alta temperatura del aceite hidráulico
02-17	Filtro hidráulico de cebado obturado	07-11	Temperatura del aceite hidráulico extremadamente alta
03-09	Baja tensión de la batería		
03-10	Alta tensión de la batería	07-15	Temperatura del aceite hidráulico en parada
03-11	Tensión de la batería extremadamente alta		
03-14	Tensión de la batería extremadamente baja	07-21	Temperatura del aceite hidráulico fuera de límites por arriba
03-22	Tensión de la batería fuera de límites por debajo	07-22	Temperatura del aceite hidráulico fuera de límites por debajo
04-09	Baja presión de aceite del motor		
04-14	Presión de aceite del motor extremadamente baja		
04-15	Presión de aceite del motor en parada	08-10	Alta temperatura del refrigerante del motor
04-21	Presión de aceite del motor fuera de límites por arriba	08-11	Temperatura del refrigerante del motor extremadamente alta
04-22	Presión de aceite del motor fuera de límites por debajo	08-15	Temperatura del refrigerante del motor en parada
05-09	Baja presión hidráulica de cebado	08-21	Temperatura del refrigerante del motor fuera de límites por arriba
05-14	Presión hidráulica de cebado extremadamente baja	08-22	Temperatura del refrigerante del motor fuera de límites por debajo
05-15	Presión hidráulica de cebado en parada	09-09	Bajo nivel de carburante
		09-21	Nivel de carburante fuera de límites por arriba
05-21	Presión hidráulica de cebado fuera de límites por arriba	09-22	Nivel de carburante fuera de límites por debajo
05-22	Presión hidráulica de cebado fuera de límites por debajo	11-05	Sensor de la barra de seguridad corto a la batería
06-10	Alto régimen del motor	11-06	Sensor de la barra de seguridad corto a tierra
06-11	Régimen del motor extremadamente alto	12-21	Conmutador PWM de la hidráulica auxiliar delantera fuera de límites por arriba

CÓDIGOS DE MANTENIMIENTO DEL TABLERO DE INSTRUMENTOS DELUXE (CONT.)

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
12-22	Conmutador PWM de la hidráulica auxiliar delantera fuera de límites por debajo
12-23	Conmutador PWM de la hidráulica auxiliar delantera no calibrado
13-05	Electroválvula de mantenimiento del cierre de carburante corto a la batería
13-06	Electroválvula de mantenimiento del cierre de carburante corto a tierra
13-07	Electroválvula de mantenimiento del cierre de carburante en circuito abierto (sin tierra)
14-02	Electroválvula de arrastre del cierre de carburante error: ON
14-03	Electroválvula de arrastre del cierre de carburante error: OFF
15-02	Electroválvula de arrastre del bloqueo de tracción error: ON
15-03	Electroválvula de arrastre del bloqueo de tracción error: OFF
16-05	Electroválvula de mantenimiento del bloqueo de tracción corto a la batería
16-06	Electroválvula de mantenimiento del bloqueo de tracción corto a tierra
16-07	Electroválvula de mantenimiento del bloqueo de tracción en circuito abierto (sin tierra)
17-05	Electroválvula de bloqueo hidráulico corto a la batería
17-06	Electroválvula de bloqueo hidráulico corto a tierra
17-07	Electroválvula de bloqueo hidráulico en circuito abierto (sin tierra)
18-05	Electroválvula de bloqueo del carrete corto a la batería
18-06	Electroválvula de bloqueo del carrete corto a tierra
18-07	Electroválvula de bloqueo del carrete en circuito abierto (sin tierra)
19-02	Electroválvula de autonivelación del cucharón error: ON
19-03	Electroválvula de autonivelación del cucharón error: OFF
20-02	Electroválvula de dos velocidades error: ON
20-03	Electroválvula de dos velocidades error: OFF
21-02	Bujías incandescentes error: ON
21-03	Bujías incandescentes error: OFF
22-02	Motor de arranque error: ON
22-03	Motor de arranque error: OFF
23-02	Electroválvula para el acoplador hembra trasero error: ON
23-03	Electroválvula para el acoplador hembra trasero error: OFF
24-02	Electroválvula para el acoplador macho trasero error: ON
24-03	Electroválvula para el acoplador macho trasero error: OFF
25-02	Electroválvula de descarga del auxiliar trasero error: ON
25-03	Electroválvula de descarga del auxiliar trasero error: OFF
26-02	Electroválvula para el acoplador hembra delantero error: ON
26-03	Electroválvula para el acoplador hembra delantero error: OFF
27-02	Electroválvula para el acoplador macho delantero error: ON
27-03	Electroválvula para el acoplador macho delantero error: OFF
28-02	Electroválvula de desvío error: ON
28-03	Electroválvula de desvío error: OFF
29-02	Electroválvula de los auxiliares de alto caudal error: ON
29-03	Electroválvula de los auxiliares de alto caudal error: OFF
30-28	Fallo de la memoria del controlador
31-28	Fallo de suministro de energía interrumpido (interno)
32-04	El Sistema de control avanzado (ACS) no se comunica con el controlador Bobcat
32-23	No calibrado
32-31	Fallo del impulsor de inclinación
32-32	Fallo del impulsor de inclinación fallo en el cableado
32-33	Fallo de la palanca de inclinación fallo en el cableado
32-34	Impulsor de inclinación no calibrado
32-35	Palanca/pedales de inclinación no calibrados
32-36	Fallo del impulsor de elevación
32-37	Fallo del impulsor de elevación fallo en el cableado
32-38	Fallo de la palanca de elevación fallo en el cableado
32-39	El impulsor de elevación no está en punto muerto
32-40	La palanca/el pedal de elevación no está en punto muerto
32-41	Frecuencia no válida
32-49	Impulsor de elevación corto a tierra
32-50	Impulsor de inclinación corto a tierra
32-51	Impulsor de elevación corto a la batería
32-52	Impulsor de inclinación corto a la batería
32-53	Palanca/pedal de elevación corto a tierra
32-54	Palanca/pedal de inclinación corto a tierra
32-55	Palanca/pedal de elevación corto a la batería
32-56	Palanca/pedal de inclinación corto a la batería
32-57	Rendimiento reducido del impulsor de elevación
32-58	Rendimiento reducido del impulsor de inclinación
32-59	Dirección incorrecta del impulsor de elevación
32-60	Dirección incorrecta del impulsor de inclinación
32-61	Bloqueo de la palanca corto a tierra
32-62	Bloqueo de la palanca corto a la batería
32-63	Bloqueo del pedal corto a tierra
32-64	Bloqueo del pedal corto a la batería
32-65	Tensión de suministro del sensor fuera de límites
32-66	Batería fuera de límites
32-67	El interruptor se movió durante la utilización
32-68	Palanca de elevación error CAN
32-69	El interruptor del patrón de mandos se movió durante la utilización
32-70	Patrón Y de la palanca derecha corto a tierra
32-71	Patrón Y de la palanca derecha corto a la batería
33-23	Principal (Controlador Bobcat no programado)

error: ON - el sistema detecta ON cuando debería ser OFF
error: OFF - el sistema detecta OFF cuando debería ser ON

6902600

CÓDIGOS DE MANTENIMIENTO DEL TABLERO DE INSTRUMENTOS DELUXE (CONT.)

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
34-04	El tablero Deluxe no se comunica con el controlador Bobcat	38-38	Suministro del sensor de 5 V 2 fuera de límites por debajo
35-02	Ventilador de dos velocidades error: ON	38-39	Impulsor de elevación corto a tierra
35-03	Ventilador de dos velocidades error: OFF	38-40	Impulsor de inclinación corto a tierra
36-48	Presencia de controladores múltiples en el módulo de identificación de implementos (ACD)	38-41	Dirección incorrecta del impulsor de inclinación
37-02	Sistema secundario de dos velocidades error: ON	38-42	Dirección incorrecta del impulsor de elevación
37-03	Sistema secundario de dos velocidades error: OFF	38-43	Electroválvula de avance izquierdo error: ON
38-04	Error en el controlador	38-44	Electroválvula de marcha atrás izquierda error: ON
38-05	Joystick izquierdo, eje X no calibrado	38-45	Electroválvula de avance derecho error: ON
38-06	Joystick derecho, eje X no calibrado		
38-07	Joystick izquierdo, eje Y no calibrado		
38-08	Joystick derecho, eje Y no calibrado	38-46	Electroválvula de marcha atrás derecha error: ON
38-09	Interruptor del patrón de mandos corto a la batería o a tierra	38-47	Electroválvula de la dirección derecha delantera error: ON
38-11	Impulsor de elevación no calibrado	38-48	Electroválvula de la dirección izquierda delantera error: ON
38-12	Impulsor de inclinación no calibrado		
38-13	Fallo del cableado del impulsor de elevación		
38-14	Fallo del cableado del impulsor de inclinación	38-49	Electroválvula de la dirección derecha trasera error: ON
38-15	Fallo del cableado de la velocidad de las ruedas derechas	38-50	Electroválvula de la dirección izquierda trasera error: ON
38-16	Fallo del cableado de la velocidad de las ruedas izquierdas		
38-17	Rendimiento reducido del impulsor de inclinación		
38-18	Rendimiento reducido del impulsor de elevación	38-51	Electroválvula de presión de la dirección error: ON
38-19	Joystick izquierdo, eje X fuera de límite por arriba	38-52	Alarma de marcha atrás error: ON
38-20	Joystick derecho, eje X fuera de límite por arriba	38-53	Electroválvula de avance izquierdo error: OFF
38-21	Joystick izquierdo, eje Y fuera de límite por arriba	38-54	Electroválvula de marcha atrás izquierda error: OFF
38-22	Joystick derecho, eje Y fuera de límite por arriba	38-55	Electroválvula de avance derecho error: OFF
38-23	Sensor de la dirección derecha delantera fuera de límites por arriba	38-56	Electroválvula de marcha atrás derecha error: OFF
38-24	Sensor de la dirección izquierda delantera fuera de límites por arriba	38-57	Electroválvula de la dirección de extensión derecha delantera error: OFF
38-25	Sensor de la dirección derecha trasera fuera de límites por arriba	38-58	Electroválvula de la dirección de retracción derecha delantera error: OFF
38-26	Sensor de la dirección izquierda trasera fuera de límites por arriba	38-59	Electroválvula de la dirección de extensión izquierda delantera error: OFF
38-27	Impulsor de elevación corto a la batería	38-60	Electroválvula de la dirección de retracción izquierda delantera error: OFF
38-28	Impulsor de inclinación corto a la batería	38-61	Electroválvula de la dirección de extensión derecha trasera error: OFF
38-29	Joystick izquierdo, eje X fuera de límite por debajo	38-62	Electroválvula de la dirección de retracción derecha trasera error: OFF
38-30	Joystick derecho, eje X fuera de límite por debajo		
38-31	Joystick izquierdo, eje Y fuera de límite por debajo		
38-32	Joystick derecho, eje Y fuera de límite por debajo		
38-33	Sensor de la dirección derecha delantera fuera de límites por debajo	38-63	Electroválvula de la dirección de extensión izquierda trasera error: OFF
38-34	Sensor de la dirección izquierda delantera fuera de límites por debajo	38-64	Electroválvula de la dirección de retracción izquierda trasera error: OFF
38-35	Sensor de la dirección derecha trasera fuera de límites por debajo	38-65	Electroválvula de presión de la dirección error: OFF
38-36	Sensor de la dirección izquierda trasera fuera de límites por debajo	38-66	Alarma de marcha atrás error: OFF
38-37	Suministro del sensor de 5 V 1 fuera de límites por debajo	38-67	Comunicación CAN intervalo excedido
		38-68	Orientación de las ruedas (alineación) no calibrada

error: ON - el sistema detecta ON cuando debería ser OFF
error: OFF - el sistema detecta OFF cuando debería ser ON

CÓDIGOS DE MANTENIMIENTO DEL TABLERO DE INSTRUMENTOS DELUXE (CONT.)

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
38-69	Fallo de la calibración de los impulsores de elevación e inclinación	40-04	El conmutador del joystick derecho no se comunica con el controlador Bobcat
38-70	Modalidad de recuperación	44-02	Bocina error: ON
38-71	Batería fuera de límites		
38-72	Bomba de transmisión no calibrada		
38-73	El interruptor del modo de dirección / modo de desplazamiento se movió durante la utilización	44-03	Bocina error: OFF
		45-02	Luz intermitente derecha error: ON
		45-03	Luz intermitente derecha error: OFF
38-74	Velocidad de las ruedas derechas sin comando error: ON	46-02	Luz intermitente izquierda error: ON
38-75	Velocidad de las ruedas izquierdas sin comando error: ON	46-03	Luz intermitente izquierda error: OFF
		47-21	Suministro del sensor de 8 V fuera de límites por arriba
38-76	Electroválvula de presión de la dirección corriente insuficiente	47-22	Suministro del sensor de 8 V fuera de límites por debajo
38-77	Electroválvula de la dirección de extensión derecha delantera corriente insuficiente	48-02	Relé de la luz delantera error: ON
		48-03	Relé de la luz delantera error: OFF
38-78	Electroválvula de la dirección de retracción derecha delantera corriente insuficiente	49-02	Relé de la luz trasera error: ON
38-79	Electroválvula de la dirección de extensión izquierda delantera corriente insuficiente	49-03	Relé de la luz trasera error: OFF
		60-21	Mando de la hidráulica auxiliar trasera fuera de límites por arriba
38-80	Electroválvula de la dirección de retracción izquierda delantera corriente insuficiente	60-22	Mando de la hidráulica auxiliar trasera fuera de límites por debajo
		60-23	El mando de la hidráulica auxiliar trasera no vuelve a punto muerto
38-81	Electroválvula de la dirección de extensión derecha trasera corriente insuficiente	64-02	Relé de alimentación conmutada error: ON
		64-03	Relé de alimentación conmutada error: OFF
38-82	Electroválvula de la dirección de retracción derecha trasera corriente insuficiente	74-72	Código Bob in boot
		74-73	Sistema del tablero izquierdo error RX
38-83	Electroválvula de la dirección de extensión izquierda trasera corriente insuficiente	80-02	Salida ACD 'A' error: ON
38-84	Electroválvula de la dirección de retracción izquierda trasera corriente insuficiente	80-03	Salida ACD 'A' error: OFF
		81-02	Salida ACD 'B' error: ON
38-85	Suministro del sensor de 5 V 1 fuera de límites por arriba	81-03	Salida ACD 'B' error: OFF
		82-02	Salida ACD 'C' error: ON
38-86	Suministro del sensor de 5 V 2 fuera de límites por arriba	82-03	Salida ACD 'C' error: OFF
		83-02	Salida ACD 'D' error: ON
38-87	Rueda derecha delantera bloqueada (fallo mecánico de la dirección)	83-03	Salida ACD 'D' error: OFF
		84-02	Salida ACD 'E' error: ON
38-88	Rueda izquierda delantera bloqueada (fallo mecánico de la dirección)	84-03	Salida ACD 'E' error: OFF
		85-02	Salida ACD 'F' ON
38-89	Rueda derecha trasera bloqueada (fallo mecánico de la dirección)	85-03	Salida ACD 'F' OFF
		86-02	Salida ACD 'G' ON
38-90	Rueda izquierda trasera bloqueada (fallo mecánico de la dirección)	86-03	Salida ACD 'G' OFF
		87-02	Salida ACD 'H' ON
38-91	Sensor de velocidad derecho sin pulsos	87-03	Salida ACD 'H' OFF
38-92	Sensor de velocidad izquierdo sin pulsos	90-02	Herramienta de servicio salida 'C' error: ON
38-93	Sensor de velocidad derecho sin respuesta	90-03	Herramienta de servicio salida 'C' error: OFF
38-94	Sensor de velocidad izquierdo sin respuesta	91-02	Herramienta de servicio salida 'D' error: ON
38-98	Controlador en modalidad de calibrado de desplazamiento	91-03	Herramienta de servicio salida 'D' error: OFF
38-99	Controlador en modalidad de calibrado de posición de las ruedas	92-02	Herramienta de servicio salida 'E' error: ON
		92-03	Herramienta de servicio salida 'E' error: OFF
39-04	Conmutadores del joystick izquierdo no se comunican con el controlador Bobcat	93-02	Herramienta de servicio salida 'F' error: ON
		93-03	Herramienta de servicio salida 'F' error: OFF

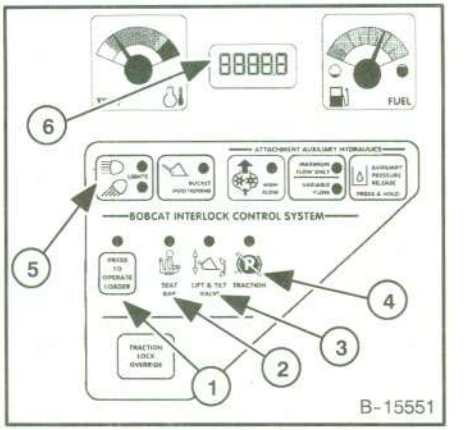
error: ON - el sistema detecta ON cuando debería ser OFF
error: OFF - el sistema detecta OFF cuando debería ser ON

SISTEMA BOBCAT DE BLOQUEO INTERFUNCIONAL (BICS™)

Cuadro de localización de averías

El siguiente cuadro ilustra los efectos que pueden producirse en la cargadora y las posibles causas cuando las luces del Tablero de instrumentos del Sistema BICS™ están APAGADAS. Véase el dibujo de la derecha para ubicar las luces y los símbolos del Sistema BICS™. ÚNICAMENTE PERSONAL TÉCNICO BOBCAT AUTORIZADO puede realizar el mantenimiento.

Pulse y mantenga pulsado durante dos segundos el botón LIGHTS (LUCES) (5) para ver los CÓDIGOS DE MANTENIMIENTO en la pantalla del cuentahoras (6). Si aparece más de un CÓDIGO DE MANTENIMIENTO, los códigos se intercalarán en el cuentahoras.



Luz indicadora	Luz ENCENDIDA	Luz APAGADA	Efectos sobre el funcionamiento cuando la luz esté APAGADA	Nº de luces intermitentes	Códigos de mantenimiento
1 PRESS TO OPERATE LOADER	El botón PRESS TO OPERATE LOADER (pulsar para activar la cargadora) está pulsado.	El botón PRESS TO OPERATE LOADER (pulsar para activar la cargadora) no está pulsado.	Elevación, inclinación y tracción no funcionan.		
2	Barra de seguridad bajada.	Barra de seguridad subida.	Elevación, inclinación y tracción no funcionan.	2 . . . . 3	11-05 11-06
				Luces intermitentes continuas	03-09 03-10
3 BAR LIFT & TILT VALVE	Puede utilizarse el controlador hidráulico.	No puede utilizarse el controlador hidráulico.	Elevación e inclinación no funcionan.	1 . . . . 2 . . . . 3 . . . . 3	17-07 17-05 17-06 17-06
				Luces intermitentes continuas	03-09 03-10
4 TRACTION	La cargadora puede desplazarse hacia adelante y hacia atrás.	La cargadora no puede desplazarse ni hacia adelante ni hacia atrás.	La cargadora no puede desplazarse ni hacia adelante ni hacia atrás.	1 . . . . 2 . . . . 3 . . . . 5 . . . . 6	16-07 16-05 16-06 15-02 15-03
				Luces intermitentes continuas	03-09 03-10

Los códigos de mantenimiento significan que hay un error en el sistema Consulte la sección CÓDIGOS DE MANTENIMIENTO para identificar las causas. (Consultar con el distribuidor para el mantenimiento)

NOTAS: Masas con corrosión o sueltas pueden causar numerosos CÓDIGOS DE MANTENIMIENTO y/o síntomas anómalos. Compruebe las masas y las dos conexiones de batería.

ERROR OFF = corto a tierra o fusible dañado, conexión eléctrica defectuosa, relé (abierto) defectuoso, no pasa tensión desde el relé hasta el controlador.

ERROR ON = corto a la batería, conexión eléctrica defectuosa, relé (cerrado) defectuoso.

* La tensión normal de funcionamiento del BICS es menor que la tensión del sistema eléctrico.

6902600

⚠ ADVERTENCIA

EVITE ACCIDENTES GRAVES O MORTALES

El Sistema Bobcat de bloqueo interfuncional (BICS™) debe desactivar las funciones de elevación, inclinación y tracción. Si no es así, póngase en contacto con su distribuidor para repararlo. NO MODIFIQUE EL SISTEMA.

El Sistema BICS™ requiere que el operador esté sentado en su asiento con la barra de seguridad bajada y el motor ENCENDIDO antes de utilizar la cargadora.

TABLERO DEL SISTEMA BICS™

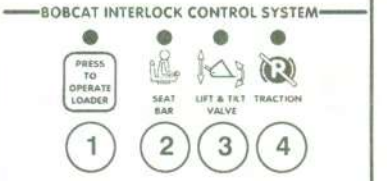
Las cuatro luces del Sistema BICS deben estar ENCENDIDAS para utilizar todas las funciones de la cargadora.

1. ENCENDIDA cuando el operador pulsa el botón PRESS TO OPERATE LOADER (pulsar para activar la cargadora). (Sólo funciona cuando la barra de seguridad está bajada.)
2. ENCENDIDA cuando la barra de seguridad está bajada.
3. ENCENDIDA cuando el circuito hidráulico de elevación e inclinación se puede usar.
4. ENCENDIDA cuando la cargadora puede desplazarse hacia adelante y hacia atrás.

NOTA: Pulse otra vez el botón PRESS TO OPERATE LOADER (pulsar para activar la cargadora) (1) si la barra de seguridad está subida o bajada, o si la llave está en posición OFF *(tablero estándar)* o el botón STOP está pulsado *(tablero Deluxe)*.

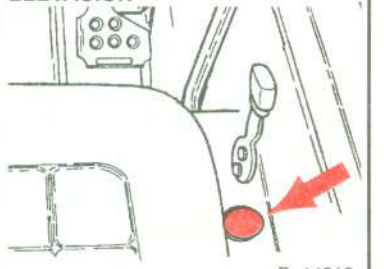
(Modelos con Sistema de control avanzado ACS o joystick seleccionable SJC) - Si el conmutador está activado para cambiar pedales / mandos manuales o modalidad de control H / ISO, pulse de nuevo el botón PRESS TO OPERATE LOADER (pulsar para activar la cargadora) (1).

TABLERO DEL SISTEMA BICS™



B-15551

MANDO DE DERIVACIÓN DEL BLOQUEO DE LOS BRAZOS DE ELEVACIÓN



B-14210

MANDO DE DERIVACIÓN DEL BLOQUEO DE LOS BRAZOS DE ELEVACIÓN

Utilice el mando de derivación del bloqueo de los brazos de elevación para bajar los brazos de elevación cuando no sea posible hacerlo durante el funcionamiento normal. Gire 1/4 de vuelta en el sentido de las agujas del reloj y tire del mando hacia arriba. Los brazos de elevación bajarán lentamente.

⚠ ADVERTENCIA

EVITE ACCIDENTES GRAVES O MORTALES

Antes de abandonar el asiento del operador, baje los brazos de elevación, pare el motor y ponga el freno de estacionamiento. Levante la barra de seguridad y mueva los pedales (si están instalados) hasta que ambos queden bloqueados.

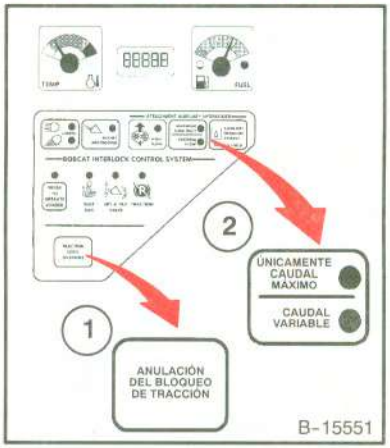
SISTEMA BOBCAT DE BLOQUEO INTERFUNCIONAL (BICS™) (CONT.)

ANULACIÓN DEL BLOQUEO DE TRACCIÓN

(Funciona sólo cuando la barra de seguridad está subida)
Pulse el botón TRACTION LOCK OVERRIDE (anulación del bloqueo de tracción) (1) para utilizar las palancas de dirección para mover la cargadora cuando utilice la retroexcavadora o necesite reparar la cargadora.

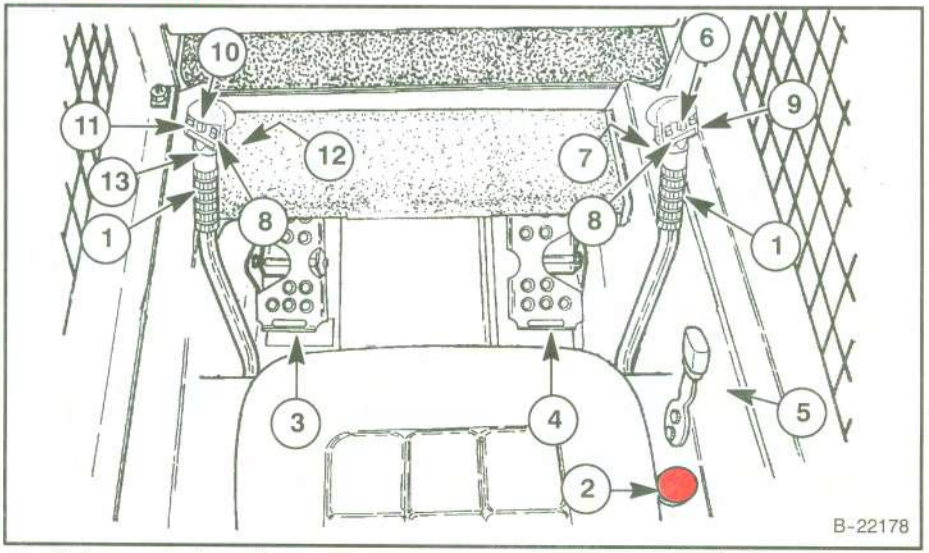
SISTEMA DE LA HIDRÁULICA AUXILIAR

Cuando el operador está sentado y levanta la barra de seguridad, el sistema de la hidráulica auxiliar se desactiva. Pulse el botón CAUDAL MÁXIMO / CAUDAL VARIABLE (2) para volver a seleccionar la modalidad de funcionamiento.



CONOZCA TODOS LOS MANDOS

MANDOS ESTÁNDAR



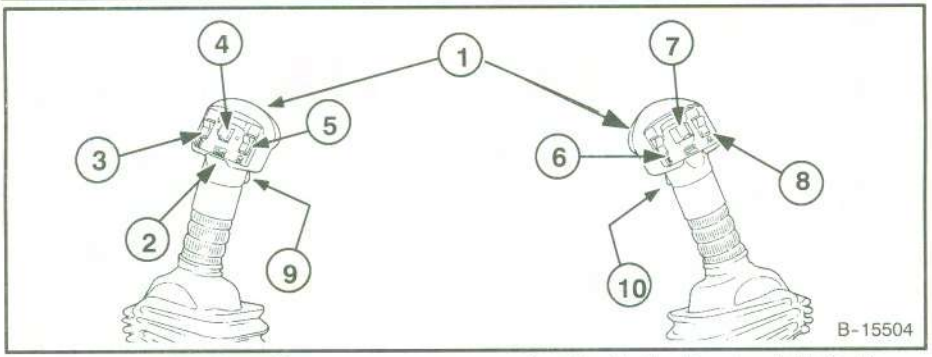
1. Palancas de dirección
2. Mando de derivación del bloqueo de los brazos de elevación
3. Pedal de los brazos de elevación (con posición flotante)
4. Pedal de inclinación
5. Mando de régimen del motor
6. Control de la hidráulica auxiliar para los implementos delanteros (opcional)
7. Control de flujo continuo para la hidráulica auxiliar
8. Control de la hidráulica auxiliar para la válvula del implemento (opcional)
9. Control de dos velocidades (opcional)
10. Control de la hidráulica auxiliar para los implementos traseros (opcional)
11. Luz de giro (opcional)
12. Bocina (opcional)
13. Botón de control de posición flotante

6902600

CONOZCA TODOS LOS MANDOS (CONT.)

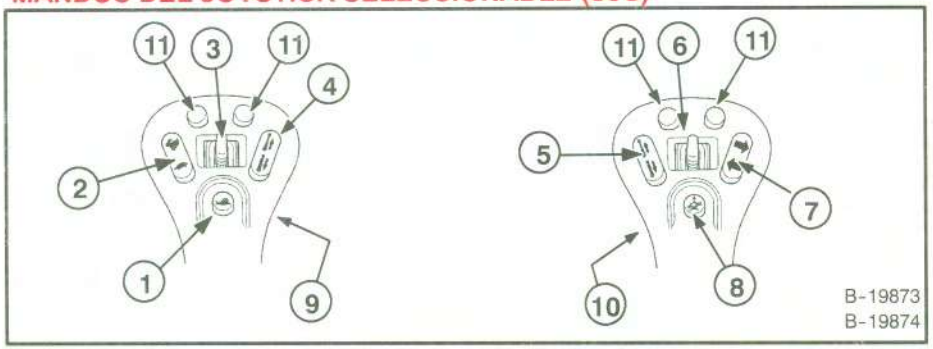
MANDOS MANUALES DEL SISTEMA DE CONTROL AVANZADO (ACS)

NOTA: El pedal, el mando de régimen del motor y los mandos de derivación del bloqueo de los brazos de elevación se encuentran en el mismo lugar que los de la cargadora ESTÁNDAR.



1. Palancas de dirección
2. Botón de control de posición flotante
3. Luces de giro
4. Hidráulica auxiliar trasera
5. Control de la hidráulica auxiliar para la válvula del implemento
6. Control de la hidráulica auxiliar para la válvula del implemento
7. Hidráulica auxiliar delantera
8. Control de dos velocidades
9. Bocina
10. Control de flujo continuo para la hidráulica auxiliar

MANDOS DEL JOYSTICK SELECCIONABLE (SJC)



1. Mando de marcha súper lenta
2. Control de dos velocidades
3. Hidráulica auxiliar trasera
4. Control de la hidráulica auxiliar para la válvula del implemento
5. Control de la hidráulica auxiliar para la válvula del implemento
6. Hidráulica auxiliar delantera
7. Luces de giro
8. Botón de control de posición flotante
9. Bocina
10. Control de flujo continuo para la hidráulica auxiliar
11. No utilizado

⚠ ADVERTENCIA

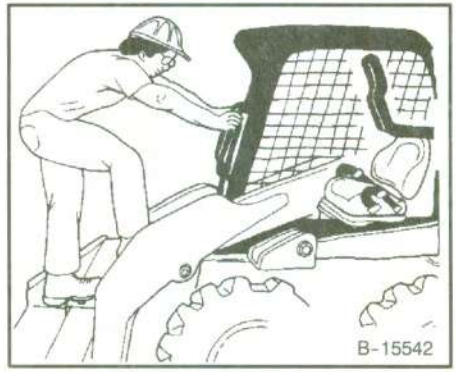
Utilice la cabina del operador, una estructura protectora contra el vuelco (ROPS) y la caída de objetos (FOPS) diseñada para cada cargadora. Las modificaciones de la cabina no aprobadas por Bobcat pueden reducir la protección del operador, con el riesgo consiguiente de accidentes graves o mortales. Abróchese siempre el cinturón de seguridad y baje la barra de seguridad al utilizar la máquina.

INSPECCIONE LA CARGADORA BOBCAT TODOS LOS DÍAS

1. Compruebe el estado del cinturón de seguridad y sustitúyalo si estuviera dañado.
2. Compruebe la cabina del operador (ROPS y FOPS) y sus sujeciones.
3. Compruebe la barra de seguridad y los enclavamientos. Cuando la barra está levantada, ambos pedales (si están instalados) debe estar bloqueados.
4. Compruebe el Sistema Bobcat de bloqueo interfuncional (BICS™).
5. Repare las piezas rotas o sueltas.
6. Limpie el motor de cualquier material inflamable.
7. Limpie el área de los pedales/reposapiés.
8. Compruebe el nivel de aceite del motor.
9. Compruebe el nivel de fluido hidráulico.
10. Compruebe el estado y la presión de los neumáticos.
11. Controle el nivel de carburante, el nivel de refrigerante y el estado del depurador de aire en el tablero de instrumentos.

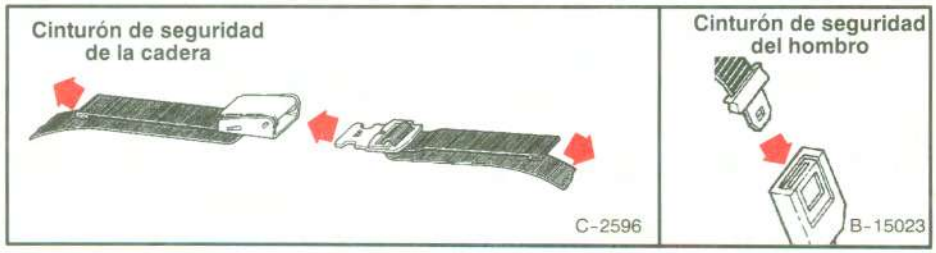
Lea la pegatina del Programa de mantenimiento que se encuentra en el compartimento del motor para conocer las instrucciones de mantenimiento. Consulte el Manual de Utilización y Mantenimiento si desea obtener los procedimientos de mantenimiento.

ANTES DE UTILIZAR LA CARGADORA BOBCAT



1. Use los peldaños, las huellas antideslizantes y las agarraderas cuando entre a la cargadora.

2. Ajuste el asiento de manera que pueda llegar fácilmente a los mandos.



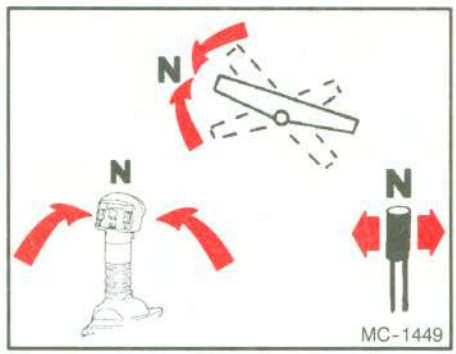
3. Abróchese el cinturón de seguridad. Ajústelo correctamente alrededor de la parte inferior de la cadera.


Uso de la traba de la correa del hombro (si está instalada) B-15691

3a. Abroche la correa del hombro a la de la cadera. Tire de la correa de la cadera hacia la izquierda y abróchese el cinturón de seguridad.

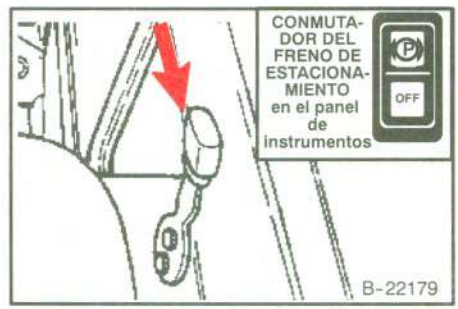

B-15692

4. Baje la barra de seguridad antes de utilizar la cargadora. Mantenga los pies sobre los pedales o reposapiés.



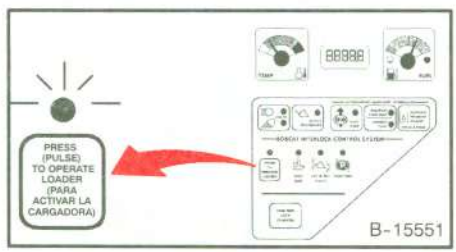
MC-1449

5. Ponga las palancas de dirección, los pedales y los mandos manuales o joysticks en punto muerto (N).



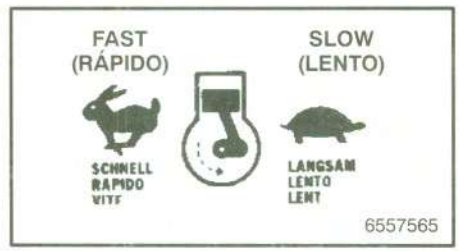
B-22179

6. Debe estar activado el freno antes de arrancar el motor.
7. Arranque el motor con el mando de régimen del motor en ralentí.
8. Seleccione los pedales o mandos manuales O seleccione la modalidad de control 'H' o 'ISO' (Si están disponibles).



B-15551

9. Pulse el botón PRESS TO OPERATE LOADER (pulsar para activar la cargadora) del tablero de instrumentos izquierdo.



6557565

10. Mueva la palanca del estrangulador hacia adelante para obtener un régimen del motor alto.

6902600

COLOCACIÓN DEL IMPLEMENTO

ADVERTENCIA

Las cuñas del Bob-Tach han de pasar a través de los agujeros del implemento. Las palancas deben quedar totalmente bajadas y bloqueadas. No asegurar convenientemente las cuñas puede hacer que el implemento se desmonte y provoque un accidente grave o mortal.

W-2102-0588

Bob-Tach mecánico: Empuje hacia abajo las palancas del Bob-Tach hasta que queden totalmente bajadas y en posición de bloqueo. Compruebe que las cuñas estén totalmente extendidas.

Bob-Tach hidráulico: Pulse el botón Bob-Tach wedges DOWN (cuñas ABAJO) (1) hasta que las palancas estén totalmente bajadas y en la posición de bloqueo. Compruebe que las cuñas estén totalmente extendidas.



DESCARGA DE LA PRESIÓN HIDRÁULICA PARA CONECTAR LOS ACOPLADORES RÁPIDOS DEL CIRCUITO HIDRÁULICO

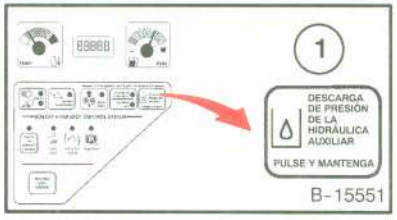
CARGADORA:

- *Hidráulica auxiliar delantera:* La presión se descarga automáticamente cuando se activan los acopladores rápidos.

  Hidráulica auxiliar trasera: Pulse el botón DESCARGA DE PRESIÓN DE LA HIDRÁULICA AUXILIAR (1). Manténgalo pulsado durante dos segundos. El motor se parará y se descargará la presión hidráulica.

IMPLEMENTO:

- Siga el procedimiento anterior para descargar la presión de la cargadora.
- Conecte el acoplador macho del implemento al acoplador hembra de la cargadora y luego repita el procedimiento anterior. Esto descargará la presión hidráulica del implemento.



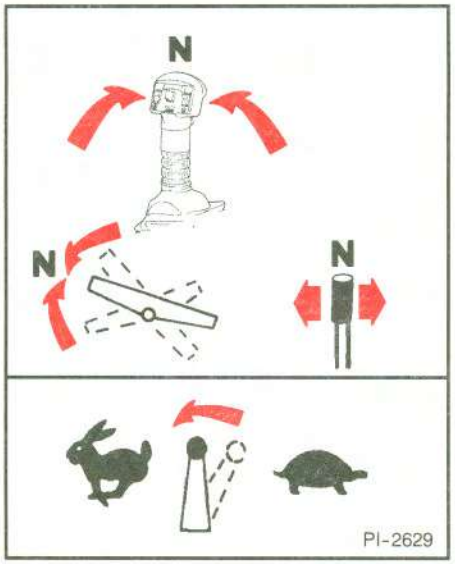
La presión hidráulica del sistema de la hidráulica auxiliar puede dificultar la conexión de los acopladores rápidos a un implemento.

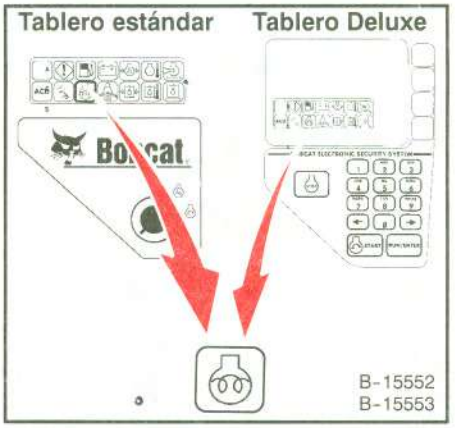
ADVERTENCIA

EVITE ACCIDENTES GRAVES O MORTALES

Nunca lleve pasajeros. Mantenga a las personas alejadas del área de trabajo.

ARRANQUE DE LA CARGADORA BOBCAT





1. Ponga los pedales y palancas de dirección, los mandos manuales o joysticks en punto muerto (N). Coloque el control de velocidad del motor en la posición de velocidad 1/2.

2. *(Tablero estándar)* - Gire la llave a la posición RUN.

   (Tablero Deluxe) - Pulse el botón RUN / ENTER.

3. Si se enciende el símbolo de las bujías incandescentes, espere a que se apague (OFF).

4. *(Tablero estándar)* - Gire la llave hasta la posición START (ARRANQUE) y suéltela cuando arranque el motor.

   (Tablero Deluxe) - Pulse el botón START (ARRANQUE) y suéltelo cuando arranque el motor.

5. Desplace el mando de régimen del motor hacia atrás para reducir la velocidad del motor.

6. En climas fríos, deje que el motor caliente durante 5 minutos; luego, suelte el freno de estacionamiento antes de utilizar la cargadora.

7. Pulse el botón PRESS TO OPERATE LOADER (PULSAR PARA ACTIVAR LA CARGADORA) del tablero de instrumentos izquierdo.

NOTA: Consulte el Manual de Utilización y Mantenimiento si desea obtener una descripción más detallada y los CÓDIGOS DE MANTENIMIENTO. La necesidad y el tiempo de precalentamiento se controlan automáticamente.

ARRANQUE DE LA CARGADORA BOBCAT (CONT.)

NOTA: No mueva las palancas o joysticks de la posición de punto muerto cuando accione la a las posiciones RUN o START.

Si desplaza los mandos:

A. Puede que no se haya calibrado correctamente la posición de punto muerto del carrete del distribuidor hidráulico y del mando manual. Esto puede tener como consecuencia que el cilindro hidráulico de elevación o el de inclinación se mueva ligeramente cuando la palanca del mando manual vuelva a la posición de punto muerto tras el arranque.

O

B. La luz indicadora del Sistema de control avanzado (ACS) del tablero de instrumentos derecho se ENCENDERÁ.

Si se presenta este caso, vuelva a situar la llave en la posición de STOP. Ponga los mandos en la posición de punto muerto y vuelva a arrancar el motor.

NOTA: Si estando el freno de estacionamiento suelto o el botón Traction Lock Override (anulación del bloqueo de tracción) pulsado, la cargadora no se mueve, desplace los mandos de dirección hacia adelante o hacia atrás ligeramente para desbloquear el mecanismo de tracción.

CONTROL DE DOS VELOCIDADES (si está instalado)

Seleccione el control de dos velocidades en la gama alta pulsando la parte superior del conmutador derecho (1) de la palanca de dirección derecha o en el conmutador izquierdo del joystick izquierdo (Joystick seleccionable - SJC). Desactívelo pulsando la parte inferior del interruptor.

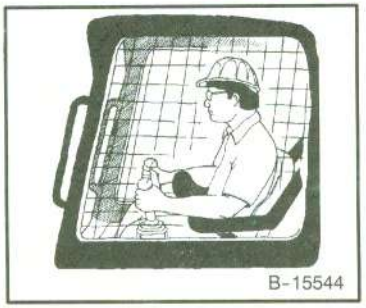
ADVERTENCIA

Golpear obstáculos a altas velocidades podría causar accidentes graves o mortales.

Abróchese siempre la correa del hombro para reforzar su seguridad durante el desplazamiento a alta velocidad.

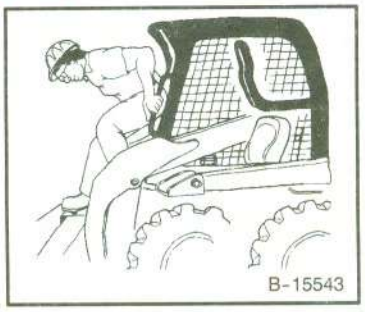


SALIDA DE LA CARGADORA BOBCAT


B-15544


B-3836

B-15023


B-15543

1. Antes de abandonar el asiento del operador, baje los brazos de elevación y sitúe el implemento totalmente sobre el suelo. Pare el motor, pongá el freno de estacionamiento y quite la llave.
2. *(Correa de la cadera)* Tire hacia arriba de la parte externa de la hebilla para desabrochar el cinturón.

   (Cinturón de seguridad con traba para la correa del hombro) Presione el botón rojo de la mitad izquierda de la hebilla para desabrochar el cinturón de seguridad.
3. Levante la barra de seguridad.

   (Pedales) Mueva los pedales hasta que ambos queden bloqueados.

   (ACS & SJC) Coloque los mandos hidráulicos en punto muerto para asegurarse de que las funciones de elevación e inclinación están desactivadas.
4. Use las agarraderas, las huellas antideslizantes y los peldaños al abandonar la cargadora. NO SALTE.

MANEJO Y DIRECCIÓN DE LA CARGADORA

MANDOS ESTÁNDAR y SISTEMA DE CONTROL AVANZADO (ACS) (Pedales y Palancas de dirección) *Y* JOYSTICK SELECCIONABLE (SJC) MODALIDAD DE CONTROL 'H' (Joysticks izquierdo y derecho)



JOYSTICK SELECCIONABLE (SJC) MODALIDAD DE CONTROL 'ISO' (Joystick izquierdo)



Consulte el Manual de Utilización y Mantenimiento si desea más instrucciones.

6902600

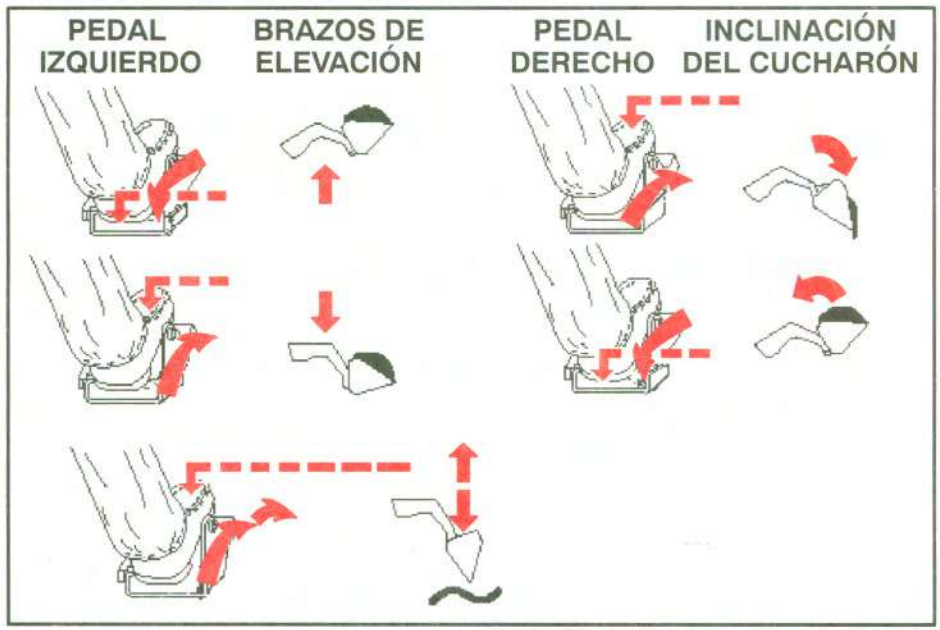
FUNCIONAMIENTO DE LOS BRAZOS DE ELEVACIÓN, EL CUCHARÓN Y EL FRENO

ADVERTENCIA

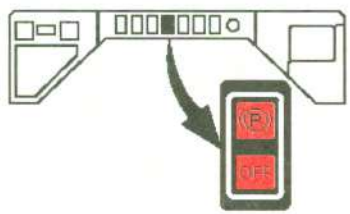
EVITE ACCIDENTES GRAVES O MORTALES

Al utilizar la cargadora, abróchese siempre el cinturón de seguridad correctamente, baje la barra de seguridad y mantenga los pies sobre los pedales o reposapiés, y las manos en las palancas de dirección. Lleve siempre el cucharón o el implemento lo más bajo posible.

PEDALES - Incluye las máquinas ACS



FRENO DE ESTACIONAMIENTO



ADVERTENCIA

No use la cargadora en una atmósfera con polvo o gas explosivo, ● cuando los gases de escape puedan entrar en contacto con material inflamable. Puede provocar explosiones o incendi●s.

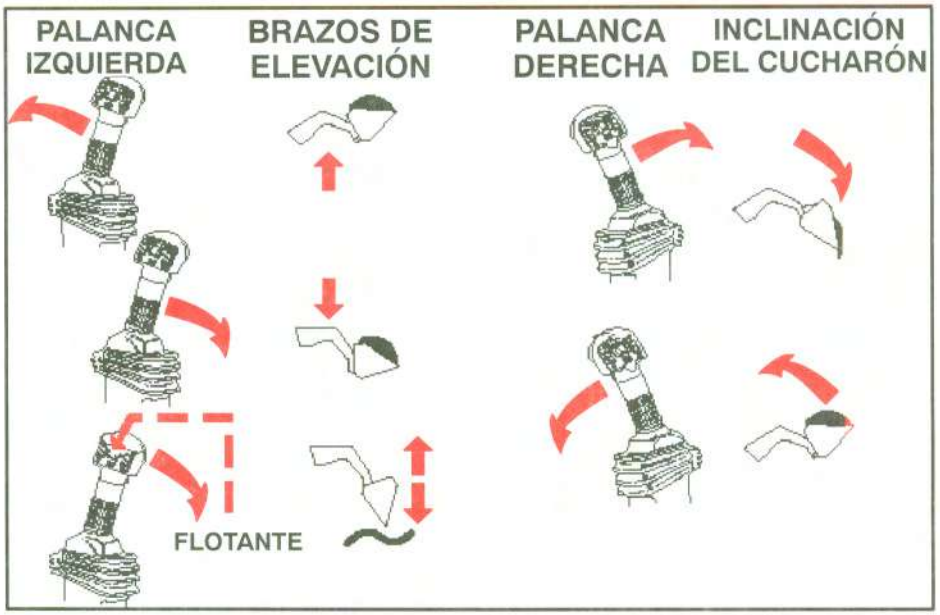
FUNCIONAMIENTO DE LOS BRAZOS DE ELEVACIÓN, EL CUCHARÓN Y EL FRENO (CONT.)

ADVERTENCIA

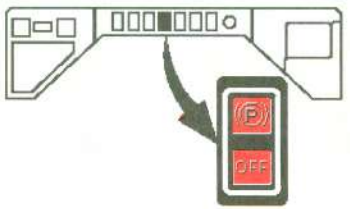
EVITE ACCIDENTES GRAVES O MORTALES

Al utilizar la cargadora, abróchese siempre el cinturón de seguridad correctamente, baje la barra de seguridad y mantenga los pies sobre los pedales o reposapiés, y las manos en las palancas de dirección. Lleve siempre el cucharón o el implemento lo más bajo posible.

MANDO MANUAL - Incluye las máquinas ACS



FRENO DE ESTACIONAMIENTO



ADVERTENCIA

No use la cargadora en una atmósfera con polvo o gas explosivo, o cuando los gases de escape puedan entrar en contacto con material inflamable. Puede provocar explosiones o incendios.

FUNCIONAMIENTO DE LOS BRAZOS DE ELEVACIÓN, EL CUCHARÓN Y EL FRENO (CONT.)

ADVERTENCIA

EVITE ACCIDENTES GRAVES O MORTALES
Al utilizar la cargadora, abróchese siempre el cinturón de seguridad correctamente, baje la barra de seguridad y mantenga los pies sobre los pedales o reposapiés, y las manos en las palancas de dirección. Lleve siempre el cucharón o el implemento lo más bajo posible.

JOYSTICK - SELECCIONABLE (MODALIDAD 'ISO' O 'H')

MODALIDAD DE CONTROL 'ISO'

JOYSTICK IZQUIERDO - 'ISO'



Se utiliza para las funciones de los mandos de dirección (Véase página 17).

JOYSTICK DERECHO - 'ISO'



MODALIDAD DE CONTROL 'H'

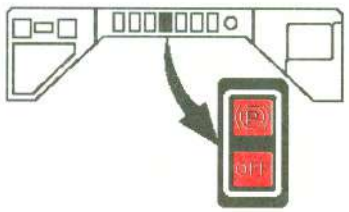
JOYSTICK IZQUIERDO - 'H'



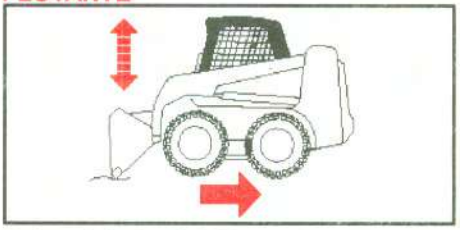
JOYSTICK DERECHO - 'H'



FRENO DE ESTACIONAMIENTO



"BLOQUEO" DE LA POSICIÓN FLOTANTE



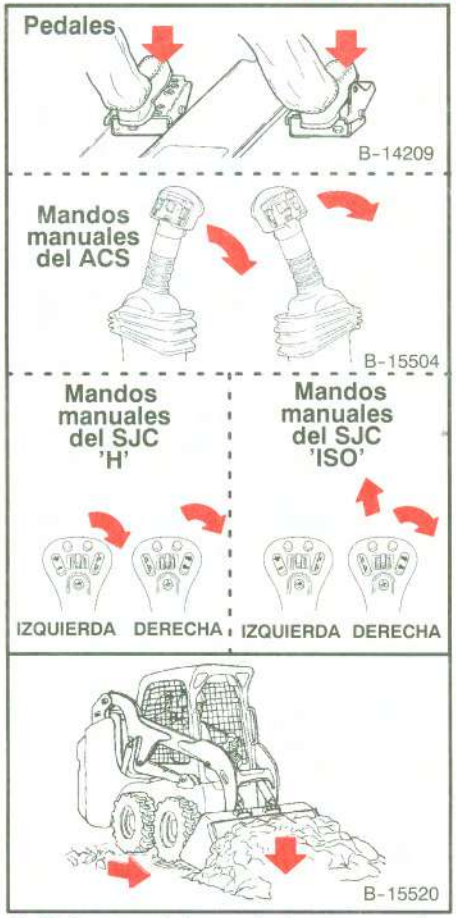
Pulse el botón del "flotante" amarillo del joystick derecho a la vez que hace descender los brazos de elevación para activar FLOAT (posición flotante). Suba ligeramente los brazos de elevación para desactivarlo.

⚠ ADVERTENCIA

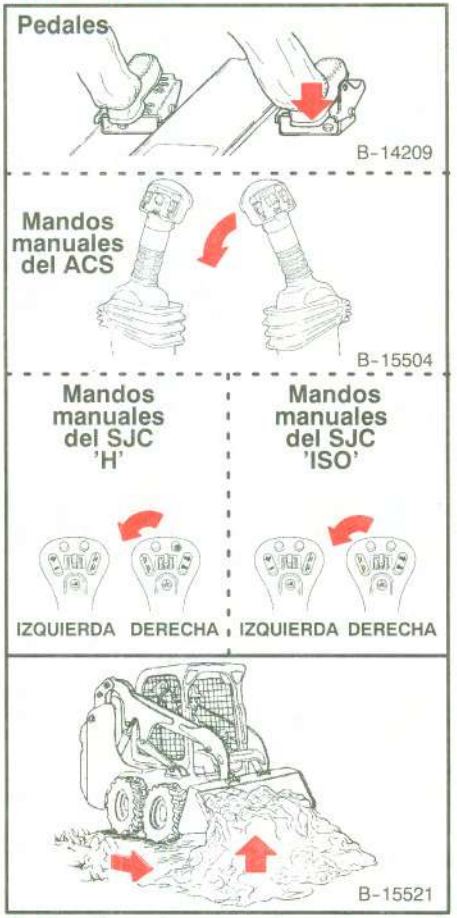
EVITE ACCIDENTES GRAVES O MORTALES

- No sobrepase la capacidad nominal estipulada de la cargadora.
- No use implementos no aprobados por Bobcat Company.
- Cargue, descargue y gire únicamente sobre terreno llano.

LLENADO DEL CUCHARÓN



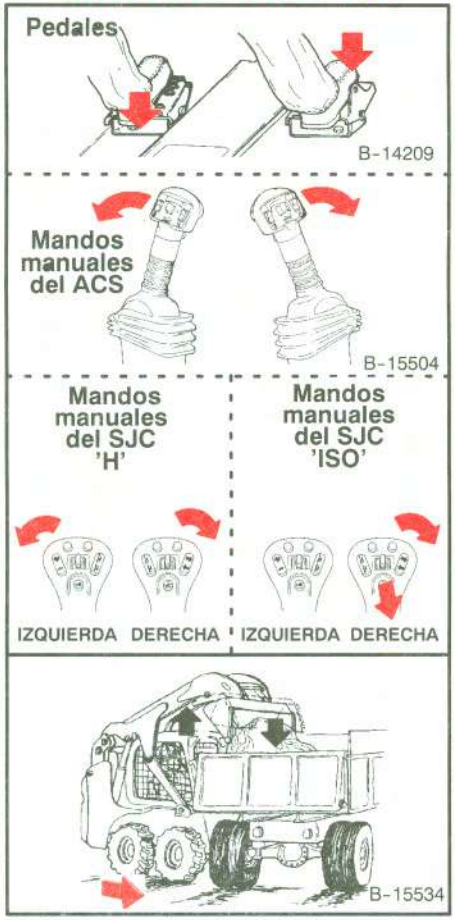
1. Baje completamente los brazos de elevación e incline el cucharón hacia adelante hasta que entre en contacto con el suelo.



2. Desplace la cargadora hacia el material e incline el cucharón hacia atrás. Retroceda alejándose del material cuando el cucharón esté lleno.

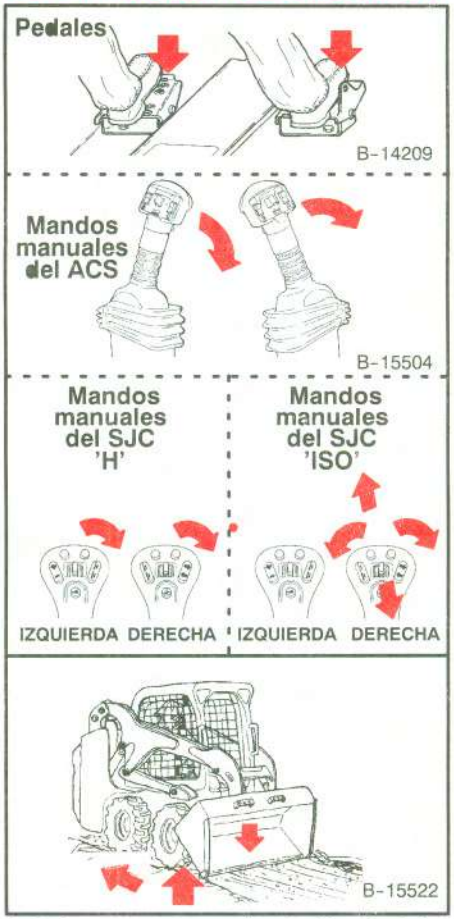
6902600

VACIADO DEL CUCHARÓN



1. Mantenga el cucharón bajo cuando se desplace hacia el área donde desea vaciar el cucharón.
2. Incline el cucharón hacia atrás para levantar la cuchilla de ataque.
3. Desplace la cargadora lentamente hasta el área de descarga.
4. Durante el movimiento ascendente de los brazos de elevación, incline el cucharón hacia adelante para mantenerlo nivelado. (Modelos sin autonivelación del cucharón.)
5. Incline el cucharón completamente hacia adelante para vaciarlo.

ALLANADO CON EL CUCHARÓN

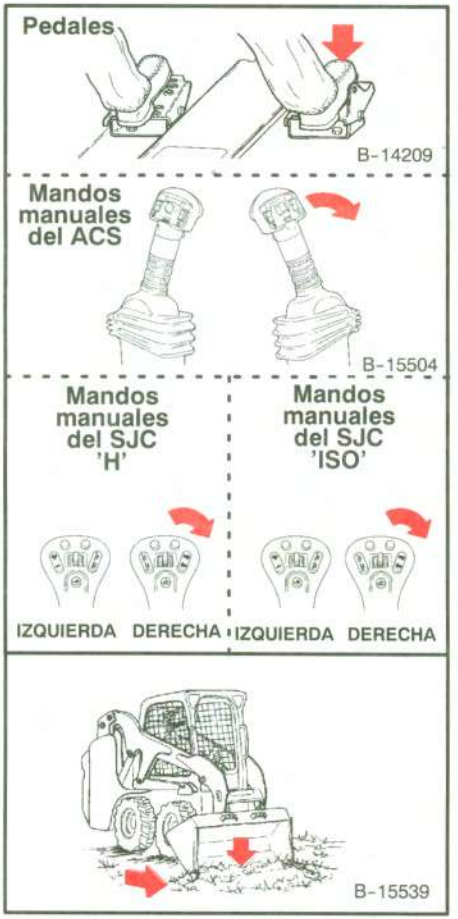


1. Pulse y mantenga pulsado el botón de la posición flotante.
2. Baje los brazos de elevación y suelte el botón de la posición flotante.

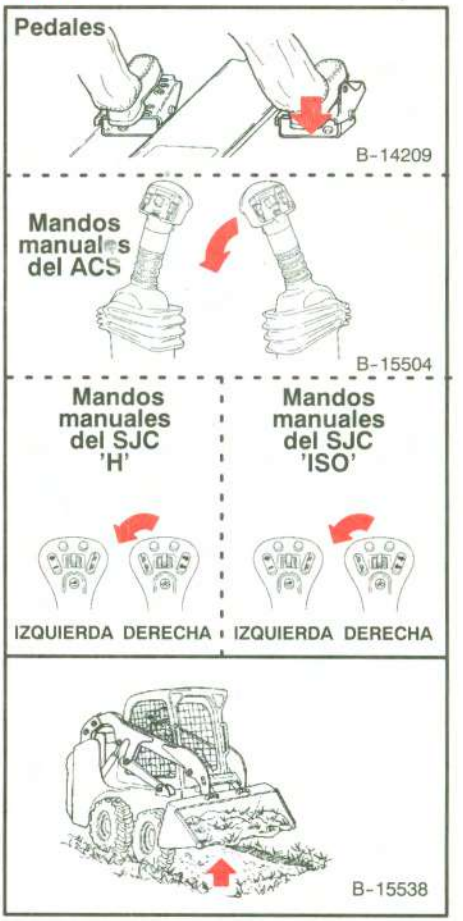
   El cucharón se moverá en la dirección del terreno a medida que la cargadora se desplaza hacia atrás para allanar el terreno.

6902600

EXCAVACIÓN



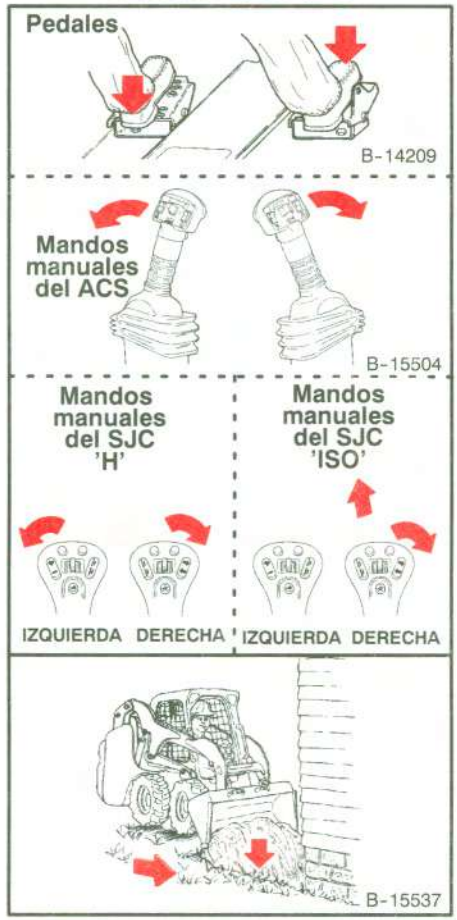
1. Incline el cucharón hacia adelante hasta que entre en contacto con el suelo.



2. Avance lentamente mientras inclina el cucharón hacia adelante para que penetre en el suelo. Incline ligeramente el cucharón hacia atrás mientras se llena de material.

3. Cuando el cucharón esté lleno, incline el cucharón completamente hacia atrás.

TERRAPLENADO



1. Adelante la cargadora hasta el hoyo con el cucharón lo más bajo posible.
2. Levante los brazos de elevación e incline el cucharón hacia adelante.

SUBIR Y BAJAR PENDIENTES

⚠ ADVERTENCIA

EVITE ACCIDENTES GRAVES O MORTALES

- Mantenga el extremo pesado de la cargadora hacia la parte superior de la cuesta.
- Suba o baje por una pendiente o inclinación directamente.
- No se desplace a través de las pendientes.

Con el cucharón lleno



Subir pendientes B-15519



Bajar pendientes B-15548

Con el cucharón vacío



Subir pendientes B-15517



Bajar pendientes B-15540

⚠ ADVERTENCIA

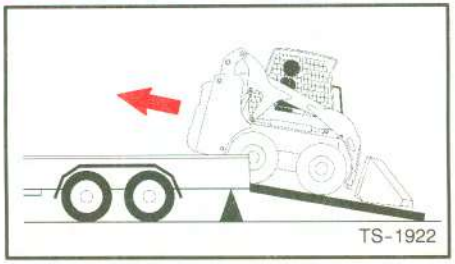
EVITE ACCIDENTES GRAVES O MORTALES

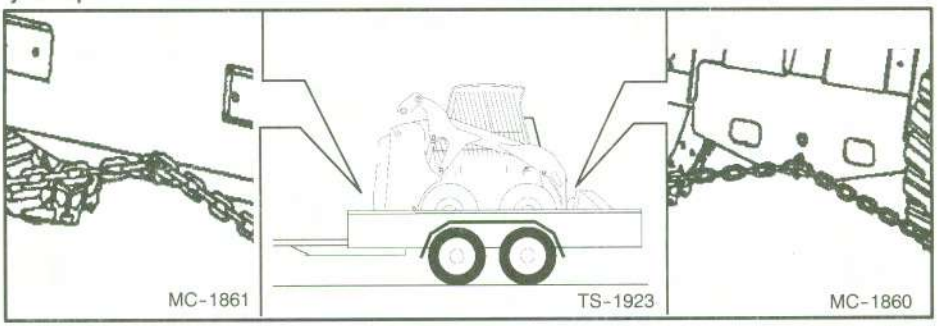
- Mantenga los brazos de elevación lo más bajo posible.
- No se desplace ni gire con los brazos de elevación levantados. Mire hacia la dirección de desplazamiento.
- No abandone la cargadora con el motor en funcionamiento, los brazos de elevación levantados o sin el freno de estacionamiento.

TRANSPORTE DE LA CARGADORA

Cuando la cargadora tiene el cucharón vacío o no tiene ningún implemento montado, súbala siempre marcha atrás al vehículo de transporte.

Baje el cucharón o el implemento al suelo. Pare el motor. Ponga el freno de estacionamiento. Coloque cadenas en la parte delantera y trasera de la cargadora para sujetarla al vehículo de transporte. Asegúrese de que los vehículos de transporte y de remolque tengan el tamaño y la capacidad adecuados.


TS-1922


MC-1861 TS-1923 MC-1860

INSTRUCCIONES DE MANTENIMIENTO

Debe usar un seguro de los brazos de elevación aprobado cuando los brazos de elevación estén levantados para su reparación.

Consulte las instrucciones que se encuentran en la cargadora o lea el Manual de Utilización y Mantenimiento para enganchar y desenganchar el seguro de los brazos de elevación. Sustitúyalo si estuviese dañado.



MC-1254

Consulte el Manual de Utilización y Mantenimiento o el Manual de Mantenimiento si desea instrucciones sobre cómo:

(1) Levantar y bajar la cabina.

(2) Elevar con bloques la cargadora.


SOPORTE MECÁNICO MC-1254


Bobcat®

⚠ ADVERTENCIA

EVITE ACCIDENTES GRAVES O MORTALES

- Pare el motor y déjelo enfriar antes de añadir carburante. ¡NO FUME!
- Desconectar o aflojar cualquier latiguillo, tubo, racor o componente hidráulico, así como el fallo accidental de éstos, puede producir la caída de los brazos de elevación. No se sitúe debajo de los brazos de elevación cuando se encuentren levantados si no cuenta con un seguro aprobado. Sustitúyalo si estuviese dañado.
- Nunca se sitúe debajo de los brazos de elevación o del cilindro de elevación, ni intente llegar hasta ellos, si no cuenta con un seguro de los brazos de elevación aprobado instalado. Sustitúyalo si estuviese dañado.
- Revise el sistema de la barra de seguridad si las funciones de elevación e inclinación no se desactivan y/o los pedales (si están instalados) no se traban cuando la barra de seguridad está subida.
- Póngase en contacto con su distribuidor si el Sistema Bobcat de bloqueo interfuncional (BICS™) no desactiva las funciones de elevación, inclinación y tracción.
- No levante ni baje la cabina del operador (ROPS) sin las instrucciones del Manual de Utilización y Mantenimiento o el Manual de Mantenimiento. Coloque soportes mecánicos o bloques bajo los ángulos traseros de la cargadora.
- Nunca use éter ni líquidos de ayuda para arrancar un motor diésel que cuenta con bujías incandescentes. Use sólo elementos de arranque aprobados por el fabricante del motor.
- Mantenga el portón trasero cerrado (excepto durante las reparaciones).
- Mantenga el área del motor limpia de materiales inflamables.
- No use ropa suelta, el cabello largo y sin recoger ni joyas cerca de la máquina.
- Use gafas cuando haga las reparaciones y un casco u otro equipo de protección, si fuese necesario.
- Cuando conecte la batería auxiliar para *el arranque asistido*, conecte siempre el cable negativo al motor en último lugar, nunca a la batería. Al quitar los cables del *arranque asistido*, siempre quite primero el cable negativo (-) del motor. Nunca cargue una batería congelada ni efectúe el *arranque asistido* con una batería en ese estado.
- Las baterías de plomo y ácido producen gases inflamables y explosivos. Mantenga los arcos eléctricos, chispas, llamas y cigarrillos encendidos alejados de la batería.
- El ácido de la batería produce quemaduras graves. En caso de contacto con ácido, lávese inmediatamente con agua durante varios minutos y busque inmediatamente un médico en caso de contacto con los ojos.
- Utilice un trozo de cartón para localizar las fugas. Las fugas de líquidos a presión pueden penetrar la piel y provocar lesiones graves. Si el fluido penetra en la piel o en los ojos, busque inmediatamente un médico familiarizado con este tipo de lesiones.

Este Prontuario está disponible en inglés y en varios otros idiomas a través de su distribuidor. Consulte a su distribuidor si desea información sobre las versiones traducidas.

Bobcat®

S185

Cargadoras compactas



S185

Especificaciones técnicas

Especificaciones de la máquina

Carga nominal	924 kg
Carga de vuelco	1849 kg
Capacidad de la bomba	100 l/min
Alivio del sistema en los acopladores rápidos	22,4–23,1 MPa
Velocidad de desplazamiento máxima (primera velocidad)	0 – 11,8 km/h
Velocidad de desplazamiento máxima (opción de segunda velocidad)	0 – 17,9 km/h

Motor

Marca/Modelo	Kubota / V2607-DI-TE3B-BC-2
Carburante / Refrigerante	Diésel / Agua
Potencia	43,3 kW
Par a 1425 RPM (SAE JI 995 bruto)	200,7 Nm
Número de cilindros	4
Cilindrada	2600 cm^3
Capacidad del depósito de carburante	90,8 l

Pesos

Peso operativo	2821 kg

Mandos

Dirección del vehículo	Dirección y velocidad controlados mediante dos palancas manuales
Sistema hidráulico de elevación e inclinación de la cargadora	Pedales o Sistema de mando de alta tecnología (ACS) independientes
Auxiliar delantero (estándar)	Interruptor eléctrico en la palanca manual derecha

Sistema de transmisión

Transmisión	Bombas de pistones hidrostáticos en tándem infinitamente variables que accionan dos motores hidrostáticos completamente reversibles

Equipamiento de serie

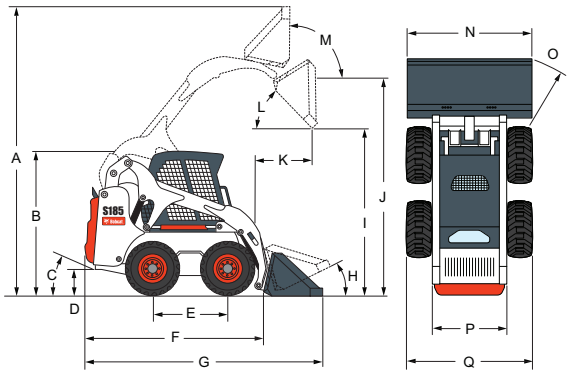
Asiento ajustable con suspensión con respaldo largo	Parada del sistema hidráulico/motor
Bujías incandescentes de activación automática	Autonivelación del cucharón
Sistema hidráulico de alto caudal	Instrumentación
Módulo de control eléctrico de los implementos	Seguro de los brazos de elevación
Módulo de control de implementos de 7 clavijas	Luces de trabajo delanteras y traseras
Bob-Tach™ , bastidor	Freno de estacionamiento
Sistema Bobcat de bloqueo interfuncional (BICS)	Cinturón de seguridad
Cabina del operador Deluxe	Barra de seguridad
Incluye un revestimiento de espuma, ventanas laterales, superior y trasera	Escape apagachispas
Circuito hidráulico delantero proporcional controlado eléctricamente	10 x 16,5 - 10–lonas, Heavy duty
	Certificación CE

* Estructura protectora contra el vuelco (ROPS) – conforme a los requerimientos de la SAE-J1040 e ISO 3471, y estructura protectora contra la caída de objetos (FOPS) conforme a los requerimientos de la SAE-J1043 e ISO 3449, Nivel I

Opciones

Tablero de instrumentos Deluxe	10 x 16,5 - 10–lonas, Severe duty con Poly Fill
Hidráulico, Bob-Tach™	Acondicionador de aire
Cabina cerrada con calefacción	Sistema de control avanzado (ACS)
31 x 12-16,5 - 10–lonas, Superflotación	Mandos manuales de alta tecnología (AHC)
10 x 16,5 - 10–lonas, Heavy duty, llantas descentradas	Controles de joysticks seleccionables (SJC)
10 x 16,5 - 10–lonas, Severe duty	Dos velocidades

Dimensiones



(A)	3862 mm	(J)	3002 mm
(B)	1938 mm	(K)	753 mm
(C)	23°	(L)	42°
(D)	191 mm	(M)	95°
(E)	1030 mm	(N)	1727 mm
(F)	2588 mm	(O)	2001 mm
(G)	3309 mm	(P)	1385 mm
(H)	25°	(Q)	1676 mm
(I)	2310 mm		

Implementos

Hoja dózer orientable
Barredora orientable*†
Ahoyador
Retroexcavadora
Hoja niveladora
Desbrozadora de cuchillas
Cucharones
Trituradora de residuos vegetales*
Cucharón 4 x 1
Bomba de hormigón*
Cizalla hidráulica*
Hoja transplantadora
Hoja dózer*
Dúmper
Grapa agrícola
Niveladora hidráulica*
Martillo hidráulico**
Grapa industrial
Explanadora
Rastrillo hidráulico
Cuchara hormigonera*
Horquilla portapalets – estándar
Horquilla portapalets – hidráulica
Fresadora*
Estabilizadores traseros
Escarificador
Turbina quitanieves*
Desenrollador de césped*
Nivelador rotativo*
Esparcidora
Descepadora*
Superdisco decapador
Barredora con cajón colector
Enganche de 3 puntos
Rotocultivador
Tilt-Tatch™
Orugas, acero
Transplantador de árboles*
Rueda compactadora
Zanjadora
Horquilla universal
Compactador vibrante
Conjunto de aspersores
Disco sierra
Barredora de cerdas

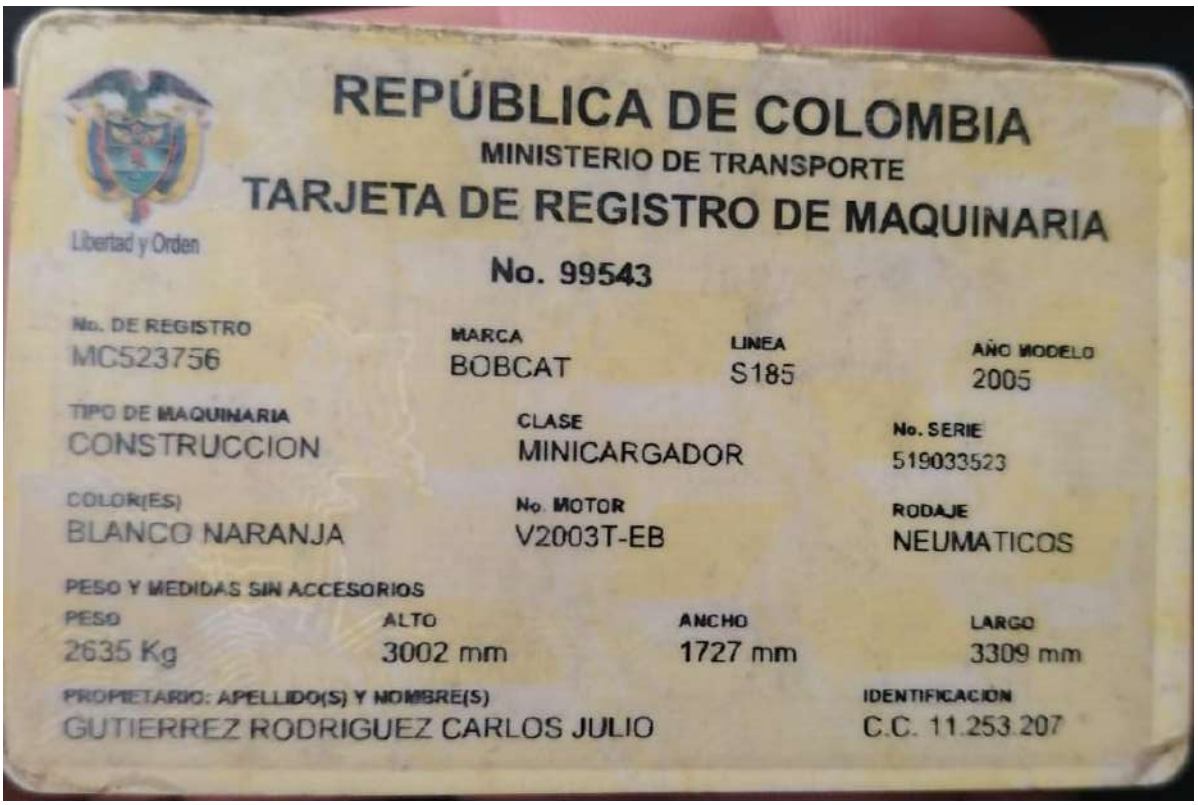
*Necesita módulo de control de implementos.
**El uso de estos implementos en la cargadora requiere el montaje de un conjunto para aplicaciones especiales que consiste en una puerta de cabina de 12 mm y cristales superior y trasero en Lexan de 6 mm.
†Aspersor de agua opcional.

Las especificaciones así como el diseño pueden experimentar cambios sin previo aviso - En las fotografías de unidades Bobcat puede aparecer equipamiento no de serie.

Bobcat®

www.bobcat.eu

©2008 Bobcat EMEA 4471730 ES (03-08)



REPÚBLICA DE COLOMBIA

Libertad y Orden

MINISTERIO DE TRANSPORTE

TARJETA DE REGISTRO DE MAQUINARIA

No. 99543

No. DE REGISTRO	MARCA	LINEA	AÑO MODELO
MC523756	BOBCAT	S185	2005

TIPO DE MAQUINARIA	CLASE	No. SERIE
CONSTRUCCION	MINICARGADOR	519033523

COLOR(ES)	No. MOTOR	RODAJE
BLANCO NARANJA	V2003T-EB	NEUMATICOS

PESO Y MEDIDAS SIN ACCESORIOS

PESO	ALTO	ANCHO	LARGO
2635 Kg	3002 mm	1727 mm	3309 mm

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
GUTIERREZ RODRIGUEZ CARLOS JULIO	C.C. 11.253.207



LOCATARIO APELLIDO(S) NOMBRE(S)

IDENTIFICACIÓN

LIMITACIONES A LA PROPIEDAD

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

STRIA MCPAL DE SOACHA

FECHA REGISTRO	FECHA EXPEDICIÓN	FECHA VENCIMIENTO
15-06-2022	15-06-2022	********

ORIGEN	DEC. IMPORTACIÓN	FECHA DE LEVANTE
IMPORTACIÓN	062008100235680	24/09/2008

ESTA TARJETA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

TM0700001949?

Medellín, 01 de April 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 GRANADA BERRIO PAULA ANDREA.

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:	0000000005 ALTURAS		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1024504862	BUITRAGO CHITIVA JAIME ARLEY	02/04/2025		234206f1	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 01/04/2025 09:52:27 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.92.67.140, 198.143.41.43, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.024.504.862

BUITRAGO CHITIVA
APELLIDOS

JAIME ARLEY
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 16-JUN-1990

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA | O- G.S. RH | M SEXO

17-JUN-2008 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-1500150-00858049-M-1024504862-20161024 0051963612A 1



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.024.504.862

BUITRAGO CHITIVA
APELLIDOS

JAIME ARLEY
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-JUN-1990

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA

O- G.S. RH

M SEXO

17-JUN-2008 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00858049-M-1024504862-20161024 0051963612A 1

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.024.504.862

BUITRAGO CHITIVA
APELLIDOS

JAIME ARLEY
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 16-JUN-1990

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA | O- G.S. RH | M SEXO

17-JUN-2008 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-1500150-00658049-M-1024504862-20161024 0051960612A 1 1544141519

Escaneado con CamScanner

HI USME NIT: 901.241.535-0

EL REPRESENTANTE LEGAL

DEL CONSORCIO HI USME

NIT 901.241.535-0

CERTIFICA

Que **JAIME ARLEY BUITRAGO CHITIVA**, identificación con la cedula de ciudadania No. 1.024.504.862 laboro en nuestra compañia desde el dia 21 de mayo de 2019, hasta el 11 de julio de 2019, desempeñando el Cargo de **OPERARIO MULTIFUNCIONAL**, con un contrato de trabajo por Duración de la Obra o Labor Terminada y con una Asignación mensual de UN MILLON DOSCIENTOS MIL DE PESOS MCTE ($1.200.000.)

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los veintiseis (26) dias del mes de Agosto de 2019

Atentamente,

JESUS ELQUIN HERNANDEZ ROJAS
Representante Legal

consorciohusme@gmail.com
AK. 24 No. 40-69 Of. 503
La Soledad. Bogotá D.C.

Escaneado con CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9011925344
9011925344

No. de Radicación: 29119842

Fecha de Radicación: 01 04 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: BUITRAGO	Segundo Apellido: CHITIVA	Primer Nombre: JAIME	Segundo Nombre: ARLEY

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1024504862	Femenino [ ] Masculino [X]	D D: 16 M M: 06 A A A A: 1990

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo [ ] Condición [ ]			SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia		
$1.423.500	Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular
Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna / Departamento

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
SOLUCIONES INTEGRALES A TIEMPO	NT	901836623	

39. Ubicación				
CR 73A BIS 75 C 75	31454335	Correo electrónico	BOGOTA Municipio / Distrito	DISTRITO CAPITAL Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	D D: 01 M M: 04 A A A A: 2025

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: OPERARIO DE LINEA DE ACABADO
71. Firma del funcionario		

VIGILADO Supersalud

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

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

libertad y orden
REPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cunplimiento en la ley 119 de 1994

Hace constar que

JAIME ARLEY BUITRAGO CHITIVA

con cedula de ciudadania No. 1024504862

Quien demostro su Copetencia Laboral en la Norma

OPERADOR DE MINI CARGADOR Y RETROEXCAVADORA

En testimonio de lo anterior se firma en Bogota D.C, a los (15 dias)del mes de enero de dos mil veinte y dos (2022).

NESTOR ALFREDO BARRERA MORA
CENTRO MINERO
REGIONAL BOGOTA D.C.

SG2022NC00463 15/01/2022
No.Y FECHA DE REGISTRO

VIGENCIA 15/01/2025

la autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro eletronico que se encuentra en la pagina web http:// certificadosena.edu.com bajo el numero 9228002701011l4cc14695456C.

Escaneado con CamScanner

libertad y orden
REPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cunplimiento en la ley 119 de 1994

Hace constar que

JAIME ARLEY BUITRAGO CHITIVA

con cedula de ciudadania No. 1024504862

Quien demostro su Copetencia Laboral en la Norma

OPERADOR DE MINI CARGADOR Y RETROEXCAVADORA

En testimonio de lo anterior se firma en Bogota D.C, a los (15 dias)del mes de enero de dos mil veinte y dos (2022).

NESTOR ALFREDO BARRERA MORA
CENTRO MINERO
REGIONAL BOGOTA D.C.

SG2022NC00463 15/01/2022
No.Y FECHA DE REGISTRO

VIGENCIA 15/01/2025

la autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro eletronico que se encuentra en la pagina web http:// certificadosena.edu.com bajo el numero 9228002701011l4cc14695456C.

Escaneado con CamScanner

Libertad y Orden
REPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

en cumplimiento de la ley 119 de 1994

Hace constar que

JAIME ARLEY BUITRAGO CHITIVA

Con Cedula de ciudadania No. 1024504862

Quien demostró su Competencia Laboral en la norma

OPERADOR EN MINICARGADOR Y OBRAS CIVILES

En testimonio de lo anterior se firma en Bogotá D.C. a los quince (15) días del mes de Enero de Dos Mil Veintiuno (2021)

NESTOR ALFREDO BARRERA MORA
CENTRO MINERO
REGIONAL BOGOTÁ D.C.

SG2015NC00468 15/01/2021
No. Y FECHA DE REGISTRO

VIGENCIA-15/01/2025

Escaneado con CamScanner

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **BUITRAGO CHITIVA JAIME ARLEY** identificado(a) con **CC** número **1.024.504.862** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 22 de octubre de 2009 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 01 de abril de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

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

2025040109544

Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

TARJETA DE REGISTRO DE MAQUINARIA

No. 91164

No. DE REGISTRO	MARCA	LINEA	AÑO MODELO
MC090218	BOBCAT	S185	2011

TIPO DE MAQUINARIA	CLASE	No. SERIE
CONSTRUCCION	MINICARGADOR	A3L939350

COLOR(ES)	No. MOTOR	RODAJE
BLANCO NARANJA	V2607-AQ0625	NEUMATICOS

PESO Y MEDIDAS SIN ACCESORIOS

PESO	ALTO	ANCHO	LARGO
2900 Kg	1938 mm	1727 mm	3309 mm

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
PELAYO MEDINA LINA LIZETH Y OTRO(S).

IDENTIFICACIÓN
C.C. 1.031.163.091

LOCATARIO APELLIDO(S) NOMBRE(S)

IDENTIFICACIÓN



LIMITACIONES A LA PROPIEDAD

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR
INST DPTAL TTOYTTE META/GUAMAL

FECHA REGISTRO	FECHA EXPEDICIÓN	FECHA VENCIMIENTO
23-11-2018	15-12-2021	******

ORIGEN	DEC. IMPORTACIÓN	FECHA DE LEVANTE
IMPORTACIÓN	352010000054942	09/04/2010

VALID 116148 08/17

ESTA TARJETA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

TM06000007786

REPUBLICA DE COLOMBIA

DIAN

Declaración de Importación

Privada

500

1. Año **2010**

Espacio reservado para la DIAN (Antes de diligenciar este formulario lea cuidadosamente las instrucciones)

4. Número de formulario **03201000125679 9-6**

P.O 1664 - 10 Cargador.

Importador

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 860003437 | 6. DV: 9 | 11. Apellidos y nombres o Razón Social: CENTRAL SAS

13. Dirección: AV AMERICAS 36 11 | 15. Teléfono: 3690500 | 12. Cód. Admón.: 03 | 16. Cód. Dpto: 11 | 17. Cód. Ciudad Municipio: 001

Declarante

24. Número de Identificación Tributaria (NIT): 830003079 | 25. DV: 6 | 26. Razón social del declarante autorizado: AGENCIA DE ADUANAS PROFESIONAL S.A. NIVEL 1 PUD. DENOM. SIAP | 27. Tipo usuario: 28 | 28. Cod. usuario: 0090

29. Número documento de identificación: 79629128 | 30. Apellidos y nombres: BEJARANO CASTRO HAROLD

31. Clase Importador	32. Tipo declaración	33. Cod	34. No Formulario Anterior	35. Año - Mes - Día	36. Cod. Admón.	37. Declaración de Exportación	38. Año - Mes - Día	39. Cod. Admón
02	Inicial	1	XXXXXXXXXXXXXX	XXXX - XX - XX	XX	No. XXXXXXXXXXXXXXX	XXXX - XX - XX	XX

40. Cod. lugar ingreso de las mercancías	41. Cod. Depósito	42. Manifiesto de carga	43. Año - Mes - Día	44. Documento de transporte	45. Año - Mes - Día
CTG	13101	No. 0320100000371 38	2010 - 12 - 03	No. 6350-0454-011.011	2010 - 11 - 17

46. Nombre exportador o proveedor en el exterior: BOBCAT COMPANY | 47. Ciudad: GWINNER,ND | 48. Cod País Exportador: 249

49. Dirección exportador o proveedor en el exterior: 6 HWY 32N GWINNER NORTH DAKOTA | 50. E-mail: 7016786274

No. de factura	52. Año - Mes - Día	53. Cod. país procedencia	54. Cod. Modo Transporte	55. Código de Bandera	56. Cod. Depto destino	57. Empresa transportadora	58. Tasa de cambio $ Cdvs
9707007-4	2010 - 10 - 28	249	1	169	11	TRANSPORTES SARVI LTDA	1,920.00

S	59. Subpartida arancelaria	60. Cod Complementario	61. Cod Suplementario	62. Cod. Modalidad	63. No. cuotas o meses	64. Valor cuota USD	65. Periodicidad del pago de la cuota	66. Cod. país de origen	67. Cod. Adicional
	8429510000	XX	XX	C100	XX	XXXX	XX	249	XXX

68. Forma de pago de la importación	69. Tipo de importación	70. Cod. país compra	71. Peso bruto kgs.	dcms	72. Peso neto kgs.	dcms	73. Código embalaje	74. No. bultos	75. Subpartidas	76. Cod. unidad comercial	77. Cantidad dcms
01	01	249		11,190.00		10,071.00	YY	12	1	U	4.00

78. Valor FOB USD	79. Valor fletes USD
89,266.12	8,014.62

80. Valor Seguros USD	81. Valor Otros Gastos USD
574.83	0.00

82. Sumatoria de fletes, seguros y otros gastos USD	83. Ajuste valor USD
8,589.45	0.00

84. Valor aduana USD	85. Código registro o licencia	86. Número
95,855.57	X	XXXXXXXXXX

87. Cod. oficina	88. Año	89. Programa No	90. Cód Interno del Producto
99	XXXX	XXXXXXXXXX	0

Autoliquidación

Concepto	%	Base	Total Liquidado ($)	Total a pagar con esta declaración ($)	Total Liquidado (USD)
Arancel	92 5.00	93 184,042,694	94 9,202,000	95 9,202,000	96 0
I.V.A.	97 16.00	98 193,244,694	99 30,919,000	100 30,919,000	101 0
Salvaguardia	102 0.00	103 0	104 0	105 0	106 0
Derechos Compensatorios	107 0.00	108 0	109 0	110 0	111 0
Derechos Antidumping	112 0	113 0	114 0	115 0	116 0
Sancion	117 0	118 0	119 0	120 0	
Reexpte	121 0	122 0	123 0	124 0	
		Total	125 40,121,000		126 0

Descripción de las mercancías(No inicie la descripción de las mercancías a importar con lo señalado en el arancel de aduanas en la subpartida arancelaria - Incluya marcas, seriales y otros) (Si el campo es insuficiente, continúe al respaldo de formulario)

DO: 188955; IMPORTACION: 188955; DECLARACIÓN: 1. (Bogronald).MERCANCIA NUEVA NOS ACOGEMOS AL DECRETO 3803/2006.NO REQUIERE REGISTRO DE IMPORTACION.NO REQUIERE REGLAMENTO TECNICO NOS ACOGEMOS ALA RES 481/2009 CAP II ART 3 PARAGRAFO 1. NC: CARGADOR BOBCAT S185 CON CUCHARON DE 74"; MARCA: BOBCAT; MOD: S185; CANT: 1; AÑO: 2011; S/N:A3L939351 MODEL MFLDOMTG(TG00003)No:G612416 MOTOR V2607-T MARCA KUBOTA S/N:AQ0612 P.O.JAPON.TRANSMISION HIDROSTATICA EN LAS CUATRO RUEDAS Y CUCHARA DE 74"P/N:6731421 CON LLANTA DE REPUESTO PARA USO AGRICOLA P/N:6780106 10X16.5 SV C. NHS,310 KPA; Y RIN DE REPUESTO. NC: CARGADOR BOBCAT S185 CON CUCHARON DE 74"; MARCA: BOBCAT; MOD: S185; CANT: 1; AÑO: 2011; S/N:A3L939350 MODEL MFLDOMTG(TG00003)No:G612393 MOTOR V2607-T MAR(continua al respaldo)

127. Valor pagos anteriores: 0	128. Recibo oficial de pago anterior No.: XXXXXXXXXXXXXXX	129. Fecha: XXXX XX XX
130. Espacio reservado DIAN - Actuación aduanera	131. Espacio reservado uso exclusivo Ministerio de Relaciones Exteriores	132. No. Aceptación declaración: 03201000125679 9 133. Fecha: 2010 12 10
134. Levante No. 0320100012567994	135. Fecha 2010/12/13	Firma funcionario responsable 136. Nombre 137. C.C. No.

Firma declarante

997. Espacio exclusivo para el sello de la entidad recaudadora (Fecha efectiva de la transacción)

Banco de Bogotá
135-OE AUTOPISTA EL DORADO-H.A.

Coloque el timbre de la máquina registradora al dorso de este formulario

CAJERO 8
RECIBIDO CON PAGO

980. Pago Total $: 40,121,000

Banco de Bogotá

(415)7707212489953(8020)01165080870176

01429228 4

Fecha de Impresión: 2010-12-10 18:07:55

DIAN
REPÚBLICA DE COLOMBIA

MUISCA

Declaración de Importación

Aceptación : **03201000125679 9-6**
Subpartida : **8429510000**

105 Continuación descripción mercancías (incluya marcas, serialés y otros)

CA KUBOTA S/N:AQ0625 P.O.JAPON.TRANSMISION HIDROSTATICA EN LAS CUATRO RUEDAS Y CUCHARA DE 74"P/N:6731421 CON LLANTA DE REPUESTO P
ARA USO AGRICOLA P/N:6780196 10X16.5 SV C. NHS,310 KPA; Y RIN DE REPUESTO. NC: CARGADOR BOBCAT S185 CON CUCHARON DE 74"; MARCA: B
OBCAT; MOD: S185; CANT: 1; AÑO: 2011; S/N:A3L939349 MODEL MFLDOMTG(TG00003)No:G622376 MOTOR V2607-T MARCA KUBOTA S/N:AQ0592 P.O.J
APON.TRANSMISION HIDROSTATICA EN LAS CUATRO RUEDAS Y CUCHARA DE 74"P/N:6731421 CON LLANTA DE REPUESTO PARA USO AGRICOLA P/N:67801
06 10X16.5 SV C. NHS,310 KPA; Y RIN DE REPUESTO. NC: CARGADOR BOBCAT S185 CON CUCHARON DE 74"; MARCA: BOBCAT; MOD: S185; CANT: 1;
AÑO: 2011; S/N:A3L939348 MODEL MFLDOMTG(TG00003)No:G622346 MOTOR V2607-T MARCA KUBOTA S/N:AQ0410 P.O.JAPON.TRANSMISION HIDROSTAT
ICA EN LAS CUATRO RUEDAS Y CUCHARA DE 74"P/N:6731421 CON LLANTA DE REPUESTO PARA USO AGRICOLA P/N:6780106 10X16.5 SV C. NHS,310 K
PA; Y RIN DE REPUESTO XXXX

Bobcat®

S185

Cargadoras compactas



S185

Especificaciones técnicas

Especificaciones de la máquina

Carga nominal	924 kg
Carga de vuelco	1849 kg
Capacidad de la bomba	100 l/min
Alivio del sistema en los acopladores rápidos	22,4–23,1 MPa
Velocidad de desplazamiento máxima (primera velocidad)	0 – 11,8 km/h
Velocidad de desplazamiento máxima (opción de segunda velocidad)	0 – 17,9 km/h

Motor

Marca/Modelo	Kubota / V2607-DI-TE3B-BC-2
Carburante / Refrigerante	Diésel / Agua
Potencia	43,3 kW
Par a 1425 RPM (SAE JI 995 bruto)	200,7 Nm
Número de cilindros	4
Cilindrada	2600 cm^3
Capacidad del depósito de carburante	90,8 l

Pesos

Peso operativo	2821 kg

Mandos

Dirección del vehículo	Dirección y velocidad controlados mediante dos palancas manuales
Sistema hidráulico de elevación e inclinación de la cargadora	Pedales o Sistema de mando de alta tecnología (ACS) independientes
Auxiliar delantero (estándar)	Interruptor eléctrico en la palanca manual derecha

Sistema de transmisión

Transmisión	Bombas de pistones hidrostáticos en tándem infinitamente variables que accionan dos motores hidrostáticos completamente reversibles

Equipamiento de serie

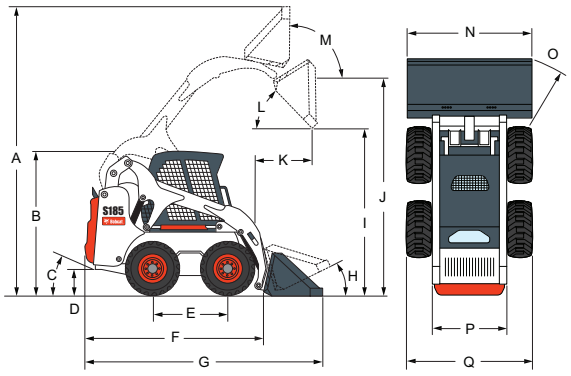
Asiento ajustable con suspensión con respaldo largo	Parada del sistema hidráulico/motor
Bujías incandescentes de activación automática	Autonivelación del cucharón
Sistema hidráulico de alto caudal	Instrumentación
Módulo de control eléctrico de los implementos	Seguro de los brazos de elevación
Módulo de control de implementos de 7 clavijas	Luces de trabajo delanteras y traseras
Bob-Tach™ , bastidor	Freno de estacionamiento
Sistema Bobcat de bloqueo interfuncional (BICS)	Cinturón de seguridad
Cabina del operador Deluxe	Barra de seguridad
Incluye un revestimiento de espuma, ventanas laterales, superior y trasera	Escape apagachispas
Circuito hidráulico delantero proporcional controlado eléctricamente	10 x 16,5 - 10–lonas, Heavy duty
	Certificación CE

* Estructura protectora contra el vuelco (ROPS) – conforme a los requerimientos de la SAE-J1040 e ISO 3471, y estructura protectora contra la caída de objetos (FOPS) conforme a los requerimientos de la SAE-J1043 e ISO 3449, Nivel I

Opciones

Tablero de instrumentos Deluxe	10 x 16,5 - 10–lonas, Severe duty con Poly Fill
Hidráulico, Bob-Tach™	Acondicionador de aire
Cabina cerrada con calefacción	Sistema de control avanzado (ACS)
31 x 12-16,5 - 10–lonas, Superflotación	Mandos manuales de alta tecnología (AHC)
10 x 16,5 - 10–lonas, Heavy duty, llantas descentradas	Controles de joysticks seleccionables (SJC)
10 x 16,5 - 10–lonas, Severe duty	Dos velocidades

Dimensiones



(A)	3862 mm	(J)	3002 mm
(B)	1938 mm	(K)	753 mm
(C)	23°	(L)	42°
(D)	191 mm	(M)	95°
(E)	1030 mm	(N)	1727 mm
(F)	2588 mm	(O)	2001 mm
(G)	3309 mm	(P)	1385 mm
(H)	25°	(Q)	1676 mm
(I)	2310 mm		

Implementos

Hoja dózer orientable
Barredora orientable*†
Ahoyador
Retroexcavadora
Hoja niveladora
Desbrozadora de cuchillas
Cucharones
Trituradora de residuos vegetales*
Cucharón 4 x 1
Bomba de hormigón*
Cizalla hidráulica*
Hoja transplantadora
Hoja dózer*
Dúmper
Grapa agrícola
Niveladora hidráulica*
Martillo hidráulico**
Grapa industrial
Explanadora
Rastrillo hidráulico
Cuchara hormigonera*
Horquilla portapalets – estándar
Horquilla portapalets – hidráulica
Fresadora*
Estabilizadores traseros
Escarificador
Turbina quitanieves*
Desenrollador de césped*
Nivelador rotativo*
Esparcidora
Descepadora*
Superdisco decapador
Barredora con cajón colector
Enganche de 3 puntos
Rotocultivador
Tilt-Tatch™
Orugas, acero
Transplantador de árboles*
Rueda compactadora
Zanjadora
Horquilla universal
Compactador vibrante
Conjunto de aspersores
Disco sierra
Barredora de cerdas

*Necesita módulo de control de implementos.
**El uso de estos implementos en la cargadora requiere el montaje de un conjunto para aplicaciones especiales que consiste en una puerta de cabina de 12 mm y cristales superior y trasero en Lexan de 6 mm.
†Aspersor de agua opcional.

Las especificaciones así como el diseño pueden experimentar cambios sin previo aviso - En las fotografías de unidades Bobcat puede aparecer equipamiento no de serie.

Bobcat®

www.bobcat.eu

©2008 Bobcat EMEA 4471730 ES (03-08)

HOJA DE VIDA VEHICULOS, MAQUINAS, HERRAMIENTAS Y EQUIPOS

NOMBRE DEL EQUIPO:	MINICARGADOR	**N° REGISTRO**	MC090218
MARCA:	BOBCAT	**N° SERIE**	A3L939350
LINEA	S185	**AÑO:**	2011
DIMENSIONES:	ALTO: 1938 mm	**COLOR:**	BLANCO NARANJA
	ANCHO: 1727 mm	**N° MOTOR**	V2607-AQ0625
	LARGO: 3309 mm	**NUEVO/USADO:**	USADO
FUNCION:	CARGUE, DEMOLICION, EXCAVACION ENTRE OTRAS	**IMPORTACION:**	032010001256799-6
RECOMENDACIONES PARA SU FUNCIONAMIENTO:	VERIFICAR NIVELES DE ACEITE, HIDRAULICO , COMBUSTIBLE Y CONTROLES DE MANDO		
RIESGOS PRESENTES DURANTE SU USO:	VOLCAMIENTO Y/O LECCIONES A TERCEROS		
ELEMENTOS PROTECCION A UTILIZAR:	CASCO, BOTAS DE SEGURIDAD, TAPAOIDOS.		

FOTOGRAFIAS







CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	FECHA MANTENIMIENTO	HOROMETRO
MANTENIMIENTO GENERAL	Cambio de aceite, Sistema Hidraulico, Cabina, Estado mecanico - MANTENIMIENTO GENERAL	03-oct-22	9234,3
MANTENIMIENTO GENERAL	Cambio de aceite, Sistema Hidraulico, Cabina, Estado mecanico - MANTENIMIENTO GENERAL	09-dic-22	9523,6
MANTENIMIENTO GENERAL	Cambio de aceite, Sistema Hidraulico, Cabina, Estado mecanico - MANTENIMIENTO GENERAL	20-feb-23	9772,6
MANTENIMIENTO GENERAL	Cambio de aceite, Sistema Hidraulico, Cabina, Estado mecanico - MANTENIMIENTO GENERAL	11-may-23	28,5
MANTENIMIENTO GENERAL	Cambio de aceite, Sistema Hidraulico, Cabina, Estado mecanico - MANTENIMIENTO GENERAL	09-ago-23	341,2
MANTENIMIENTO GENERAL	Cambio de aceite, Sistema Hidraulico, Cabina, Estado mecanico - MANTENIMIENTO GENERAL	09-ene-24	595
MANTENIMIENTO GENERAL	Cambio de aceite, Sistema Hidraulico, Cabina, Estado mecanico - MANTENIMIENTO GENERAL	01-jun-24	865,4
REPUESTOS	Cambio de repuestos mecanicos (swich, empaquetaduras, amortiguadores, tapa tanque , bomba de agua, lamparas)	20-sep-24	
MANTENIMIENTO	Desarme y desmonte de eje rueda delantera y cambio de rodamientos	08-oct-24	
MANTENIMIENTO GENERAL	Cambio de aceite, Sistema Hidraulico, Cabina, Estado mecanico - MANTENIMIENTO GENERAL	07-nov-24	1111

REALIZO MANTENIMIENTO: HUBER GONZALEZ

BOGOTÁ D.C. 24 de enero de 2025

CERTIFICADO OPTIMAS CONDICIONES

Por medio de la presente Jack Alonso Sierra Mancipe CERTIFICA que el siguiente equipo se encuentra en óptimas condiciones técnico-mecánicas de acuerdo con los parámetros establecidos por el fabricante para garantizar la operación segura y adecuada para realizar labores en obra.

MARCA: BOBCAT S185
TIPO: Construcción
N° SERIE: A3L939350
MODELO: 2011
COLOR : Blanco / Naranja.
ESTADO: Usado
Usos: Construcción, excavación, demolición y recolección de residuos.

El presente certificado se expide el 24 de enero de 2025.

Jack Alonso Sierra Mancipe
Mecánico Maquinaria Pesada.

ISFP.
INSTITUTO SUDAMERICANO DE FORMACIÓN PROFESIONAL

RECONOCIMIENTO INTERNACIONAL

Certificado

JACK ALONSO SIERRA MANCIPE

HA CUMPLIDO CON TODAS LAS OBLIGACIONES CORRESPONDIENTES AL RESPECTIVO PLAN DE ESTUDIOS,
APROBANDO EL CURSO

MECÁNICA DE MAQUINARIA PESADA

DE 200 HORAS DE DURACIÓN, TERMINÓ EN 17/08/2024,
POR LO EXPUESTO SE LE EXPIDE ESTE CERTIFICADO.

CERTIFICACIÓN AUTÉNTICA RECONOCIDO

DIRECCIÓN
INSTITUTO SUDAMERICANO DE FORMACIÓN PROFESIONAL

AMÉRICA DEL SUR
■ INSTITUTO ■

UNIVERSIDAD NACIONAL DE INGENIERÍA
Ciencia y tecnología al servicio del país

INSTITUTO DE TRANSPORTE
DE LA FACULTAD DE INGENIERÍA MECÁNICA

CERTIFICADO

OTORGADO A :

SIERRA MANCIPE , JACK ALONSO

Por su **ASISTENCIA** en el **1er Congreso en Mantenimiento de Maquinaria Pesada** organizado por el Instituto de Transportes de la Facultad de Ingeniería Mecánica de la Universidad Nacional de Ingeniería,con una duración de 20 horas académicas.
Llevado a cabo del **12 al 16 de Junio del 2023**, Perú.

Lima, 20 de junio del 2023

Dr. Ing. Elmar Javier Franco Gonzales
Decano FIM

Ing. Carlos Alfonso Rojas Serna
Director del Instituto de Transporte - UNI

100332936

BOGOTÁ D.C. 24 de enero de 2025

CONFIRMACION COMPROMISO DE MANTENIMIENTO

Por medio de la presente Huber Faminson Gonzalez Ramos se compromete a realizar los mantenimientos preventivos y correctivos que surjan mientras se encuentran ejecutando labores de obra; los mantenimientos preventivos se realizaran con intervalos de 250 Horas.

MARCA: BOBCAT
TIPO: Construcción
REFERENCIA: S 185
MODELO: 2011
SERIE MOTOR: A3L939350
HOROMETRO MANTENIMIENTO: 1.111
PROXIMO MANTENIMIENTO: 1.361

El presente certificado se expide el 24 de enero de 2025.

CORDIALMENTE,

HUBER FAMINSON GONZALEZ
DIRECTOR DE OBRA
CEL: 319 244 44 51

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

TARJETA DE REGISTRO DE MAQUINARIA

No. 112962

No. DE REGISTRO	MARCA	LINEA	AÑO MODELO
MC570343	SHANTUI	SE75	2023

TIPO DE MAQUINARIA	CLASE	No. SERIE
CONSTRUCCION	EXCAVADORA	66SE07EJNN0001420

COLOR(ES)	No. MOTOR	RODAJE
AMARILLO	CNE0731	ORUGAS

PESO Y MEDIDAS SIN ACCESORIOS

PESO	ALTO	ANCHO	LARGO
7650 Kg	2680 mm	2260 mm	6240 mm

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
REYES PEREZ JOSSE ESTEBAN	C.C. 1.018.500.108

LOCATARIO APELLIDO(S) NOMBRE(S) **IDENTIFICACIÓN**

LIMITACIONES A LA PROPIEDAD

PRENDA-MAQUINAS AMARILLAS SAS

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

SECRETARÍA DE MOVILIDAD DEL MUNICIPIO DE MOSQUERA

FECHA REGISTRO	FECHA EXPEDICIÓN	FECHA VENCIMIENTO
28-03-2023	28-03-2023	******

ORIGEN	DEC. IMPORTACION	FECHA DE LEVANTE
IMPORTACIÓN	352022000331713	03/08/2022



ESTA TARJETA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

TM02000035206

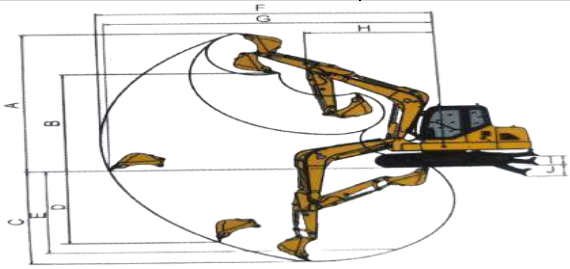
JERP MAQUINARIA	**FICHA TECNICA EXCAVADORA**	***CODIGO: FT 01420*** ***VERSION : 01*** ***PAGINA: 1 DE 1***

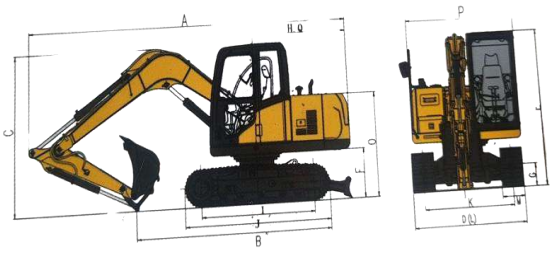
IDENTIFICACION	
CLASE	EXCAVADORA
CODIGO	EX-SHASE751P
TIPO DE MAQUINARIA	CONSTRUCCION
DISEÑO DATO DE FABRICANTE	
DATOS DE FABRICANTE	
MARCA	SHANTUI
LINEA	SE75
MODELO	2023
COLOR	AMARILLO
COMBUSTIBLE	DIESEL



PARAMETROS TECNICOS			
MOTOR		**SISTEMA TRASLACION**	
MODELO	KUBOTA V3307T	TIPO	BOMBA CON CAUDAL VARIABLE
TIPO	INYECCION DIRECTA, TURBOCARGADO	CANTIDAD DE RODILLOS DE SOPORTE	2X5
NUMERO DE CILINDRO	4	CANTIDAD DE RODILLOS PORTADORES	2X1
EMISION DE REGULACION	TIER 3	CANTIDAD DE ZAPATAS	2X39
DESPLAZAMIENTO	3.331 L	FUERZA DE TRACCION	86.5 KN
SALIDA DE POTENCIA	48.9KW/2000rpm	HABILIDAD DE GRADO	70%
SISTEMA HIDRAULICO		**FUERZA DE EXCAVACION (ISO6015)**	
TIPO	BOMBA CON CAUDAL VARIABLE	FUERZA DE EXCAVACION DEL BALDE	66KN
MAXIMO FLUJO DE DESCARGA	160L/MIN	FUERZA DE EXCAVACION DEL BRAZO	44KN
SISTEMA DE GIRO		**BALDE**	
TIPO DE MOTOR DE GIRO	MOTOR DE PLATO OSCILANTE	TIPO	BALDE RETROEXCAVADOR
VELOCIDAD DE GIRO	0-11 R/MIN	CAPACIDAD DE BALDE	0.13-0.32 M3
TIPO DE FRENO	LIBERACION DE PRESION,ROTURA MECANICA	ANCHO DE BALDE	860 mm
CAPACIDAD DE RECARGA Y LUBRICACION		**PESO DE FUNCIONAMIENTO**	
FULL TANQUE	150L	ANCHURA DE ZAPATA	450 mm
SISTEMA DE ENFRIAMIENTO	11L	PRESION DEL SUELO	34KPa
ACEITE MOTOR	11L	PESO OPERATIVO	7560Kg
CAPACIDAD DEL SISTEMA	145L		

ALCANCE DE TRABAJO (MM)			**DIMENSIONES (MM)**		
A	MAX. ALTURA DE EXCAVACION	6945	A	LONGUITUD TOTAL	6240
B	MAX. ALTURA DE VERTIDO	4895	B	LONGITUD DE CONTACTO CON TIERRA (TRANSPORTE)	3750
C	MAX. PROFUNDIDAD DE EXCAVACION	4120	C	ALTURA TOTAL (HASTA LA PARTE SUPERIOR DEL PLUMA)	2660
D	MAX. PROFFUNDIDAD DE EXCAVACION VERTICAL	3620	D	ANCHO PROMEDIO	2260
E	CORTE DE PROFUNDIDAD PARA FONDO A NIVEL DE 2500 MM	3770	E	ALTURA TOTAL (HASTA LA PARTE SUPERIOR DE LA CABINA)	2680
F	DISTANCIA DE EXCAVACION	6360	F	DISTANCIA AL SUELO DEL CONTRAPESO	825
G	RADIO DE EXCAVACIÓN A NIVEL DEL SUELO	6205	G	DISTANCIA AL SUELO DE LA ORUGA	385
H	MIN. RADIO DE GIRO DEL EQUIPO DE TRABAJO	2040	H	RADIO DE GIRO DE COLA	1880
I	ALTURA DE ELEVACIÓN DE LA HOJA TOPADORA	385	I	DISTANCIA ENTRE CENTROS RUEDA GUIA Y SPROCKET	2195
J	PROFUNDIDAD DE CORTE HOJA TOPADORA	225	J	LONGUITUD DE LA ORUGA	2820





REPÚBLICA DE COLOMBIA

DIAN

Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Declaración de Importación

Privada

500

1. Año **2022**

Espacio reservado para la DIAN (Antes de diligenciar este formulario lea cuidadosamente las instrucciones)

4. Número de formulario

352022000331713-4

Importador

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV.	11. Apellidos y nombres o Razón Social			
900459311	1	MAQUINAS AMARILLAS S.A.S.			
13. Dirección	**15. Teléfono**	**12. Cód. Admón.**	**16. Cód. Dpto**	**17. Cód. Ciudad Municipio**	
CR 17 142 25 P 2	7023060	35	11	001	

Declarante

24. Número de Identificación Tributaria (NIT)	25. DV.	26. Razón social del declarante autorizado	27. Tipo usuario	28. Cód. usuario
830049499	4	AGENCIA DE ADUANAS CONTINENTAL EXPRESS LTDA NIVEL 2	26	0384
29. Número documento de identificación		**30. Apellidos y nombres**		
16289800		LOZANO IREGUI NELSON FABIAN		

31. Clase Importador	32. Tipo declaración	33. Cod.	34.No.Formulario Anterior	35. Año - Mes - Día	36. Cod. Admón.	37. Declaración de Exportación	38. Año - Mes - Día	39. Cod. Admón.
02	Legalización	2	352022000315675	2022 - 07 - 18	35	No. XXXXXXXXXXXXXXX	XXXX - XX - XX	XX

40. Cod. lugar ingreso de las mercancías	41. Cod. Depósito	42. Manifiesto de carga	43. Año - Mes - Día	44. Documento de transporte	45. Año - Mes - Día
BUN	2	No. 116575012496869	2022 - 07 - 06	No. WHBA61TJBV04	2022 - 06 - 04

46. Nombre exportador o proveedor en el exterior	47. Ciudad	48. Cod.País Exportador
SINOLATION IMP AND EXP CO., LIMITED	WANCHAI	351

49. Dirección exportador o proveedor en el exterior	50. E-mail
ROOM 803, EASEY COMMERCIAL BUILDING 253-261 HENNES	86-0537-2909372

51. No. de factura	52. Año - Mes - Día	53. Cod. país procedencia	54. Cod. Modo Transporte	55. Código de Bandera	56. Cod. Depto destino	57. Empresa transportadora	58. Tasa de cambio $ cvs.
COL220624MH01	2022 - 06 - 24	215	1	351	11	SCS ADUANERA COLOMBIA S.A.S	4,068.75

S	59. Subpartida arancelaria	60. Cod. Complementario	61. Cod. Suplementario	62. Cod. Modalidad	63. No. cuotas o meses	64. Valor cuota USD	65. Periodicidad del pago de la cuota	66. Cod. país de origen	67. Cod. Acuerdo
	8429520000	XX	XX	C100	XX	XXXX	XX	215	XXX

68. Forma de pago de la importación	69. Tipo de importación	70. Cod. país compra	71. Peso bruto kgs. dcms.	72. Peso neto kgs. dcms.	73. Código embalaje	74. No. bultos	75. Subpartidas	76. Cod. unidad comercial	77. Cantidad dcms.
05	01	215	242,325.23	242,270.25	YY	36	2	u	17.00

78.Valor FOB USD	79. Valor fletes USD
871,990.00	192,920.28
80. Valor Seguros USD	**81. Valor Otros Gastos USD**
4,693.75	0.00
82. Sumatoria de fletes, seguros y otros gastos USD	**83. Ajuste valor USD**
197,614.03	0.00
84. Valor aduana USD	**85. Código registro o licencia** / **86. Número**
1,069,604.03	X / XXXXXXXXXX
87. Cod. oficina / **88. Año** / **89. Programa No** / **90. Cód Interno del Producto**	
99 / XXXX / XXXXXXXXXX / 0	

Autoliquidación

Concepto	%	Base	Total Liquidado ($)	Total a pagar con esta declaración ($)	Total Liquidado (USD)
Arancel	92 0.00	93 4,351,951,397	94 0	95 0	96 0
I.V.A.	97 19.00	98 4,351,951,397	99 826,871,000	100 0	101 0
Salvaguardia	102 0.00	103 0	104 0	105 0	106 0
Derechos Compensatorios	107 0.00	108 0	109 0	110 0	111 0
Derechos Antidumping	112 0.00	113 0	114 0	115 0	116 0
Sancion	117 0	118 0	119 0	120 0	
Rescate	121 0	122 0	123 0	124 0	
		Total	125 826,871,000		126 0

91. Descripción de las mercancías(No inicie la descripción de las mercancías a importar con lo señalado en el arancel de aduanas en la subpartida arancelaria - Incluya marcas, seriales y otros) (Si el campo es insuficiente, continúe al respaldo de este formulario)

/ DIM 2/2 D.O. GLA-BNV-22-094/ NOS ACOGEMOS AL DECRETO 0925 DE 2013,MERCANCIA NO REQUIERE REGISTRO DE IMPORTACION.// LEGALIZACIÓN SIN PAGO DE RESCATE SEGUN ART. 293, NUMERAL 3 INCISO 1 Y ART. 302 DE LA RESOLUCIÓN 46 DE 2019, APLICACIÓN DEL ANÁLISIS INTEGRAL. (4 U) REF.: SE60, PRODUCTO: EXCAVADORA, MODELO: SE60, SERIAL: 66SE06EJNN1002147, 66SE06EJNN1002148, 66SE06EJNN1002149, 66SE06EJNN1002150, MOTOR: CNC0183, CNC0173, CNC0182, CNE1911, USO O DESTINO: CONSTRUCCION; AÑO DE FABRICACIÓN: 2022, AÑO MODELO: 2023, COMPLETO CON TODOS SUS ACCESORIOS PARA SU NORMAL FUNCIONAMIENTO, MARCA: SHANTUI.//(3 U) REF.: SE75, PRODUCTO: EXCAVADORA, MODELO: SE75, SERIAL: 66SE07EJNN0001419, 66SE07EJNN0001420, 66SE07EJNN0001421; MOTOR: CNE0854, CNE0731, CNE0732, USO O(continúa al respaldo)

127. Valor pagos anteriores: **826,871,000**	128. Recibo oficial de pago anterior No.: XXXXXXXXXXXXXXX	129. Fecha: XXXX XX XX
130. Espacio reservado DIAN - Actuación aduanera Estado de levante: Después de insp.: levante No hay declaración posterior Acta de inspección No.: 352022000036167 Inició: 2022-07-27 22:13:12 Finalizó: 2022-08-03 11:29:00	131. Espacio reservado uso exclusivo Ministerio de Relaciones Exteriores	132. No. Aceptación declaración 352022000331713 133. Feha: 2022 07 27

134. Levante No.	135. Fecha	Firma funcionario responsable	136. Nombre / 137. C.C. No.
352022000304525	2022 - 08 - 03		DIEGO ADALBERTO ULABARRI CAICE / 1,107,086,084

Firma declarante	997. Espacio exclusivo para el sello de la entidad recaudadora (Fecha efectiva de la transacción) Coloque el timbre de la máquina registradora al dorso de este formulario	**980. Pago Total $** **0** 996. Espacio para autoadhesivo de la entidad recaudadora (Número del adhesivo) SYGA Autoadhesivo 92352201509224 Fecha presentación 2022-07-27 22:08:22 Valor pagado $No se aplicó el pago

105. Continuación descripción mercancías (Incluya marcas, seriales y otros)

DESTINO: CONSTRUCCION; AÑO DE FABRICACIÓN: 2022, AÑO MODELO: 2023, COMPLETO CON TODOS SUS ACCESORIOS PARA SU NORMAL FUNCIONAMIENTO, MARCA: SHANTUI.//(3 U) REF.: SE135, PRODUCTO: EXCAVADORA, MODELO: SE135, SERIAL: 66SE13EKNN0000481, 66SE13EKNN0000482, 66SE13EKNN0000483; MOTOR: 77243206, 77243214, 77242676, USO O DESTINO: CONSTRUCCION; AÑO DE FABRICACIÓN: 2022, AÑO MODELO: 2023, COMPLETO CON TODOS SUS ACCESORIOS PARA SU NORMAL FUNCIONAMIENTO, MARCA: SHANTUI.//(5 U) REF.: SE220LC, PRODUCTO: EXCAVADORA, MODELO: SE220LC, SERIAL: 66SE22DKNN1000671, 66SE22DKNN1000672, 66SE22DKNN1000673, 66SE22DKNN1000674, 66SE22DKNN1000675; MOTOR MODELO: 6BTAA5.9-C150-II, SERIAL MOTOR: 82432014 / 82432008 / 82432652 / 82432552 / 82432548, USO O DESTINO: CONSTRUCCION; AÑO DE FABRICACIÓN: 2022, AÑO MODELO: 2023, COMPLETO CON TODOS SUS ACCESORIOS PARA SU NORMAL FUNCIONAMIENTO, MARCA: SHANTUI.//(2 U) REF.: SBH388, PRODUCTO: RETROEXCAVADORA, MODELO: SBH388, SERIAL: 2022602, 2022603; MOTOR: BYC 4994909, 22A07482 / 22G03992, 10 403 504 042; SERIAL MOTOR: 82431200 / 82445644, USO O DESTINO: CONSTRUCCION; AÑO DE FABRICACIÓN: 2022, AÑO MODELO: 2023, COMPLETO CON TODOS SUS ACCESORIOS PARA SU NORMAL FUNCIONAMIENTO, MARCA: SHANTUI./XXXX

DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

ACTA DE INSPECCIÓN
No. 352022000036167

1. LUGAR
LEGALIZACION DE MERCANCIA
2. FECHA EN QUE SE SELECCIONÓ LA DECLARACIÓN PARA INSPECCIÓN
2022-07-27 22:13:12

De conformidad con lo establecido en el decreto 2685/99, Resolución Reglamentaria 4240/00, mediante el presente auto se comisiona a los funcionarios:

3. NOMBRES Y APELLIDOS: DIEGO ADALBERTO ULABARRI CAICE
4. CÉDULA CIUDADANÍA: 1107086084

5. Para que adelanten la "Inspección previa al Levante de la Mercancía", correspondiente a la Declaración de Importación

No.:92352201509224 (Ver Motivos de Inspección) Documentos Soporte

6. DOCUMENTO DE TRANSPORTE	7. NÚMERO MANIFIESTO	8. FECHA
WHBA61TJBV04	116575012496869	7/6/2022

DECLARANTE
09. Nombre: AGENCIA DE ADUANAS CONTINENTAL EXPRESS LTDA NIVEL 2
10. NIT.: 830049499-4

IMPORTADOR
11. Nombre: MAQUINAS AMARILLAS S.A.S.
12. NIT.: 900459311-1

CAUSALES PARA RECHAZAR EL LEVANTE DE MERCANCÍAS POR SER PRESENTADA LA DECLARACIÓN:
NO CONFORME CON LO DECLARADO:

13.1. ☐ Errores u omisiones parciales (seriales, números de identificación)
13.2. ☐ Controversia de Valor
13.3. ☐ Errores en Subpartida Arancelaria, Tarifas, Tasa de Cambio, Sanciones, Operaciones Aritméticas, Modalidad y Tratamiento Preferencial
13.4. ☐ Errores u omisiones en la Descripción que impiden la Individualización de las Mercancías
13.5. ☐ Valor inferior al Precio Oficial
13.6. ☐ No aporta el(los) documento(s) soporte(s)
13.7. ☐ Mercancía no está amparada por el Certificado de Origen

NO DECLARADO:

13.8. ☐ Mercancía superior en Cantidad o diferente a las Declaradas
13.9. ☐ Otros (¿Cuál?)

14. OBSERVACIONES AL (LOS) ITEM(S):
15. CAUSALES PARA APREHENDER LA MERCANCÍA:

16. VALOR CIF DECLARADO:	17. VALOR TRIBUTOS PAGADOS:	18. SANCIONES PAGADAS:
US$1,069,604.03	$0.00	$0.00

19. DECLARACIÓN DE VALOR: No.: SIN
20. CERTIFICADO DE INSPECCIÓN: No.: SIN

21. PROCEDE LEVANTE:	◉ SI	○ NO	○ LEV. PARCIAL	○ NO PRESENCIA	○ TOMA MUESTRAS	○ REQ.ESP.ADUANERO

22. LEVANTE	DEL ITEM 1	PESO (Kg) : 242325.23	CANTIDAD (Unidades Com): 17
23. NO PROCEDE	DEL ITEM 1	PESO (Kg) : 0	CANTIDAD (Unidades Com): 0
24. APREHENSIÓN	DEL ITEM 1	PESO (Kg) : 0	CANTIDAD (Unidades Com): 0

25. JUSTIFICACIÓN: numeral 3 del artículo 185 del Decreto 1165 de 2019

26. INSPECCIÓN FINALIZADA EN LA FECHA: Año: 2022 Mes: 8 Día: 3 Hora: 11 Min: 29

27. OBSERVACIONES : Ver Hoja 2

28. NOMBRES Y APELLIDOS JEFE DE BODEGA: LINA MARCELA GIRALDO
29. CÉDULA CIUDADANÍA: 29227656

30. ACOMPAÑAMIENTO DE OBSERVADOR: ○ SI ◉ NO
31. NOMBRES Y APELLIDOS OBSERVADOR:
32. CÉDULA CIUDADANÍA: 0

No. Levante Asignado : 352022000304525

INSPECTOR 1 | INSPECTOR 2 | DECLARANTE | JEFE BODEGA

DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

ACTA DE INSPECCIÓN
No. 352022000036167

1. LUGAR
LEGALIZACION DE MERCANCIA
2. FECHA EN QUE SE SELECCIONÓ LA DECLARACIÓN PARA INSPECCIÓN
2022-07-27 22:13:12

OBSERVACIONES :

Auto Comisorio No. 1961 Fecha: 01/08/2022

Conforme a lo ordenado en el auto comisorio se realizó diligencia aduanera de inspección física del 10% de la mercancía seleccionada para tal fin, encontrando confor midad entre lo declarado, la información contenida en los documentos s oporte presentados y lo inspeccionado.

La mercancía cumple con las descripciones mínimas de conformidad con la Resolución 57 del 13 de a bril de 2015.

El peso bruto de la mercancía corresponde con el de l os documentos soporte. Se verifica que el importador y la agencia de a duana se encuentren activos en el RUT al momento de la actuación por p arte del inspector.

Mercancía: EXCAVADORA

Por tal razón se auto riza el levante, fundamentado en las siguientes normas: numeral 3 del artículo 185 del Decreto 1165 de 2019, IN-COA-0151 V4 de 2021, Resoluc ión 1684 de la CAN y el Manual de Procedimientos del Sistema Informáti co SYGA Importaciones.

La diligencia de inspección se realizó en pr esencia del auxiliar de la agencia de aduanas.

No se tomaron muestr as de mercancía durante la diligencia de inspección.

Los documentos se presentan a través de correo electrónico.
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

UNA VEZ LEIDO Y APROBADO EL PRESENTE DOCUMENTO, SE FIRMA POR QUIENES EN ÉL INTERVINIERON, EL DÍA: 3 de Agosto de 2022 a las 11:29.

INSPECTOR 1	INSPECTOR 2	DECLARANTE	JEFE BODEGA

JERP MAQUINARIA	SISTEMA GESTION DE MANTENIMIENTO	VERSION	1
	CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO	EMISION	25/11/2024
	EXCAVADORA SHANTUI SE75	PAGINA	1 DE 1

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD	FRECUENCIA	PM01	PM02	PM03	PM04	PM05	PM06	PM07	PM08
				250 HRS	500 HR	750 HR	1000 HR	1250 HR	1500 HR	1750 HR	2000 HR
MOTOR											
ACEITE MOTOR 15W40	3	GLN	250 HR	X	X	X	X	X	X	X	X
FILTRO DE ACEITE MOTOR	1	UND	250 HR	X	X	X	X	X	X	X	X
FILTRO DE COMBUSTIBLE	1	UND	250 HR	X	X	X	X	X	X	X	X
FILTRO SEPARADOR DE PARTICULAS DE AGUA	1	UND	250 HR	X	X	X	X	X	X	X	X
FILTRO DE AIRE (PRIMARIO Y SEGUNDARIO)	1	UND	250 HR	X	X	X	X	X	X	X	X
FILTRO VALVULA RESPIRADOR DE TANQUE HIDRAULICO	1	UND	250 HR	X	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERANTE	1.5	GLN	2000 HR								X
INSPECCIONAR TENSION DE CORREA ACCESORIOS	1	UND	250 HR	X	X	X	X	X	X	X	X
SISTEMA HIDRAULICO											
ACEITE HIDRAULICO SAE AW68	18	GLN	2000 HR								X
FILTRO DE TANQUE HIDRAULICO	1	UND	2000 HR								X
FILTRO DE RETORNO	1	UND	2000 HR								X
FILTRO PILOTO	1	UND	2000 HR								X
LIMPIEZA TANQUE HIDRAULICO	1	UND	2000 HR								X
TREN DE RODAJE											
ACEITE MANDOS FINALES 80W90	0.5	GLN	500 HR		X		X		X		X
INSPECCION DE RODILLOS INFERIORES Y SUPERIORES	16	UND	250 HR	X	X	X	X	X	X	X	X
ESTRUCTURA											
INSPECCION DE ESTRUCTURA GENERAL	1	UND	1000 HR				X				X
FILTRO DE AIRE ACONDICIONADO	1	UND	1000 HR				X				X

CADA 8 HORAS DE SERVICIO:

-REVISAR NIVEL DE ACEITE MOTOR
-REVISAR NIVEL DE HIDRAULICO
-REVISAR NIVEL DE REFRIGERANTE
-LUBRICAR LAS PARTES DE ARTICULACION

CADA QUE SEA NECESARIO:

-LIMPIAR PANEL DE RADIADOR
-CAMBIAR CINTURONES Y DIENTES DE BALDE
-REMPLAZAR RODILLOS SUPERIORES E INFERIORES
-REMPLAZA MANGUERAS



ELABORADO POR : **ING JOSE ESTEBAN REYES**

TP. CN230-172833

Bogotá, 29 de abril de 2025

A su solicitud

COMPROMISO DE MANTENIMIENTO

YO, JOSSE ESTEBAN REYES PEREZ, identificado con cedula de ciudadanía número 1.018.500.108, como propietario de la excavadora, manifiesto mi compromiso para coordinar y gestionar el mantenimiento preventivo del equipo:

EQUIPO	MARCA	MODELO	No. SERIE	AÑO
EXCAVADORA	**SHANTUI**	**SE-75**	**66SE07EJNN0001420**	**2023**

Ratifico que estos mantenimientos se realizaran de acuerdo con lo estipulado en el manual de operación, ejecutando actividad cada 250 horas.

Cordialmente,

JOSSE ESTEBAN REYES PEREZ
CC.1018500108
ING. MECANICO
MATRICULA: CN230-172833

Bogotá, 13 de enero de 2025

CERTIFICADO DE MANTENIMIENTO.
CODIGO: 10106

Estimados Ingenieros.

Por medio del presente documento, yo **JOSSE ESTEBAN REYES PEREZ**, ingeniero mecánico con número de registro de tarjeta profesional **CN230-172833**. **CERTIFICO** que el equipo **EXCAVADORA SHANTUI SE75** modelo 2023 con número de serie 66SE07EJNN0001420. se le realizó el respectivo mantenimiento preventivo, lo cual se encuentra en óptimas condiciones técnico- mecánicas, hidráulicas y eléctricas garantizando una operación segura y adecuada para realizar labores de obra.

Se realizo mantenimiento preventivo cambiando los siguientes ítems:

TIPO	ESPECIFICACION	CANTIDAD
Aceite motor	15W40 Móvil.	3 galones
Filtro de aceite	B-163	1 filtro
Filtro sedimentador de agua	FC-1804	1 filtro
Filtro de combustible	FS-1241	1 filtro
Filtros de aire	A6227S	1 filtro
Filtro de aire externo e interno	A 8602S	2 filtros

El horómetro en el cual se realizó el ultimo cambio de aceite fue a las 1.908 Hrs y su próximo cambio de aceite será a las 2.158 Hrs realizando el mismo procedimiento como lo establece el fabricante con sus respectivas inspecciones.

El presente certificado de mantenimiento se expide el día 13 de enero de 2025.Cordialmente,

Jose Esteban Reyes P.

INGENIERO MECÁNICO
C.C 1018500108 de Bogotá
T.P: CN230-172833

JERP MAQUINARIA	**CHECK LIST MANTENIMIENTO EXCAVADORA DE ORUGA**	***CODIGO: 10106*** ***PAGINA: 1 DE 2*** ***FECHA: 13/01/2025***

DATOS GENERALES



MARCA: SHANTUI
LINEA: SE 75
No. SERIE: 66SE07EJNN0001420
COLOR: AMARILLO
HOROMETRO: 1908 HRS

DATOS OPERADOR

APELLIDOS Y NOMBRES	JUAN VEGA
LICENCIA DE OPERACIÓN	TECNICO SENA

CHECK LIST

B: BIEN R:REGULAR N/P:NO APLICA

	ESTRUCTURA	B	R	N/A		SISTEMA DE LUCES	B	R	N/A
1.	parabrisas	X			26.	foco superior cabina	X		
2.	plumillas	X			27.	foco laterales estructura	X		
3.	vidreos laterales	X			28.	foco interna cabina	X		
4..	pasamanos	X				**ESTRUCUTRA BASTIDOR**			
5.	puerta	X			29.	bastidor oruga	X		
6.	manillas de puertas	X			30.	caja reductora	X		
7.	espejos laterales	X			31.	rodillos inferiores	X		
8.	espejo interior	X			32.	rodillos superiores	X		
9.	asiento operador	X			33.	sistema tensor	X		
10.	balde biela balde	X			34.	zapatas oruga	X		
11.	cilindro y flexibles de balde	X			35.	escalones	X		
12.	calza de baldes y pasadores	X				**OTROS**			
13.	brazo	X			36.	logo empresa	X		
14.	cilindro y flexibles de brazo	X			37.	limpieza interior cabina	X		
15.	calza de brazo y pasadores	X			38.	limpieza externa	X		
16.	pluma	X			39.	fugas visibles	X		
17.	cilindro y flexibles de pluma	X			40.	marcador nivel combustible	X		
18.	calza de pluma y pasadores	X			41.	marcador presion de aceite	X		
19.	contrapesa	X			42.	marcador de temperatura	X		
20.	cabina	X			43.	horometro	X		
	ACCESORIOS				44.	panel de control	X		
21.	extintor	X			45.	acelerador manual	X		
22.	botiquin	X			46.	palanca bloqueo hidraulico	X		
23.	cinturon de seguridad	X			OBSERVACIONES:				
24.	bocina	X							
25.	alarma de retroceso	X							

MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS E INSPECCIONES				
BUENAS PRACTICAS, CADA 250 HRS DE USO				
FECHA DE SERVICIO	**ACTIVIDAD REALIZADA**	**CONDICION ACTUAL**	**FECHA PROX. REVISION**	**OBSERVCIONES**
13/01/2025	Revisar fugas de radiador	OK	2.158 HRS	
	Fugas de motores de traslacion	OK	2.158 HRS	
	Fugas del motor	OK	2.158 HRS	
	Vaciado del tanque de combustible para sedimentos y agua	OK	2.158 HRS	
	Verificar los niveles de aceite del mecanismo impulsor de la bomba	OK	2.158 HRS	
	Analizar los niveles de electrólito en la batería	OK	2.158 HRS	
	Limpieza de los elementos que constituyen el filtro de aire	OK	2.158 HRS	
	Inspección de la tornillería en el tren de rodamiento	OK	2.158 HRS	
	Ergonomía: El acceso a la cabina se ha de llevar a cabo a través de peldaños. Éstos tienen que ser antideslizantes y mantenerse en buenas condiciones	OK	2.158 HRS	
			2.158 HRS	
	Ergonomía: La puerta de acceso ha de poder abrirse y cerrarse fácilmente, La fuerza necesaria para abrir la puerta no debe ser superior a 150 Nm.	OK	2.158 HRS	
			2.158 HRS	
	Ergonomía: La regulación del asiento tiene que funcionar en todas sus posiciones, y permitir, en todo momento, una visibilidad directa adecuada.	OK	2.158 HRS	
			2.158 HRS	
	Puesto de mando: La cabina debe estar correctamente insonorizada, no presentar cristales rotos, proteger al operador de vapores, calefacción y sistema de ventilación. (depende la linea de fabricacion del equipo)	OK	2.158 HRS	
			2.158 HRS	
	Asiento: La distancia entre el asiento y los órganos de accionamiento deben adaptarse al operador. Debe disponer de un sistema de amortiguación de vibraciones.	OK	2.158 HRS	
			2.158 HRS	
	Información: Información y advertencias sobre la máquina clara y precisa (como zonas calientes, caída en altura, atrapamientos, vibraciones, etc.)	OK	2.158 HRS	
			2.158 HRS	
	Iluminación: Debe disponer de alumbrado incorporado, luces y faros tanto delanteros, como traseros.	OK	2.158 HRS	
			2.158 HRS	

CALIFICACION DEL SISTEMA: *DE LA INSPECCION REALIZADA A LOS SISTEMAS PRINCIPALES DEL EQUIPO EXCAVADORA DE ORUGA SE INDICA*

MOTOR: SE ENCUENTRA EN PERFECTAS CONDICIONES DE OPERATIVIDAD, ASI MISMO NO PRESENTA FUGAS DE FLUIDOS, COMO ACEITES LUBICANTES, AGUA Y COMBUSTIBLE.

SISTEMA HIDRAULICO: CILINDROS EN BUENAS CONDICIONES SIN PRESENTAR FUGAS.

TREN DE RODAJE: SE APRECIA GRAN REACCION A LOS ESFUERZOS, LO QUE GARANTIZA SU FUNCIONAMIENTO, SISTEMAS DE ORUGA,ZAPATAS,PINES,RUEDA GUIA Y SPROCKET EN BUENAS CONDICIONES DE OPERATIVIDAD

Jose Esteban Reyes P.

REVISADO Y APROVADO POR: JOSSE ESTEBAN REYES PEREZ

INGENIERO MECANICO

Consejo Profesional
Nacional de Ingenierías
Eléctrica, Mecánica
y Profesiones Afines

Referencia: .

EL CONSEJO PROFESIONAL NACIONAL DE INGENIERíAS ELÉCTRICA, MECÁNICA Y PROFESIONESAFINES, EN VIRTUD DE LO ESTABLECIDO POR LA LEY 51 DE 1986 Y EL DECRETO 1873 DE 1996

HACE CONSTAR QUE:

1. El Ingeniero **Josse Esteban REYES PEREZ**, identificado con Cédula de Ciudadanía No. **1018500108** de **Bogotá, D. C. (Bogotá, D. C.)**, se encuentra registrado ante el Consejo Profesional Nacional de Ingenierías Eléctrica, Mecánica y Profesiones Afines, como Ingeniero **MECÁNICO** con Matrícula No. **CN230-172833** expedida por el Consejo Profesional Seccional de **CUNDINAMARCA** mediante resolución No. **CN-44 de 2023** el día **10** de **Noviembre** de **2023** y confirmada por el Consejo Profesional Nacional según Resolución No. **CPN-128 de 2023**.

2. La matrícula profesional No. **CN230-172833**, del citado ingeniero se encuentra Vigente y no se registran Sanciones a la fecha.

Esta constancia se expide por solicitud del interesado. La vigencia de la presente certificación es de Seis (6) meses a partir de la fecha de expedición.

Dada en la ciudad de Bogotá D.C., a los Diecisiete (17) días del mes de Marzo de Dos Mil Veinticinco (2025)

Consejo Profesional Nacional de Ingenierías Eléctrica, Mecánica y Profesiones Afines
Código de Validación:**999901875288. Vence el 17-Septiembre-2025**
Entre a www.consejoprofesional.org.co y a la opción 'Validar Certificado' para verificar su validez



MARCO ANTONIO GOMEZ ALBORNOZ
Secretario Ejecutivo



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-NOV-1986**

EL ESPINO
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56	**A+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

15-ABR-2005 EL ESPINO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-0708500-34141091-M-1051316122-20050912 **04359**05255B 02 181763842

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.051.316.122

VEGA TEATINO

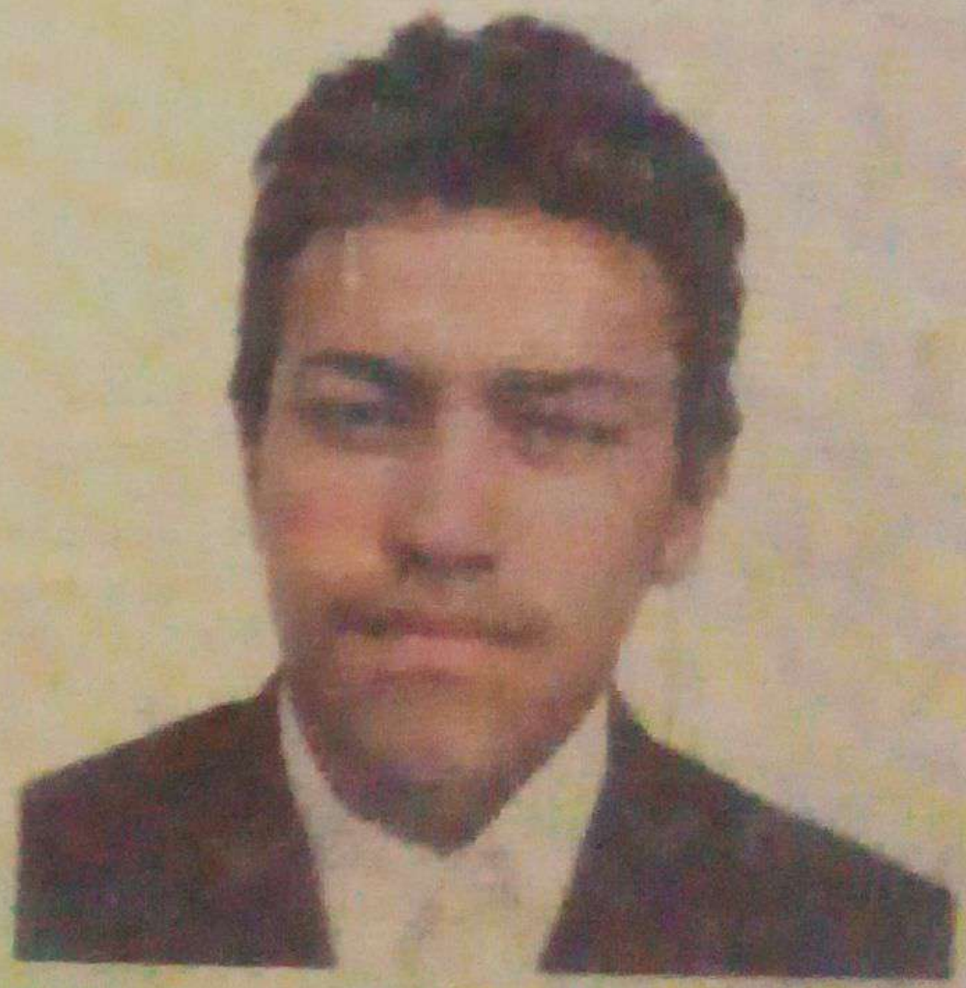
APELLIDOS

JUAN BAUTISTA

NOMBRES

Juan B vega T.

FIRMA





JUAN BAUTISTA VEGA TEATINO

Calle 59 sur # 99c-22

TEL: 310 8579952

E-mail: jvdiscover@hotmail.com

PERFIL PROFESIONAL

Soy un operador de maquinaria pesada con más de 12 años de experiencia en la industria de la construcción. Tengo experiencia en la operación de excavadoras, minicargador y vibro, incluyendo construcción de carreteras y edificación de estructuras. Mi sólida formación incluye certificaciones en manejo de maquinaria pesada y un historial comprobado en la ejecución segura y eficiente de tareas.

Poseo habilidades en el mantenimiento básico de equipos y una gran capacidad para resolver problemas técnicos que pueden surgir durante las operaciones. Mi enfoque en la seguridad y cumplimiento de normativas me ha permitido contribuir a un entorno de trabajo seguro y libre de accidentes.

Destaco por mi habilidad para trabajar en equipo y comunicarme eficazmente con supervisores y colegas, lo cual facilita la coordinación en proyectos complejos. Mi adaptabilidad y compromiso con los estándares de calidad y seguridad hacen de mí un candidato ideal para posiciones en ambientes de trabajo desafiantes y exigentes.

EXPERIENCIA LABORAL

TRANSPORTES FARIAS

Operador de maquinaria pesada

06/ 2016 - actualmente

FUNCIONES:

Operar excavadoras, minicargadores y vibradores para realizar tareas de construcción, incluyendo la excavación de terrenos, carga y transporte de materiales, y compactación de superficies.

LOGROS:

Mejore mis conocimientos en los procesos realizados.

FORMACION ACADEMICA

BACHILLER TÉCNICO

Institución Educativa CELFI

2004

Referencias y certificados serán entregados a solicitud.

Libertad y orden
RÉPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento del Decreto 1072 de 2015
otorga
Certificado de Competencia Laboral a

JUAN BAUTISTA VEGA TEATINO

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 1051316122

Quien demostró su Competencia Laboral en la
Norma

Operar maquinaria pesada de acuerdo con manual del fabricante y tipo de labor / Excavadora hidráulica - NIVEL INTERMEDIO

Código: 270101120 - Versión: 1

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en BOGOTÁ D.C.. A los cinco (5) días del mes de Septiembre de dos mil veintitres (2023)

Firmado Digitalmente por



1674661 - 05/09/2023
No Y FECHA REGISTRO

WILLIAM DARIO RIAÑO BARON
Subdirector CENTRO DE TECNOLOGÍAS PARA LA CONSTRUCCIÓN Y LA MADERA
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9209002701011202231CC1051316122C.

Famisanar

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JUAN BAUTISTA VEGA TEATINO identificado(a) con CC. 1051316122 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**2007/01/15**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**SUBRED SUR OCCIDENTE E.S.E - HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY**
Categoria:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 29 días del mes de 04 del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **JUAN BAUTISTA VEGA TEATINO** identificado con **CC** No. **1051316122**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
JOSSE ESTEBAN REYES PEREZ - NI. 1018500108	**Fecha de inicio de cobertura :** 18/09/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501014452651.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 29 días del mes de abril de 2025.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_03
MIS_4_1_3_FR15 v_010

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	1018500108-9	JOSSE ESTEBAN REYES PEREZ	KILOMETRO 4 VIA LA CALERA	3233221244	HETAVEJI@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		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	
2025-04	2025-03	E	09/04/2025	85665476	$885.500	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	57.000	0		0		0	6	300	0	57.300	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	57.000	0		0		0	6	300	0	57.300	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	227.800	0	0	0	0	6	900	0	228.700	1
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	6	900	0	228.700	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	198.200				198.200	6	800	199.000			1.982	199.000	2

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	114.000	6	500	114.500	2

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	114.000	114.600
Pensión	2	455.600	457.400
Riesgos Laborales	1	198.200	199.000
CCF	1	114.000	114.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	6	881.800	885.500

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	1018500108-9	JOSSE ESTEBAN REYES PEREZ		KILOMETRO 4 VIA LA CALERA	3233221244	HETAVEJI@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-03	E	09/04/2025	85665476	$885.500	

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	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1022955516	VALENCIA FISGATIVA MAURICIO	1	0			S																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	57.000	14-23	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
2	CC	1051316122	VEGA TEATINO JUAN BAUTISTA	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	57.000	14-23	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 29 de abril de 2025, a las 13:22:06, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1051316122
Código de Verificación	1051316122250429132206

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 01:30:15 PM horas del 29/04/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1051316122**
Apellidos y Nombres: **VEGA TEATINO JUAN BAUTISTA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados.

Bogotá, 29 de abril de 2025

CERTIFICADO DE IDONEIDAD.

Estimados Ingenieros.

Por medio del presente documento, certifico a Juan Bautista Vega Teatino con cedula de ciudadanía número 1.051.316.122 del espino Boyacá, como una persona profesional en el manejo de excavadora, siendo idóneo para realizar trabajos de todo tipo, desempeñando las mejores labores que conllevan la operación de este tipo de máquinas. Realizando esta labor desde hace más de 12 años.

QUIEN CERTIFICA



JOSSE ESTEBAN REYES PEREZ
CC. 1.018.500.108 de Bogotá

A QUIEN CERTIFICO



JUAN BAUTISTA VEGA TEATINO
CC. 1.051.316.122 del espino Boyacá

OCUPACIONAL SALUD

NIT. 4512476-3

CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL

FECHA: 04 DE DICIEMBRE 2024

NOMBRE: JUAN BAUTISTA VEGA TEATINO

CC/ ID: 1051316122

Tipo de Examen: INGRESO: [X] PERIÓDICO: [ ] TRABAJO EN ALTURAS [ ]

INFORMACION GENERA

EMPRESA: REYES PEREZ JOSSE ESTEBAN NIT: 1018500108-9

CARGO: OPERADOR DE EXCAVADORA

RESULTADO EXÁMENES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

OPTOMETRÍA	NORMAL	COLESTEROL SI
ESPIROMETRÍA	NORMAL	TRIGLICERIDOS SI
ELECTROCARDIOGRAMA	NORMAL	GLICEMIA SI
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL	QUÍMICA PARÁMETROS NORMALES SI
HEMOCLASIFICACIÓN **A+**	**ESTATURA: 1,56/PESO: 57KL**	AUDIOMETRÍA NORMAL

CONCLUSIONES:

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL OFICIO

EXÁMEN DE INGRESO	SI	NO	EXÁMEN PERIÓDICO	SI	NO
APTO SIN RESTRICCIONES	X		APTO PARA SEGUIR DESEMPEÑANDO EL CARGO		
APLAZADO		X	REQUIERE DE RESTRICCIONES DE ACTIVIDADES		
APTO CON RESTRICCIONES		X	REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL TEMPORAL		
EXÁMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL	X		REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL PERMANENTE		
APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS	X		PRESENTA ALTERACIÓN EN SALUD		
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS		X	REMISIÓN A EPS		

EXÁMEN DE RETIRO	SI	NO
e encuentran alteraciones clínicas con respecto al examen de ingreso?		X
Estas alteran la futura capacidad laboral del trabajador?		X

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRABAJADOR

Autorizo al doctor(a) mencionado(a) a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento, me han informado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido que analizar los beneficios y la interpretación de limitación y riesgo del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas de proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por este examen son completas y verídicas, la información registrada en este documento para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido lo anterior y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Se autoriza al trabajador para laborar, en espacios confinados según resultados del cuestionario, valorización médica ocupacional y paraclínicos según resolución N° 4272 del 23 de Julio de 2021

SI(X) NO( )

PACIENTE APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS (SI)

Javier Moreno Ramos

Especialista en Salud Ocupacional

Licencia RM 3235/2017

FIRMA DEL MÉDICO

HUELLA

Juan B Vega t

FIRMA DEL PACIENTE

Transv. 74F No. 40B-06
Cel.: 313 892 4481
asesoria@ocupacionalsalud.com
Verficaciones:
www.ocupacionalsalud.com

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **JOSSE ESTEBAN REYES PEREZ**, identificada con **NI** número **1018500108**, aportó por **JUAN VEGA TEATINO** identificado(a) con **CC** número **1051316122** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 09 - 2024 y 12 - 2024 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1	X														0		13	$563,334	0.04000	$22,600	$0	$0	Septiembre - 2024	80885896	08/10/2024	Si
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1	X														0		13	$563,334	0.04000	$22,600	$0	$0	Octubre - 2024	80885896	08/10/2024	Si
230301	Porvenir	1	X														0		13	$563,334	0.16000	$90,200	$0	$0	Septiembre - 2024	80885896	08/10/2024	Si
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1	X														0		13	$563,334	0.06960	$39,300	$0	$0	Septiembre - 2024	80885896	08/10/2024	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$1,300,000	0.04000	$52,000	$0	$0	Octubre - 2024	81467173	20/11/2024	Si
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1															0		30	$1,300,000	0.04000	$52,000	$0	$0	Noviembre - 2024	81467173	20/11/2024	Si
230301	Porvenir	1															0		30	$1,300,000	0.16000	$208,000	$0	$0	Octubre - 2024	81467173	20/11/2024	Si
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1															0		30	$1,300,000	0.06960	$90,500	$0	$0	Octubre - 2024	81467173	20/11/2024	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$1,300,000	0.04000	$52,000	$0	$0	Noviembre - 2024	82430505	10/12/2024	Si
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1															0		30	$1,300,000	0.04000	$52,000	$0	$0	Diciembre - 2024	82430505	10/12/2024	Si
230301	Porvenir	1															0		30	$1,300,000	0.16000	$208,000	$0	$0	Noviembre - 2024	82430505	10/12/2024	Si
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1															0		30	$1,300,000	0.06960	$90,500	$0	$0	Noviembre - 2024	82430505	10/12/2024	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **29** días del mes **Abril** de **2025**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **JOSSE ESTEBAN REYES PEREZ**, identificada con **NI** número **1018500108**, aportó por **JUAN BAUTISTA VEGA TEATINO** identificado(a) con **CC** número **1051316122** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 12 - 2024 y 04 - 2025 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$1,300,000	0.04000	$52,000	$0	$0	Diciembre - 2024	82876407	07/01/2025	Si
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1															0		30	$1,300,000	0.04000	$52,000	$0	$0	Enero - 2025	82876407	07/01/2025	Si
230301	Porvenir	1															0		30	$1,300,000	0.16000	$208,000	$0	$0	Diciembre - 2024	82876407	07/01/2025	Si
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1															0		30	$1,300,000	0.06960	$90,500	$0	$0	Diciembre - 2024	82876407	07/01/2025	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$1,423,500	0.04000	$57,000	$0	$0	Enero - 2025	84078677	13/02/2025	Si
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1															0		30	$1,423,500	0.04000	$57,000	$0	$0	Febrero - 2025	84078677	13/02/2025	Si
230301	Porvenir	1															0		30	$1,423,500	0.16000	$227,800	$0	$0	Enero - 2025	84078677	13/02/2025	Si
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1															0		30	$1,423,500	0.06960	$99,100	$0	$0	Enero - 2025	84078677	13/02/2025	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$1,423,500	0.04000	$57,000	$0	$0	Febrero - 2025	84811259	14/03/2025	Si
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1															0		30	$1,423,500	0.04000	$57,000	$0	$0	Marzo - 2025	84811259	14/03/2025	Si
230301	Porvenir	1															0		30	$1,423,500	0.16000	$227,800	$0	$0	Febrero - 2025	84811259	14/03/2025	Si
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1															0		30	$1,423,500	0.06960	$99,100	$0	$0	Febrero - 2025	84811259	14/03/2025	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$1,423,500	0.04000	$57,000	$0	$0	Marzo - 2025	85665476	09/04/2025	Si
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1															0		30	$1,423,500	0.04000	$57,000	$0	$0	Abril - 2025	85665476	09/04/2025	Si
230301	Porvenir	1															0		30	$1,423,500	0.16000	$227,800	$0	$0	Marzo - 2025	85665476	09/04/2025	Si
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1															0		30	$1,423,500	0.06960	$99,100	$0	$0	Marzo - 2025	85665476	09/04/2025	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **29** días del mes **Abril** de **2025**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 15 de abril de 2025, a las 15:15:44, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1033774059
Código de Verificación	1033774059250415151544

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

ANDRES MAURICIO SIERRA MENDEZ



INDENTIFICACION **1033774059**

ESTADO CIVIL **UNION LIBRE**

EDAD **29**

FECHA DE NACIMIENTO **30 MARZO 1995**

LICENCIA DE CONDUCION **C2 , C3**

DIRECCION **CALLE73 A # 17ª23 SUR**

CELULAR **3012818415**

CORREO **chitiva030930@gmail.com**

PERFIL

Soy una persona organizada que cumple que cumple con las labores y requerimientos que se le exigen, capaz de liderar y solucionar problemas rápidamente. poseo valores como la responsabilidad y el trabajo en equipo.

Me considero una persona con capacidad de aprendizaje, tanto como teóricos como prácticos y excelente servicio al cliente

EXPERIENCIAS LABORALES

NOMBRE DE LA EMPRESA: LADRILLERA SIERRA

CARGO: CONDUCTOR

FUNCIONES:

MANEJAR CAMION SENCILLO, VOLQUETA DOBLETROQUE ENTREGAR PEDIDOS DENTRO Y AFUERA DE LA CUIDAD CARGA Y DESCARGE

JEFE INMEDIATO: ANTONIO SIERRA

CARGO: JEFE DE LA EMPRESA

TELEFONO: 3143252006

TIEMPO LABORADO: 16 DE FEBRERO 2018 AL 12 DE ENERO EL 2020

MOTIVO DE RETIRO: VOLUNTARIO

EMPRESA: TRASPORTES SIERRA

CARGO: CONDUCTOR

FUNCIONES: MANAJAR VOLQUETA DOBLEQUE DENTRO LA CIUDAD

JEFE INMEDIATO: LAJONEL KLINSMANN SIERRA BALEGUERA

CARGO: PROPIETARIO DE LA VOLQUETA

TELEFONO 3208325670

TIEMPO LABORADO 1 DE FEBRERO 2019 AL 28 DE DIECIEMBRE EL 2021

MOTIVO DE RETIRO: VOLUNTARIO

EMPRESA CORTEZ CAÑOS INGRECON

CARGO CONDUTOR

FUNCIONES

MANEJAR VOLQUETA CUATRO MANOS IR Y CARGAR DE LAS MINAS A LA OBRA PATIO TALLER EL METRO

IR HACER MANTENIMIENTO LAVADO ENGRASE AL VEHICULO

JEFE INMEDIATO CECILIA GOMEZ

CARGO JEFE DE OPERACIONES

CEL 3215922170

TIEMPO LABORADO 19 DE ABRIL 2022 A 30 DE JULIO 2023

MOTIVO DE RETIRO VOLUNTARIO

SINTRAUNIOBRAS BOGOTA D.C

CARGO CONDUCTOR

FINCIONES CARGAR Y DESCARGAR EN OBRAS DE LA EMPRESA

TALENTO HUMANO ZORAIDA

CEL 3208394232

TIEMPO LABORADO 6 MESES

RETIRO VOLUNTARIO

FORMACION ACADEMICA

INSTITUTO NACIONAL EBE NAZER

BACHILLETARO

22 DE DICIEMBRE DE 2013

CALI

REFERENCIAS PERSONALES

NELSON DAVID TOVAR SALAMANCA

CC 1033722362

CEL 301 6424744

JOSE MUÑOS PEÑA

CC 1033753601

CEL 3212259102

REFERENCIAS FAMILIARES

JENNI PAOLA MEDEZ

CC 52955662

CEL 3213164855

PERSONAS A CARGO

ESPOSA ZULY GOMEZ SIERRA

CEL 3219332657

EDAD 24

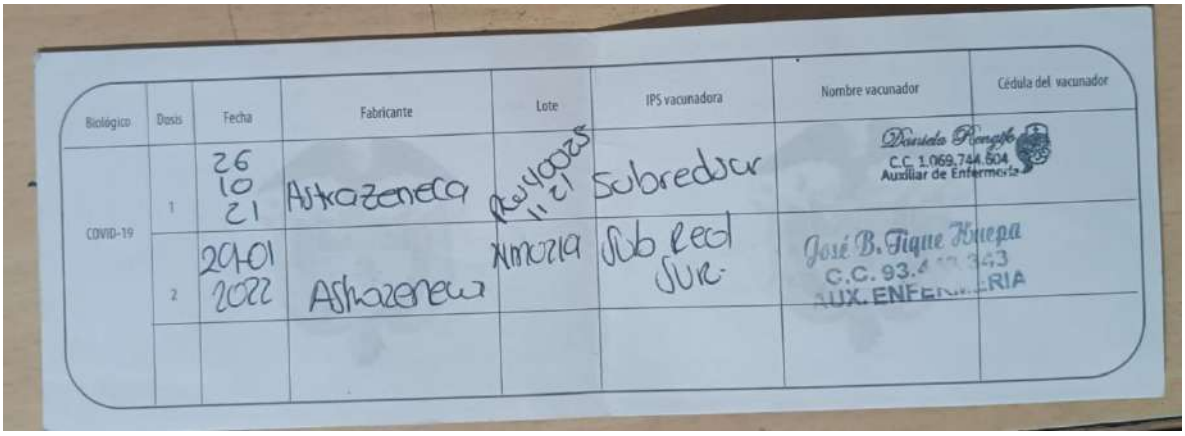
HIJO ALAN MAURICIO SIERRA GOMEZ

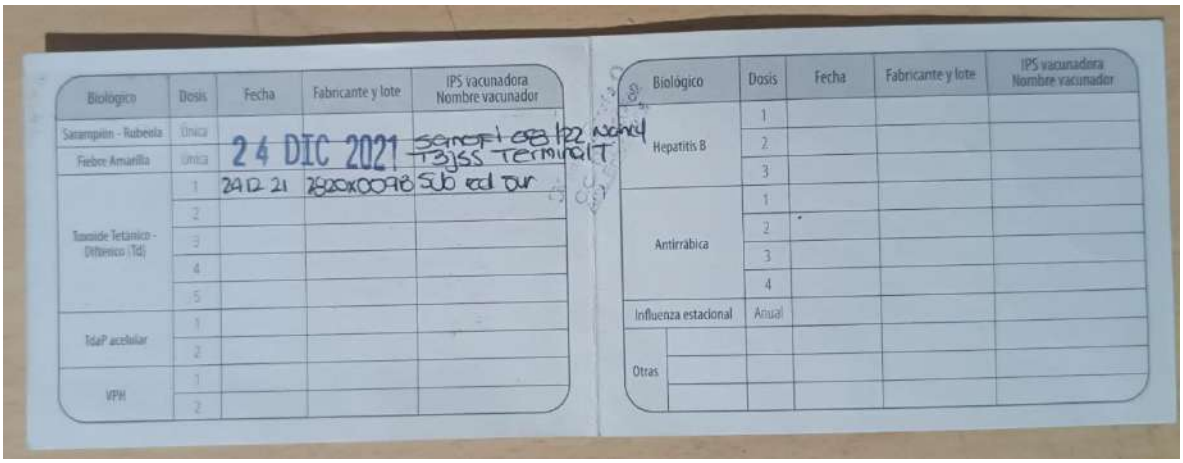
EDAD 5 AÑOS

ANDRES MAURICO SIERRA MENDEZ

CC 1033774059









REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

Libertad y Orden

No. 1033774059

NOMBRE

ANDRES MAURICIO SIERRA MENDEZ

FECHA DE NACIMIENTO

30-03-1995

SANGRE-RH

O+

FECHA DE EXPEDICION

22-09-2020

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

ORGANISMO DE TRANSITO EXPEDIDOR

SDM - BOGOTA D.C.



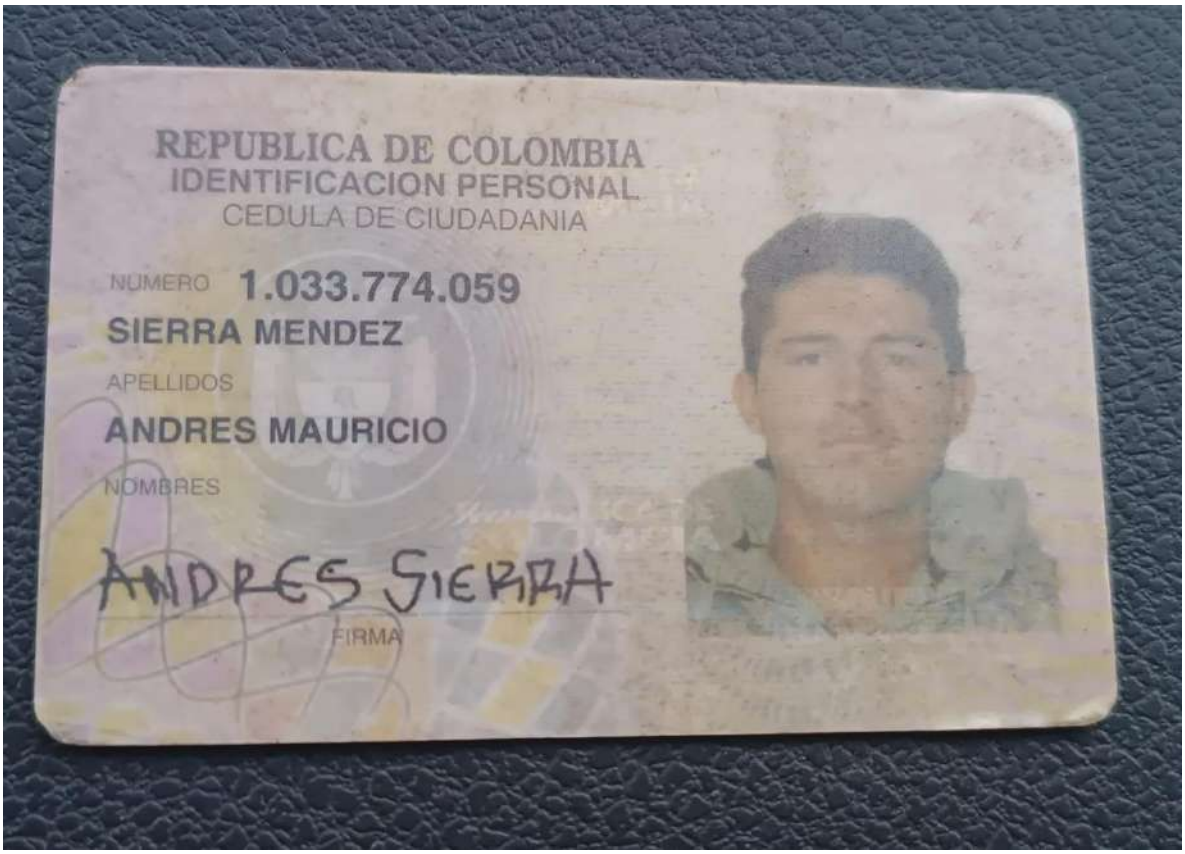
CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
B2	AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS	22-09-2030	PARTICULAR
C2	AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS	22-09-2023	PUBLICO

VALID 136360 01/20

ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC06001799808



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.033.774.059

SIERRA MENDEZ

APELLIDOS

ANDRES MAURICIO

NOMBRES

ANDRES SIERRA

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-MAR-1995

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

02-ABR-2013 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00569233-M-1033774059-20140506 0038323774A 1 1982868326

INVERSIONES COBEC S.A.S	HOJA DE VIDA DE VOLQUETA INVERSIONES COBEC S.A.S NIT. 901599248-9	Código	-	
		Fecha de emisión	01/04/2025	
		Versión	1	
		Copia	SI	NO

FECHA	01/04/2025
DATOS DEL VEHICULO	**REGISTRO FOTOGRAFICO**
TIPO:	VOLQUETA DOBLETROQUE
PLACA:	SOS 615
ORGANIZACIÓN DE TRANSITO	SOACHA
MODELO:	2014
MARCA:	INTERNATIONAL
LINEA:	7600 SBA 6X4
COLOR:	BLANCO
N° MOTOR:	35317474
N° CHASIS:	3HTWYAHT6EN766667
TIPO DE CARROCERIA:	PLATON
CAPACIDAD:	16.500 KG/PSJ
PIN AMBIENTAL:	10142
TAG DE PROPIEDAD	76206576
PROPIETARIO:	ALDEMAR COBOS CANGREJO
N° CEDULA	76.206.576
CONDUCTOR	ANDRES MAURICIO SIERRA MENDEZ
N° CEDULA	1.033.774.059
VIGENCIA DE LICENCIA	06/08/2025
AÑOS DE EXPERIENCIA	8 años
TELEFONO:	







Este documento pertenece a la empresa INVERSIONES COBEC SAS. Se prohíbe su reproducción total o parcial en cualquier medio, sin previa autorización escrita por parte del área técnica y administrativa de la empresa.



MOTOR

- Cummins ISM 385 EURO 4 SCR.
  Potencia: 375HP@1900 rpm
  Torque: 1346 lb-ft@1200 rpm
  Freno Motor JACOBS
  Fandrive de 2 velocidades.
- Motor vocacional con excepcional rendimiento en bajas y altas revoluciones.
- **Opcional:** Motor Cummins ISM 385 EURO 5 SCR.

TRANSMISIÓN

- Fuller FRO-14210C manual de 10 velocidades.
- **Opcional:**
  Eaton Fuller ultra shift FO-16E308LL-VCS automatizada de 10 velocidades.
  Allison 4500 RDS automática 5ta generación de 5 velocidades.

EJE DELANTERO

- Meritor MFS-18-133A Cap. 18.000 lb.
- **Opcional:** Meritor MFS-20-133A Cap. 20.000 lb.

SUSPENSIÓN DELANTERA

- Resortes multihojas con amortiguadores.
- Resortes parabólicos con amortiguadores.

EJE TRASERO

- Meritor RT-46-164P con bloqueo en el diferencial Cap. 48.500 lb.
- **Opcional:**
  Meritor RT-52-185P con bloqueo en el diferencial Cap. 52.000 lb.

SUSPENSIÓN TRASERA

- Hendrickson RT-463 Cap. 48.500 lb.
  Para versiones ULTIMAAX: Hendrickson UMX-485-54 Cap. 48.500 lb.
- **Opcional:**
  Hendrickson RT-523 Cap. 52.000 lb.
  Hendrickson UMX-520-54 Cap. 52.000 lb.

*Viga igualadora de 52.000 lb., barra de torsión con bujes encapsulados en todas las referencias.

SISTEMAS DE FRENOS

- Sistema de frenos, ABS 100% aire con control de tracción (ATC).
- Secador de aire Bendix AD-9.

TANQUE DE COMBUSTIBLE Y DEF

- 1 de 70 galones de aluminio con separador de agua / combustible.
- Tanque DEF 7 galones.

RINES Y LLANTAS

- RINES EN ACERO: 22.5" x 9"/ 22.5 x 8.25"
- RINES EN ALUMINIO: 22.5" x 9" / 22.5" x 9" para versión FULL.
- LLANTAS: 315/80R22.5 - 12R22.5
  Opcional:
  RINES EN ACERO: 22.5" x 13" / 22.5 x 8.25",
  RINES EN ALUMINIO: 22.5 x 13" / 22.5 x 9"
  LLANTAS: 425/65R22.5 - 12R22.5

CHASIS

- Chasis canal en "C" en acero termotratado de alta resistencia, con refuerzo longitudinal en "C", de 120.000 psi.

SISTEMA ELÉCTRICO

- Sistema multiplexado 12 - Volt, 3 baterías libre mantenimiento.
- Alternador Delco Remy 36SI 12V/165A
- Motor de arranque Delco Remy 39MT.

VOLCO

- Volco Joper Hardox 14 m3
- Volco Imhasa Hardox 14 m3
  Opcional: 21 m3 y 23 m3 según aplicación.

VERISONES

- Volqueta 7600 6x4 STD
- Volqueta 7600 6x4 STD ULTIMAAX
- Volqueta 7600 6x4 FULL
- Volqueta 7600 6x4 FULL ULTIMAAX
- Volqueta 7600 6x4 Carbonera

OTROS

	STD	FULL
Aire Acondicionado	•	•
Bomper brillante.		•
Interior Premium. *Modelo 2020 en adelante.	•	•
Espejos motorizados acabado brillante con led.		•
Espejos sobre el capó. *Modelo 2020 en adelante.	•	•
Columna de dirección abatible y/o telescópica.	•	•
Visera brillante.		•
Radio.		•
Tablero ergonómico.		•
Exploradoras.		•

COLOMBIA.

*Lo opcional es bajo pedido.

Este documento pertenece a la empresa INVERSIONES COBEC SAS. Se prohíbe su reproducción total o parcial en cualquier medio, sin previa autorización escrita por parte del área técnica y administrativa de la empresa.

CHECK LIST DE CONTROL PARA EN VEHICULO

ITEM	SI	NO	VIGENCIA	OBSERVACIONES
KILOMETRAJE ACTUAL 	✓	-	-	585.244 KM
SOAT	✓		06/12/25	-
REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE GASES	✓	-	13/11/25	-
PÓLIZA DE SEGURO TODO RIESGO	✓	-	28/02/26	-
INSPECCIÓN DIARIA	✓		Diaria	-
COMPARENDOS	-	✓	-	-
INCIDENTES	-	✓	-	-
ACCIDENTES	-	✓	-	-
SISTEMA DE SEGURIDAD ACTIVA (Frenos, dirección, iluminación, estado de llantas, etc)	✓	-	(Inspección diaria)	-
SISTEMA DE SEGURIDAD PASIVA (Cinturones, airbag, chasis, ventanas, carrocería, etc)	✓	-	(Inspección diaria)	-
MANTENIMIENTO PREVENTIVO	✓	-	-	Último mantenimiento: 580.814km 01-02-2025
MANTENIMIENTO CORRECTIVO	✓	-	-	
OTROS	-	-	-	-

Este documento pertenece a la empresa INVERSIONES COBEC SAS. Se prohíbe su reproducción total o parcial en cualquier medio, sin previa autorización escrita por parte del área técnica y administrativa de la empresa.

PLAN DE MANTENIMIENTO VEHICULO SOS 615



DIARIO	SEMANAL
Revisar niveles de aceite y fluidos	Revisar y ajustar frenos
Inspeccionar neumáticos y presión	Revisar sistema de suspensión
Revisar frenos y sistema de dirección	Revisar sistema de transmisión
Limpiar y lubricar componentes	Revisar sistema eléctrico

MENSUAL	TRIMESTRAL
Reemplazar filtros de aceite y combustible	Revisar y reemplazar correas y mangueras
Revisar y reemplazar discos de freno	Revisar sistema de escape
Revisar y reemplazar pastillas de freno	Revisar sistema de dirección
Revisar sistema de refrigeración	Revisar sistema de suspensión

SEMESTRAL	ANUAL
Revisar y reemplazar neumáticos	Realizar una revisión general del vehículo
Revisar sistema de transmisión	Revisar y reemplazar componentes desgastados
Revisar sistema eléctrico	Realizar pruebas de frenos y sistema de dirección

Este documento pertenece a la empresa INVERSIONES COBEC SAS. Se prohíbe su reproducción total o parcial en cualquier medio, sin previa autorización escrita por parte del área técnica y administrativa de la empresa.

PIN AMBIENTAL	
VEHICULO	Volqueta Doble Troque
PLACA	SOS 615
MARCA	International
MODELO	2014
N° DE PIN	10142
FECHA DE REGISTRO	05/11/2015

INVERSIONES COBEC S.A.S

Este documento pertenece a la empresa INVERSIONES COBEC SAS. Se prohíbe su reproducción total o parcial en cualquier medio, sin previa autorización escrita por parte del área técnica y administrativa de la empresa.

IPS EN SALUD 1A S.A.S.

NIT. 901632469-0
IPS EN SALUD 1A S.A.S.
CODIGO DEL PRESTADOR 1100139546-01
CR 19 B NO 26 A 53 SUR
FIJO 565 7854 / CEL 317 402 7795

CERTIFICADO MÉDICO-LABORAL
CERTIFICACIÓN PARA TRABAJO



1-DATOS IDENTIFICACIÓN:

EMPRESA CONTRATANTE:	INVERSIONES COBEC SAS NIT 901.599.248-9												
EMPRESA USUARIA:			CIUDAD	BOGOTÁ		DEPARTAMENTO		BOGOTÁ D.C.			AÑO	2025	
ACTIVIDAD ECONÓMICA:		FECHA	DÍA	03	Mes	ABRIL						R.H.	O+
APELLIDOS Y NOMBRES:	ANDRES MAURICIO SIERRA MENDEZ												
DOCUMENTO:	CC	1.033.774.059	Género	MASCULINO	X	FEMENINO		INDETERMINADO		Edad (años)	30		
CARGO PARA DESEMPEÑAR:	CONDUCTOR									PESO	78 KG		
SEGURIDAD SOCIAL	E.P.S.	FAMISANAR	A.R.L.	SURA					A.F.P.				
TIPO EXAMEN:	PRE-OCUPACIONAL	X	INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO		ALTURAS				
FINALIDAD:	DETERMINAR EL ESTADO DE SALUD DEL TRABAJADOR (RESOLUCIÓN 2346 de 2007) Y CERTIFICAR APTITUD FISICA Y MENTAL PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS.												

2-RESULTADOS PARA-CLÍNICOS Y EXAMEN MÉDICO-LABORAL:

EXAMEN REALIZADO:					RESUMEN DE LOS HALLAZGOS:							
AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL	NORMAL		ALTERACIÓN LEVE		COMPROMISO DE BANDAS DEL LENGUAJE			NO	X	SI		
VISIOMETRÍA OCUPACIONAL	NORMAL		ALTERACIÓN LEVE		ALTERACIÓN DE LA ESTEREOPSIS			NO	x	SI		
ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL	NORMAL		ALTERACIÓN LEVE		OBSTRUCTIVA		PATRON RESTRICTVO			PATRÓN MIXTO		
GLICEMIA BASAL	NORMAL				LIGERAMENTE ALTERADA					MUY ALTERADA		
PERFIL LIPÍDICO	DENTRO DE VALORES NORMALES				LIGERAMENTE ALTERADO					MUY ALTERADO		
PRUEBAS NEUROLÓGICAS CLÍNICAS	SIN ALTERACIONES	X			LEVEMENTE ALTERADAS					MUY ALTERADAS		
PSICOSOCIAL	SIN ALTERACIONES				LEVEMENTE ALTERADO					MUY ALTERADO		
EXAMEN MÉDICO-LABORAL	DETECTADAS ALTERACIONES A NIVEL:		CARDIOVASCULAR			OSTEOMUSCULAR TEST DE BOHOBER Y KENDALL	X	VISUAL		OTRO		
EVALUACIÓN OSTEO-MUSCULAR Y ARTICULAR	SIN ALTERACIONES QUE CONTRAINDIQUEN EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD LABORAL		X		CON ALTERACIONES QUE CONTRAINDICAN LA REALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD LABORAL							

3-CONCEPTO MÉDICO-LABORAL:

SIN ALTERACIONES DETECTABLES	
CON RECOMENDACIONES: (ALTERACIONES QUE NO INTERFIEREN CON EL TRABAJO)	
DEBE USAR LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES PARA DESEMPEÑAR LA ACTIVIDA LABORAL	
RESTRINGIDO (ALTERACIONES QUE INTERFIEREN CON EL TRABAJO)	
APLAZADO	

SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, SEGÚN RESULTADOS DEL CUESTIONARIO, VALORACION MEDICO-LABORAL Y PARA-CLINICOS:
SI

APTO PARA DESARROLLAR EL CARGO:
SI

RECOMENDACIONES: SEGUIMIENTO EN LA EPS POR MEDICO GENERAL, NUTRICIONISTA

4-ACCIONES EN SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DEL RIESGO:

SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DEL RIESGO	NO	SI	CONDICIONES O INTERVENCIONES PROPUESTAS PARA LIMITAR EL DAÑO
TRABAJO SEGURO EN ALTURAS O ESPACIOS CONFINADOS			CAPACITAR EN EL USO, DOTAR Y USAR ELEMENTOS E IMPLEMENTOS PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS y ESPACIOS CONFINADOS
VISUAL			USAR PROTECTOR VISUAL NO / SI — DEBE USAR LENTES CORRECTIVOS NO / SI
CARDIOVASCULAR			RECOMENDACIONES DIETARIAS NO / SI — MEDIDAS ADICIONALES REMISIÓN NO / SI
AUDITIVO			PROTECTOR AUDITIVO PERMANENTE NO / SI — LIMITAR EXPOSICIÓN A RUIDOS NO / SI
ERGONÓMICO			HACER PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA NO / SI — LIMITAR MOVIMIENTOS REPETITIVOS NO / SI
RESPIRATORIO			USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN RESPIRATORIA NO / SI — MEDIDAS ADICIONALES SEGUIMIENTO O REMISIÓN NO / SI
HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES			CAPACITAR EN MEDIDAS DE AUTOCUIDADO NO / SI — MEDIDAS ADICIONALES REMISIÓN NO / SI
RIESGO PSICO-SOCIAL			HACER SEGUIMIENTO ESPECIAL NO / SI — MEDIDAS ADICIONALES NO / SI
RIESGO BIOLÓGICO			VERIFICAR INMUNIZACIÓN ANTI-TETÁNICA NO / SI — INMUNIZACIONES ADICIONALES NO / SI

5-RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA EL ASPIRANTE O TRABAJADOR:

USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL. CAPACITAR EN TRABAJO SEGURO

GUILLERMO ERNESTO GOELKEL C.
MEDICO GENERAL
ESP. EN SALUD OCUPACIONAL
CC 19 193 032
RES. 7919 05/03/2021

FIRMA Y SELLO MÉDICO OCUPACIONAL

Andres Sierra 1033774059

Firma y Cédula de Ciudadanía del Aspirante o Trabajador

Huella

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD: IPS EN SALUD 1A S.A.S. CON NIT 901.632.469-0, REPRESENTADA LEGALMENTE POR MARIA CLARENA CARDONA R. IDENTIFICADO CON CC. 52.297.105, DECLARA QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO, EN LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL Y EN TODOS LOS DOCUMENTOS ANEXOS A LA MISMA, SERÁN MANEJADOS CON ABSOLUTA RESERVA Y SOLO CONTENDRÁ LOS DATOS CONCERNIENTES EXCLUSIVOS A LOS ANTECEDENTES Y LAS RAZONES DE SALUD PERSONALES, QUE CONSTITUYEN LEGALES Y DE CUMPLIMIENTO DE NORMAS Y DE DEBEN MANTENERSE SERÁN DEBIDAMENTE CUSTODIADOS Y MANTENIDOS EN ARCHIVOS FÍSICOS Y ELECTRÓNICOS DEBIDAMENTE PROTEGIDOS. CONFIRMA A LO ESTABLECIDO POR LA LEY ESTATUTARIA 1581 DE 2012, REGLAMENTADA PARCIALMENTE POR EL DECRETO NACIONAL 1377 DE 2013. AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO MANIFIESTO HABER SIDO INFORMADO Y AUTORIZO A : IPS EN SALUD 1A S.A.S PARA MANEJAR LA INFORMACIÓN EN SUS BASES DE DATOS. EL PRESENTE CERTIFICADO SE EXPIDE CON FINES EXCLUSIVOS DEL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL

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	901599248-9	INVERSIONES COBEC SAS	CL 20 5 24 IN 5 AP501	7291400	inversionescobecsas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	CUNDINAMARCA	SOACHA	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-03	E	01/04/2025	85428508	$2.373.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	80.000	0		0		0	0	0	0	80.000	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	240.000	0		0		0	0	0	0	240.000	3
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	20.000	0		0		0	0	0	0	20.000	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	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	2
231001	Colfondos	800227940-6	416.000	0	0	0	0	0	0		416.000	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	736.000	0	0	0	0	0	0		736.000	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	327.200				327.200	0	0	327.200			3.272	327.200	5

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	345.900	0	0	345.900	5

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	3	340.000	340.000
Pensión	3	1.360.000	1.360.000
Riesgos Laborales	1	327.200	327.200
CCF	1	345.900	345.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	2.373.100	2.373.100

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901599248-9	INVERSIONES COBEC SAS		CL 20 5 24 IN 5 AP501	7291400	inversionescobecsas@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	CUNDINAMARCA	SOACHA	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-03	E	01/04/2025	85428508	$2.373.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	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	1022976412	BOLAÑOS LEIVA JUAN CARLOS	1	0			S																	231001	2.600.000	416.000	0	0	0	0	EPS017	2.600.000	104.000	14-11	2.600.000	4	113.100	CCF22	2.600.000	104.000	0	0	0	0	0
2	CC	1033774059	SIERRA MENDEZ ANDRES MAURICIO	1	0			S	X																230301	800.000	128.000	0	0	0	0	EPS017	800.000	32.000	14-11	800.000	5	55.700	CCF22	800.000	32.000	0	0	0	0	0
3	CC	1077083931	JARA ROZO WILSON FERNANDO	1	0			S																	25-14	2.600.000	416.000	0	0	0	0	EPS017	2.600.000	104.000	14-11	2.600.000	4	113.100	CCF22	2.600.000	104.000	0	0	0	0	0
4	CC	79206576	COBOS CANGREJO ALDEMAR	1	0			S																	25-14	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS002	2.000.000	80.000	14-11	2.000.000	1	10.500	CCF22	2.000.000	80.000	0	0	0	0	0
5	CC	79742354	ARIAS ZAMBRANO JORGE	1	0			S	X																230301	500.000	80.000	0	0	0	0	EPSC34	500.000	20.000	14-11	500.000	5	34.800	CCF22	645.850	25.900	0	0	0	0	0

PAGADA

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 03:16:31 PM horas del 15/04/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1033774059**

Apellidos y Nombres: **SIERRA MENDEZ ANDRES MAURICIO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Volver al Inicio

AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.
860.002.184-6

Cod. Sucursal	Nombre Sucursal	Ramo	POLIZA No.
29	BANCASEGUROS	10	1396286

PÓLIZA DE SEGURO DE AUTOMOVILES

TIPO DE PÓLIZA: COLECTIVA (100% COMPAÑIA)

FECHA DE SOLICITUD Día	Mes	Año	CERTIFICADO DE	No. CERTIFICADO	No. AGRUPADOR
23	12	2024	EXPEDICIÓN	0	C-10075

VIGENCIA DESDE Día	Mes	Año	Hora	HASTA Día	Mes	Año	Hora	NÚMERO DE DÍAS	FECHA MÁXIMA DE PAGO Día	Mes	Año	PRODUCTO
28	2	2025	00:00	28	2	2026	00:00	365	28	3	2025	AU CUPOS PESADOS BANCO PICHINCHA

TOMADOR	BANCO PICHINCHA S.A	NIT	890.200.756 - 7
DIRECCIÓN	OF PRINCIPAL, TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL	TELÉFONO	6501000
ASEGURADO	ALDEMAR COBOS CANGREJO	CC	79.206.576
DIRECCIÓN	CL 20 5 24 AP 501 IN 5 AP 501, SOACHA, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	3133867739
BENEFICIARIO	BANCO PICHINCHA S.A	NIT	890.200.756 - 7
DIRECCIÓN	OF PRINCIPAL, TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL	TELÉFONO	6501000

DATOS DEL VEHICULO

Zona de Tarifación:	Edad Asegurado:	Genero:	Años Sin Reclamación:
C/MARCA	55	M	4 o más

Tipo:	Marca:	Tipo Vehículo:	Color:	Modelo:	Código:
VOLQUETA	INTERNATIONAL	7600 WORKSTAR [350HP] MT TD 6X4	BLANCO	2.014	03626091

Placas:	Motor:	Chasis:	Servicio:	0 Km:	Total Accesorios :
SOS615	35317474	3HTWYAHT9EN796997	PUBLICO	☐	$

AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLES % VALOR PERDIDA	DEDUCIBLES MINIMO (SMMLV)
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	3.000.000.000,00	10,00 %	2 SMMLV
DAÑOS A BIENES DE TERCEROS			
MUERTE O LESION A UNA PERSONA			
MUERTE O LESION A DOS O MAS PERSONAS			
PROTECCION PATRIMONIAL	SI AMPARA		
PERDIDA TOTAL POR DAÑOS	255.100.000,00	10,00 %	
PERDIDA PARCIAL POR DAÑOS	255.100.000,00	10,00 %	2 SMMLV
PERDIDA TOTAL POR HURTO	255.100.000,00	10,00 %	
PERDIDA PARCIAL POR HURTO	255.100.000,00	10,00 %	2 SMMLV
TERREMOTO	SI AMPARA		
ASISTENCIA JURIDICA EN PROCESO PENAL	SI AMPARA		
ASISTENCIA JURIDICA EN PROCESO CIVIL	SI AMPARA		
LUCRO CESANTE	SI AMPARA		
ASISTENCIA EN VIAJE PESADOS	SI AMPARA		
MUERTE ACC 50 MLLS COL	50 Millones		

FACTURA A NOMBRE DE:	BANCO PICHINCHA S.A	FORMA DE PAGO:	MENSUAL AGRUPDOR COLECTIVO

VALOR ASEGURADO TOTAL	VALOR PRIMA	GASTOS	IVA-RÉGIMEN COMÚN	AJUSTE AL PESO	TOTAL A PAGAR EN PESOS
$ 255.100.000,00	$ 7.824.886,37	$ 0,00	$ 1.486.728,41	$ 0,22	$ 9.311.615,00

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA ASEGURADORA PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO (ARTÍCULO 81 Y 82, LEY 45 DE 1990).

FORMAN PARTE DE ESTE CONTRATO, LAS CLÁUSULAS, CONDICIONES GENERALES FORMA 01/08/2023-1306-P-03-VPESADOS/AGT2023–D00I Y PARTICULARES DE AU CUPOS PESADOS BANCO PICHINCHA, LAS CUÁLES PODRÁ CONSULTAR Y/O IMPRIMIR EN NUESTRA PÁGINA www.axacolpatria.co, SIN PERJUICIO DE QUE USTED PUEDA OBTENER UNA COPIA IMPRESA A TRAVÉS DE NUESTRA RED DE OFICINAS A NIVEL NACIONAL, CUANDO ASÍ LO

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES Y AGENTES DE RETENCIÓN, SEGÚN RESOLUCIÓN 2509 DE DICIEMBRE 3 DE 1993.

EL PRESENTE DOCUMENTO SE EMITE EN BOGOTA D.C A LOS 23 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO 2.024

EN MI CALIDAD DE TOMADOR DE LA PÓLIZA REFERENCIADA EN ESTA CARÁTULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE, QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN, EL TEXTO DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA. MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN DE LA PÓLIZA, ME HAN SIDO ANTICIPADAMENTE EXPLICADAS POR LA ASEGURADORA Y/O POR EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS LAS EXCLUSIONES Y EL ALCANCE O CONTENIDO DE LA COBERTURA DE LA PÓLIZA Y DE LAS GARANTÍAS, Y EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMAR LA PÓLIZA DE SEGUROS AQUÍ CONTENIDA.

FIRMA AUTORIZADA DIANA INES TORRES - REPRESENTANTE LEGAL

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN DEL COASEGURO			
CODIGO	COMPAÑIA	% PARTICIPACION	PRIMA

INTERMEDIARIOS			
CODIGO	TIPO	NOMBRE	% PARTICIPACION
61396	AGCIA DE SEG	NOVA AMERICA BROKERS LTDA	100,00

USUARIO: KBSANDOVALS

AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.
860.002.184-6

Cod. Sucursal	Nombre Sucursal	Ramo	POLIZA No.
29	BANCASEGUROS	10	1396286

POLIZA DE SEGURO DE AUTOMOVILES

CERTIFICADO DE : EXPEDICIÓN		HOJA ANEXA No. 1	
TOMADOR	BANCO PICHINCHA S.A	NIT	890.200.756 - 7
DIRECCIÓN	OF PRINCIPAL, TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL	TELÉFONO	6501000
ASEGURADO	ALDEMAR COBOS CANGREJO	CC	79.206.576
DIRECCIÓN	CL 20 5 24 AP 501 IN 5 AP 501, SOACHA, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	3133867739
BENEFICIARIO	BANCO PICHINCHA S.A	NIT	890.200.756 - 7
DIRECCIÓN	OF PRINCIPAL, TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL	TELÉFONO	6501000

AXA COLPATRIA ACLARA COLOR :BLANCO

CLAUSULAS:

****

LUCRO CESANTE VEHÍCULOS PESADOS

CLAUSULA DE LUCRO CESANTE VEHÍCULOS PESADOS

HACE PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA DE SEGURO
TOMADOR: BANCO PICHINCHA S.A
NIT O CC No.: 890.200.756 - 7
ASEGURADO: ALDEMAR COBOS CANGREJO
NIT O CC No.: 79.206.576

CLAUSULA DE LUCRO CESANTE PESADOS

SI ASÍ SE PACTA EN EL CUADRO DE AMPAROS, EN CASO DE SINIESTRO DEL VEHÍCULO POR DAÑOS O POR HURTO, PARCIAL O TOTAL, EL ASEGURADO RECIBIRA DE AXA COLPATRIA SEGUROS S.A., EN ADICIÓN A LA INDEMNIZACIÓN DE LA PÉRDIDA, LA SUMA DIARIA ESPECIFICADA, LIQUIDADA DE LA SIGUIENTE FORMA SEGÚN EL CASO DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 1088 DEL CÓDIGO DE COMERCIO:

AMPAROS

PERDIDA PARCIAL POR DAÑOS. VALOR DÍARIO EN PESOS: 10 S.M.L.D.V. NO. DE DÍAS CONTRATADOS A PARTIR DE : PASADOS 10 DÍAS HÁBILES DE LA RADICACIÓN DEL RECLAMO.
NO. MÁXIMO DE DÍAS: 10 DÍAS.

PERDIDA PARCIAL POR HURTO. VALOR DÍARIO EN PESOS: 10 S.M.L.D.V. NO. DE DÍAS CONTRATADOS A PARTIR DE : PASADOS 10 DÍAS HÁBILES DE LA RADICACIÓN DEL RECLAMO.
NO. MÁXIMO DE DÍAS: 10 DÍAS.

PERDIDA TOTAL POR DAÑOS. VALOR DÍARIO EN PESOS: 10 S.M.L.D.V. NO. DE DÍAS CONTRATADOS A PARTIR DE : PASADOS 10 DÍAS HÁBILES DE LA RADICACIÓN DEL RECLAMO.
NO. MÁXIMO DE DÍAS: 15 DÍAS

PERDIDA TOTAL POR HURTO. VALOR DÍARIO EN PESOS: 10 S.M.L.D.V. NO. DE DÍAS CONTRATADOS A PARTIR DE : PASADOS 10 DÍAS HÁBILES DE LA RADICACIÓN DEL RECLAMO.
NO. MÁXIMO DE DÍAS: 15 DÍAS

S.M.L.D.V.= SALARIO MÍNIMO DIARIO LEGAL VIGENTE A LA OCURRENCIA DEL RECLAMO.

PARA EL CASO DE PERDIDAS PARCIALES EN DONDE EL VEHÍCULO NO SE PUEDA MOVILIZAR POR SUS PORPIOS MEDIOS, SE HACE EFECTIVA LA LIQUIDACIÓN DE LUCRO CESANTE A PARTIR DEL ONCEAVO (11) DÍA HÁBIL DESPUES DE LA RADICACIÓN DEL SINIESTRO, QUE TERMINARÁN EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL VEHÍCULO O AVISO POR ESCRITO POR PARTE DEL TALLER SIN EXCEDER EN NINGÚN CASO DE DIEZ (10) DÍAS Y SIN SUJECCIÓN AL DEDUCIBLE. EL VALOR MAXIMO INDEMNIZABLE SERA DE CIEN (100) S.M.L.D.V.

PARA EL CASO DE LAS PERDIDAS TOTALES, SE HACE EFECTIVA LA LIQUIDACIÓN DEL LUCRO CESANTE A PARTIR DEL DÍA HÁBIL ONCE (11) DESPUES DE LA FORMALIZACIÓN DEL RECLAMO Y ENTREGA DEFINITIVA DE TODOS LOS DOCUMENTOS QUE ACREDITEN LA PROPIEDAD DEL VEHÍCULO A NOMBRE DE AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. Y TERMINARÁ CUANDO SE HAGA EFECTIVA LA INDEMNIZACIÓN O LA REPOSICIÓN DEL VEHÍCULO ASEGURADO, SIEMPRE Y CUANDO ESTE HAYA CUMPLIDO SUS OBLIGACIONES PARA OBTENER LA REPOSICIÓN, SIN EXCEDER EN NINGÚN CASO DE QUINCE (15) DÍAS Y SIN SUJECCIÓN AL DEDUCIBLE. EL VALOR MÁXIMO INDEMNIZABLE SERÁ DE CIENTO CINCUENTA (150) S.M.L.D.V.

PARAGRAFO: EXCLUSIVAMENTE PARA EFECTOS DE DETERMINAR LA FECHA DE INICIO DE LIQUIDACIÓN DEL LUCRO CESANTE EN LAS PERDIDAS PARCIALES, SE ASUME QUE LA FECHA DE RADICACIÓN Y FORMALIZACIÓN DEL RECLAMO, ES LA MISMA FECHA DE ENTREGA AL TALLER. PARA LOS VEHÍCULOS QUE SE MOVILIZAN POR SUS PROPIOS MEDIOS Y NO SE CUMPLA LA CONDICIÓN ANTERIOR, ES RESPONSABILIDAD DIRECTADEL ASEGURADO O CONDUCTOR, Y SE TOMARÁ COMO FECHA DE INICIO DE LIQUIDACIÓN LA FECHA DE ENTRADA DEL VEHÍCULO AL TALLER.

****

ANEXO OBLI

AMPARO OPCIONAL DE OBLIGACIONES FINANCIERAS PARA VEHÍCULOS PESADOS

AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.
860.002.184-6

Cod. Sucursal	Nombre Sucursal	Ramo	POLIZA No.
29	BANCASEGUROS	10	1396286

POLIZA DE SEGURO DE AUTOMOVILES

CERTIFICADO DE : EXPEDICIÓN		HOJA ANEXA No. 2	
TOMADOR DIRECCIÓN	BANCO PICHINCHA S.A OF PRINCIPAL, TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL	NIT TELÉFONO	890.200.756 - 7 6501000
ASEGURADO DIRECCIÓN	ALDEMAR COBOS CANGREJO CL 20 5 24 AP 501 IN 5 AP 501, SOACHA, CUNDINAMARCA	CC TELÉFONO	79.206.576 3133867739
BENEFICIARIO DIRECCIÓN	BANCO PICHINCHA S.A OF PRINCIPAL, TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL	NIT TELÉFONO	890.200.756 - 7 6501000

1. AMPARO

PREVIO EL PAGO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE AL PRESENTE ANEXO, Y NO OBSTANTE LO ESTIPULADO EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA, AXA COLPATRIA INDEMNIZARA HASTA UN MÁXIMO DE CINCO (5) SALARIOS MÍNIMOS MENSUALES LEGALES VIGENTES, EN CASO QUE EL VEHÍCULO ASEGURADO SUFRA UNA PARALIZACIÓN EN SU OPERACIÓN DE TRANSPORTE QUE SUPERE LOS DIEZ (10) DIAS CORRIENTES CONTADOS DESDE LA FECHA DEL INGRESO AL TALLER DESIGNADO POR AXA COLPATRIA, CAUSADA A CONSECUENCIA DE TRABAJOS DE REPARACIÓN DE SINIESTROS DE PERDIDA PARCIAL POR DAÑOS POR ACCIDENTE Y/O DAÑOS POR HURTO AMPARADOS POR LA PÓLIZA ARRIBA CITADA, PAGO QUE SE HARÁ ÚNICAMENTE RESPECTO DEL MES O FRACCION DE MES SIGUIENTE A LA FECHA DEL INGRESO AL TALLER DESIGNADO POR AXA COLPATRIA.

2. EXCLUSIONES

ESTA POLIZA NO CUBRE PARALIZACIONES DERIVADAS DE LOS SIGUIENTES CONCEPTOS:

a. PARALIZACIONES DEL VEHÍCULO POR REPOSICIONES Y/O REPARACIONES DIFERENTES A LAS PROVENIENTES DE PERDIDAS PARCIALES POR DAÑOS O HURTO.

b. PARALIZACIONES DEL VEHÍCULO ASEGURADO POR PERDIDAS PARCIALES POR DAÑOS O DAÑOS POR HURTO QUE POR CUALQUIER CAUSA NO SE ENCUENTREN AMPARADOS BAJO LA COBERTURA DE LA POLIZA A LA QUE ACCEDE ESTE ANEXO.

c. PARALIZACIONES DEL VEHÍCULO ORDENADAS POR LA AUTORIDAD COMPETENTE, AUNQUE PREVIA A ESTA SITUACION SE HAYA PRODUCIDO UNA PERDIDA PARCIAL POR DAÑOS O HURTO ASEGURADA E INDEMNIZABLE.

d. PARALIZACIONES DEL VEHÍCULO ORIGINADAS EN LABORES DE MANTENIMIENTO EXCLUSIVAMENTE.

e. PARALIZACIONES DEL VEHÍCULO ORIGINADAS EN LABORES DE MEJORAMIENTO, MODERNIZACION, REPOTENCIACION O DEMORAS EN LA REPARACIÓN OCASIONADAS POR EL ASEGURADO.

f. CUANDO EL VEHÍCULO HAYA SIDO INGRESADO AL PAIS DE CONTRABANDO, O NO ESTE MATRICULADO DE ACUERDO CON LAS NORMAS DE TRANSITO HAYA SIDO OBJETO MATERIAL DE UN ILICITO CONTRA EL PATRIMONIO DE LAS PERSONAS, ANTES DE ASEGURARSE, SEAN ESTAS CIRCUNSTANCIAS CONOCIDAS O NO PREVIAMENTE POR EL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO SIN IMPORTAR QUE ESTOS HAYAN PARTICIPADO O NO EN TALES HECHOS.

g. CUANDO SE TRANSPORTEN MERCANCÍAS AZAROSAS, INFLAMABLES O EXPLOSIVAS, SALVO PREVIA NOTIFICACIÓN Y LA CORRESPONDIENTE AUTORIZACIÓN DE LA COMPAÑÍA.

h. CUANDO EL VEHÍCULO ASEGURADO SEA USADO O APREHENDIDO POR CUALQUIER AUTORIDAD NACIONAL.

i. CUANDO EL VEHICULO ASEGURADO SEA EMBARGADO Y POSTERIORMENTE SECUESTRADO COMO CONSECUENCIA DE HABERSE DECRETADO SOBRE EL UNA MEDIDA CAUTELAR.

j. CUANDO EL VEHÍCULO SE HAYA SOBRECARGADO O SE EMPLEE PARA USO DISTINTO AL ESTIPULADO EN ESTA POLIZA, O SE DESTINE A LA ENSEÑANZA DE CONDUCCIÓN O PARTICIPE EN COMPETENCIA O ENTRENAMIENTO AUTOMOVILISTICO DE CUALQUIER INDOLE O CUANDO REMOLQUE OTRO VEHÍCULO, O PARTICIPE EN HUELGAS O PAROS DE TRANSPORTADORES.

k. AQUELLAS OTRAS EXCLUSIONES PARTICULARES QUE EXPRESAMENTE PACTEN EL TOMADOR Y LA COMPAÑÍA.

L. AXA COLPATRIA NO INDEMNIZARA POR ESTA CLAUSULA CUANDO EL VEHICULO ASEGURADO SEA OBJETO DE PERDIDAS O DAÑOS CAUSADOS POR HUELGAS, AMOTINAMIENTOS, CONMOCION CIVIL, ASONADA, REBELIÓN, SEDICIÓN, LEVANTAMIENTOS POPULARES, PAROS, CESE DE ACTIVIDADES, SABOTAJE, TERRORISMO Y MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS O AL MARGEN DE LA LEY, CUANDO ESTOS EVENTOS ESTEN CUBIERTOS POR POLIZAS QUE EL GOBIERNO NACIONAL CONTRATE CON CUALQUIER AXA COLPATRIA O ASUMA A TRAVES DE UN FONDO ESPECIAL DE MANERA PERMANENTE O TRANSITORIA.

M. AXA COLPATRIA NO INDEMNIZARA POR ESTA CLAUSULA EL LUCRO CESANTE QUE SE PRODUZCA EN EL PATRIMONIO DEL ASEGURADO POR LA PARALIZACION DEL VEHICULO; TAMPOCO INDEMNIZARA INTERESES MORATORIOS DEL CRÉDITO.

PARAGRAFO: ADICIONALMENTE A LAS EXCLUSIONES CONTENIDAS EN ESTA COBERTURA, OPERARAN LAS ESTABLECIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA.

3. SUMA ASEGURADA

AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.
860.002.184-6

Cod. Sucursal	Nombre Sucursal	Ramo	POLIZA No.
29	BANCASEGUROS	10	1396286

POLIZA DE SEGURO DE AUTOMOVILES

CERTIFICADO DE : EXPEDICIÓN		HOJA ANEXA No. 3	
TOMADOR DIRECCIÓN	BANCO PICHINCHA S.A OF PRINCIPAL, TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL	NIT TELÉFONO	890.200.756 - 7 6501000
ASEGURADO DIRECCIÓN	ALDEMAR COBOS CANGREJO CL 20 5 24 AP 501 IN 5 AP 501, SOACHA, CUNDINAMARCA	CC TELÉFONO	79.206.576 3133867739
BENEFICIARIO DIRECCIÓN	BANCO PICHINCHA S.A OF PRINCIPAL, TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL	NIT TELÉFONO	890.200.756 - 7 6501000

LA SUMA ASEGURADA CORRESPONDERA AL VALOR DE LA CUOTA MENSUAL DEL CREDITO, CUOTA QUE EN NINGUN CASO DEBE SUPERAR LA SUMA DE 5 SMMLV; HASTA UN LIMITE MÁXIMO DE INDEMNIZACIÓN DE TRES (3) CUOTAS POR EVENTO; Y HASTA DOS (2) EVENTOS POR VIGENCIA.

4. PAGO DE INDEMNIZACIONES

AXA COLPATRIA INDEMNIZARA HASTA LA SUMA ASEGURADA EL VALOR DE LAS CUOTAS MENSUALES ASEGURADAS O POR FRACCIONES PROPORCIONALES AL TIEMPO DE MES QUE PERMANEZCA PARALIZADO EL VEHÍCULO POR RAZÓN DE LA REPARACIÓN PARCIAL AMPARADA, DIRECTAMENTE A LA ENTIDAD FINANCIERA QUE APAREZCA EN LA POLIZA COMO BENEFICIARIO ONEROSO Y/O POR REEMBOLSO AL ASEGURADO CUANDO ESTE PRESENTE CERTIFICACION ORIGINAL DE LA ENTIDAD FINANCIERA DONDE CONSTE EL PAGO. EN NINGUN CASO SE RECONOCERAN COMO PARTE INTEGRANTE DE LA CUOTA O FRACCIÓN LOS EVENTUALES INTERESES MORATORIOS.

5. DELIMITACION DEL RIESGO ASEGURADO

PARA EFECTOS DEL PRESENTE AMPARO SE ENTIENDE QUE EL PERIODO DE PARALIZACIÓN DEL VEHÍCULO CUBIERTO POR ESTE AMPARO COMIENZA EN LA FECHA DE INGRESO AL TALLER DESIGNADO POR AXA COLPATRIA CON EL UNICO FIN DE DEJAR EL VEHÍCULO EN CONDICIONES SIMILARES A LAS ANTERIORES AL SINIESTRO; Y TERMINA EN LOS SIGUIENTES CASOS: A) EN LA FECHA DE LA FINALIZACION DE LAS LABORES DE REPARACIÓN (SIEMPRE Y CUANDO NO SE PRODUZCAN DEMORAS ATRIBUIBLES AL ASEGURADO O AUTORIDAD COMPETENTE); B) EN LA FECHA EN QUE AXA COLPATRIA HAGA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN DE LA PERDIDA PARCIAL POR DAÑOS O DE DAÑOS POR HURTO EN DINERO CONFORME CON LO PREVISTO EN LA CONDICION 3.5.2 DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA DE VEHICULOS PESADOS.

6. ALCANCE Y FORMALIZACIÓN DE LA INDEMNIZACIÓN

EL RECONOCIMIENTO DE LAS CUOTAS O FRACCIONES CORRESPONDIENTES A LA OBLIGACION FINANCIERA, SE HARA SIEMPRE Y CUANDO HAYA TRANSCURRIDO POR LO MENOS DIEZ (10) DIAS DE PARALIZACIÓN DEL VEHÍCULO EN EL TALLER DESIGNADO POR AXA COLPATRIA Y SIEMPRE QUE SE HAYA FORMALIZADO EL RECLAMO CON LA ENTREGA POR PARTE DEL ASEGURADO DE LOS DOCUMENTOS QUE ACREDITEN EL VALOR DE LA CUOTA O FRACCIÓN Y LOS DEMÁS DOCUMENTOS NECESARIOS PARA ACREDITAR LA OCURRENCIA Y CUANTIA DE LA PERDIDA PARCIAL AMPARADA. EN TODO CASO, EL PAGO DE LA CUOTA O FRACCIÓN SOLO SERÁ EXIGIBLE RESPECTO DEL MES O FRACCION DE MES SIGUIENTE A LA FECHA DEL INGRESO AL TALLER DESIGNADO POR AXA COLPATRIA.

EL PAGO PODRA SER PROPORCIONAL, POR FRACCIONES DE MES, CON SUJECIÓN A LA SUMA ASEGURADA Y HASTA POR UN LÍMITE MÁXIMO DE TRES (3) CUOTAS POR EVENTO.

AXA COLPATRIA HABRA CUMPLIDO SU OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR, CUANDO HAYA PAGADO LA SUMA ASEGURADA INDICADA EN ESTE ANEXO COMO VALOR DE LA CUOTA MENSUAL DE AMORTIZACIÓN O FRACCION, LO CUAL HARA RESPECTO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA DEL INGRESO AL TALLER DESIGNADO POR AXA COLPATRIA.

ES RESPONSABILIDAD DIRECTA DEL ASEGURADO O CONDUCTOR EL INGRESO AL TALLER DEL VEHICULO ASEGURADO.

LAS DEMÁS CONDICIONES GENERALES Y EXCLUSIONES DE LA POLIZA DE VEHICULOS PESADOS NO MODIFICADAS POR EL PRESENTE ANEXO CONTINUAN EN VIGOR.

AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.

****

TERREMOTO

EN EL EVENTO DE SINIESTRO LOS DEDUCIBLES PARA LA COBERTURA DE TERREMOTO SE APLICARAN LOS MISMOS DE LA COBERTURA DE DAÑOS (PARCIAL O TOTAL)

****

CLAUSULADO

EL CLAUSULADO DE ESTE PRODUCTO LO PUEDE ENCONTRAR INGRESANDO A LA PÁGINA WEB www.axacolpatria.co EN LA SIGUIENTE RUTA: PRODUCTOS PARA PERSONAS – SEGUROS DE AUTO – CONSULTA DE CLAUSULADO.

****

CLAUSULA S

CLAUSULA DE SANCIONES

LA ASEGURADORA NO ESTARÁ OBLIGADA A PROVEER COBERTURA NI SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR CUALQUIER RECLAMACIÓN O PROPORCIONAR ALGÚN BENEFICIO EN LA MEDIDA EN QUE LA PRESTACIÓN DE DICHA COBERTURA, EL PAGO DE DICHA RECLAMACIÓN O LA DISPOSICIÓN DE DICHO BENEFICIO, EXPONGA A LA ASEGURADORA A CUALQUIER SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN SEGÚN LAS

AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.
860.002.184-6

Cod. Sucursal	Nombre Sucursal	Ramo	POLIZA No.
29	BANCASEGUROS	10	1396286

POLIZA DE SEGURO DE AUTOMOVILES

CERTIFICADO DE : EXPEDICIÓN		HOJA ANEXA No. 4	
TOMADOR	BANCO PICHINCHA S.A	NIT	890.200.756 - 7
DIRECCIÓN	OF PRINCIPAL, TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL	TELÉFONO	6501000
ASEGURADO	ALDEMAR COBOS CANGREJO	CC	79.206.576
DIRECCIÓN	CL 20 5 24 AP 501 IN 5 AP 501, SOACHA, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	3133867739
BENEFICIARIO	BANCO PICHINCHA S.A	NIT	890.200.756 - 7
DIRECCIÓN	OF PRINCIPAL, TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL	TELÉFONO	6501000

RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES DE COMERCIO O ECONÓMICAS, LEYES O REGLAMENTOS DE LA UNIÓN EUROPEA, REINO UNIDO O ESTADOS UNIDOS.

****

CLÁUSULA ONEROSO AUTOMOVILES

SE ENDOSA LA PRESENTE POLIZA A FAVOR DE: BANCO PICHINCHA S.A CON NIT. 890.200.756 - 7 COMO BENEFICIARIO ONEROSO SOBRE LAS RECLAMACIONES TOTALES PROVENIENTES DE DAÑOS FÍSICOS Y PÉRDIDA DEL VEHÍCULO, HASTA POR EL VALOR COMERCIAL DEL VEHÍCULO EN EL MOMENTO DEL SINIESTRO.

ESTA PÓLIZA SE RENOVARÁ AUTOMÁTICAMENTE SOLO CUANDO EXISTA BENEFICIARIO ONEROSO, EN TODO CASO, EL TOMADOR DEL SEGURO ESTÁ OBLIGADO A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS DIEZ (10) DÍAS COMUNES SIGUIENTES CONTANDO A PARTIR DE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR A EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN A LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

EN TODO CASO LA COMPAÑÍA PODRÁ REVOCAR, MODIFICAR O NO RENOVAR LA PÓLIZA, NOTIFICANDO AL BENEFICIARIO ONEROSO EN SU ÚLTIMA DIRECCIÓN REGISTRADA, CON 30 DÍAS DE ANTICIPACIÓN.

EN CASO DE SINIESTRO QUE AFECTE EL AMPARO DE PÉRDIDAS TOTALES SE GIRARÁ EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN AL BENEFICIARIO ONEROSO HASTA POR EL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA MÁXIMO HASTA EL VALOR COMERCIAL DEL VEHÍCULO EN EL MOMENTO DEL SINIESTRO Y LOS EXCESOS SI LOS HUBIERE SERÁN PAGADOS DIRECTAMENTE AL ASEGURADO.

AVISO DE OCURRENCIA DE SINIESTRO AL BENEFICIARIO ONEROSO EN CASO DE PERDIDA TOTAL POR DAÑO O POR HURTO: AXA COLPATRIA NOTIFICARÁ AL BENEFICIARIO ONEROSO A LA DIRECCIÓN REGISTRADA, DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES AL AVISO DEL SINIESTRO

****

RESPONSABILIDAD CIVIL

EL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRATADO EN ESTA PÓLIZA, SE PRESENTA COMO LÍMITE ASEGURADO ÚNICO, QUE CUBRE LAS INDEMNIZACIONES POR: DAÑOS A BIENES DE TERCEROS, MUERTE O LESIÓN A UNA PERSONA, MUERTE O LESIÓN A DOS O MÁS PERSONAS. EN TODO CASO, EL VALOR DEL DAÑO GENERADO SUMADO POR CADA UNO DE ESTOS RUBROS NO PODRÁ SUPERAR EL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO.

****

CLAUSULAS

SANCIONES POR INEXACTITUD O RETICENCIA

DE CONFORMIDAD CON EL ART. 1058 DEL C.CIO., EL TOMADOR ESTÁ OBLIGADO A DECLARAR SINCERAMENTE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE DETERMINAN EL ESTADO DEL RIESGO, SEGÚN EL CUESTIONARIO QUE LE SEA PROPUESTO POR EL ASEGURADOR. LA RETICENCIA O LA INEXACTITUD SOBRE HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE, CONOCIDOS POR EL ASEGURADOR, LO HUBIEREN RETRAÍDO DE CELEBRAR EL CONTRATO, O INDUCIDO A ESTIPULAR CONDICIONES MÁS ONEROSAS, PRODUCEN LA NULIDAD RELATIVA DEL SEGURO.

- SI LA DECLARACIÓN NO SE HACE CON SUJECIÓN A UN CUESTIONARIO DETERMINADO, LA RETICENCIA O LA INEXACTITUD PRODUCEN IGUAL EFECTO SI EL TOMADOR HA ENCUBIERTO POR CULPA, HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE IMPLIQUEN AGRAVACIÓN OBJETIVA DEL ESTADO DEL RIESGO.

- SI LA INEXACTITUD O LA RETICENCIA PROVIENEN DE ERROR INCULPABLE DEL TOMADOR, EL CONTRATO NO SERÁ NULO, PERO EL ASEGURADOR SÓLO ESTARÁ OBLIGADO, EN CASO DE SINIESTRO, A PAGAR UN PORCENTAJE DE LA PRESTACIÓN ASEGURADA EQUIVALENTE AL QUE LA TARIFA O LA PRIMA ESTIPULADA EN EL CONTRATO REPRESENTE RESPECTO DE LA TARIFA O LA PRIMA ADECUADA AL VERDADERO ESTADO DEL RIESGO, EXCEPTO LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 1160.

- LAS SANCIONES CONSAGRADAS EN ESTE ARTÍCULO NO SE APLICAN SI EL ASEGURADOR, ANTES DE CELEBRARSE EL CONTRATO, HA CONOCIDO O DEBIDO CONOCER LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS SOBRE QUE VERSAN LOS VICIOS DE LA DECLARACIÓN, O SI, YA CELEBRADO EL CONTRATO, SE ALLANA A SUBSANARLOS O LOS ACEPTA EXPRESA O TÁCITAMENTE.

****

AVISO DE TERMINACIÓN POR MORA: AXA COLPATRIA AVISARÁ DE INMEDIATO AL BENEFICIARIO ONEROSO DEL PRESENTE SEGURO LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL SEGURO POR EL NO PAGO DE LA PRIMA.

AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.
860.002.184-6

Cod. Sucursal	Nombre Sucursal	Ramo	POLIZA No.
29	BANCASEGUROS	10	1396286

POLIZA DE SEGURO DE AUTOMOVILES

CERTIFICADO DE : EXPEDICIÓN		HOJA ANEXA No. 5	
TOMADOR	BANCO PICHINCHA S.A	NIT	890.200.756 - 7
DIRECCIÓN	OF PRINCIPAL, TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL	TELÉFONO	6501000
ASEGURADO	ALDEMAR COBOS CANGREJO	CC	79.206.576
DIRECCIÓN	CL 20 5 24 AP 501 IN 5 AP 501, SOACHA, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	3133867739
BENEFICIARIO	BANCO PICHINCHA S.A	NIT	890.200.756 - 7
DIRECCIÓN	OF PRINCIPAL, TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL	TELÉFONO	6501000

POR LO ANTERIOR SE COBRA LA PRIMA INDICADA.

********** **FIN POLIZA** **********

AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.
860.002.184-6

Cod. Sucursal	Nombre Sucursal	Ramo	POLIZA No.
29	BANCASEGUROS	10	1396286

CONVENIO DE PAGO DE PRIMAS

ANEXO NÚMERO 1 QUE FORMA PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA

EN VIRTUD DE LA FORMA DE PAGO DE PRIMAS CONVENIDA EN LA SOLICITUD DEL SEGURO, EN LA CARÁTULA Y CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA ARRIBA DETALLADA, SE DEJA EXPRESA CONSTANCIA POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO QUE LAS OBLIGACIONES DEL PAGO DE PRIMA POR PARTE DEL ASEGURADO SERÁN REALIZADAS EN LAS FECHAS Y POR LOS CORRESPONDIENTES VALORES DETALLADOS EN EL SIGUIENTE CUADRO.

VALOR TOTAL DE LA PRIMA INCIAL :	$	9.311.615,00
VALOR TOTAL DE LA PRIMA PAGADA :	$	0
FORMA DE PAGO CONVENIDA :		MENSUAL AGRUPDOR COLECTIVO

PLAN DE PAGOS

FECHA DE PAGO	VALOR DE LA PRIMA SEGUN CONVENIO	
28/03/2025	$	775.968,00
28/04/2025	$	775.968,00
28/05/2025	$	775.968,00
28/06/2025	$	775.968,00
28/07/2025	$	775.968,00
28/08/2025	$	775.968,00
28/09/2025	$	775.968,00
28/10/2025	$	775.968,00
28/11/2025	$	775.968,00
28/12/2025	$	775.968,00
28/01/2026	$	775.968,00
28/02/2026	$	775.968,00

SEGÚN EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EL PAGO DE LA PRIMERA PRIMA O FRACCIÓN CONVENIDA PARA SU PAGO ES CONDICIÓN INDISPENSABLE PARA LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL SEGURO. LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O FRACCIÓN CONVENIDA POSTERIORES A LA PRIMERA Y UNA VEZ TRANSCURRIDO EL PLAZO DE GRACIA (30) TREINTA DÍAS CALENDARIO TAL COMO SE DEFINE EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO.

SE FIRMA EN BOGOTA D.C EN DICIEMBRE 23 DE 2.024

AXA COLPATRIA SEGUROS S. A.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 269150820

PIB
15:11:14

Bogotá DC, 15 de abril del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) ANDRES MAURICIO SIERRA MENDEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1033774059:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento con el Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10025864261

PLACA	MARCA	LINEA	MODELO
SOS615	INTERNATIONAL	7600 SBA 6X4	2014

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
10.831	BLANCO	PÚBLICO

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
VOLQUETA	PLATON	DIESEL	16500

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
35317474	N	3HTWYAHT9EN796997

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
3HTWYAHT9EN796997	N	3HTWYAHT9EN796997	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
COBOS CANGREJO ALDEMAR	C.C. 79206576

RESTRICCIÓN MOVILIDAD	BLINDAJE	POTENCIA HP
	******	0

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN	VE	FECHA IMPORT.	PUERTAS
192013000086845	I	21/10/2013	2

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

PRENDA - BANCO PICHINCHA S.A

FECHA MATRÍCULA	FECHA EXP. LIC. TTO.	FECHA VENCIMIENTO
02/11/2013	20/04/2022	******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA TTEY MOV CUND/SIBATE



LT07001466441

SOAT

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

SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR

FECHA DE EXPEDICIÓN AÑO	MES	DÍA	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL AÑO	MES	DÍA	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL AÑO	MES	DÍA
2024	12	06	2024	12	07	2025	12	06

No. DE PÓLIZA.	PLACA No.	CLASE DE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
3551003554603	SOS615	VOLQUETA	PÚBLICO	10831	2014

PASAJEROS	MARCA	LÍNEA VEHÍCULO	CARROCERÍA
0	INTERNATIONAL	7600 SBA 6X4	13

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
35317474	3HTWYAHT9EN796997	3HTWYAHT9EN796997	16.5

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
ALDEMAR COBOS CANGREJO	3133867739	CC	79206576	SOACHA

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
45268	9310	45268	3551003554603	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	HASTA 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."

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

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. 177167915

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CENTRO DE DIAGNOSTICO AUTOMOTRIZ SANTA LIBRADA SAS
SIGLA: CDA SANTA LIBRADA SAS

NIT: 900554707

No. de Certificado de Acreditación: 15-OIN-033-001

Fecha de expedición: 2024/11/13

Fecha de vencimiento: 2025/11/13

DATOS VEHÍCULO

PLACA:	SOS615	**CLASE:**	VOLQUETA
MARCA:	INTERNATIONAL	**MODELO:**	2014
SERVICIO:	Público	**COMBUSTIBLE:**	DIESEL
CILINDRAJE:	10831	**NRO. MOTOR:**	35317474
NRO. CHASIS:	3HTWYAHT9EN796997	**VIN:**	3HTWYAHT9EN796997
LÍNEA:	7600 SBA 6X4		
COLOR:	BLANCO		

NOMBRE PROPIETARIO: ALDEMAR COBOS C.

FIRMA DEL RESPONSABLE

LUIS CARLOS PALOMINO RINCON

REPÚBLICA DE COLOMBIA

DIAN

Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Declaración de Importación

Privada **500**

1. Año **2019**

Espacio reservado para la DIAN (Antes de diligenciar este formulario lea cuidadosamente las instrucciones)

4. Número de formulario

352019000147085-8

Importador

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV.	11. Apellidos y nombres o Razón Social
830116807	7	PARTEQUIPOS MAQUINARIA S.A.S

13. Dirección	15. Teléfono	12. Cód. Admón.	16. Cód. Dpto	17. Cód. Ciudad Municipio
DG 16 96 G 85 FONTIBON	4182688	35	11	001

Declarante

24. Número de Identificación Tributaria (NIT)	25. DV.	26. Razón social del declarante autorizado	27. Tipo usuario	28. Cód. usuario
830003960	0	AGENCIA DE ADUANAS COLMAS S.A.S.NIVEL 1	26	0072

29. Número documento de identificación	30. Apellidos y nombres
98385593	PAY GONZALEZ CARLOS FERNANDO

31. Clase Importador	32. Tipo declaración	33. Cod.	34.No.Formulario Anterior	35. Año - Mes - Día	36. Cod. Admón.	37. Declaración de Exportación	38. Año - Mes - Día	39. Cod. Admón.
02	Anticipada	3	XXXXXXXXXXXXX	XXXX - XX - XX	XX	No. XXXXXXXXXXXXXXX	XXXX - XX - XX	XX

40. Cod. lugar ingreso de las mercancías	41. Cod. Depósito	42. Manifiesto de carga	43. Año - Mes - Día	44. Documento de transporte	45. Año - Mes - Día
BUN	25578	No. 116575009851695	2019 - 04 - 03	No. 190309140044	2019 - 03 - 03

46. Nombre exportador o proveedor en el exterior	47. Ciudad	48. Cod.País Exportador
ONAGA SHOJI CO LTD	KOBE	399

49. Dirección exportador o proveedor en el exterior	50. E-mail
4-7 KOYO-CHO HIGASHI-HIGASHINADA	81788580931

51. No. de factura	52. Año - Mes - Día	53. Cod. país procedencia	54. Cod. Modo Transporte	55. Código de Bandera	56. Cod. Depto destino	57. Empresa transportadora	58. Tasa de cambio $ cvs.
20460	2019 - 02 - 20	399	1	351	11	MEDITERRANEAN SHIPPING COMPANY COLOMBIA S.A.	3,082.45

S	59. Subpartida arancelaria	60. Cod. Complementario	61. Cod. Suplementario	62. Cod. Modalidad	63. No. cuotas o meses	64. Valor cuota USD	65. Periodicidad del pago de la cuota	66. Cod. país de origen	67. Cod. Acuerdo
	8429520000	XX	XX	C100	XX	XXXX	XX	399	XXX

68. Forma de pago de la importación	69. Tipo de importación	70. Cod. país compra	71. Peso bruto kgs. dcms.	72. Peso neto kgs. dcms.	73. Código embalaje	74. No. bultos	75. Subpartidas	76. Cod. unidad comercial	77. Cantidad dcms.
03	01	399	4,310.00	4,310.00	YY	6	1	U	1.00

78.Valor FOB USD	79. Valor fletes USD
14,630.66	270.29

80. Valor Seguros USD	81. Valor Otros Gastos USD
13.90	0.00

82. Sumatoria de fletes, seguros y otros gastos USD	83. Ajuste valor USD
284.19	0.00

84. Valor aduana USD	85. Código registro o licencia	86. Número
14,914.85	L	40009291

87. Cod. oficina	88. Año	89. Programa No	90. Cód Interno del Producto
3	2019	XXXXXXXXXX	0

Autoliquidación

Concepto	%	Base	Total Liquidado ($)	Total a pagar con esta declaración ($)	Total Liquidado (USD)
Arancel	92 0.00	93 45,974,279	94 0	95 0	96 0
I.V.A.	97 19.00	98 45,974,279	99 8,735,000	100 0	101 0
Salvaguardia	102 0.00	103 0	104 0	105 0	106 0
Derechos Compensatorios	107 0.00	108 0	109 0	110 0	111 0
Derechos Antidumping	112 0	113 0	114 0	115 0	116 0
Sancion	117 0	118 0	119 0	120 0	
Rescate	121 0	122 0	123 0	124 0	
		Total	125 8,735,000		126 0

91. Descripción de las mercancías(No inicie la descripción de las mercancías a importar con lo señalado en el arancel de aduanas en la subpartida arancelaria - Incluya marcas, seriales y otros) (Si el campo es insuficiente, continúe al respaldo de este formulario)

DO 22010021799-001 PEDIDO TRAMITE: C009-2019 DECLARACION(1-3) MERCANCIA USADA; LICENCIA DE IMPORTACION LIC-40009291-20190308N DE 2019-03-08, VISTO BUENO ICA FITOSANITARIO VIFS-2019-04089 DE 2019-03-07, CON MODIFICACION LIC-40009291-20190308N.M01 DE 2019-03-21, VISTO BUENO ICA FITOSANITARIO VIFS-2019-05122 DE 2019-03-21 TASA DE CONVERSIÓN YEN JAPONES: 0.00911 COD UAP 1245 NOS ACOGEMOS AL DECRETO 272 DEL 2018, CUMPLE CON NORMA DE ETIQUETADO SEGÚN RESOLUCIÓN 497 DE 2013; NOS ACOGEMOS A RES 7408 DE 2010; DOCUMENTO FITOSANITARIO DRFI SV-004968-19 DE 2019-03-19. PRODUCTO: EXCAVADORA HIDRAULICA SOBRE ORUGAS, MARCA: HITACHI, MODELO: ZX40U-2, REFERENCIA: ZX40U-2, USO O DESTINO: INDUSTRIAL PARA REALIZAR EXCAVACION Y MOVIMIENTOS DE TIERRA, SERIAL: HCM1M(continúa al respaldo)

127. Valor pagos anteriores: 0	128. Recibo oficial de pago anterior No.: XXXXXXXXXXXXXXX	129. Fecha: XXXX XX XX
130. Espacio reservado DIAN - Actuación aduanera Estado de levante: Levante automático No hay declaración posterior	131. Espacio reservado uso exclusivo Ministerio de Relaciones Exteriores	132. No. Aceptación declaración 352019000147085 133. Feha: 2019 03 28

134. Levante No. 352019000117748	135. Fecha	Firma funcionario responsable	136. Nombre 137. C.C. No.
	2019 - 04 - 05		

Firma declarante	997. Espacio exclusivo para el sello de la entidad recaudadora (Fecha efectiva de la transacción) Coloque el timbre de la máquina registradora al dorso de este formulario	**980. Pago Total $** **0** 996. Espacio para autoadhesivo de la entidad recaudadora (Número del adhesivo) SYGA Autoadhesivo 92351910492681 Fecha presentación 2019-03-28 17:44:23 Valor pagado $0

Fecha de Impresión: 2019-04-05 14:26:08

20193407276299

DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales
REPÚBLICA DE COLOMBIA

MUISCA

Declaración de Importación

Aceptación : **352019000147085-8**
Subpartida : **8429520000**

105. Continuación descripción mercancías (Incluya marcas, seriales y otros)

900C00010743, AÑO DE FABRICACION: 2005, AÑO DEL MODELO: 2005, MOTOR MARCA: YANMAR, MODELO DEL MOTOR: 4TNV88-N, SERIAL DEL MOTOR: 4TNV88-21543, COLOR: NARANJA, PRECIO CUANDO NUEVA: USD 33000, CON PARTES Y ACCESORIOS PARA SU PUESTA EN MARCHA Y NORMAL FUNCIONAMIENTO, INCLUYE: ACOPLE RAPIDO Y CUCHARON (HYDRAULIC EXCAVATOR) CANT (1) U (ITEM 1).XXXX

Inscripción Trabajador

RADICADO

Número de Trámite
2500038366

Fecha
20/01/2025 14:18:19

DATOS EMPRESA

Tipo de Identificación *
NIT

Número de Identificación *
901627795

Dígito de Verificación *
7

Razón Social
CME INGENIERIA Y SERVICIOS SAS

Sucursal

ANEXOS

¿Va a presentar documentos para acreditar derecho a pago de cuota monetaria? *
○ Si ◉ No

DATOS TRABAJADOR

Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *
80089615

Primer Apellido *
CASTIBLANCO

Segundo Apellido
SANABRIA

Primer Nombre *
EDWIN

Segundo Nombre
GIOVANNI

Correo Electrónico *
dsanabria381@gmail.com

Fecha de Expedición *
18/08/1999

Lugar de Expedición
BOGOTA

Fecha de Nacimiento *
05/08/1981

Nacionalidad *
COLOMBIANA

Estado Civil *
Soltero

Sexo *
Masculino

Dirección de Correspondencia *
KR 6 163 D 36
Seleccionar Dirección

Departamento *
Bogotá D.C.

Ciudad *
BOGOTA

Teléfono

Celular
3023686106

Fecha Inicio de Contrato *
2025-01-20

Total Horas Mes *
230

Tipo de Salario *
Básico - FIJO

Salario Básico *
1423500

Comisiones
0

Total Sueldo Mes *

1423500

Departamento Sede de Trabajo *

Bogotá D.C.

Ciudad Sede de Trabajo *

BOGOTA

Trabaja en el Sector Agropecuario *

SI NO

Trabaja en Otra Empresa *

SI NO

Trabajador es Veterano de la Fuerza Pública *

SI NO

DATOS DE PERSONA(S) A CARGO

PERSONA(S) A CARGO

Declaro que la información que he consignado en el presente formulario es veraz y autorizo a la Caja de Compensación Familiar CAFAM a realizar las verificaciones correspondientes en cualquier momento y a descontar de mi subsidio familiar en dinero, los valores que me hayan entregado sin cumplir con lo estipulado en la Ley 21 de 1.982 Arts., 18,20,22,23 y/o no haber reportado las novedades de conformidad con lo señalado en el Art 37 de la misma Ley.

Autorizo el manejo de los datos personales y envío de notificaciones del trámite mediante medios electrónicos *

SI

POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Enviar

Libertad y orden
RÉPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento del Decreto 1072 de 2015
otorga
Certificado de Competencia Laboral a

EDWIN GIOVANNI CASTIBLANCO SANABRIA

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 80089615

Quien demostró su Competencia Laboral en la
Norma

Operar maquinaria pesada de acuerdo con manual del fabricante y tipo de labor / Excavadora hidráulica - NIVEL INTERMEDIO

Código: 270101120 - Versión: 1

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en BOGOTÁ D.C., A los cinco (5) días del mes de Septiembre de dos mil veintitres (2023)

Firmado Digitalmente por

1674581 - 05/09/2023
No Y FECHA REGISTRO

WILLIAM DARIO RIAÑO BARON
Subdirector CENTRO DE TECNOLOGÍAS PARA LA CONSTRUCCIÓN Y LA MADERA
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 92090027010112022312CC80089615C

Especificaciones

Aviso: Todos los datos listados son verificados por el equipo de LECTURA Specs. Sin embargo, puede haber datos incompletos o contener errores. Póngase en contacto con nuestro equipo con cualquier sugerencia de cambio.

Peso	**4.76 t**	Longitud de transporte	**3.24 m**
Anchura transporte	**1.96 m**	Altura de transporte	**2.51 m**
Capacidad cuchara	**0.14 m³**	Ancho cuchara	**0.55 m**
Anchura orugas	**400 mm**	Protección para el conductor	**KbR**
Max. Alcance lateral	**6.05 m**	Profundidad de excavación	**3.66 m**
Fuerza de rotura	**21 kN**	Model Series	**ZAXIS**
Fabr. del motor	**Yanmar**	Modelo de motor	**4TNV88**
Rendimiento de motor	**29.8 kW**	Cilindrada	**2.189 l**
Revoluciones	**1500 rpm**		

Modelo base con cuchara de retro estándar

Powered by CamScanner

Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

TARJETA DE REGISTRO DE MAQUINARIA

No. 60865

No. DE REGISTRO	MARCA	LINEA	AÑO MODELO
MC105442	HITACHI	ZX40U-2	2005

TIPO DE MAQUINARIA	CLASE	No. SERIE
CONSTRUCCION	EXCAVADORA	HCM1M900C00010743

COLOR(ES)	No. MOTOR	RODAJE
NARANJA	4TNV88-21543	ORUGAS

PESO Y MEDIDAS SIN ACCESORIOS

PESO	ALTO	ANCHO	LARGO
4310 Kg	2510 mm	1060 mm	5340 mm

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
CARDONA SUAREZ CRISTIAN FERNANDO	C.C. 1.053.774.999

Powered by CamScanner

LOCATARIO APELLIDO(S) NOMBRE(S)

IDENTIFICACIÓN



LIMITACIONES A LA PROPIEDAD

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

STRIA TTOYTTE MCPAL FUNZA

FECHA REGISTRO	FECHA EXPEDICIÓN	FECHA VENCIMIENTO
02-08-2019	02-08-2019	******
ORIGEN	**DEC. IMPORTACIÓN**	**FECHA DE LEVANTE**
IMPORTACIÓN	352019000147085	05/04/2019

ESTA TARJETA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

TM02000033[illegible]

Powered by CamScanner

Medellín, 20 de January 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 CME INGENIERIA & SERVICIOS SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C80089615	CASTIBLANCO SANABRIA EDWIN GIOVANNI	21/01/2025		13426180	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 20/01/2025 14:01:28 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 179.60.242.77, 192.230.104.6, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 80.089.615
CASTIBLANCO SANABRIA
APELLIDOS
EDWIN GIOVANNI
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 05-AGO-1981
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.56
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
18-AGO-1999 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-1500150-00006701-M-0080089615-20080430
0000205992A 1
1340001213

COMPENSALUD

IPS E.U. NIT.900339158-6
Código Prestador de servicios N°1100112762-02

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

FECHA: 12-03-2024	**EXAMEN PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS DE INGRESO**	
NOMBRE: EDWIN GIOVANNI CASTIBLANCO SANABRIA		
DOCUMENTO: 80089615		
EDAD:42 RH: O+ PESO: 65KG		
EMPRESA: CME INGENIERIA & SERVICIOS SAS		
CARGO: OPERADOR DE EXCAVADORA		

RESULTADOS EXAMENES PARACLINICOS:

TIPO DE EXAMEN	RESULTADO
GLICEMIA	**NORMAL**
PERFIL LIPIDICO	**NORMAL**
OSTEOMUSCULAR	**NORMAL**
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	**NORMAL**
AUDIOMETRÍA (ESCALA DE LARSEN)	**NORMAL**
OPTOMETRÍA	**NORMAL**
ESPIROMETRÍA	**NORMAL**
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ÉNFASIS EN ALTURAS	**SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL**
AUDIOMETRIA (ESCALA DE LARSEN)	**SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL**
OPTOMETRIA	**SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL**
ESPIROMETRÍA	**SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL**
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS EN ALTURAS	**SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL**

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA: A LA FECHA HACEMOS CONSTAR QUE EL TRABAJADOR FUE EXAMINADO Y LOS RESULTADOS OBTENIDOS FUERON LOS SIGUIENTES:

APTO: SI	**APTO CON RESTRICCIÓN: NO**	**NO APTO: NO**	**APLAZADO: NO**
APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS: SI		**APTO PARA ESPACIOS CONFINADOS: SI**	
EXAMEN MEDICO PREOCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR: SI			

RECOMENDACIONES:

CONTROL EPS	**SI**	
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PESONAL	**SI**	
HABITOS DE VIDA SALUDABLE	**SI**	

OTRAS RECOMENDACIONES: USO DE LOS E.P.P. FRENTE A LA PANDEMIA DEL COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCIÓN DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES SEGÚN CIRCULAR 030 DEL 2020.

VALORACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL Y PARACLÍNICOS SEGÚN EL EXAMINADO CERTIFICA QUE NO OMITIÓ NINGÚN DATO SOBRE SUS ANTECEDENTES OCUPACIONALES, PERSONALES Y FAMILIARES QUE PUDIESEN INFLUIR SOBRE SU ESTADO DE SALUD, Y QUE TODA INFORMACIÓN EXPRESADA EN ESTE DOCUMENTO ES CIERTA.

Dr. Francisco Javier Gómez Pinilla
U. Nacional
Médico Cirujano
Profesional 11033 Minsalud
Médico Distrital 7972
Cund. Ret. 25-2540

MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

FIRMA PACIENTE:

C.C. N._____ HUELLA

Declaración de confidencialidad: El presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de salud ocupacional de la empresa contratante del servicio en concordancia con la resolución 2346 de julio del 2007, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014002089	2|0|0|1|2|0|2|5

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

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

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

3.Regimen
A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4.Contribución Solidaria
Si ☐ No ☒

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

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

7.Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
CASTIBLANCO Primer apellido	SANABRIA Segundo apellido	EDWIN Primer nombre	GIOVANNI Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	80089615	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento					15.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:			
COLOMBIA	COLOMBIA	BOGOTA	BOGOTA			0|5|0|8|1|9|8|1

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad		19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN		21.Grupo población especial
			Si ☐ No ☒	SI ☐ NO ☒	Nivel	Grupo	
6		Categoria Discapacidad					

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	COLFONDOS	1423500	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
DG 164 6 29		3216521014	EDWINCASTIBLANCO@GMAIL.COM

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

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS AUTOPISTA NORTE CL 162 - VS AUTOPISTA NORTE CL 162	VSAUTONORT - VSAUTONORT
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CME INGENIERIA SERVICIOS SAS	NIT	901627795	01

59.Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito
CL 127 C NO 3 40 IN 5	8214908	CMEINGENIERIA.SAS@GMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA

No de Radicacion
4014002089

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

65. EPS anterior	66. Fecha de Novedad	67. Motivo de traslado Código:	68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	2|0|0|1|2|0|2|5	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS

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

X. ANEXOS

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

  Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0
- ☐ **83.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **84.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **85.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ **86.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ **87.** Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ **88.** Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ **89.** Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ **90.** Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ **91.** Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

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

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

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

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	95. Firma del funcionario
☐		
96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

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

COMPESALUD

IPS E.U.NIT. 830.136.311-5
Código Prestador Servicios No. 1100112762-02
Licencia en Salud Ocupacional No. 10722 de 08/11/08

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

(TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS)



FECHA: 18/10/2024

TIPO DE EXAMEN: INGRESO [X] **PERIODICO** [ ] **RETIRO** [ ]
INFORMACION GENERAL:

NOMBRE DEL TRABAJADOR: CASTIBLANCO SANABRIA EDWIN GIOVANNI **Sexo:** [M]
Documento de Identidad: C.C. [X] **T.I.** [ ] **C.E.** [ ] **Numero**: 80.089.615 **Edad:** 43 AÑOS
Eps: SALUD TOTAL **Cargo:** OPERADOR
Empresa: OSCAR NICOLAS AVENDAÑO RODRIGUEZ **NIT:** 80544735-0

RESULTADO EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

EXÁMEN REALIZADO	RESULTADO	OBSERVACIONES
GLICEMIA	NORMAL	
PERFIL LIPIDICO	NORMAL	
PSICOTEST DE ALTURAS	NORMAL	
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL	
AUDIOMETRIA (ESCALA LARSEN)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL	
ESPIROMETRIA (KNUDSON)	SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL	
VISIOMETRIA (OPTEC-2000)	SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL	
PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS	SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL	
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS EN ALTURAS	SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL	

HEMOCLASIFICACION	O+	ESTATURA	1.56 CM	PESO	65 KG

CONCLUSIONES

1. RECOMENDACIONES: Remisión EPS – IPS **SI** [ ] **NO** [X] **Tratamiento: SI** [ ] **NO** [X] **¿Cuál?**_____

2. Otras Recomendaciones: REALIZAR PAUSA ACTIVA, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, HÁBITOS DE HIGIENE POSTURALES ADECUADOS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL, AUDITIVA Y PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL, SEGUIR PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO SEGURO-CAPACITACIONES SEGÚN CARGO, HACER PERIÓDICAMENTE LOS EXÁMENES DE VALORACIÓN OCUPACIONAL.

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL OFICIO

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	EXAMEN PERIODICO	SI	NO
APTO PARA EL CARGO	X		APTO PARA CONTINUAR DESEMPEÑANDO EL CARGO		
APLAZADO		X	REQUIERE DE RESTRICCIONES DE ACTIVIDADES		
APTO CON RESTRICCIONES		X	REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL TEMPORAL		
EXAMEN MEDICO PREOCUPACIONAL	X		REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL PERMANENTE		
APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS	X		PRESENTA ALTERACION EN SALUD		
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	X		REMISION A EPS		

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
¿Se encuentran alteraciones clínicas con respecto al examen de ingreso?		
¿Estas alteraciones afectan la futura capacidad laboral del trabajador?		

RECOMENDACIONES: USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR. NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES SEGUN CIRCULAR 030 DEL 2020.

Valoración médica ***ocupacional y paraclínicos según resolución N° 4272 de 2021 El examinado CERTIFICA que no omitió ningún dato sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta.***

HUELLA

Medico

Claudia Patricia Gonzalez S.
Medico Especialista
Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 11409-2014 C.C. 52.503.829

Paciente

Firma: ***Firma:***
Nombre: Dr. CLAUDIA PATRICIA GONZALEZ S. **Nombre:**
Reg. Medico 11409-2014 C.C. 52.503.829 **Doc. No.:**

Declaración de CONFIDENCIALIDAD: el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de salud Ocupacional. En constancia con la RESOLUCIÓN 2346 de julio de 2017, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento

OCUPACIONAL SALUD

NIT. 4512479-3



CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL

FECHA: 21 DE ENERO 2025

NOMBRE: EDWIN GIOVANNI CASTIBLANCO SANABRIA

CC/ID: 80089615

Tipo de Examen: INGRESO: [X] PERIÓDICO: [ ] TRABAJO EN ALTURAS [X]

INFORMACION GENERA

EMPRESA: CME INGENIERIA & SERVICIOS SAS

NIT: 901627795-7

CARGO: OPERADOR MAQUINARIA

RESULTADO EXÁMENES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

OPTOMETRÍA	NORMAL	COLESTEROL SI
ESPIROMETRÍA	NORMAL	TRIGLICERIDOS SI
ELECTROCARDIOGRAMA	NORMAL	GLICEMIA SI
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL	QUÍMICA PARÁMETROS NORMALES SI
HEMOCLASIFICACIÓN O+	ESTATURA: 1,56/PESO: 68KL	AUDIOMETRÍA NORMAL

CONCLUSIONES

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL OFICIO

EXÁMEN DE INGRESO	SI	NO	EXÁMEN PERIÓDICO	SI	NO
APTO SIN RESTRICCIONES	X		APTO PARA SEGUIR DESEMPEÑANDO EL CARGO		
APLAZADO		X	REQUIERE DE RESTRICCIONES DE ACTIVIDADES		
APTO CON RESTRICCIONES		X	REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL TEMPORAL		
EXÁMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL	X		REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL PERMANENTE		
APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS	X		PRESENTA ALTERACIÓN EN SALUD		
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	X		REMISIÓN A EPS		

EXÁMEN DE RETIRO	SI	NO
e encuentran alteraciones clínicas con respecto al examen de ingreso?		X
Estas alteran la futura capacidad laboral del trabajador?		X

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRABAJADOR

Autorizo al doctor(a) mencionado(a) a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento, me han informado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido que analizar los beneficios y la interpretación de limitación y riesgo del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas de proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por este examen son completas y verídicas, la información registrada en este documento para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido lo anterior y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Se autoriza al trabajador para laborar, en alturas y espacios confinados según resultados del cuestionario, valorización médica ocupacional y paraclínicos según resolución N° 4272 del 23 de Julio de 2021

SI(X) NO( )

PACIENTE APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS (SI)

Javier Moreno Ramos

Especialista en Salud Ocupacional

Licencia RM 3235/2017

FIRMA DEL MÉDICO



FIRMA DEL PACIENTE

Transv. 74F No. 40B-06
Cel.: 313 892 4481
asesoria@ocupacionalsalud.com
Verificaciones:
www.ocupacionalsalud.com

Powered by CamScanner

HOJA DE VIDA HITACHI ZX 40U CME INGENIERIA Y SERVICIOS

CME INGENIERIA Y SERVICIOS SAS	HOJA DE VIDA Y CONTROL OPERATIVO DE VEHICULOS Y MAQUINARIAS	PAGINA 1 DE 1
	FECHA EMISIÓN: AGOSTO 10/2024	

INGENIERIA Y SERVICIOS S.AS.
NIT 901627795-7

EXCAVADORA HITACHI 40U



FICHA TECNICA

Marca:	HITACHI 40U	
Referencia o serie:	MC 063471	
Modelo:	2006	
Placa ZX 40U-2		
No. Motor:	S9D527E-6	
Tipo de Carrocería:		
Número de Ejes:		
Color:	NARANJA	
Dimensiones:	Largo:	3,20M
	Ancho:	2,70M
	Alto:	2,20M
Tarjeta de Propiedad:	MANRIQUE MENDEZ S.A.S	
Fecha de la Adquisición:	2010	
Nombre de Proveedor:	PARTEQUIPOS	

CARACTERÍSTICAS

Potencia:	100HP
Peso:	4 TONELADAS
Capacidad:	1,5 TONELADAS

CONDUCTORES

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	TELEFONO	FECHA: DE / HASTA	PASE DE CONDUCCIÓN
FERNANDO VARGAS	10.255.230	3134701882	OCTUBRE 2021/2023	SI
FERNANDO VARGAS	10,255,230	3134701882	OCTUBRE 2023/DICI 2023	SI
GONZALO MARENTES	79257113	3103075243	ene-24	SI
FERNANDO VARGAS	10,255,230	3134701882	mar-24	SI
			ago-24	

FICHA DE CONTROL OPERATIVO

LUGAR/ OBRA	FECHA	INICIO	FINAL	ENCARGADO
ACUEDUCTO	BACHUE	mar-23	ago-23	CESAR MANRIQUE
ACUEDUCTO	QUIRIGUA	oct-23	dic-23	CESAR MANRIQUE
CAPITAL CHIA	CHIA	feb-24	mar-24	CESAR MANRIQUE
HIDRO INGENIERIA	USAQUEN	jun-24	jul-24	CESAR MANRIQUE

PROGRAMA Y CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTOS. CME INGENIERIA Y SERVICIOS SAS

FICHA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

No.	REQUERIMIENTO PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO TIPO	FRECUENCIA	FECHAS DE MANTENIMIENTO 1	2	3	4
1	Sistema Electrico (baterias, luces, encendido)	Mensual	mar 28-24	junio 25-24	ago 29-24	
2	Sistema Hidraulico (Frenos, mangueras, cilindros de elevacion e inclinacion, radiador)	Mensual	mar 28-24	junio 16-24	ago 16-24	
3	Nivel de aceite hidraulico y del motor	Mensual	mar 28-24	junio 28-24	ago 29-24	
4	Sistema Mecanico (transmision, caja de cambios, engranajes, ejes, llantas, correas,	Mensual	mar 28-24	junio 13-24	ago 19-24	
5	Tablero de controles (chequeo de indicadores, testigos, interruptores)	Diario	diario	diario	diario	
6	Controles manuales y pedales	Diario	diario	diario	diario	
7	Cabina (silla, cinturon, ventanas, espejos)	Semestral	mar 28-24	junio 16-24	ago 28-24	
8	Zapatas de apoyo (chequeo) y engrase de todos los puntos de articulacion.	Diario	diario	diario	diario	
9	Motor (Cambio de aceite, agua, engrasolinado)	Por horas de trabajo	mar 28-24	junio 16-24	ago 21-24	

Rv
CESAR MANRIQUE

ULTIMO MANTENIMIENTO CME INGENIERIA Y SERVICIOS

No.	MANTENIMIENTO TIPO	FRECUENCIA	FECHAS DE MANTENIMIENTO 1	2	3	4
1						
2	CAMBIO DE ACEITE Y FLTROS MOTOR 15 W40	280 HORAS	MAY 28-24	JULIO 28-24	AGTO 18-27	
3	LIMPIEZA DE TANQUE COMBUSTIBLE	500 HORAS	MAY 28-24	JULIO 30-24	AGTO 25-24	
4	CAMBIO MANGUERAS DE ACPM POR PRESENTAR DESGASTE	ANUAL	MAY 28-24	JULIO 30-24	AGTO 25-24	
5						
6						
7						
8						
9						

NOTA: LA MAQUINA QUEDA OPERATIVA, PENDIENTE SENSOR DE ACELERACION, PENDIENTE POR IMPORTACION.

Rv
CESAR MANRIQUE ESLAVA

CALLE 181 N°8-52 TEL 3214473255
E-MAIL cmeingenieria.sas@gmail.com
BOGOTÁ D.C

Powered by CamScanner

EDWIN GIOVANNY CASTIBLANCO SANABRIA
C.C. 80.089.615 DE BOGOTA



Dirección: Diagonal 164 # 6 - 29
Teléfono: 3023686106
Fecha de Nacimiento: Agosto 5 de 1981
Estado Civil: Soltero

OBJETIVO

Poner a consideración mi nombre y de ante mano mis servicios en procura de cumplir con el perfil por ustedes deseado y así entrar a aportar en forma directa y positiva la proyección de tan importante empresa.
Soy responsable, Honesto, Optimista, y constante para desempeñarme en las labores encomendadas.

ESTUDIOS REALIZADOS

COLEGIO DIVINO MAESTRO
Grado 5º
Bogotá 1996

COLEGIO FERNANDO MAZUERA
Bachiller Académico 11º
Bogotá 2000

EXPERIENCIA LABORAL

RICARDO LARA
Cargo: Operador retro excavadora
Jefe Inmediato: RICARDO LARA
Tiempo Laborado: 4 Años
CEL 3133894053

ING. FABIO RAMIREZ
Cargo: Operador de retro excavadora
Jefe Inmediato: Fabio Ramírez
Tiempo laborado: 5 años
Tel: 3173002849

ING. SAMUEL GORDILLO
Cargo: Operador de retro excavadora
Jefe Inmediato: Samuel Gordillo
Tiempo laborado: 4 años
TEL: 3102162169

REFERENCIAS PERSONALES

Flor Alba Laguna Martínez
Teléfono: 3003634619

Moisés Sánchez Pérez
Teléfono: 3134634803 – 3203593513

Carlos Enrique López Moreno
Teléfono: 3015915838

REFERENCIAS FAMILIARES

José Fredy Moreno Sanabria
Teléfono: 3023688522

Luz Marina Sanabria Macías
Teléfono: 3105890128

_____
EDWIN GIOVANNY CASTIBLANCO SANABRIA
C.C. 80.089.615 de Bogotá

INGENIERIA Y SERVICIOS S.A.S.
NIT 901627795-7

CERTIFICADO DE IDONEIDAD

El señor, **EDWIN GIOVANNI CASTIBLANCO SANABRIA** identificado con cedula de ciudadanía número 80.089.615 de Bogotá, es técnico en conducción de **EXCAVADORA DE ORUGA TIPO 40**. En la actualidad opera una EXCAVADORA 40, Con una experiencia de 20 años, tiempo durante el cual ha sabido operar de manera eficiente y responsable su equipo.

Se expide la presente certificación a solicitud de los interesados a los (12) días del mes de Marzo del año 2024

Cordialmente

CESAR MANRIQUE
C.C 79.649.527 Bogotá
REP.LEGAL

CALLE 181 N°8-52 TEL 3214473255
E-MAIL cmeingenieria.sas@gmail.com
BOGOTÁ D.C

Powered by CamScanner

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 901627795	7	CME INGENIERIA Y SERVICIOS SAS	A - 200 O MAS COTIZANTES	PAGOS	CLL 127C 3 40	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8214907	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-04	1423201442	9484870146	E	2025/04/24	2025/04/21	BANCOLOMBIA	0	$2,564,700

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	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PAGOS (7 Afiliados)																						$8,303,750	$1,328,800			$9,727,250	$389,500			$9,727,250	$389,500			$9,727,250		$456,900		$0	$0		$2,564,700
Centro de Trabajo: OBRA (4 Afiliados)																						$5,456,750	$873,200			$5,456,750	$218,500			$5,456,750	$218,500			$5,456,750		$379,900		$0	$0		$1,690,100
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (4 Afiliados)																						$5,456,750	$873,200			$5,456,750	$218,500			$5,456,750	$218,500			$5,456,750		$379,900		$0	$0		$1,690,100
1	CC	80089615	CASTIBLANCO EDWIN																		23100 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF21	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
2	CC	1084787902	CHIQUILLO ANDRES	X																	23030 1	25	$1,186,250	$189,800	EPS041	25	$1,186,250	$47,500	CCF21	25	$1,186,250	$47,500	14-11	25	$1,186,250	6.960%	$82,600	25	$0	$0	Si	$367,400
3	CC	80086238	ROJAS JOHN																		23030 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$57,000	CCF21	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
4	CC	10255230	VARGAS FERNANDO																		25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$57,000	CCF21	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
Centro de Trabajo: PAGOS (1 Afiliados)																						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$57,000			$1,423,500	$57,000			$1,423,500		$62,000		$0	$0		$403,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$57,000			$1,423,500	$57,000			$1,423,500		$62,000		$0	$0		$403,800
5	CC	80421435	MORALES MIGUEL																		23100 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$57,000	CCF21	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	4.350%	$62,000	30	$0	$0	Si	$403,800
Centro de Trabajo: RIESGO 1 (2 Afiliados)																						$1,423,500	$227,800			$2,847,000	$114,000			$2,847,000	$114,000			$2,847,000		$15,000		$0	$0		$470,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados)																						$1,423,500	$227,800			$2,847,000	$114,000			$2,847,000	$114,000			$2,847,000		$15,000		$0	$0		$470,800
6	CC	79649527	MANRIQUE CESAR																		25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS008	30	$1,423,500	$57,000	CCF21	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	0.522%	$7,500	30	$0	$0	Si	$349,300
7	CC	39790143	MENDEZ SANDRA																			0	$0	$0	EPS008	30	$1,423,500	$57,000	CCF21	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	0.522%	$7,500	30	$0	$0	Si	$121,500
Total			**Afiliados(7)**																				$8,303,750	$1,328,800			$9,727,250	$389,500			$9,727,250	$389,500			$9,727,250		$456,900		$0	$0		$2,564,700

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 901627795	7	CME INGENIERIA Y SERVICIOS SAS	A - 200 O MAS COTIZANTES	PAGOS	CLL 127C 3 40	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8214907	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-04	1423201442	9484870146	E	2025/04/24	2025/04/21	BANCOLOMBIA	0	$2,564,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				6	$1,328,800	$0	$0	$1,328,800
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	2	$455,600	$0	$0	$455,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	2	$455,600	$0	$0	$455,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	2	$417,600	$0	$0	$417,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				7	$456,900	$0	$0	$456,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	7	$456,900	$0	$0	$456,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				7	$389,500	$0	$0	$389,500
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	7	$389,500	$0	$0	$389,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				7	$389,500	$0	$0	$389,500
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	2	$114,000	$0	$0	$114,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	2	$114,000	$0	$0	$114,000
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$47,500	$0	$0	$47,500
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$57,000	$0	$0	$57,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$57,000	$0	$0	$57,000
TOTAL				**7**	**$2,564,700**	**$0**	**$0**	**$2,564,700**

REPUBLICA DE COLOMBIA

DIAN

Declaración de Importación

Privada | 500

1. Año 2020

Espacio reservado para la DIAN (Antes de diligenciar este formulario lea cuidadosamente las instrucciones)

4. Número de formulario: 482020000500751-0

Importador

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 900304477 | 6. DV: 5 | 11. Apellidos y nombres o Razón Social: ESPACIOS Y EQUIPO E Y E S.A.S

13. Dirección: CR 9 59 91 OF 301 | 15. Teléfono: 8123048 | 12. Cod. Admón.: 48 | 16. Cód. Dpto: 11 | 17. Cód. Ciudad Municipio: 001

Declarante

24. Número de Identificación Tributaria (NIT): 900726525 | 25. DV: 9 | 26. Razón social del declarante autorizado: AGENCIA DE ADUANAS AGEM ADUANA S.A.S NIVEL 2 | 27. Tipo usuario: 26 | 28. Cód. usuario: 566

29. Número documento de identificación: 73164505 | 30. Apellidos y nombres: FRANCO CASTRO CARMELO ARTURO

31. Clase Importador	32. Tipo declaración	33. Cod.	34.No.Formulario Anterior	35. Año - Mes - Día	36. Cod. Admón.	37. Declaración de Exportación	38. Año - Mes - Día	39. Cod. Admón.
01	Inicial	1	XXXXXXXXXXXXXX	XXXX - XX - XX	XX	No. XXXXXXXXXXXXXXX	XXXX - XX - XX	XX

40. Cod. lugar Ingreso de las mercancías	41. Cod. Depósito	42. Manifiesto de carga	43. Año - Mes - Día	44. Documento de transporte	45. Año - Mes - Día
CTG	25506	No. 116575011079271	2020 - 09 - 26	No. HOEGSD01ZLCG0003	2020 - 09 - 06

46. Nombre exportador o proveedor en el exterior: IRON PLANET | 47. Ciudad: DUBLIN | 48. Cod.País Exportador: 375

49. Dirección exportador o proveedor en el exterior: UNIT A AERODROME BUSINESS PARK RATHCOLE DUBLIN 24 | 50. E-mail: 353 0 1 860 5021

51. No. de factura	52. Año - Mes - Día	53. Cod. país procedencia	54. Cod. Modo Transporte	55. Código de Bandera	56. Cod. Depto Destino	57. Empresa transportadora	58. Tasa de cambio $ cvs.
370973-3975278	2020 - 08 - 20	249	1	169	0	MARITRANS S A	3,842.34

S	59. Subpartida arancelaria	60. Cod. Complementario	61. Cod. Suplementario	62. Cod. Modalidad	63. No. cuotas o meses	64. Valor cuota USD	65. Periodicidad del pago de la cuota	66. Cod. país de origen	67. Cod. Acuerdo
	8429400000	XX	XX	C100	XX	XXXX	XX	215	XXX

68. Forma de pago de la importación	69. Tipo de importación	70. Cod. país compra	71. Peso bruto kgs. dcms.	72. Peso neto kgs. dcms.	73. Código embalaje	74. No. bultos	75. Subpartidas	76. Cod. unidad comercial	77. Cantidad dcms.
01	01	375	2,700.00	2,700.00	YY	1	1	U	1.00

78. Valor FOB USD	79. Valor fletes USD	80. Valor Seguros USD	81. Valor Otros Gastos USD	82. Sumatoria de fletes, seguros y otros gastos USD	83. Ajuste valor USD	84. Valor aduana USD	85. Código registro o licencia	86. Número
16,150.00	800.00	64.60	0.00	864.60	0.00	17,014.60	L	40040886

87. Cod. oficina	88. Año	89. Programa No	90. Cód Interno del Producto
3	2020	XXXXXXXXXX	0

Autoliquidación

Concepto	%	Base	Total Liquidado ($)	Total a pagar con esta declaración ($)	Total Liquidado (USD)
Arancel	0.00	65,375,878	0	0	0
I.V.A.	19.00	65,375,878	12,421,000	0	0
Salvaguardia	0.00	0	0	0	0
Derechos Compensatorios	0.00	0	0	0	0
Derechos Antidumping	0.00	0	0	0	0
Sancion	0	0	0	0	
Rescate	0	0	0	0	
		Total	12,421,000		0

91. Descripción de las mercancías (No inicie la descripción de las mercancías a importar con lo señalado en el arancel de aduanas en la subpartida arancelaria - Incluya marcas, señales y otros) (Si el campo es insuficiente, continúe al respaldo de esta forma) (*)

DO 480120158 PEDIDO TRAMITE: 2017 DECLARACION(1-1)ADJUNTAMOS FACTURA COMPLETA NUMERO 370973-3975278-PAN-234 DE 20-08-2020 ADJUNT AMOS LICENCIA DE IMPORTCION N LIC-40040886-20200922N DE 2020-09-22 05:21, ADJUNTAMOS VBO DEL ICA NUMERO VIFS-2020-15863 DE 2020-0 9-22 ADJUNTAMOS CERTIFICADO FITOSANITARIO PARA NACIONALIZAR NUMERO CFN-10-004144-20 DE 2020-10-01. PRODUCTO: RODILLO VIBRADOR DE DOBLE TAMBOR (VIBRACOMPACTADOR), MARCA: BOMAG, MODELO: BW 120 AD -5, REFERENCIA: BW120AD-5, TYPE. BW 120 AD - 5 USO O DESTINO: P ARA APLANAR Y COMPACTAR TERRENO (INDUSTRIAL), SERIAL: 861880421131, MOTOR MARCA KUBOTA, MODELO: D1703-M-ET04, FAMILY: CKBXL02.2FC D SERIAL DEL MOTOR: 7HC1298, CON ACCESORIOS PARA SU FUNCIONAMIENTO MERCANCIA USADA AÑO DE FABRICACION 2017(continúa al respaldo)

127. Valor pagos anteriores: 0	128. Recibo oficial de pago anterior No.: XXXXXXXXXXXXXXX	129. Fecha: XXXX XX XX
130. Espacio reservado DIAN - Actuación aduanera Estado de levante: Levante automático No hay declaración posterior	131. Espacio reservado uso exclusivo Ministerio de Relaciones Exteriores	132. No. Aceptación declaración: 482020000500751 133. Feha: 2020 10 06

134. Levante No. 482020000439093	135. Fecha: 2020 - 10 - 06	Firma funcionario responsable	136. Nombre 137. C.C. No.

Firma declarante	997. Espacio exclusivo para el sello de la entidad recaudadora (Fecha efectiva de la transacción) Coloque el timbre de la máquina registradora al dorso de este formulario	980. Pago Total $: 0 996. Espacio para Número autoadhesivo 9104801561244 5

Fecha de Impresión: 2020-10-06 15:27:09

20201348011752

Escaneado con CamScanner

DIAN
REPÚBLICA DE COLOMBIA

MUISCA

Declaración de Importación

Aceptación : **482020000500751-0**
Subpartida : **8429400000**

108. Continuación descripción mercancías (Incluya marcas, seriales y otros)

PRECIO CUANDO NUEVO. 19.547.32 USD, ADJUNTAMOS DOCUMENTO DE REQUISITOS FITOSANITARIOS PARA IMPORTACION NUMERO SV-020924-20 LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN. 17/09/2020, FECHA DE VALIDEZ 16/12/2020 CANT (1) UNIDADES O ARTICULOS (ITEM 1).XXXX



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

TARJETA DE REGISTRO DE MAQUINARIA

Libertad y Orden

No. 75173

No. DE REGISTRO
MC192344

MARCA
BOMAG

LINEA
BW 120 AD-5

AÑO MODELO
2014

TIPO DE MAQUINARIA
CONSTRUCCION

CLASE
VIBROCOMPACTADORA

No. SERIE
861880421131

COLOR(ES)
AMARILLO

No. MOTOR
7HC1298

RODAJE
CILINDROS

PESO Y MEDIDAS SIN ACCESORIOS

PESO
2700 Kg

ALTO
1800 mm

ANCHO
1272 mm

LARGO
2529 mm

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
RAMIREZ O[illegible]S GERMAN

IDENTIFICACIÓN
C.C. 19.496.761



LOCATARIO APELLIDO(S) NOMBRE(S)

IDENTIFICACIÓN

LIMITACIONES A LA PROPIEDAD

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR
STRIA TTOYTTE MCPAL FUNZA

FECHA REGISTRO
13-11-2020

FECHA EXPEDICIÓN
13-11-2020

FECHA VENCIMIENTO
******

ORIGEN
IMPORTACIÓN

DEC. IMPORTACIÓN
48202000500751

FECHA DE LEVANTE
06/10/2020

COSMO-ID-L3-19

ESTA TARJETA ES [illegible] NACIONAL

TM0700000619[illegible]

INSTRACVIAL

INSTITUCIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO COLOMBIA VIAL

Con Destino A:
QUIEN INTERESE

CERTIFICADO DE IDONEIDAD

Por medio de la presente se certifica que el señor **JHON EBER MACHADO** identificado con cedula de ciudadanía No.1.124.480.256 es *OPERADOR DE MAQUINARIA PESADA,* cumple con la experiencia requerida para el oficio soportada documentalmente con las certificaciones laborales pertinentes y cuenta con (5) cinco años, manejando las siguientes maquinas:

MINICARGADOR
VIBROCOMPACTADOR

La presente certificación se expide en Bogotá a los Cuatro (08) días del mes de enero de 2022.

Cordialmente.,

Ing. Civil. Miguel Antonio Bergara Cifuentes
M.P. 80202-095414CND

CIRO PULIDO PARDO

MANTENIMIENTO DE MINI CARGADORES
RETROEXCAVADORAS Y TODA MAQUINARIA
DE CONSTRUCCION

Bogotá D.C. Septiembre 29 de 2023

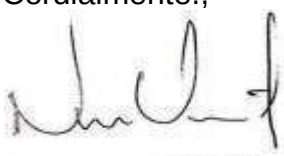
Señores:
JMC MAQUINARIA Y CONSTRUCCIONES SAS
Jhon castro
Ciudad.

Respetados señores:
Certifico el mantenimiento del VIBROCOMPACTADOR BOMAG BW 100 AD - 4 / BW 120 AD-4 con serial # 101880021101, que se realizó a las 341,3 horas de trabajo así:

Cambio de aceite 15W40 cantidad 10 litros
Cambio de filtro residuos (trampa) Cambio de filtro aceite hidráulico
Cambio de filtros primarios, secundarios (combustible ACPM)
Cambio de filtro interno y externo aire Ajuste contrapeso maquina Ajuste tapa cárter
Ajuste tapa protección tanque combustible

NOTA: PROXIMO MANTENIMIENTO A LAS 541,3 HORAS
HOROMETRO ACTUAL: 353,3

Cordialmente.,



Nelson Oswaldo Franco Amaya
D.I. 80.219.919
Ing. Mecánico
Matricula: CN230-121536

BOMAG

Instrucciones de servicio y mantenimiento



BW 100 AD-4/BW 120 AD-4/BW 125 AD 4

BW 100 AC-4 / BW 120 AC-4



Rodillo Vibratorio Tándem

Apisonadora Combinada

Núm. Catálogo
008 114 85

07/2005

Las máquinas de BOMAG son productos de la amplia gama de máquinas compactadoras de BOMAG.

La gran experiencia de BOMAG junto con procedimientos de producción y de ensayo más modernos, como p.ej. las tests de larga duración de todas las partes importantes y los altos requerimientos a la calidad garantizan la máxima fiabilidad de su máquina.

El presente manual contiene:

- Normas de seguridad
- Instrucciones de servicio
- Instrucciones de mantenimiento
- Ayuda en caso de averías

El empleo del presente manual

- facilita de llegar a conocer la máquina.
- Evita defectos debidos a un manejo no apropiado.

La observación de las instrucciones de mantenimiento

- aumenta la fiabilidad durante la aplicación en el lugar de obra,
- aumenta la duración de la máquina,
- reduce los costes de reparación y tiempos de máquina parada.

La empresa BOMAG no se responsabiliza para el funcionamiento de la máquina

- en caso de un manejo no correspondiendo a la utilización prescrita,
- con tipos de aplicación no correspondiendo a la utilización determinada, usen las instrucciones de seguridad.

No tienen ningún derecho de garantía en los siguientes casos

- errores en el manejo,
- mantenimiento insuficiente, y
- combustibles, aceites, etc. incorrectos.

Le rogamos tener presente que

El presente manual fue escrito para el operador y la persona de mantenimiento en el lugar de la obra.

Tengan este manual siempre al alcance de la mano, p.ej. en el compartimento de herramientas de la máquina, o en el depósito previsto para ello. Las instrucciones de servicio y mantenimiento son parte de la máquina.

La máquina hay que manejar sólo después de haber obtenido instrucciones y bajo observación del presente manual.

Imprescindiblemente hay que observar las instrucciones de seguridad.

Asimismo hay que observar las directivas de la asociación profesional de construcción de caminos, canales y puertos "Regulaciones de seguridad para el servicio de aplanadoras de carreteras y compactadores de suelo", y también las pertinentes regulaciones para la prevención de accidentes.

Para su propia seguridad deberían utilizarse sólo piezas de recambio de BOMAG.

En el curso del desarrollo técnico reservamos el derecho a introducir modificaciones sin previo aviso.

Las presentes instrucciones de servicio y mantenimiento se pueden obtener también en otros idiomas.

Además pueden obtener la lista de piezas de recambio y las instrucciones de reparación a través de su distribuidor de BOMAG bajo indicación del número de serie de su máquina.

Informaciones sobre la correcta aplicación de nuestras máquinas en el movimiento de tierras y asfalto también pueden obtener a través de su distribuidor de BOMAG.

Las condiciones de garantía y responsabilidad expuestas en las condiciones generales de contrato de BOMAG no sufren ninguna ampliación o sustitución por causa de las advertencias previas y de las a continuación.

Les deseamos mucho éxito con su máquina de BOMAG.

BOMAG GmbH

Printed in Germany

Copyright by BOMAG

Rellenar por favor

Tipo de máquina (imagen 1)

Número de serie (imagen 1 y 2)

Tipo de motor (imagen 3)

Número del motor (imagen 3)

Observación

Complementar los datos de arriba simultáneamente con el protocolo de entrega.

Con la entrega de la máquina nuestra organización le proporciona instrucciones iniciales para el manejo y mantenimiento.

¡A este efecto es incondicionalmente necesario se observen las informaciones respecto a seguridad y peligros!

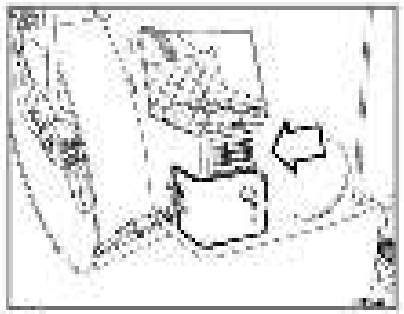


Fig. 1

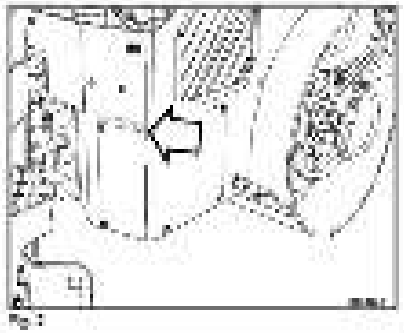


Fig. 2

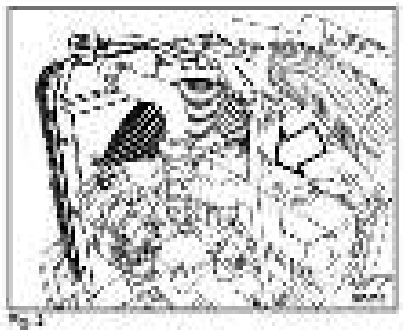


Fig. 3

Datos Técnicos 7

Instrucciones de Seguridad 10

Elementos de Indicación y de operación 23

3.1 Observaciones generales 24

3.2 Descripción de los elementos de indicación y operación 26

Manejo 32

4.1 Observaciones generales 36

4.2 Comprobaciones anterior a la puesta en servicio 36

4.3 Desbloquear el dispositivo contra robo 37

4.4 Arrancar el motor 37

4.5 Arrancar el motor (arranque en frío) 40

4.6 Arrancar con cables de unión entre baterías 42

4.7 Conducir la máquina 43

4.8 Parar la máquina / activar el freno 44

4.9 Conectar o desconectar la vibración 47

4.10 Conectar o desconectar el riociado por gravedad 48

4.11 Conectar o desconectar el riociado a presión 48

4.12 Conectar o desconectar el riociado de las ruedas de goma 50

4.13 Parar el motor 50

4.14 Parar el motor en caso de emergencia 51

4.15 Ajustar el asiento de conductor 52

4.16 Remolcar 53

4.17 Carga y transporte 53

Mantenimiento 58

5.1 Observaciones generales respecto al mantenimiento 60

5.2 Sustancias empleadas en el servicio 61

5.3 Tabla de sustancias empleadas en el servicio 62

5.4 Instrucciones para el riodaje 65

5.5 Tabla de Mantenimiento 66

5.6 Comprobar el nivel del aceite de motor 68

5.7 Comprobar el nivel del líquido refrigerante 69

5.8 Comprobar el separador de agua 70

5.9 Comprobar la reserva de combustible 70

5.10 Comprobar el nivel del aceite hidráulico 71

5.11 Comprobar el elemento filtrante del aceite hidráulico 71

5.12 Comprobar la reserva de agua 72

5.13 Comprobar la reserva de emulsión 72

5.14 Comprobar la presión de inflado 72

5.15 Limpieza del radiador del medio refrigerante y del aceite hidráulico 73

5.16 Comprobar, apretar, cambiar la correa trapezoidal 74

5.17 Comprobar, ajustar las raspadoras 76

5.19 Comprobar mangueras de refrigeración y las abrazaderas. 76
5.19 Cambiar el aceite de motor 77
5.20 Reemplazar el cartucho filtrante del aceite de motor 78
5.21 Mantenimiento de la batería 79
5.22 Descargar el lodo del depósito de combustible 81
5.23 Cambiar el filtro grueso de combustible 81
5.24 Comprobar, ajustar el juego de válvulas 82
5.25 Reemplazar el cartucho filtrante de combustible, purgar el aire del sistema de combustible 83
5.26 Comprobar las fijaciones del motor diesel 84
5.27 Cambiar el aceite hidráulico 85
5.28 Reemplazar el filtro del aceite hidráulico 87
5.29 Cambiar el medio refrigerante 88
5.30 Reemplazo de la tubería flexible de combustible 90
5.31 Comprobar las toberas de inyección 91
5.32 Comprobación de la bomba de inyección de combustible 91
5.33 Comprobar, limpiar, cambiar el filtro del aire de combustión 93
5.34 Limpieza del sistema de riociado 96
5.35 Descarga del sistema de rociado, mantenimiento con peligro de heladas 98
5.36 Pares de apriete para tornillos con rosca métrica 100
5.37 Conservación del motor 100
Auxilio en caso de averías 103
6.1 Observaciones generales 104
6.2 Fallos del motor 105

1 Datos Técnicos

BW 100/120 AD/AD-4,BW 120 AD-4 BOMAG

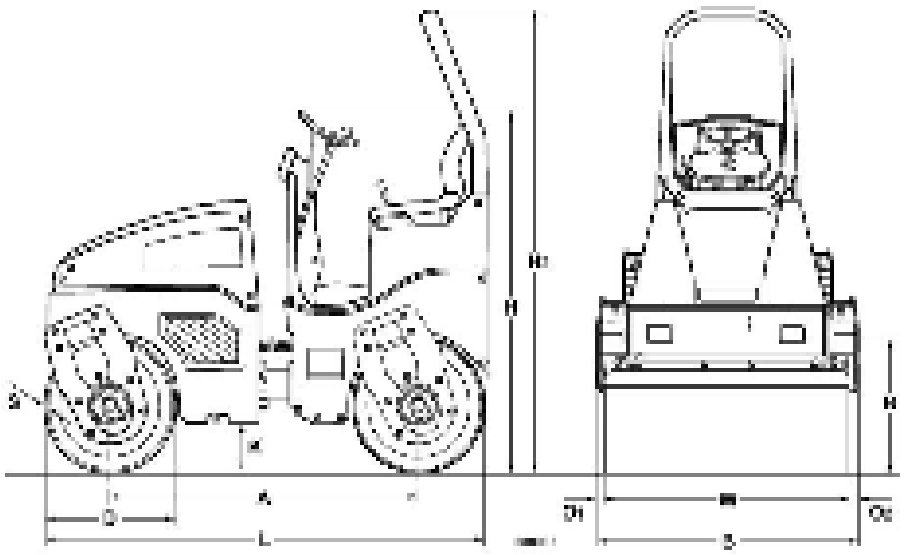


Fig. 1

Medidas en mm	A	B	D	H	H2	K	L	S	W
BW 100 AD-4	1739	1279	700	1900	2690	350	3479	13	1300
BW 120 AD-4	1739	1279	700	1900	2690	350	3479	13	1300
BW 120 AD-4	1739	1279	700	1900	2690	350	3479	33	1300

-		BW 100 AD-4	BW 120 AD-4	BW 120 AD-4
Pesos				
Peso de servicio (CECE)	kg	3400	3600	3720
Carga sobre eje Carga sobre eje (CECE)	kg	1190	1300	1370
Carga media lineal estática (CECE)	kg/cm	11,6	10,6	12,1
Dimensiones				
Ángulo pendular	+/-	12	12	12
Radio interior de giro	mm	2700	2830	2920

-		BW 100 AD-4	BW 120 AD-4	BW 120 AD
Características de marcha				
Velocidad de marcha	km/h	0 - 10	0 - 10	0 -
Velocidad de trabajo	km/h	0 - 6,2	0 - 6,2	0 -
Máx. capacidad ascensional sin/con vibración (en función del suelo)	%	40/30	40/30	40
Accionamiento				
Fabricante de motor		Kubota	Kubota	Kub
Modelo		D 1703 M DI	D 1703 M DI	D 1703 M
Refrigeración		agua	agua	ag
Número de cilindros		3	3	
Potencia ISO 9249	KW	35,5	35,5	3
Vueltas/min (rpm nominal)	1/min	3600	3600	36
Fijación 1 del rpm	1/min	3300	3300	33
Fijación 2 del rpm	1/min	2700	2700	27
Capacidad del depósito de combustible (diesel)	l	40	40	
Equipo eléctrico	V	12	12	
Batería	V/Ah	12/88	12/88	12
Tipo de accionamiento		hidrost.	hidrost.	hidro
Ejes propulsados		delante+atrás	delante+atrás	delante+at
Frenos				
Freno de servicio		hidrost.	hidrost.	hidro
Freno de estacionamiento		hidro-mecánico	hidro-mecánico	hidro-mecán
Dirección				
Tipo de la dirección		pendular articulada	pendular articulada	pendular articula
Accionamiento de la dirección		hidrost.	hidrost.	hidro
Sistema de vibración				
Tipo de accionamiento		hidrost.	hidrost.	hidro
Frecuencia 1/2	Hz	60/70	60/70	60
Amplitud	mm	0,90	0,90	0,
Rodillo vibratorio		delante+atrás	delante+atrás	delante+at
Equipo de rociado				
Tipo		gravedad	gravedad	graved
Conmutación de inversión		—	—	
Capacidad del depósito de agua	l	330	330	3

* Rasgamos modificaciones técnicas

** Equipo opcional

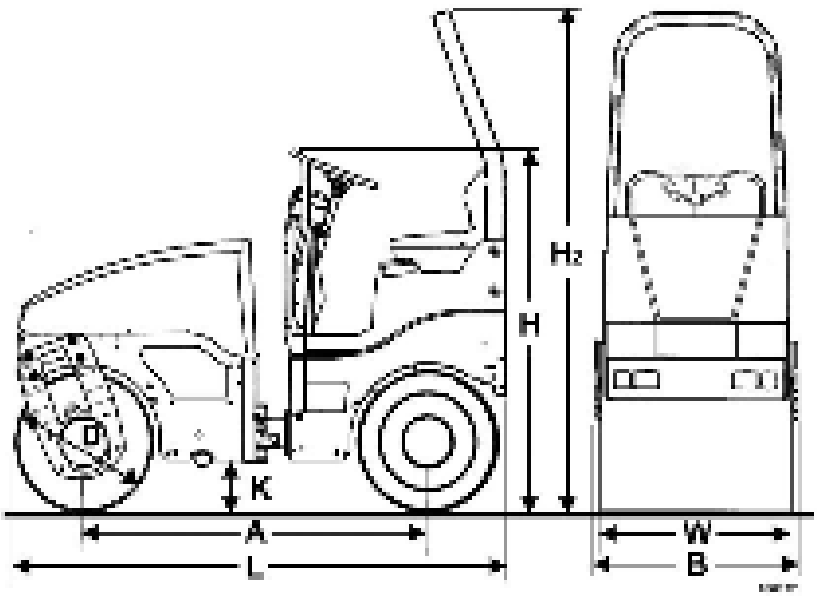


Fig. 2

Medidas en mm	A	B	D	H	H2	K	L	W
BW 100 AC-4	1793	1079	700	1900	2980	210	2875	1000
BW 120 AC-4	1793	1079	700	1900	2980	210	2875	1200

-		BW 100 AC-4	BW 120 AC-4
Pesos			
Peso de servicio con ROPS (CECE)	kg	2000	2080
Carga sobre el eje del rodillo (CECE)	kg	1130	1240
Carga sobre el eje de las ruedas (CECE)	kg	1060	1140
Carga lineal estática (CECE)	kg/cm	11,3	10,3
Peso sobre las ruedas (CECE)	kg	360	360
Dimensiones			
Ángulo pendular	+/-	12	12
Radio interior de giro	mm	3730	3930

-		BW 100 AC-4	BW 120
Características de marcha			
Velocidad de marcha	km/h	0 - 10	
Velocidad de trabajo	km/h	0 - 6	
Máx. capacidad escalonamiento sin/con vibración (en función del suelo)	%	40/30	
Accionamiento			
Fabricante de motor		Kubota	K
Modelo		D 1703 M DI	D 170
Refrigeración		agua	
Número de cilindros		3	
Potencia ISO 9249	kW	35,5	
Vueltas/min (rpm nominal)	1/min	2800	
Fijación 1 del rpm	1/min	2300	
Fijación 2 del rpm	1/min	2700	
Capacidad del depósito de combustible (diesel)	l	40	
Equipo eléctrico	V	12	
Batería	V/Ah	12/88	
Tipo de accionamiento		hidrost.	h
Ejes propulsados		delante+atrás	delante
Neumáticos			
Número de los neumáticos		4	
Tamaño de los neumáticos		360/60-15	360
Frenos			
Freno de servicio		hidrost.	h
Freno de estacionamiento		hidro-mecánico	hidro-me
Dirección			
Tipo de la dirección		pendular articulada	pendular art
Accionamiento de la dirección		hidrost.	h
Ángulo de dirección/pendular	grado	30/12	
Sistema de vibración			
Tipo de accionamiento		hidrost.	h
Frecuencia	Hz	33/75	
Amplitud	mm	0,93	
Rodillo vibratorio		delante	d

Generales

Esta máquina de DOMAG ha sido construida según el último estado de la técnica y según los reglamentos y reglas de la técnica en vigor. No obstante, de esta máquina pueden emanar peligros para personas y bienes reales, en el caso:

- de no utilizarla según su determinación
- de ser operada por personal sin formación adecuada
- de realizar cambios y modificaciones inapropiados en ella
- de no observar las instrucciones de seguridad

Por este motivo, toda persona que se ocupe de la operación, mantenimiento y reparación de la máquina debe leer las instrucciones de seguridad, y cumplir con ellas. Si necesario lo anteriormente dicho debe confirmarse bajo firma para la empresa utilizadora.

Además, queda entendido que son válidas:

- Instrucciones pertinentes para la prevención de accidentes
- reglamentos generalmente reconocidos en razón de seguridad técnicas y relativo al derecho de la circulación
- Instrucciones de seguridad en vigor para cada país (cada estado). La persona utilizadora tiene la obligación de conocer dichos reglamentos e instrucciones y de cumplir con ellos. Esto también tiene validez para reglamentos locales, y para instrucciones sobre diferentes modos de trabajos de manejo. Si las recomendaciones descritas en el presente manual serían diferentes a aquellas en su propio país, entonces se debe cumplir con las instrucciones de seguridad en vigor en su país.

Aplicación determinada

Esta máquina se debe utilizar sólo para:

- la compactación de material bituminoso, p. ej. pavimentos de carreteras
- ligeros trabajos de compactación en obras de tierra (infraestructura de carreteras)
- La máquina debe emplearse en servicio sólo con todo el equipo de seguridad en plena capacidad de funcionar.
- La máquina se debe comprobar anualmente por un perito.

Aplicación no determinada

No obstante, de esta máquina pueden emanar peligros si está operada por personal sin entrenamiento, o si está utilizada inapropiadamente o para una aplicación no determinada.

De ninguna manera se debe trabajar con la vibración conectada sobre hormigón duro, capa bituminosa fraguada, o en suelos profundamente congelados.

El arranque y el servicio de la máquina en ambientes con peligro de explosión está expresamente prohibido.

¿Quién está autorizado a manejar la máquina?

Únicamente personas mayores de 16 años entrenadas, instruidas y delegadas para tal fin están autorizadas conducir y manejar la máquina. Las competencias para el manejo deben estar claramente establecidas y deben cumplirse con exactitud.

Personas bajo el influjo de alcohol, medicamentos o drogas no están autorizadas de manejar, mantener o reparar la máquina.

El mantenimiento y la reparación exigen conocimientos especiales y deben ser realizadas únicamente por personal técnico especialmente entrenado.

Modificaciones y cambios en la máquina

Por razones de seguridad, no está permitido ninguna modificación en la máquina por cuenta propia.

Las piezas originales y los accesorios han sido concebidos especialmente para esta máquina. Queremos llamar expresamente la atención sobre el hecho, de que piezas y accesorios especiales no suministrados por nosotros tampoco han sido autorizados por nosotros. El montaje y / o la utilización de dichos productos puede afectar también la seguridad de tracción activa y / o pasiva. Queda excluida cualquier responsabilidad del fabricante en caso de daños y perjuicios debidos a la utilización de piezas no originales o accesorios especiales.

Indicaciones de seguridad en las instrucciones de servicio y mantenimiento:

⚠ Peligro

Las partes marcadas de este modo indican posibles peligros para personas.

⚠ Atención

Las partes marcadas de este modo indican posibles peligros para la máquina o para partes de ella.

ℹ Observación

Las partes marcadas de este modo ofrecen informaciones técnicas para la utilización óptima y rentable de la máquina.

Medio ambiente

Las partes marcadas de este modo indican trabajos para desechar materiales de operación, materiales auxiliares y piezas de recambio de forma segura y no agresiva con el medio ambiente.

Observar los reglamentos de protección del medio ambiente.

Adhesivos / rótulos de información en la máquina

Los adhesivos / rótulos deben mantenerse completos y legibles, y deben reponerse imprescindiblemente.

Los adhesivos / rótulos deteriorados o ilegibles deben sustituirse.

Cargar la máquina

Utilizar únicamente rampas de carga estables y con capacidad de carga. La inclinación de la rampa debe ser menor a la capacidad de la máquina para superar pendientes.

Asegurar la máquina contra vuelco o resbalamiento.

En los vehículos de transporte la máquina debe asegurarse contra desplazamiento, resbalamiento y vuelco.

Existe peligro para la vida de personas:

- si se sitúan o permanecen debajo de cargas en suspensión
- si permanecen en el radio de acción de la máquina al estacionarla o al cargarla.

En estado de suspensión la máquina debe hacer sólo mínimos movimientos pendulares.

Utilizar únicamente dispositivos elevadores seguros y con capacidad de carga.

Los dispositivos de elevación deben fijarse únicamente en los puntos de fijación predeterminados.

Cargar la máquina con eslinga llana de suspensión* (suspensión por un sólo punto)

Sólo personas entrenadas tienen autorización para fijación y elevación de cargas.

Sólo hacer uso de equipos de elevación seguros y con suficiente capacidad de carga.

Anterior de elevación con grúa hay que realizar un control visual de la eslinga llana de suspensión.

La eslinga llana de suspensión no debe presentar nada de defectos.

Con defectos detectado menoscabando la seguridad está prohibido de continuar a hacer uso de la eslinga llana de suspensión.

No hay que sobrecargar la eslinga llana de suspensión.

Jamás hay que elevar o bajar la máquina a golpes.

La tracción debe resultar de forma vertical.

Imprescindiblemente hay que prestar atención que la máquina sera bajo control al alzarla con la grúa.

Para personas existe peligro de muerte

- al ponerse o quedarse debajo de cargas en suspensión.

En estado de suspensión la máquina debe hacer sólo pocos movimientos pendulares; a ser nece-

* Equipo opcional

sario hay que hacer uso de un equipo elevador de 4 puntos.

Un experto debe comprobar anualmente la eslinga plana de suspensión.

Reemplazar la eslinga plana de suspensión después de 5 años.

Remolcar la máquina

Incondicionalmente debe utilizarse una barra de remolque.

Máx. velocidad de remolque 1 km/h, máx. distancia de remolque 200 m.

Al soltar los frenos de discos múltiples las máquinas deben asegurarse contra desplazamientos involuntarios.

Comprobar la barra antivuelco (ROPS)

El bastidor de la máquina no debe estar deformado, doblado o agrietado en la zona del ROPS.

La ROPS no debe presentar ninguna corrosión, desniveles, ninguna grieta capilares o puntos aislados de rotura.

Durante la rotación de la máquina la ROPS no debe hacer ruidos. Esto es una señal de una fijación insuficiente. Todas las uniones roscadas deben corresponder a las especificaciones prescritas, y deben estar apretadas fuertemente (prestar atención a los pares de apriete). Los tornillos y las tuercas no deben estar deteriorados, doblados o deformados. verbogen oder verformt sein.

Sin consentimiento explícito del fabricante está prohibido de soldar o atornillar piezas adicionales, ni tampoco deben efectuarse agujeros adicionales, por motivo de disminuir la estabilidad.

Arrancar la máquina

Antes de arrancar

La máquina debe manejarse únicamente desde el asiento del conductor.

Utilizar únicamente las máquinas somedidas a los trabajos regulares de mantenimiento.

Familiarizarse con el equipo, con los elementos de operación y de mando, así como también con el modo de trabajar de la máquina y con la zona de trabajo.

Utilice el equipo personal de protección (casco protector, calzado de seguridad ect.).

Anterior a subir a la máquina debe comprobarse:

- si se encuentran personas u obstáculos en los lados o por debajo de la máquina
- si la máquina está libre de material aceitoso y fácilmente inflamable
- si todos los asideros, peldaños y plataformas están libres de grasa, aceites, combustibles, suciedad, nieve y hielo
- si el capó del motor está cerrado y bloqueado

Para subir a la máquina deben utilizarse las escaleras y los asideros.

Anterior a emprender la marcha debe comprobarse:

- si la máquina presenta deficiencias visibles
- si todos los dispositivos de protección están fijos en su sitio
- si la dirección, los frenos, los elementos de operación, iluminación y la bocina funcionan bien
- si el asiento está correctamente ajustado
- si los espejos (si hay) están limpios y en posición correcta.

No arrancar la máquina con instrumentos, lámparas de control o elementos de mando defectuosos.

No transportar objetos sueltos ni tampoco fijarlos en la máquina.

¡En máquinas provistas de una barra antivuelco siempre debe ponerse el cinturón de seguridad!

Arranque

La máquina debe arrancarse y operarse únicamente desde el asiento del conductor.

Para el arranque todas las palancas de operación deben colocarse en 'posición neutral'.

No utilizar medios auxiliares para el arranque como p.ej. 'éter' o éter.

Después del arranque deben comprobarse todos los instrumentos de indicación.

Arrancar con cables de unión entre baterías

Unir el polo positivo con el positivo, y el negativo con el negativo (cable de masa) - ¡el cable de masa debe conectarse siempre el último y desconectarse el primero! Una conexión errónea causará desperfectos graves en la instalación eléctrica.

El motor no debe arrancarse jamás provocando un cortocircuito de las conexiones eléctricas en el motor de arranque, porque existe el peligro de que la máquina se ponga en movimiento inmediatamente.

Arrancar en recintos cerrados

¡Los gases de escape presentan un peligro para la vida! - ¡Por este motivo, l arrancar la máquina en recintos cerrados debe procurarse siempre por suficiente suministro de aire!

Conducir la máquina

Personas en la zona de peligro

Anterior a cada comienzo de trabajo, y también después de una interrupción del trabajo, y en especial durante la marcha hacia atrás, debe comprobarse si hay personas u obstáculos en la zona de peligro.

En caso de necesidad hay que dar señales de advertencia. El trabajo debe pararse inmediatamente si hay personas que no abandonan la zona de peligro a pesar de la advertencia.

No entrar o permanecer en la zona de la articulación de la máquina cuando el motor está funcionando. - ¡Contusiones!

Conducir

En situaciones de emergencia y con peligro debe accionarse inmediatamente el interruptor de parada de emergencia. El interruptor de emergencia no debe utilizarse como freno de servicio.

La máquina no debe ponerse otra vez en servicio antes de haber quedado eliminado el peligro que ha llevado al accionamiento del interruptor de parada de emergencia.

Al encenderse la lámpara de control de la presión del aceite de motor hay que parar el motor inmediatamente.

Si la máquina hay tenido contacto con líneas de corriente de alta tensión:

- No abandonar el puesto de conductor
- Advertir a las personas de no acercarse y de no tocar la máquina
- A ser posible conducir la máquina fuera de la zona de peligro
- Procurar que se desconecte la corriente

Operar la máquina únicamente desde el puesto de conductor.

Mantener las puertas de la cabina cerradas.

El asiento de conductor no debe ajustarse jamás durante la marcha.

Durante la marcha no se debe subir a la máquina ni bajar de ella.

La dirección de marcha debe cambiarse únicamente con la máquina inmóvil.

No utilizar la máquina para el transporte de personas.

En caso de ruidos extraños y formación de humo debe pararse la máquina, determinar la causa y hacer reparar el defecto.

Mantener siempre suficiente distancia a las fosas de construcción y a los taludes, asimismo hay que abstenerse de toda forma de trabajo que influye negativamente sobre la estabilidad de la máquina.

No trabajar con la vibración conectada sobre suelos de hormigón duro, capa bituminosa fraguada o sobre suelos profundamente congelados.

Durante la marcha en pasos subterráneos, puentes, túneles, y líneas aéreas debe prestarse atención de mantener siempre la debida distancia.

Conducir en inclinaciones y declives

Jamás se debe conducir en inclinaciones mayores a la máxima capacidad de la máquina para superar pendientes.

En declives se debe conducir con mucho cuidado siempre en dirección directa hacia arriba o abajo. Antes de arrancar se debe conectar el nivel inferior de marcha.

En subsuelos húmedos y sueltos la adherencia al suelo de la máquina se reduce considerablemente en inclinaciones y declives. - ¡Peligro elevado de accidentes!

Procedimientos en tráfico

Adaptar la velocidad a las condiciones de trabajo.

Ceder paso a los vehículos de transporte cargados.

Conectar la iluminación en caso de mala visibilidad.

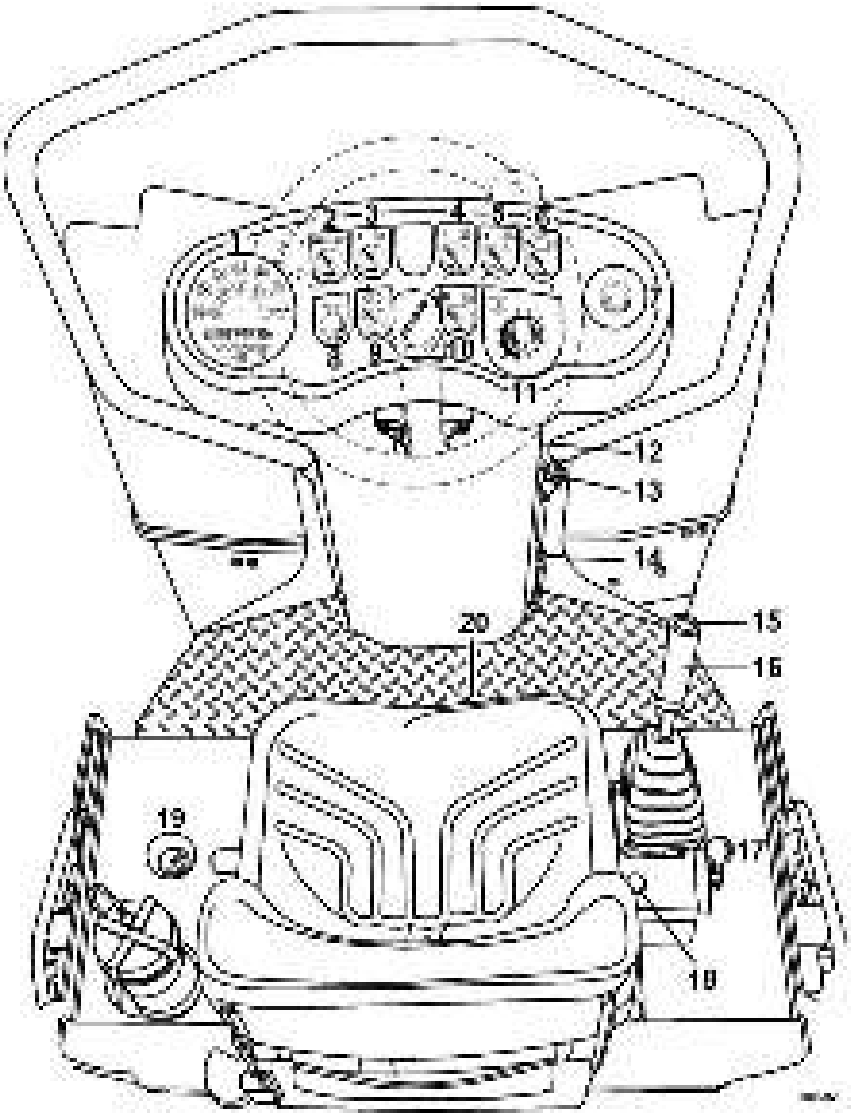


Fig. 4

1 Instrumento combinado
2 Conmutador giratorio para luz (BT/ZD) *
3 Conmutador giratorio para la luz de trabajo
4 Conmutador giratorio para la luz de identificación omnidireccional *
5 Conmutador giratorio para el sistema de intermitentes de emergencia*
6 Conmutador giratorio para preselección de la vibración
7 Interruptor de parada de emergencia
8 Pulsador de bocina
9 Conmutador giratorio para el sistema de intermitentes *
10 Conmutador giratorio para el rociado por gravedad
11 Conmutador de intervalos para rociado a presión
12 Caja de fusibles
13 Interruptor de encendido y arranque
14 Llave eléctrica, vibración (sólo UD)
15 Pulsador para vibración
16 Palanca de marcha / posición de frenado
17 Palanca reguladora de revoluciones
18 Conmutador giratorio para el corredor de cantos
19 Indicación nivel de llenado de agua
20 Interruptor de pedal para el rociado de las ruedas de goma (sólo UC), Interruptor de pedal del divisor de flujo (sólo UD)

* Equipo opcional

3.1 Observaciones generales

En el caso que los elementos de indicación y operación de esta máquina no le sean todos ó familiares, tiene que leer este apartado minuciosamente antes de manejar la máquina. Aquí todas las funciones están descritas detalladamente.

En el apartado "manejo" se mencionan los pasos individuales del manejo solamente de forma breve.

3.2 Descripción de los elementos de indicación y operación

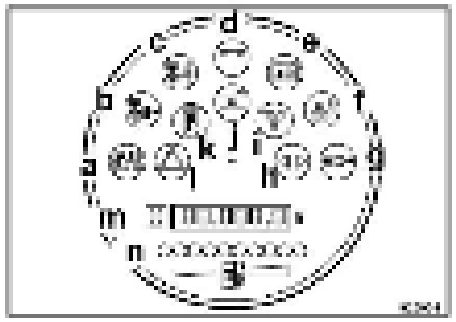


Fig. 1

No. 1 = Instrumento combinado

¡ Observación

Todas las indicaciones serán conectadas para 3 segundos con el interruptor de arranque y encendido en posición I.

a luz roja Intermitente = Sobrecalentamiento del motor (>10 °C, suena el zumbador de aviso. Desconectar la vibración, mover el motor en ralentí o parado si fuese necesario; limpiar el radiador del aceite de motor y el radiador del medio refrigerante. Reparar el motor si fuese necesario.

b luz roja Intermitente = Insuficiente presión del aceite de motor; el motor se para después de 10 segundos. Comprobar el nivel del aceite de motor; reparar el motor si fuese necesario.

c amarillo = no conectado.

d amarillo = lámpara de control de carga, las baterías no se cargan. Comprobar la correa trapezoidal y reparar el generador si fuese necesario.

e amarillo = no conectado.

f amarillo = Control de ocupación del asiento con la máquina en marcha, suena el zumbador y el motor se para después de 4 segundos.

= Control de ocupación del asiento con la máquina parada, al desplazar la palanca de marcha fuera de la posición 0 el motor se para.

g rojo = Freno de estacionamiento, con las palancas de marcha desplazadas en posición de estacionamiento con el asiento de conductor no ocupado.

h verde Intermitente = Indicación de la dirección de marcha con el conmutador de la dirección de marcha accionado.

i amarillo = no conectado.

j luz roja Intermitente = no conectado.

k amarillo = Calentamiento previo* y calentamiento posterior

= Entre -60 °C y +10 °C calentamiento previo con el conmutador de encendido y arranque en posición I y botón giratorio para el rpm del motor en posición de ralentí. Arrancar dentro de 10 segundos después de apagarse.

l luz roja Intermitente = Intermitente de aviso con el botón de Intermitente de aviso pulsado

m = Contador de las horas de servicio, cuenta las horas de servicio con el motor en marcha. De acuerdo con las horas de servicio hay que ejecutar los trabajos de mantenimiento.

n = Depósito de diesel, nivel de llenado*

¡ Observación

Nueve LEDs verdes y una roja.

* Equipo opcional

Al queda por debajo del nivel de llenado to
encienda la última LED verde y la LED roja
ciende adicionalmente.

Con indicación de depósito vacío actúa la LE
emite luz intermitente.

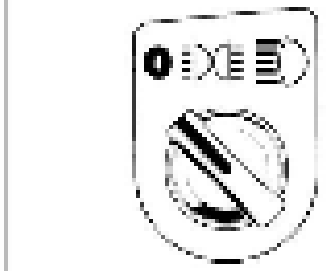


Fig. 2

No. 3 = Interruptor giratorio para luz (2
ZD)

Posición "izquierda" = luz apagado

Posición "centro" = luz de estacionamiento
tada

Posición "derecha" = Luces de marcha y de e
namiento conectadas c
Interruptor giratorio de e
dido y arranque 2 en p
"I".

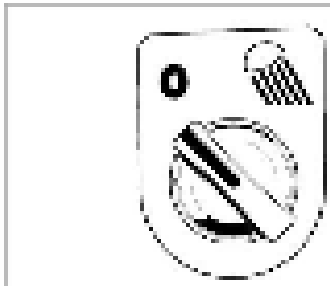


Fig. 3

No. 3 = Interruptor giratorio, luz de cru

* Equipo opcional

HOLA DE VIDA MAQUINA



IDENTIFICACIÓN Y ESPECIFICACIONES DE EQUIPO	
Nombre del Equipo:	VIBRO COMPACTADORA
Ubicación del equipo:	BOGOTA- COLOMBIA
Marca:	BOMAG
Modelo:	2014
Serie:	BW120 AD-4
Fecha de puesta en funcionamiento:	NUEVA
Ancho de rodillo:	1200 mm
Diámetro de rodillo:	700 mm
Fabricante motor:	kubota
Modelo motor:	D 1703 MDI
Peso util:	2600 kg
Velocidad maxima:	12 Km/H
DIMENCIONES	
Longitud total:	2470 mm
Altura hasta la parte superior de la cabina	2490 mm
Eje de ruedas	1728 mm
Despeje sobre el suelo	250 mm

J.M.C.
MAQUINARIA Y CONSTRUCCIONES SAS
NIT: 901.576.638

Bogotá 29 de septiembre de 2023

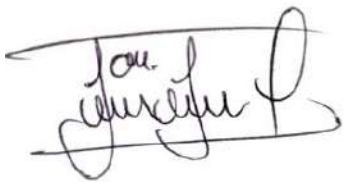
CARTA COMPROMISO MANTENIMIENTO

Por medio de la presente la empresa J.M.C. maquinaria y construcciones s.a.s con Nit: 901.576.637 se compromete al mantenimiento preventivo de la maquinaria:

VIBROCOMPACTADOR
MARCA: BOMAG
LINEA: BW100 AD
MODELO 2014
SERIAL: 101880021101

La presente se firma a los 29 días del mes de septiembre de 2023.

Atentamente.



Jhon Jairo Castro
Representante legal
C.c. 1.022.334.428
Celular: 3134854004

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

TARJETA DE REGISTRO DE MAQUINARIA

Libertad y Orden

No. 71904

No. DE REGISTRO	MARCA	LINEA	AÑO MODELO
MC141496	BOMAG	BW138AD-5	2014

TIPO DE MAQUINARIA	CLASE	No. SERIE
CONSTRUCCION	COMPACTADOR	101650301329

COLOR(ES)	No. MOTOR	RODAJE
AMARILLO	V2203-N-ET05	CILINDROS

PESO Y MEDIDAS SIN ACCESORIOS

PESO	ALTO	ANCHO	LARGO
4500 Kg	2700 mm	1468 mm	2840 mm

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
RAMIREZ OSPINA JAIME JOSE	C.C. 79.278.225

RVICIO DE MENSAJERIA

STEMA

il dosc

$0,0

RA
CA

LOCATARIO APELLIDO(S) NOMBRE(S)

IDENTIFICACIÓN

LIMITACIONES A LA PROPIEDAD

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR
STRIA TTOYTTE MCPAL FUNZA

FECHA REGISTRO	FECHA EXPEDICIÓN	FECHA VENCIMIENTO
18-08-2020	18-08-2020	******

ORIGEN	DEC. IMPORTACIÓN	FECHA DE LEVANTE
IMPORTACIÓN	482017000011306	12/01/2017



COSMO-ID-L3-19

ESTA TARJETA ES NACIONAL

TM0700003604

REPÚBLICA DE COLOMBIA

DIAN

Declaración de Importación

Privada

500

1. Año **2017**

Espacio reservado para la DIAN (Antes de diligenciar este formulario lea cuidadosamente las instrucciones)

4. Número de formulario

482017000011306-7

Importador

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV.	11. Apellidos y nombres o Razón Social
79278225	1	RAMIREZ OSPINA JAIME JOSE

13. Dirección	15. Teléfono	12. Cód. Admón.	16. Cód. Dpto	17. Cód. Ciudad Municipio
TV 81 A 83 B 16 BRR LA ESPAÑOLA	4344249	48	11	001

Declarante

24. Número de Identificación Tributaria (NIT)	25. DV.	26. Razón social del declarante autorizado	27. Tipo usuario	28. Cód. usuario
830147508	2	AGENCIA DE ADUANAS CUSTOM INTERNACIONAL S.A. NIVEL 2	26	476

29. Número documento de identificación	30. Apellidos y nombres
73136807	SANMARTIN RIVERA WILMINTON

31. Clase Importador	32. Tipo declaración	33. Cod.	34.No.Formulario Anterior	35. Año - Mes - Día	36. Cod. Admón.	37. Declaración de Exportación	38. Año - Mes - Día	39. Cod. Admón.
02	Inicial	1	XXXXXXXXXXXXX	XXXX - XX - XX	XX	No. XXXXXXXXXXXXXX	XXXX - XX - XX	XX

40. Cod. lugar ingreso de las mercancías	41. Cod. Depósito	42. Manifiesto de carga	43. Año - Mes - Día	44. Documento de transporte	45. Año - Mes - Día
CTG	7201	No. 116575007505936	2017 - 01 - 02	No. HLCURTM161210917	2016 - 12 - 18

46. Nombre exportador o proveedor en el exterior	47. Ciudad	48. Cod.País Exportador
EQUIPO AG BAARERSTRASSE 141	BAARERSTRASSE	767

49. Dirección exportador o proveedor en el exterior	50. E-mail
BAARERSTRASSE 141 6300 ZUG	info (at) equippo.com

51. No. de factura	52. Año - Mes - Día	53. Cod. país procedencia	54. Cod. Modo Transporte	55. Código de Bandera	56. Cod. Depto destino	57. Empresa transportadora	58. Tasa de cambio $ cvs.
R-1043	2016 - 12 - 27	087	1	023	11	HAPAG LLOYD COLOMBIA LTDA.	2,941.08

S	59. Subpartida arancelaria	60. Cod. Complementario	61. Cod. Suplementario	62. Cod. Modalidad	63. No. cuotas o meses	64. Valor cuota USD	65. Periodicidad del pago de la cuota	66. Cod. país de origen	67. Cod. Acuerdo
	8429400000	XX	XX	C136	XX	XXXX	XX	023	XXX

68. Forma de pago de la importación	69. Tipo de importación	70. Cod. país compra	71. Peso bruto kgs. dcms.	72. Peso neto kgs. dcms.	73. Código embalaje	74. No. bultos	75. Subpartidas	76. Cod. unidad comercial	77. Cantidad dcms.
01	01	767	6,690.00	6,690.00	PK	2	1	U	2.00

78. Valor FOB USD	79. Valor fletes USD
38,320.00	2,200.00

80. Valor Seguros USD	81. Valor Otros Gastos USD
100.00	0.00

82. Sumatoria de fletes, seguros y otros gastos USD	83. Ajuste valor USD
2,300.00	0.00

84. Valor aduana USD	85. Código registro o licencia	86. Número
40,620.00	L	21875977

87. Cod. oficina	88. Año	89. Programa No	90. Cód Interno del Producto
3	2016	XXXXXXXXX	0

Autoliquidación

Concepto	%	Base	Total Liquidado ($)	Total a pagar con esta declaración ($)	Total Liquidado (USD)
Arancel	0.00	119,466,670	0	0	0
I.V.A.	19.00	119,466,670	22,699,000	0	0
Salvaguardia	0.00	0	0	0	0
Derechos Compensatorios	0.00	0	0	0	0
Derechos Antidumping	0	0	0	0	0
Sancion	0	0	0	0	
Rescate	0	0	0	0	
		Total	22,699,000		0

91. Descripción de las mercancías(No inicie la descripción de las mercancías a importar con lo señalado en el arancel de aduanas en la subpartida arancelaria - Incluya marcas, seriales y otros) (Si el campo es insuficiente, continue al respaldo de este formulario)

DO 02-951-1216.1 DECLARACION 1 DE 1; ; FACTURA(S):R-1043 PARA EL DIFERIMIENTO ARANCELARIO DEL 0% NOS ACOGEMOS AL DECRETO 1625 DEL 2015,LICENCIA DE IMPORTCION #: 21875977 DEL: 29/12/2016, MERCANCIA USADA. /// ;PRODUCTO: COMPACTADOR CON RODILLO METALICO 2014 BOMAG BW138AD-5, VIBRATORY ROLLER. SHIPMENT ,MARCA: BOMAG, MODELO: BW 138 AD-5,REFERENCIA: NO TIENE, SERIAL:101650301329, USO O DESTINO: PARA TRABAJO EN OBRAS PUBLICAS Y CONSTRUCCION EN LA COMPACTACION DE SUELOS,CON MOTOR: TYPE:V2203-M-ET05 AÑO DE FABRICACION: 2014, PAIS DE ORIGEN: ALEMANIA.PRECIO CUANDO NUEVA:30000,FAMILY: CKBXL 02.2FCD OUT PUT: 33,3KW/2600RPM ENGINE DISP;2.2L, , CANTIDAD 1 UNIDAD,/// PRODUCTO: VIBRADOR COMBINADO CON RODILLO METALICO 2010-HAMM,HD10VT , VIBRATORY COMBINAT(continúa al respaldo)

127. Valor pagos anteriores: 0	128. Recibo oficial de pago anterior No.: XXXXXXXXXXXXXX	129. Fecha: XXXX XX XX
130. Espacio reservado DIAN - Actuación aduanera Estado de levante: Levante automático No hay declaración posterior	131. Espacio reservado uso exclusivo Ministerio de Relaciones Exteriores	132. No. Aceptación declaración 482017000011306 133. Feha: 2017 01 10

134. Levante No. 482017000012535	135. Fecha	Firma funcionario responsable	136. Nombre 137. C.C. No.
	2017 - 01 - 12		

Firma declarante	997. Espacio exclusivo para el sello de la entidad recaudadora (Fecha efectiva de la transacción) Coloque el timbre de la máquina registradora al dorso de este formulario	980. Pago Total $ 0 996. Espacio para Número autoadhesivo **9104801204854 8**

Fecha de Impresión: 2017-01-12 11:41:18

20171413124995



J.R.O.

EXCAVACIONES Y EQUIPOS



**ALQUILER DE MOTONIVELADORA Y TODA CLASE DE MAQUINARIA,
EXAVACIONES, TRANSPORTE DE MATERIALESY COMPACTACIONES**

JAIME JOSÉ RAMIREZ OSPINA
NIT.79.278.225-1
IVA RÉGIMEN COMÚN
ICA CÓDIGO 4560 TARIFA 9.66 X 1000

RESOLUCIÓN DIAN No. 320000201744
FECHA 2005/09/21
Num. Aut. del No. 0501 al No. 1000

Bogotá octubre 7 del 2022

MANTENIMIENTO VIBRO BOMAG BW-138

Se realiza mantenimiento al vibro BW **138 AD** modelo 2014 con numero de serial **101650301329,** cada 250 Hrs como lo sugiere el fabricante cambiando los siguientes ítems:

TIPO	ESPEIFICACION	CANTIDAD
Aceite de motor	15W40	2 Galones
Filtro de aceite	Balwin 8856	1 filtro
Filtro del aire	Balwin 1532	1 filtro
Filtro del aire	Donalson 2612	1 filtro
Filtro del ACPM	Balwin BF 1345	1 filtro

El horométro en el cual se le realizo el último cambio de aceite fue a los 4500 Hrs y su próximo cambio de aceite será a los 4750 Hrs realizando el mismo procedimiento como lo sugiere el fabricante, la fecha en la cual se realizó este cambio de aceite fue el 10 de septiembre de 2022

Garantizado el buen funcionamiento de la maquina pare realizar múltiples labores en obra ya que la maquina se encuentra en óptimas condiciones de operación.

QUIEN CERTIFICA

Angelo Fabian Castañeda Moreno
C.C 1`032.388.169
Ing mecánico CN230-104703

BOMAG
FAYAT GROUP

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

RODILLOS VIBRATORIOS TANDEM

BW 135 AD-5, BW 138 AD-5



REPUBLICA DE COLOMBIA

DIAN

Declaración de Importación

Pr da

500

1. Año **2017**

Espacio reservado para la DIAN (Antes de diligenciar este formulario lea cuidadosamente las instrucciones)

4. Número de formulario

482017000315786-4

Importador

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 900370618 | 6. DV.: 2 | 11. Apellidos y nombres o Razón Social: INVERSIONES Y COMERCIALIZADORA V & M SAS

13. Dirección: CL 7 1 117 IN 4 OF 201 | 14. Teléfono: 8825187 | 12. Cód. Admón.: 48 | 16. Cód. Dpto: 11 | 17. Cód. Ciudad Municipio: 001

Declarante

24. Número de Identificación Tributaria (NIT): 830147508 | 25. DV.: 2 | 26. Razón social del declarante autorizado: AGENCIA DE ADUANAS CUSTOM INTERNACIONAL S.A. NIVEL 2 | 27. Tipo usuario: 26 | 28. Cód. usuario: 476

29. Número documento de identificación: 73136807 | 30. Apellidos y nombres: SANMARTIN RIVERA WILMINTON

31. Clase Importador	32. Tipo declaración	33. Cod.	34.No.Formulario Anterior	35. Año - Mes - Día	36. Cod. Admón.	37. Declaración de Exportación	38. Año - Mes - Día	39. Cod. Admón.
02	Inicial	1	XXXXXXXXXXXXXX	XXXX - XX - XX	XX	No. XXXXXXXXXXXXXXX	XXXX - XX - XX	XX

40. Cod. lugar ingreso de las mercancías	41. Cod. Depósito	42. Manifiesto de carga	43. Año - Mes - Día	44. Documento de transporte	45. Año - Mes - Día
CTG	7201	No. 116575007934323	2017 - 06 - 13	No. HLCUDUB170504178	2017 - 06 - 01

46. Nombre exportador o proveedor en el exterior	47. Ciudad	48. Cod.País Exportador
AH AQUISITIONS LTD	NEWRY	375

49. Dirección exportador o proveedor en el exterior	50. E-mail
1 ELMFIEL AVENUE WARRENPOINT	44 7513 058030

51. No. de factura	52. Año - Mes - Día	53. Cod. país procedencia	54. Cod. Modo Transporte	55. Código de Bandera	56. Cod. Depto destino	57. Empresa transportadora	58. Tasa de cambio $ cvs.
237	2017 - 05 - 03	375	1	023	11	HAPAG LLOYD COLOMBIA LTDA.	2,953.83

S	59. Subpartida arancelaria	60. Cod. Complementario	61. Cod. Suplementario	62. Cod. Modalidad	63. No. cuotas o meses	64. Valor cuota USD	65. Periodicidad del pago de la cuota	66. Cod. país de origen	67. Cod. Acuerdo
	8429400000	XX	XX	C100	XX	XXXX	XX	375	XXX

68. Forma de pago de la importación	69. Tipo de importación	70. Cod. país compra	71. Peso bruto kgs. dcms.	72. Peso neto kgs. dcms.	73. Código embalaje	74. No. bultos	75. Subpartidas	76. Cod. unidad comercial	77. Cantidad dcms.
08	01	375	7,000.00	7,000.00	PK	2	1	U	2.00

78. Valor FOB USD	79. Valor fletes USD	80. Valor Seguros USD	81. Valor Otros Gastos USD	82. Sumatoria de fletes, seguros y otros gastos USD	83. Ajuste valor USD	84. Valor aduana USD	85. Código registro o licencia	86. Número	87. Cod. oficina	88. Año	89. Programa No	90. Cód interno del Producto
24,976.00	980.00	308.00	0.00	1,288.00	0.00	26,264.00	L	21970234	3	2017	XXXXXXXXXX	0

Autoliquidación

Concepto	%	Base	Total Liquidado ($)	Total a pagar con esta declaración ($)	Total Liquidado (USD)
Arancel	0.00	77,579,391	0	0	0
I.V.A.	19.00	77,579,391	14,740,000	14,740,000	0
Salvaguardia	0.00	0	0	0	0
Derechos Compensatorios	0.00	0	0	0	0
Derechos Antidumping	0	0	0	0	0
Sancion	0	0	0	0	
Rescate	0	0	0	0	0
		Total	14,740,000		

91. Descripción de las mercancías(No inicie la descripción de las mercancías a importar con lo señalado en el arancel de aduanas en la subpartida arancelaria - incluya marcas, seriales y otros) (Si el campo es insuficiente, continúe al respaldo de este formulario)

DO HLCUDUB17050417 DECLARACION 1 DE 1; FACTURA(S):237 LICENCIA DE IMPORTACION LIC-21970234-16062017 DEL 20/06/2017. NOS ACOGEMOS AL DECRETO 1625 DE AGOSTO DE 2015, GRAVAMEN 0%. TIPO DE CAMBIO DEL EURO 1,12000 DEL 16/06/2017. MERCANCIA USADA. // REFERENCIA NO APLICA ;PRODUCTO: VIDRIOCOMPACTADOR EN TANDEN USADO. MODELO: BW120 AD-4. SERIAL: 101880082467. USO O DESTINO: INDUSTRIAL. AÑO DE FABRICACION: 2012, PERCIO CUANDO NUEVA: 15.000USD. CON TODOS SUS ACCESORIOS PARA SU NORMAL FUNCIONAMIENTO. ,MARCA BOMAG, CANTIDA D 1 UNIDAD,// REFERENCIA NO APLICA ;PRODUCTO: VIDRIOCOMPACTADOR EN TANDEN USADO. MODELO: BW120 AD-5. SERIAL: 101880213121. USO O DESTINO: PARA APISONAR CALLES Y CARRETERAS.AÑO DE FABRICACION: 2015, PERCIO CUANDO NUEVA: 18.000USD. CON TO(continúa al respaldo)

127. Valor pagos anteriores: 0	128. Recibo oficial de pago anterior No.: XXXXXXXXXXXXXXX	129. Fecha: XXXX XX XX
130. Espacio reservado DIAN - Actuación aduanera	131. Espacio reservado uso exclusivo Ministerio de Relaciones Exteriores	132. No. Aceptación declaración: 482017000315786 133. Feha: 2017 06 22

134. Levante No.	135. Fecha	Firma funcionario responsable	136. Nombre	137. C.C. No.
482017000234701	2017-06-23		Wilminton San Martin R.	C.C. 73.136.807

Firma declarante

AGENCIA DE ADUANAS CUSTOM INTERNACIONAL S.A. NIVEL 2 NIT 830147508 COD 476

997. Espacio exclusivo para el sello de la entidad recaudadora (Fecha efectiva de la transacción)

23 JUN. 2017

• Coloque el timbre de la máquina registradora al dorso de este formulario

Fecha de Impresión: 2017-06-22 10:37:43

980. Pago Total $: 14,740,000

DAVIVIENDA 51588550 2

(415)7707212489953(8020)51577050159035

POR ALEX

De Nestor

BOMAG
FAYAT GROUP

Tandem Vibratory Roller

BW120AD-4



EARTHWORKS						
# passes	rolling speed	area coverage	"productivity in cu yd/hr by lift thickness, 100% efficiency"			
	(mph)	sq yd/hr	4 inches	6 inches	8 inches	12 inches
2	4.77	5504	612	919	1225	1837
3	4.77	3669	408	612	817	1225
4	4.77	2752	306	459	612	919
5	4.77	2201	245	367	490	735

ASPHALTIC CONCRETE (material weight 140 lb/cu ft)						
# passes	rolling speed	area coverage	"productivity in tons/hr by lift thickness, 100% efficiency"			
	(mph)	sq yd/hr	1.5 inches	2 inches	2.5 inches	3 inches
2	4.77	5504	434	579	723	868
3	4.77	3669	289	386	482	579
4	4.77	2752	217	289	362	434
5	4.77	2201	174	231	289	347
6	4.77	1835	145	193	241	289

Note: Repeat number of passes over the same area is required to achieve specified compaction efficiency/density. Successive passes over same area results in reduced area coverage and productivity. Rolling speed selected provides impact spacing of a minimum 10 impacts per foot at high vibration frequency setting. Actual compaction efficiency is determined by job conditions.

CERTIFICACION TECNICO MECANICO
MAQUINARIA AMARILLA

Apreciados Se¿ores:

Yo, EDISON GERARDO GOMEZ DIAZ identificado con cedula de ciudadanºa No 1.014.198.132 de Bogot®, Ingeniero Mec®nico con matrºcula profesional CN230- 87203, certifico que el equipo relacionado a continuaciÆn ha sido asignado a su proyecto; esta maquinaria se encuentra con los mantenimientos preventivos y correctivos actualizados adem®s de estar en Æptimas condiciones de operaciÆn y funcionamiento, bajo condiciones normales y adecuadas de uso.

EQUIPO	MARCA	MODELO	A¨O	SERIE	HOROMETRO
VIBROCOMPACTADOR	BOMAG	BW120AD-5	2015	101880213121	2.570

El ultimo mantenimiento preventivo fue realizado a las 2.450 horas de operaciÆn bajo los par®metros e indicaciones del fabricante y su prÆximo mantenimiento se realizar®a las 2.680 horas de trabajo.

Se expide a solicitud del interesado a los 23 dºas del mes de noviembre de 2022.

Cordialmente,

ING. EDISON GERARDO GOMEZ DIAZ
INGENIERO MECANICO
C.C 1.014.198.132 De Bogot®
T.P: CN230-87203

CARTA DE COMPROMISO DE MANTENIMIENTO

Apreciados Señores:

Yo, Andrés Tavera Bustos con cedula de ciudadanía N° 79.960.167 de Bogotá; en mi calidad de representante legal, me comprometo a realizar el mantenimiento (preventivo y/o correctivo) del equipo **BOMAG BW120 AD-5**, modelo **2015** de acuerdo a lo estipulado por el fabricante en el manual de operación y mantenimiento.

El equipo se encuentra óptimas condiciones para realizar las diferentes labores designado para el tipo de maquinaria.

Se expide a solicitud del interesado a los 21 días del mes de noviembre del 2022.

Cordialmente,

ATB INGENIERIA S.A.S.
Andrés Tavera Bustos
c.c. 79.960.167 Btá.
Representante Legal

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **3.226.510**

HERRERA INFANTE

APELLIDOS

CARLOS JULIO

NOMBRES

Carlos Julio Herrera

FIRMA



Powered by CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO **19-DIC-1952**

BOGOTA D.C
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66	**A+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

04-SEP-1974 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00200853-M-0003226510-20091130 **0018**493228A 1 1130107028

Powered by CamScanner

Bogotá 10 de Octubre de 2024

Señores: **A QUIEN INTERESE.**

CERTIFICADO DE IDONEIDAD OPERARIO

Por medio de la presente **MAQUINARIAS CARREÑO SAS** con **NIT. 901.310.462-8** certifica que el señor **CARLOS JULIO HERRERA INFANTE.** Identificado con cedula de ciudadanía **3.226.510** es una persona idónea y honesta para operar cualquiera tipo de maquinaria pesada (Retroexcavadora, Minicargador, Vibro compactador).

Cordialmente.

MAQUINARIAS CARREÑO
Nit. 901.310.462-8
MAQUINARIAS Y SUMINISTRO

JUAN MANUEL GALAN RAMIREZ
Ing. Mecánico.
Matricula tarjeta profesional
CN230-127809 Exp 02/10/2017

FORMATO
DOTACIONES Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL -

PROCESO: GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	DOCUMENTO Y/O PROCEDIMIENTO: MANUAL DEL SUBSISTEMA SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO

DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

Fecha de Ingreso:	16/09/2024		Cédula: 3.226.510
Nombre del Trabajador:	Carlos Herrera Infante		
Cargo:	OPERADOR MAQUINARIA PESADA		

RELACIÓN DE DOTACIÓN Y EPP ENTREGADOS

TIPO DE PROTECCIÓN	DESCRIPCIÓN DEL ELEMENTO	CANTIDAD
PROTECCIÓN CABEZA	Casco de seguridad Tipo I, caída de objetos	1
	Casco para brigadista tipo rescate	1
PROTECCIÓN VISUAL	Monogafas de seguridad lente claro	1
	Monogafa de seguridad lente oscuro	1
PROTECCIÓN AUDITIVA	Protector auditivo desechable	1
	Protector auditivo tipo tapón	1
PROTECCIÓN RESPIRATORIA	Respirador desechable	1
PROTECCIÓN MANUAL	Guantes vaqueta	1
	Guantes de nitrilo	1
	Guantes de látex	1
PROTECCIÓN PARA PIES	Botas en cuero de seguridad con puntera	1
	Botas de caucho con puntera de seguridad	1
PROTECCION CORPORAL	Poncho Impermeable	1
	Pantalón Jean	2
	Camisa	2
OTROS		
	Chaleco reflectivo	1
	Distintivos	1
	Otros	

Fecha Recibido	16/09/2024	Carlos Herrera Infante	Firma de Recibido: Carlos Herrera
			C.C.3.226.510

HOJA DE VIDA



CARLOS JULIO HERRERA INFANTE

CC 3.226.510 de Usaquén

Fecha de Nacimiento diciembre 19 de 1952

CL 159 No 20ª-36

CELULAR 3132930412

FORMACION ACADEMICA

PRIMARIA

CENTRO EDUCATIVO CANDADA

TERMINACIÓN 1965

EXPERIENCIA LABORAL

SEPULVEDA Y LOZANO

Operador de Maquinaria Pesada

12 de Noviembre 1989 – 2 de Febrero de 1992

VICON VIAS Y CONSTRUCCIONES

Operador de Maquinaria Pesada

20 Abril de 1992 – 29 de Septiembre 1999

CONTRATISTA LUIS HERNANDEZ PUIN

Operador de Maquinaria Pesada

15 de Octubre 1999 – 26 Marzo 2007

Teléfono 2702883

EDGAR JAUREGUI

Operador de Maquinaria Pesada

23 de enero 2009 – 18 de Agosto de 2012

Celular 323 3419889

REFERENCIAS PERSONALES

Edwin Beltrán

Asesor Financiero BANCOLOMBIA

Celular 320 4148615

Libardo Sánchez

Contratista

Celular 320 5378674

REFERENCIAS FAMILIAR

Alejandro Herrera

Independiente

312 4854803

CARLOS JULIO HERRERA INFANTE

C.C. 3.226.510 de USAQUÉN

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 09:53:40 AM horas del 10/10/2024, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **3226510**
Apellidos y Nombres: **HERRERA INFANTE CARLOS JULIO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO A TÉRMINO FIJO
MAQUINARIAS CARREÑO SAS NIT 901310462 E CARLOS JULIO HERRERA INFANTE

Entre las partes, por un lado **FREDY OCTAVIO CARREÑO GÓMEZ** mayor de edad e identificado con cédula de ciudadanía No.80420698, con domicilio y residencia en la ciudad de Bogotá, representante legal de la sociedad comercial denominada **MAQUINARIAS CARREÑO SAS NIT 901310462-8**, empresa legalmente constituida bajo las leyes de la República de Colombia, quien en adelante y para los efectos del presente contrato se denomina como **EL EMPLEADOR**, y por el otro, **CARLOS JULIO HERRERA INFANTE**, domiciliado en la ciudad de Bogotá, quien en adelante y para los efectos del presente contrato se denomina como **EL TRABAJADOR**, igualmente mayor de edad e identificado con el documento de identidad cédula de ciudadanía No. **3.226.510**,, hemos acordado suscribir este contrato individual de trabajo a término fijo, el cual se regirá por las siguientes cláusulas:

ARTÍCULO 1. NATURALEZA Y OBJETO. Se trata de un contrato individual de trabajo a término fijo, en vigencia del cual **EL EMPLEADOR** contrata AL **TRABAJADOR** para que este de forma personal, dirija su capacidad de trabajo en aras de la prestación de servicios y desempeño de las actividades propias del cargo de (denominación del cargo), y como contraprestación el **EMPLEADOR** pagará una remuneración.

ARTÍCULO 2. OBLIGACIONES DE LAS PARTES. Son obligaciones principales las de las partes como a continuación se relacionan: **PARÁGRAFO 1. OBLIGACIONES DEL TRABAJADOR. A)** Colocar al servicio del empleador toda su capacidad normal de trabajo, de manera exclusiva, en el desempeño de las funciones propias del cargo contratado y en las labores conexas y complementarias del mismo, en consideración con las órdenes e instrucciones que le imparta al empleador o sus representantes; B). No prestar directa ni indirectamente servicios laborales a otros empleadores, ni trabajar por cuenta propia en el mismo oficio, durante la vigencia del presente contrato; C). Laborar la jornada ordinaria en los turnos y dentro del horario señalado en este contrato, pudiendo el empleador efectuar ajustes o cambios de horario cuando lo estime conveniente o por necesidad del servicio. D). Cumplir con las obligaciones enunciadas en el presente contrato esto es el apoyo a las labores de geotecnia como ejecución de los trabajos del área civil de conformidad con las instrucciones dadas por el jefe o superior inmediato (Ingeniero Residente) para lograr los resultados esperados por el cliente, cuidando los recursos del medio ambiente, como de los recursos físicos y técnicos de la empresa, así mismo cumplir con las obligaciones especiales consagradas en los artículos 56 y 58 del Código Sustantivo del Trabajo. **PARÁGRAFO 2. OBLIGACIONES DEL EMPLEADOR.** Corresponde al **EMPLEADOR**. A) Pagar en la forma pactada el monto equivalente a la remuneración. B) Realizar la afiliación y correspondiente aporte a parafiscales. C). Dotar al **TRABAJADOR** de los elementos de trabajo necesarios para el correcto desempeño de la gestión contratada. D) Cumplir con las obligaciones especiales del patrono consagradas en el artículo 57 del Código Sustantivo del trabajo Decreto 2663 de 1950.

ARTÍCULO 3. LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO. EL TRABAJADOR prestará sus servicios de forma personal, en la Calle 160 A No. 8F-60 de la nomenclatura urbana de la ciudad de Bogotá, dirección que corresponde al domicilio de **MAQUINARIAS CARREÑO SAS NIT 901310462**.

ARTÍCULO 4. JORNADA DE TRABAJO. La jornada de trabajo será de: lunes a viernes en el horario de ocho de la mañana (8:00 a.m.) hasta las cinco de la tarde (5:00 p.m.) de conformidad con lo señalado por el artículo 161 del Código Sustantivo del Trabajo disposición modificada por el artículo 2 de la Ley 2101 de 2021 que materializó la reducción de la jornada ordinaria laboral, quedando expresamente establecido que a partir del 15 de julio de 2023 la jornada ordinaria se reduce a 47 horas semanales. De sobrepasarse dicho número, se deberán cancelar conforme a ley horas extras, recargos nocturnas y dominicales según sea el caso. **PARAGRAFO 1.** El trabajo suplementario o en horas extras, así como todo trabajo en domingo o festivo en los que deba concederse descanso, será remunerado conforme a la Ley, al igual que los respectivos recargos nocturnos como lo señalan los artículos 168 numeral primero modificado por el artículo 24 de la Ley 50 de 1990, y 179 del código sustantivo del trabajo en su numeral primero, modificado por el artículo 26 de la Ley 789 de 2002. Es de advertir que dicho trabajo debe ser autorizado por el empleador o sus representantes, para efecto de su reconocimiento y pago

ARTÍCULO 5. DE LA REMUNERACIÓN. El EMPLEADOR deberá pagar al **TRABAJADOR**, a título de remuneración como contraprestación por las actividades contratadas un salario mínimo legal mensual vigente esto es la suma de UN MILLÓN TRESCIENTOS MIL PESOS M/TE. $1.300.000 mas subsidio de transporte.

ARTÍCULO 6. FORMA DE PAGO. La forma de pago del salario señalado en la cláusula anterior, se cancelará de la siguiente manera: (diariamente, quincenal, por catorcenas o mensual). El pago se halla incluida la remuneración correspondiente a los descansos dominicales y festivos de que tratan los artículos 172 a 176 del Código Sustantivo del Trabajo.

ARTÍCULO 7. DURACIÓN DEL CONTRATO. El presente contrato será por el término de once (11) meses y 22 días, prorrogables de forma automática por un término igual al inicialmente pactado. El termino anteriormente pactado inicia hoy 9 de enero de 2024 y termina el día 31 de diciembre de 2024.

ARTÍCULO 8. PREAVISO. La parte que desee terminar el contrato, así deberá notificarlo por escrito dentro de los 30 días anteriores al vencimiento del término de duración. **PARAGRAFO 1. EL TRABAJADOR** podrá dar por terminado unilateralmente este contrato, comunicando por escrito su decisión al empleador, con antelación no inferior a treinta (30) días. En caso de no producirse tal aviso, o de hacerlo en un término inferior al establecido, deberá el trabajador en favor del **EMPLEADOR**, a título de indemnización, el equivalente a treinta (30) días de

salario o proporcional al tiempo que falte, suma deducible de sus prestaciones sociales.

ARTÍCULO 9. TERMINACIÓN UNILATERAL DEL CONTRATO. El presente contrato se podrá terminar unilateralmente y sin indemnización alguna, por cualquiera de las partes, dejando establecido que son justas causas para dar por terminado unilateralmente el presente contrato, por cualquiera de las partes, las expresamente señaladas en los artículos 62 y 63 del Código Sustantivo del Trabajo, en concordancia con las modificaciones introducidas por el artículo 7o. del Decreto 2351 de 1965 o haya incumplimiento grave de alguna cláusula prevista en el contrato de trabajo. Se considera incumplimiento grave el desconocimiento de las obligaciones o prohibiciones previstas en el presente contrato.

ARTÍCULO 10. DOMICILIO DE LAS PARTES. Para todos los efectos legales y convencionales, el domicilio de las partes es para **EL EMPLEADOR** la Calle 160 A No. 8F-60 de la nomenclatura urbana de la ciudad de Bogotá, dirección que corresponde al domicilio de **MAQUINARIAS CARREÑO SAS NIT 901310462**, así mismo el domicilio para **EL TRABAJADOR**, en la ciudad de Bogotá.

ARTÍCULO 11. IUS VARIANDI, Aunque el lugar de trabajo es el indicado en este contrato, las partes pueden acordar que el mismo se pueda prestar en sitio diferente, siempre y cuando el mismo no sea fruto de la arbitrariedad y el capricho del EMPLEADOR, sino que debe obedecer a razones objetivas y válidas bien de índole técnicas, operativas, organizativas o administrativas que lo hagan ineludible o al menos justificable, siempre que las condiciones laborales del trabajador no sufran desmejora o se disminuya su remuneración o le cause perjuicio. De todos modos, corren por cuenta del empleador los gastos que ocasione dicho traslado.

ARTÍCULO 12. EL TRABAJADOR desde ahora acepta los cambios de oficio que decida **EL EMPLEADOR**, siempre que sus condiciones laborales se mantengan, se respeten sus derechos y no le causen perjuicios.

ARTICULO 13. INTEGRIDAD. El presente contrato, remplaza en su integridad y deja sin efecto cualquier acuerdo de voluntades que sea haya pactado con anterioridad a la suscripción del mismo.

ARTÍCULO 14 Cualquier modificación al presente contrato debe efectuarse por escrito y anotarse a continuación de su texto.

En señal de conformidad, las partes suscriben el presente contrato, en dos ejemplares del mismo tenor el día de hoy en la ciudad de Bogotá a los cuatro (9) días del mes de enero de 2024 contentivo en tres (3) folios.

EL EMPLEADOR **EL TRABAJADOR**



MAQUINARIAS CARREÑO SAS.

VIBROCOMPACTADOR DD31

DATOS MAQUINA

- Marca: Ingersoll Rand.
  Referencia: DD-31.
  Modelo: 2007.

CONTACTO

310 763 8132

maquinarias.carreno@gmail.com

Calle 160A # 8F-60

DATOS TÉCNICOS

Peso de la maquina.

Peso operativo: 3.809 Kg.
Carga estatica sobre eje delantero: 1.780 Kg.
Carga estatica sobre eje trasero: 2.029 Kg.
Peso transporte: 2.871 Kg.

Rodillo.

Ancho del rodillo: 1.375 mm.
Diámetro del rodillo: 739 mm.

Vibración.

Frecuencia: 70 Hz.
Fuerza centrifuga: 36 kN
Vibración: En los dos rodillos o solo adelante.

Motor:

Fabricante: Kubota, 4 cilindros.
Combustible: Diesel.
Potencia: 31.3 Potencia @ 2.450 1/min.
Cilindrada: 2.197 Cm3
Refrigeración: Por líquido.

Traslación

Velocidad de marcha: 0-10.7 Km / h.

VOLVO DOUBLE DRUM COMPACTOR

DD31HF, DD38HF



MORE CARE. BUILT IN.

ULTRA PERFORMANCE IN A SMALLER PACKAGE

Volvo DD31HF and DD38HF vibratory compactors offer high performance for both commercial and main-line paving contractors in all three critical areas of compaction: productivity, density, and smoothness. Both models also have full-day fuel operation, large water capacity, and high frequency, making efficiency a strength of this line.



Performance Features

- **Comfort and safety**
  - Isolated vibratory drums and 4-point isolation of the operator platform to minimize vibration feedback
  - Dual-side access, spring-applied hydraulically released brake (SAHR), parking brake with test switch, Roll Over Protective Structure (ROPS), emergency stop switch, seat switch, and propulsion control with neutral start
  - Seat belt warning system: continuous alarm until seat belt is fastened
  - Fully adjustable sliding seat
- **Drum performance**
  - Durable carbon steel and thick shells prolong drum life
- **Gradeability and tractability**
  - The TwinLock™ traction control and torque transfer system minimizes drum slippage, delivering superior drum control at all speeds and in both directions
- **Industry-leading water system**
  - 299 l **(79 gal)** water tank, standard pressurized water system, hand-serviceable water nozzles, and double-filtration
  - Water flows only when the compactor is moving (in automatic mode)
- **Serviceability**
  - Unobstructed daily checkpoints, easy-to-lift engine enclosure, plus ground-level access to the engine, radiator, battery, and filters
  - Color-coded service charts show detailed checkpoints, service intervals, and proper lubricants

Options

- Cocoa mats
- Edge compactor
- Flashing strobe
- Foldable ROPS
- Gauge package (includes engine coolant temperature, engine oil pressure and voltmeter)
- Hazard and turn signals
- Inside wipers
- LED high intensity work lights
- Low fuel alarm
- Remote hydraulic test ports
- Special paint
- Steering knob
- Urethane wipers
- Vandal cover
- Water strainer





SPECIFICATIONS

Model Machine Weight (w/ ROPS / FOPS)		DD31HF	DD38HF
Operating Weight	kg **(lb)**	3 102 **(6,840)**	3 809 **(8,400)**
Static Weight @ Front Drum	kg **(lb)**	1 419 **(3,130)**	1 780 **(3,925)**
Static Weight @ Rear Drum	kg **(lb)**	1 682 **(3,710)**	2 029 **(4,475)**
Shipping Weight	kg **(lb)**	2 871 **(6,330)**	8 577 **(7,888)**
Dimensions			
Length	mm **(in)**	2 556 **(101)**	2 556 **(101)**
Width	mm **(in)**	1 363 **(53.7)**	1 485 **(58.5)**
Height (top of steering wheel)	mm **(in)**	1 826 **(71.9)**	1 826 **(71.9)**
Height (top of ROPS)	mm **(in)**	2 527 **(99.5)**	2 529 **(99.5)**
Drum Base	mm **(in)**	1 725 **(67.9)**	1 725 **(67.9)**
Drums			
Width	mm **(in)**	1 250 **(49.2)**	1 375 **(54.1)**
Diameter	mm **(in)**	736 **(29)**	739 **(29.1)**
Shell Thickness (nominal)	mm **(in)**	14 **(0.55)**	16 **(0.63)**
Finish		Machined / chamfered edge	
Vibration			
Frequency	Hz **(vpm)**	70 **(4,200)**	70 **(4,200)**
Centrifugal Force	kN **(lb)**	36 **(8,200)**	36 **(8,200)**
Nominal Amplitude	mm **(in)**	0,38 **(0.015)**	0,33 **(0.013)**
Lubrication		Oil splash	
Type System		Open-loop, series circuit	
Vibrating Drums		Both or front only	
Vibration Isolation		6 shear block isolators per drum	
Propulsion			
Type		Closed-loop, hydrostatic, TwinLock	
Drum Drive		Pump: axial-piston; Motor: radial piston, low-speed, high-torque	
Speed Range	km/h **(mph)**	0 – 10 **(0 – 6.2)**	0 – 10 **(0 – 6.2)**
Gradeability (theoretical)		49%	38%
Engine			
Make / Model		Kubota V2203M Tier 4A	
Engine Type		4-cylinder diesel	
Rated Power @ Installed Speed	kW **(hp)**	31,3 **(42)**	31,3 **(42)**
Electrical		12 volts DC, negative ground; 40 A alternator	
Battery		800 CCA	800 CCA
Brakes			
Service		Dynamic hydrostatic through propulsion system	
Parking / Secondary		Spring-applied, hydraulically released on each drum drive	
Steering			
Design		Centerpoint articulation	
Type System		Double-acting, hydraulic, single-cylinder	
Articulation Angle		+ / - 30°	+ / - 30°
Outside Turning Radius	mm **(in)**	3 847 **(151.5)**	3 907 **(153.8)**
Water System			
Type		Pressurized	
Pump		Electric, diaphragm	
Nozzle Quantity Per Drum		5 hand-serviceable nozzles	
Tank Capacity	l **(gal)**	299 **(79)**	299 **(79)**
Filters		100 mesh screen @ nozzles, 80 mesh in-line	
Drum Wipers Type		Spring-loaded, self-adjusting, neoprene wipers	
Miscellaneous			
Fuel Capacity	l **(gal)**	68 **(18)**	68 **(18)**
Hydraulic Capacity	l **(gal)**	84,8 **(22.4)**	84,8 **(22.4)**
Oscillation		+ / - 10°	+ / - 10°
Curb Clearance	mm **(in)** Vibration	483 **(19)**	608 **(23.9)**
	Traction	615 **(24.2)**	615 **(24.2)**
Side Clearance	mm **(in)**	57 **(2.2)**	57 **(2.2)**

Product improvement is a continuing goal at Volvo. Designs and specifications are subject to change without notice or obligation.





Volvo Construction Equipment is different. Our machines are designed, built and supported in a different way. That difference comes from an engineering heritage of over 175 years. A heritage of thinking first about the people who actually use the machines. About how to help them be safer, more comfortable, more productive. About the environment we all share. The result of that thinking is a growing range of machines and a global support network dedicated to helping you do more. People around the world are proud to use Volvo. And we're proud of what makes Volvo different – **More care. Built in.**

Not all products are available in all markets. Under our policy of continuous improvement, we reserve the right to change specifications and design without prior notice. The illustrations do not necessarily show the standard version of the machine.

VOLVO

Volvo Construction Equipment
www.volvoce.com/na

© Mixed Sources
Product group from well-managed forests, controlled sources and recycled wood or fiber
FSC
www.fsc.org Cert no. SW-COC-003918
© 1996 Forest Stewardship Council

Ref. No. VOE22C1004027
Printed in USA 10/09 – 3,0
Volvo, Asheville
Copyright © 2009 Volvo

English
USA

REGISTRO

MC MAQUINARIAS Y SUMINISTRO	**CONTROL MANTENIMIENTO VIBROCOMPACTADOR**	**CODIGO:**	**DD-31**
		FECHA EMISIÓN	**19/03/2025**
		FECHA REVISIÓN	**19/03/2025**
	GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.	**VERSIÓN**	**01**
		HOJA	**1 DE 1**

Inspeccionado por: JUAN MANUEL GALAN R. **Equipo No.** DD-31 **Horometro** 2880

Periodo: Del **19/03/2025** **Al** **24/06/2025**

	ÍTEM	ESTADO	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
			B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
LUCES	De trabajo delanteras (Nocturno)	OK														
	De trabajo traseras (Nocturno)	OK														
CABINA	Espejos laterales	N/A														
	*Cinturón de seguridad	OK														
	*Extintor de incendio	OK														
	*Botiquin de emergencia	OK														
	Asiento en buen estado	OK														
	Vidrio panorámico en buen estado	N/A														
	*Indicadores (hidráulicos-refrigerantes-horómetro-corriente-aceite motor)	OK														
	Control ingreso humo(tubo de escape)	OK														
	Alarma de retroceso-pito	OK														
	Escalera y apoyos de acceso	OK														
	Baterías y cables	OK														
ESTADO MECANICO	**MOTOR**	OK														
	Nivel de Aceite motor Mobil MX	OK	SE REALIZA CAMBIO DE ACEITE CON FILTROS													
	Filtros de Aire	OK	SE REALIZA CAMBIO DE FILTROS													
	Estado de pasadores	OK														
	*Control de fugas hidráulicas	OK														
	Orugas tensionadas/Vena 1/2"	OK														
	Mecanismo de giro(Tornameza)	N/A														
	*Corona de tornameza en buen estado	N/A														
	Mandos de avance	OK														
	*Mando de estacionamiento	OK														
	Estado general desgarrador (balde)	N/A														
	Mandos del levante del brazo	N/A														
	Mando Final	OK														
	*Cilindros en buen estado	OK														
	Compartimiento del motor aseado	OK														
	Manguera de agua y de alta presión	OK														
	Zapatas	OK														
	Rodillos Inferiores - Superiores	OK														
	*Kit para derrames	OK														
	*Certificación de Operador y Equipo	OK														
Firma del Operador responsable del equipo:																
Vo.Bo. Supervisor SST:																

*** PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR**

OBSERVACIONES: SE REALIZA MANTENIMIENTO PREVENTIVO CAMBIO DE ACEITE DE MOTOR, FILTROS DE AIRE

FIRMADO: ING JUAN MANUEL GALAN RAMIREZ TP. CN230-127809 Exp 02/10/2017

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

MC MAQUINARIAS Y SUMINISTRO	**CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO MAQUINARIA PESADA MAQUINARIAS CARREÑO SAS.**	**Fecha**	**19/03/2025**
		Versión	**01**
		Hoja	**01 DE 01**
		Ciudad	**Bogotá**

Equipo	VIBROCOMPACTADOR	**Marca**	INGERSOLL RAND	**Referencia**	DD-31
Horometro	2880	**Inspeccionado por**	JUAN MANUEL GALAN R.		

Concepto	2850	3100	3350	3700	4050	4300	4650	5000
Cambio de aceite.	OK							
Cambio filtro de aceite.	OK							
Cambio filtro de combustible.	OK							
Cambio de aceite hidráulico.	OK							
Revisión del estado del motor.	OK							
Revisión general.	OK							

Observaciones: Se realiza cambio de aceite, aceite hidráulico, filtro de aceite, filtro de combustible, revisión del estado del motor y revisión general del motor. Se recomienda realizar el proximo mantemiento preventivo el proximo a las **3100 horas.**

Certifica:



JUAN MANUEL GALAN R.
ING. MECÁNICO.
TP. CN230-127809
Exp 02/10/2017

NOTA IMPORTANTE: El mantenimeinto lo debe realizar **UNICAMENTE** el técnico autorizado y asignado por la compañia.En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

REGISTRO

MC MAQUINARIAS Y SUMINISTRO	**PRE-USO VIBROCOMPACTADOR**	**CODIGO:**
	GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.	**VERSIÓN** 01
		HOJA 1 DE 1

Inspeccionado por: _____ **Equipo No.** DD-31 **Horometro** _____

Periodo: Del _____ **Al** _____

	ÍTEM	ESTADO	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
			B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
LUCES	De trabajo delanteras (Nocturno)	OK														
	De trabajo traseras (Nocturno)	OK														
CABINA	Espejos laterales	N/A														
	*Cinturón de seguridad	OK														
	*Extintor de incendio	OK														
	*Botiquin de emergencia	OK														
	Asiento en buen estado	OK														
	Vidrio panorámico en buen estado	N/A														
	*Indicadores (hidráulicos-refrigerantes-horómetro-corriente-aceite motor)	OK														
	Control ingreso humo(tubo de escape)	OK														
	Alarma de retroceso-pito	OK														
	Escalera y apoyos de acceso	OK														
	Baterías y cables	OK														
ESTADO MECANICO	**MOTOR**	OK														
	Nivel de Aceite motor Mobil MX	OK	SE REALIZA CAMBIO DE ACEITE CON FILTROS EL 16/06/2024													
	Filtros de Aire	OK	SE REALIZA CAMBIO DE FILTROS EL 16/06/2024													
	Estado de pasadores	OK														
	*Control de fugas hidráulicas	OK														
	Orugas tensionadas/Vena 1/2"	OK														
	Mecanismo de giro(Tornameza)	N/A														
	*Corona de tornameza en buen estado	N/A														
	Mandos de avance	OK														
	*Mando de estacionamiento	OK														
	Estado general desgarrador (balde)	N/A														
	Mandos del levante del brazo	N/A														
	Mando Final	OK														
	*Cilindros en buen estado	OK														
	Compartimiento del motor aseado	OK														
	Manguera de agua y de alta presión	OK														
	Zapatas	OK														
	Rodillos Inferiores - Superiores	OK														
	*Kit para derrames	OK														
	*Certificación de Operador y Equipo	OK														
Firma del Operador responsable del equipo:																
Vo.Bo. Supervisor SST:																

*** PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR**

OBSERVACIONES: SE REALIZA MANTENIMIENTO PREVENTIVO CAMBIO DE ACEITE DE MOTOR, FILTROS DE AIRE

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

Declaración General de Importación

Libro DD 31 Página 1 de

REPUBLICA DE COLOMBIA — DIAN

Declaración de Importación | Privada | 500

Año 2014

Espacio reservado para la DIAN (Antes de imprimir este formulario lea cuidadosamente las instrucciones)

482014000460598-3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 800175247	6. DV 8	11. Apellidos y nombres o Razón Social COMERCIALIZADORA LUFAL EQUIPOS Y PARTES LTDA		
13. Dirección CL 9 18 B 07	14. Teléfono 2474009	15. Cód. Admón. 48	16. Cód. Ciiu 11	17. Cód. Ciudad Municipio 001
24. Número de Identificación Tributaria (NIT) 800228870	25. DV 4	26. Razón social del declarante o importador AGENCIA DE ADUANAS HAYDEAR LIMITADA NIVEL 2	27. Tipo usuario 26	28. Cód. usuario 0197
29. Número Documento de Identificación 73096731		30. Apellidos y nombres VERGARA MORALES EDILBERTO		

01. Clase importador 02	10. Tipo declaración Inicial	11. Cod. 1	12. No. Formulario Anterior XXXXXXXXXXXXXX	13. Año - Mes - Día XXXX - XX - XX	14. Cod. Admón. XX	37. Declaración de Exportación No. XXXXXXXXXXXXXXX	38. Año - Mes - Día XXXX - XX - XX	39. Cod. Admón. XX
40. Cód. lugar ingreso de las mercancías CTG	41. Cod. Depósito 13911	42. Manifiesto de carga No. 918230265	43. Año - Mes - Día 2014 - 11 - 08	44. Documento de Transporte No. PEVCTG22467			45. Año - Mes - Día 2014 - 10 - 24	

46. Importador o proveedor en el exterior: BIG YELLOW STEEL — 47. Ciudad: MIAMI — 48. Cod. Pais Exportador: 249

49. Dirección importador o proveedor en el exterior: 13515 NW 42ND AVE MIAMI OPA-LOCKA, FL 33054 — 50. Email: BIGYELLOWSTEEL@HOTMAIL.COM

51. No. de la Zona 5459	52. Año - Mes - Día 2014 - 10 - 01	53. Cod. país primer puerto 918	54. Cod. Medio Transporte 1	55. Código de Aduana 043	56. Cod. Depósito 25	57. Empresa transportadora MULTIPORT E.U		58. Tasa de cambio $ del 2,050.57
S 59. Subpartida arancelaria 8428400000	60. Cod. Clasificación Arancelaria XX	61. Cod. Subpartida XX	62. Cod. Modelo del Vehículo C200	63. No. de serie XX	64. Valor aduana USD XXXX	65. Forma de pago XX	66. Cod. país origen 249	67. Cod. Adicional XXX
68. Forma de pago de la importación 01	69. Tipo de importación 01	70. Cod. país origen 249	71. Peso bruto kgs. 9,237.00	72. Peso neto kgs. 9,237.00	73. Unidad comercial PK	74. No. Bultos 12	75. Modalidad 2	76. Cod. unidad comercial U
77. Cantidad comercial 3.00								

78. Valor FOB USD 65,000.00	79. Valor flete USD 1,725.00							
80. Valor Seguros USD 325.00	81. Valor Otros Gastos USD 0.00							
82. Gastos de fletes, seguros y otros gastos USD 2,050.00	83. Ajuste valor USD 0.00							
84. Valor aduana USD 67,050.00	85. Código régimen L	86. Número 21455960						
87. Cod. adición 3	88. Año 2014	89. Placa/serie No XXXXXXXXXX	90. Cód. tarifa del Producto 0					

Concepto	%	Base	Total Liquidado ($)	Total a pagar con esta declaración ($)	Total Liquidado (USD)
Arancel	0.00	137,497,366	0	0	0
IVA	16.00	137,497,366	21,998,000	21,998,000	0
Sobretasa	0.00	0	0	0	0
Derechos Compensatorios	0.00	0	0	0	0
Derechos Antidumping		0	0	0	0
Sanción		0	0	0	0
Recargo		0	0	0	0
Total			21,998,000		0

Autoliquidación

1. Consignar si de los mercancías hay parte de la declaración de las mercancías / Diligenciar con la información de la factura comercial / Diligenciar con la información de la factura comercial / Diligenciar con la información de la factura comercial

Bogotá 30 de Octubre de 2024

Señores: **A QUIEN INTERESE.**

CERTIFICADO DE IDONEIDAD MAQUINARIA

De acuerdo a la inspección y pruebas realizadas sobre la retroexcavadora marca INGERSOLL RAND/VOLVO , MODELO: 2007 Línea: DD-31HF y serie: HCM196574 se concluye que este equipo es apto para desempeñarse en obras civiles y de ingeniería, luego de no encontrar fugas de ningún tipo de aceite ni fluidos, tener estanqueidad y sostenimiento en las maquinarias en general,

Cordialmente.

MAQUINARIAS CARREÑO
Nit. 901.310.462-8
MAQUINARIAS Y SUMINISTRO

JUAN MANUEL GALAN RAMIREZ
Ing. Mecánico.
Matricula tarjeta profesional
CN230-127809 Exp 02/10/2017

Consejo Profesional
Nacional de Ingenierías
Eléctrica, Mecánica
y Profesiones Afines



Titular JUAN MANUEL
GALAN RAMIREZ

D.I 1.020.774.902

Ingeniero MECÁNICO

Matrícula CN230-127809

Resol. Secc. 39/2017

Fecha de Exp 02/10/2017

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901310462	8	MAQUINARIAS CARREÑO SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CALLE 160A # 8F-60	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7506814	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-04	1416192911	9484140453	E	2025/04/14	2025/04/16	BANCO DAVIVIENDA		$711,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	80420698	CARREÑO FREDY	25-14	30	$1,547,000	$247,600	EPS008	30	$1,547,000	$61,900	CCF21	30	$1,547,000	$61,900	14-11	30	$1,547,000	$107,700	30	$0	$0
2	CC	3226510	HERRERA CARLOS		0	$0	$0	EPS037	30	$1,547,000	$61,900	CCF21	30	$1,547,000	$61,900	14-11	30	$1,547,000	$107,700	30	$0	$0
Total	**Afiliados(2)**					**$1,547,000**	**$247,600**			**$3,094,000**	**$123,800**			**$3,094,000**	**$123,800**			**$3,094,000**	**$215,400**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$247,600	$0	$248,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$247,600	$0	$248,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$215,400	$0	$215,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	2	$215,400	$0	$215,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$123,800	$0	$124,000
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	2	$123,800	$0	$124,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				2	$123,800	$0	$124,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$61,900	$0	$62,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$61,900	$0	$62,000
TOTAL				**2**	**$710,600**	**$0**	**$711,700**

2025/04/16 03:05 PM

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10009957063

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
SZQ301	INTERNATIONAL	7600 SBA	2012

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
10.831	NARANJA	PÚBLICO

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
VOLQUETA	PLATON	DIESEL	16580

NÚMERO DE MOTOR
35291962

REG N VIN 3HTWYAHT1CN660621

NÚMERO DE SERIE
3HTWYAHT1CN660521

REG N NÚMERO DE CHASIS 3HTWYAHT1CN660621 REG N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
BELLO CANGREJO ORLANDO

IDENTIFICACIÓN
C.C. 79221415

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE ****** POTENCIA HP 0

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
482011000457994

I/E I FECHA IMPORT. 06/12/2011 PUERTAS 2

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
******

FECHA MATRÍCULA 20/01/2012 FECHA EXP. LIC. TTO. 24/07/2015 FECHA VENCIMIENTO ******

ORGANISMO DE TRÁNSITO
STRIA TTOYTTE MCPAL FUNZA



LT02003294556

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. 179353367

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CDA LOS CENTAUROS SAS

NIT: 900374437

No. de Certificado de Acreditación: 11-OIN-003

Fecha de expedición: 2025/02/07

Fecha de vencimiento: 2026/02/07

DATOS VEHÍCULO

PLACA: SZQ301

CLASE: VOLQUETA

MARCA: INTERNATIONAL

MODELO: 2012

SERVICIO: Público

COMBUSTIBLE: DIESEL

CILINDRAJE: 10831

NRO. MOTOR: 35291962

NRO. CHASIS: 3HTWYAHT1CN660621

VIN: 3HTWYAHT1CN660621

LÍNEA: 7600 SBA

COLOR: NARANJA

NOMBRE PROPIETARIO: ORLANDO BELLO C.

FIRMA DEL RESPONSABLE

JOSE GREGORIO JIMENEZ PEREZ

SOAT

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

FECHA DE EXPEDICIÓN	AÑO	MES	DÍA
	2025	2	6

VIGENCIA	AÑO	MES	DÍA
DESDE LAS 00 HORAS DEL	2025	2	7
HASTA LAS 23:59 HORAS DEL	2026	2	6

ASEGURADORA

seguros mundial®

tu compañía siempre

No. DE PÓLIZA.	PLACA No.	CLASE DE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
90481742 - 611388097	SZQ301	CARGA O MIXTOS	PUBLICO	10831	2012

PASAJEROS	MARCA	CARROCERÍA
2	INTERNATIONAL	PLATON

LÍNEA VEHÍCULO
7600SBA

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
35291962	3HTWYAHT1CN660621	3HTWYAHT1CN660621	16,58

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
ORLANDO BELLO CANGREJO	3045790984	CC	79221415	FUNZA

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
1317	14	13158	90481742	11001

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
33	$ 1.061.500	$ 551.900	$ 2.100

TOTAL A PAGAR

$ 1.615.500

FIRMA AUTORIZADA

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



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



Seguro Ter-cero

Cero preocupaciones al manejar tu vehículo

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

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

Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito lo pueden solicitar en cualquier momento.
- Recuerde validar que su póliza esté registrada en el RUNT.
- Esté atento al momento en que deba renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas, la inmovilización 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 la ADRES solo lo puede realizar la institución prestadora de servicios de salud.
- Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

Modificación unilateral de la vigencia por duplicidad de amparos:
La Aseguradora podrá modificar la vigencia de la póliza de forma unilateral y exclusivamente en beneficio del consumidor, en aquellos casos que se corrobore la existencia de duplicidad de amparos y pago de primas respecto del mismo vehículo. (Circular Externa 021 de 2017 – Superintendencia Financiera)

Datos personales
Autorizo a la compañía para que trate mis datos personales, incluso los de salud que son sensibles, con la finalidad de vincularme como tomador del contrato de seguro, incluyendo todas las acciones requeridas para el cumplimiento del mismo, así como para las demás finalidades incluidas en la política de tratamiento de datos personales, disponible en www.segurosmundial.com.co/legal/, donde se encuentran los canales para ejercer mis derechos, en especial a actualizar, rectificar, conocer y suprimir mis datos. Declaro que, la información otorgada es veraz, completa, exacta y actualizada.

Topes de cobertura gastos médicos
[1] Para las siguientes tarifas: 100, 110, 120, 140, 150, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 910, 920. Decreto 2644 de 2022.
[2] Para las demás tarifas no citadas en (1).

¡AMPLIAMOS NUESTROS BENEFICIOS!

Con la compra y/o renovación de tu SOAT eres parte del Club Tu Beneficio Mundial donde obtendrás descuentos y promociones de manera ilimitada, en diferentes establecimientos de comercio a nivel nacional: **registro.tubeneficiomundial.com**

Solo tienes que registrarte y en el enlace recibirás [illegible] y haz click en el botón **www.tubeneficiomundial.com** para disfrutarlos.

Digitally signed by COMPANIA MUNDIAL DE SEGUROS SA
Date: 2025.02.06 16:44:48 -05:00

seguros mundial®
tu compañía siempre



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

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

SOLUCIONES CORPORATIVAS

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

Líneas de Atención al Cliente:

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

www.segurosmundial.com.co

@SegurosMundial

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

Cambio de Aceite - Valvulina - Engrase
Filtros Nacionales e Importados
No Somos Grandes Contribuyentes
CIIU 4732 / Tarifa 11.04 x1000
CR 84 NO. 11A -13 BOGOTA D.C. CEL BTA 3124936563- MAD 3164841380

LUBRICANTES EL PORVENIR

RATIVA ALBERTO ORLANDO
Nit: 79381173-7
Iva - Regimen Común
CRA 84 11A 13 BOGOTÁ CUNDINAMARCA PBX. 7561832
Mail: lubripor@yahoo.com www.lubricanteselporvenir.com

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA - BOGOTA No : FEBO 53472

Factura por computador impresa por RATIVA ALBERTO ORLANDO Nit 79381173-7 software de SysCafé S.A.S.
Habilitación DIAN No.18764085382455 de Dic-14-2024 Vigencia: 6 meses Vence: Jun-14-2025 Rango: FEBO 52709-500000

Somos AUTORRETENEDORES del impuesto de renta y complementarios
Resolución DIAN 8566 19-09-2024

Cliente: **BELLO CANGREJO ORLANDO**
Nit/C.C: **79221415** Tel:
Dir: **CALLE 21 A N 3 08**
Bogotá, D.C. - Bogotá, D.C.

Fecha Fact	Vencimiento	Plazo	Forma de pago	
Ene-08-2025	Ene-08-2025	0 días	CONTADO	
Placa	**Pedido**	**Zona**	**Kilometraje**	**Pág**
SZQ301	00008605		317.416	1/1

#	Referencia	Detalle	Iva	Cantidad	Vr/Unit	Vr/Total
1	00369	MOBIL MX ESP 15W40 1/4 GR GRANEL GRANEL		42.00	22,368.00	939,456.00
2	LF14000NN	FILTRO DE ACEITE ISX -X15 FLEETGUARD UND UND	19	1.00	150,929.41	150,929.41
3	FS19624	FILTRO TRAMPA CAT 7 MICRAS UND UND	19	1.00	69,618.00	69,618.00
4	UK-15204P	FILTRO DE AIRE INTERNO Y EXTERNO INTER 7400	19	1.00	256,067.23	256,067.23

Observaciones : *Realizado por Jorge.

Total items : 4

Son: UN MILLON QUINIENTOS SEIS MIL SEISCIENTOS VEINTISIETE PESOS CON CUARENTA Y DOS CENTAVOS mcte.

SubTotal	**1,416,070.64**
Iva	90,556.78
Total	**1,506,627.42**

1. Consignar en la Cuenta Ahorros No. 205-601513-95 BANCOLOMBIA a nombre de ORLANDO RATIVA ALBERTO
2. Esta factura es un título valor y causará intereses moratorios a la máxima tasa legal permitida desde la fecha de vencimiento. De acuerdo con el artículo 5 de la ley 1231 de 2008.
3. Se hace constar que la firma de personas distintas al comprador, supone que dicha persona está autorizada por el COMPRADOR para firmar y recibir, confesar la deuda y obliga al comprador.
4. Autorizamos a consultar o reportar a las centrales de riesgo a nivel nacional el comportamiento crediticio, en caso de incurrir en mora en el pago de esta obligación.
5.Tratamiento de datos personales. Cada una de las partes manifiesta expresamente su autorizacion para que la otra parte efectue el tratamiento de sus datos personales de conformidad con lo establecido en la ley 1581 de 2012 y el Decreto reglamentario 1377 del 2013 y el capitulo 25 del decreto reglamentario 1074 de 2015.
NOTA: Después de ocho días no se aceptan devoluciones.

Acepto y Recibí conforme,

Impto	Base	Impto	Tipo
0%	939,456		IVA
19%	476,614	90,556	IVA

Elaboró: NATALY SOLER

- Original Cliente -

_7330YNZXB

Nombre:
Nit/C.C:
Fecha:

CUFE: 27dc421e2fb4a8c2ec285ec585093ec53a72330347fe2260d414aaefad2c8df5758b7f39ff9e2baced7a1e1b13e07ee6
Fecha generación: 2025-01-08T16:10:00 Fecha expedición: 2025-01-08T17:35:12 Elaboró: NATALY SOLER Pág: 1/1

Cambio de Aceite - Valvulina - Engrase
Filtros Nacionales e Importados
No Somos Grandes Contribuyentes
CIIU 4732 / Tarifa 11.04 x1000
CR 84 NO. 11A -13 BOGOTA D.C. CEL BTA 3124936563- MAD 3164841380

LUBRICANTES EL PORVENIR

RATIVA ALBERTO ORLANDO
Nit: 79381173-7
Iva - Regimen Común
CRA 84 11A 13 BOGOTÁ CUNDINAMARCA PBX. 7561832
Mail: lubripor@yahoo.com www.lubricanteselporvenir.com

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA - BOGOTA No : FEBO 53472

Factura por computador impresa por RATIVA ALBERTO ORLANDO Nit 79381173-7 software de SysCafé S.A.S.
Habilitación DIAN No.18764085382455 de Dic-14-2024 Vigencia: 6 meses Vence: Jun-14-2025 Rango: FEBO 52709-500000

Somos AUTORRETENEDORES del impuesto de renta y complementarios
Resolución DIAN 8566 19-09-2024

Cliente: **BELLO CANGREJO ORLANDO**
Nit/C.C: **79221415** Tel:
Dir: **CALLE 21 A N 3 08**
Bogotá, D.C. - Bogotá, D.C.

Fecha Fact	Vencimiento	Plazo	Forma de pago	
Ene-08-2025	Ene-08-2025	0 días	CONTADO	
Placa	**Pedido**	**Zona**	**Kilometraje**	**Pág**
SZQ301	00008605		317.416	1/1

#	Referencia	Detalle	Iva	Cantidad	Vr/Unit	Vr/Total
1	00369	MOBIL MX ESP 15W40 1/4 GR GRANEL GRANEL		42.00	22,368.00	939,456.00
2	LF14000NN	FILTRO DE ACEITE ISX -X15 FLEETGUARD UND UND	19	1.00	150,929.41	150,929.41
3	FS19624	FILTRO TRAMPA CAT 7 MICRAS UND UND	19	1.00	69,618.00	69,618.00
4	UK-15204P	FILTRO DE AIRE INTERNO Y EXTERNO INTER 7400	19	1.00	256,067.23	256,067.23

Observaciones : *Realizado por Jorge.

Total items : 4

Son: UN MILLON QUINIENTOS SEIS MIL SEISCIENTOS VEINTISIETE PESOS CON CUARENTA Y DOS CENTAVOS mcte.

SubTotal	**1,416,070.64**
Iva	90,556.78
Total	**1,506,627.42**

1. Consignar en la Cuenta Ahorros No. 205-601513-95 BANCOLOMBIA a nombre de ORLANDO RATIVA ALBERTO
2. Esta factura es un título valor y causará intereses moratorios a la máxima tasa legal permitida desde la fecha de vencimiento. De acuerdo con el artículo 5 de la ley 1231 de 2008.
3. Se hace constar que la firma de personas distintas al comprador, supone que dicha persona está autorizada por el COMPRADOR para firmar y recibir, confesar la deuda y obliga al comprador.
4. Autorizamos a consultar o reportar a las centrales de riesgo a nivel nacional el comportamiento crediticio, en caso de incurrir en mora en el pago de esta obligación.
5.Tratamiento de datos personales. Cada una de las partes manifiesta expresamente su autorizacion para que la otra parte efectue el tratamiento de sus datos personales de conformidad con lo establecido en la ley 1581 de 2012 y el Decreto reglamentario 1377 del 2013 y el capitulo 25 del decreto reglamentario 1074 de 2015.
NOTA: Después de ocho días no se aceptan devoluciones.

Acepto y Recibí conforme,

Impto	Base	Impto	Tipo
0%	939,456		IVA
19%	476,614	90,556	IVA

Elaboró: NATALY SOLER

- Original Cliente1 -

_7330YNZXB

Nombre:
Nit/C.C:
Fecha:

CUFE: 27dc421e2fb4a8c2ec285ec585093ec53a72330347fe2260d414aaefad2c8df5758b7f39ff9e2baced7a1e1b13e07ee6
Fecha generación: 2025-01-08T16:10:00 Fecha expedición: 2025-01-08T17:35:12 Elaboró: NATALY SOLER Pág: 1/1

DATOS ENVÍO
NOMBRE: ORLANDO BELLO CANGREJO
DIRECCION:
CIUDAD: SOACHA-CUNDINAMARCA

SEGURO DE AUTOMÓVILES

PESADOS PREMIUM INDIVIDUAL

CERTIFICADO DE SEGURO

Póliza N° 1523178303601
Certificado: 0 **N°:** 001
Fecha de Expedición: 19/12/2024

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: ORLANDO BELLO CANGREJO

OBSERVACIONES:

VIGENCIA DEL SEGURO	DESDE	HASTA
	20/12/2024	20/12/2025
	Día Mes Año	Día Mes Año
	A las 24 horas	A las 24 horas

ASEGURADO N.1

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
ORLANDO BELLO CANGREJO	79221415

BENEFICIARIOS

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
ORLANDO BELLO CANGREJO	79221415

DATOS DEL ASESOR

NOMBRE	TELÉFONO
ZAMUDIO ASESORES PROFESIONALES DE SEGUROS LTDA	3208493056

RELACIÓN DE ACCESORIOS

DESCRIPCIÓN	VALOR	EQUIPO ORIGINAL
	$ 0	

DETALLE DEL BIEN ASEGURADO

PLACA	SZQ301
MARCA	INTERNATIONAL 7600 WORKSTAR [350HP] MT TD 6X4
MODELO	2012
TIPO	VOLQUETAS
COLOR	NARANJA
NÚMERO DE MOTOR	35291962
VIN O CHASIS	3HTWYAHT1CN660621
VALOR COMERCIAL *	$ 225,400,000
TOTAL ACCESORIOS	$ 0
VALOR ASEGURADO DEL BIEN	$ 225,400,000

*Tomado de la Guía de Fasecolda No. 340 Código: 3626091

El valor asegurado corresponderá al valor comercial a la fecha del siniestro tomado de la última guía de Fasecolda vigente..

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

AMPAROS

AL ASEGURADO

COBERTURA	VALOR ASEGURADO % ó Salario Mínimo Mensual Legal Vigente ó Millones	DEDUCIBLE % ó Salario Mínimo Mensual Legal Vigente ó Millones
Daños a Terceros	$5250 MILLONES	0%, mínimo 0 salario(s)
Muerte o lesiones a 1 persona		
Muerte o lesiones a 2 o más personas		
COBERTURAS ADICIONALES		
Atención jurídica proceso penal y civil		
Amparo patrimonial: Solo cobertura Respons. Civil Extracont. y daños		

AL VEHÍCULO

COBERTURA	DEDUCIBLE % ó Salario Mínimo Mensual Legal Vigente
Daño total	0% 0 salario(s)
Daños parciales	0% 4 salario(s)
Hurto parcial y total*	0% 0 salario(s)
Terremoto	Aplican los mismos deducibles de daños parciales o totales
Renta diaria por inmovilización	10 Días
RENTA DIARIA	10 Días
Asistencia Bolívar	Según condiciones y ciudades con convenio
COBERTURAS ADICIONALES	
Auxilio por Inmovilización	
Amparo Patrimonial	
Gastos para proteger y trasladar el vehículo	

*Este deducible aplica solo para hurto total, para hurto parcial aplica los mismos deducibles que Daños Parciales

Código de Clausulado que aplica: 12/12/2024-1327-P-03-AU-0000000000139-D00I. Consulte este clausulado en la página **www.segurosbolivar.com**

OTROS BENEFICIOS

Programa de Prevención Vial

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MEDIOS DE PAGO

Podrá realizar su pago por medio de:

- Página Web de Davivienda: Seleccionar la opción "Pago de otros servicios", escoja la compañía Seguros Comerciales Bolívar S.A. e ingrese la referencia 0629817598170001.
- En las oficinas del Banco Davivienda, Bancolombia y Banco de Occidente a nivel nacional.
- En los puntos de pago de almacenes Éxito, Carulla, Pomona y Surtimax a nivel nacional.
- Desde su celular marcando el #322 opción 1-5, para Bogotá 3122122 y para fuera de Bogotá 018000 123 322.
- Consulte los medios de pago y condiciones en www.segurosbolivar.com opción "Pago en Línea", sección "otros medios de pago".

Si desea actualizar información de este documento, tiene a su disposición los siguientes canales:

- Por correo electrónico: contacto@segurosbolivar.com.
- Por contacto telefónico: Desde celular marcando #322, para Bogotá 3122122 y para fuera de Bogotá 018000 123 322.
- Por correo físico: Avenida El Dorado No. 68 B-31 Piso 10 en la ciudad de Bogotá.

$ VALORES A PAGAR

VALOR DE LA PRIMA	$ 669,017
VALOR ASISTENCIA BOLÍVAR	$ 67,091
IVA PRIMA	$ 127,113
IVA ASISTENCIA	$ 12,747
TOTAL A PAGAR	**$ 875,968**
PERIODICIDAD DE PAGO	MENSUAL
PRIMA PARA UNA VIGENCIA COMPLETA	**$ 10,511,622**

NOTA IMPORTANTE

La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.



Firma Representante Legal

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Página en blanco

RECIBO DE PAGO DE SU SEGURO

Póliza N°: 1523178303601
Certificado: 0 **N°:** 001
Fecha de Expedición: 19/12/2024

SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: ORLANDO BELLO CANGREJO

$ VALORES A PAGAR

VALOR DE LA PRIMA:	$ 669,017
VALOR ASISTENCIA BOLÍVAR:	$ 67,091
IVA PRIMA:	$ 127,113
IVA ASISTENCIA:	$ 12,747
TOTAL A PAGAR	**$ 875,968**
PERIODICIDAD DE PAGO:	MENSUAL

NOTA: COMPROBANTE VÁLIDO CON SELLO DEL CAJERO

MEDIOS DE PAGO

Podrá realizar su pago por medio de:

- Página Web de Davivienda: Seleccionar la opción "Pago de otros servicios", escoja la compañía Seguros Comerciales Bolívar S.A. e ingrese la referencia 0629817598170001.
- En las oficinas del Banco Davivienda, Bancolombia y Banco de Occidente a nivel nacional.
- En los puntos de pago de almacenes Éxito, Carulla, Pomona y Surtimax a nivel nacional.
- Desde su celular marcando el #322 opción 1-5, para Bogotá 3122122 y para fuera de Bogotá 018000 123 322.
- Consulte los medios de pago y condiciones en www.segurosbolivar.com opción "Pago en Línea", sección "otros medios de pago".

Copia CLIENTE

Firma Representante Legal

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

TOTAL A PAGAR **$ 875,968**

PARA PAGO EN BANCOS

(415)7709998010260(8020)0629817598170001(3900)000000875968(96)20250203

NOTA: COMPROBANTE VÁLIDO CON SELLO DEL CAJERO

REFERENCIA 0629817598170001

Póliza N°: 1523178303601

Valor efectivo :

Banco:

Cheque N°:

Valor cheque:

Copia BANCO

Realice el pago en bancos a través de los convenios:
Davivienda: 1044189 **Bancolombia:** 64912 **Banco de Occidente:** 18659 **Grupo Éxito:** 4382

Página en blanco

SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

SEGURO DE AUTOS PARA VEHÍCULOS PESADOS PREMIUM

12/12/2024-1327-P-03-AU-0000000000139-D00I

Nosotros, Seguros Comerciales Bolívar S.A en adelante LA ASEGURADORA, lo protegemos como ASEGURADO y su(s) beneficiarios por los eventos que sufra el vehículo asegurado, y los daños que cause a terceros, de acuerdo con las coberturas expresamente contratadas por el TOMADOR o el ASEGURADO y hasta por las sumas y límites pactados, como consta en el certificado de la póliza.

1. QUÉ CUBRIMOS

La ASEGURADORA otorga las siguientes coberturas a elección del Tomador o ASEGURADO, siempre y cuando se realice el pago de la prima correspondiente y estén expresadas en el certificado de la póliza.

1.1. Responsabilidad civil extracontractual (rce) – daños a terceros.

Cubrimos los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales que sean consecuencia de daños causados por el ASEGURADO o una persona autorizada, a un tercero o a sus bienes, provenientes de un accidente o evento ocasionado por el vehículo asegurado.

Esta cobertura opera en exceso del seguro obligatorio de daños corporales, causados a las personas en accidente de tránsito (SOAT), el FOSYGA, EPS, ARL, FONDO DE PENSIONES o por el sistema general de seguridad social en salud.

Para los vehículos que por su tipo de operación es obligatoria la adquisición de pólizas de responsabilidad civil extracontractual acorde con la legislación vigente, esta cobertura operará en exceso de las mismas.

Esta cobertura incluye acompañamiento jurídico y gastos de defensa judicial, que consiste en que:

Si el ASEGURADO recibe una reclamación judicial, sea civil o penal, LA ASEGURADORA asignará un abogado que lo represente dentro de un proceso que sea consecuencia directa y exclusiva de un accidente de tránsito amparado en esta póliza, y hasta su terminación, incluyendo las investigaciones y reconstrucciones de los hechos que sean necesarios para su defensa.

Así mismo, previa autorización escrita de LA ASEGURADORA, a elección del ASEGURADO, éste podrá designar un abogado de

Tomador: persona encargada de pagar la prima, y quien obrando por cuenta propia o ajena, traslada los riesgos a la aseguradora.

Asegurado: persona que registra en el certificado de la póliza y tiene derecho al pago de la indemnización a consecuencia de un evento amparado por el contrato de seguro.

Beneficiario: es la persona designada en la póliza para recibir los beneficios de la póliza de seguros en caso de que se presente una pérdida por daños o hurto.

En caso de afectación de la cobertura de Responsabilidad Civil Extracontractual, el beneficiario es el tercero que resulte afectado en el accidente.

Certificado de la póliza: es el documento que especifica qué cubre y no cubre la póliza de seguro.

Responsabilidad Civil Extracontractual: es la obligación que se tiene de indemnizar a una persona a la que se le causa daño, sin que esa responsabilidad surja por el incumplimiento de un contrato.

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

confianza que lo represente dentro del proceso civil o penal. Para lo anterior, se pactan los honorarios como un porcentaje de la cobertura afectada, hasta por un monto que no supere el valor indicado como mínimo en la tarifa de honorarios del colegio de abogados de la ciudad donde curse el respectivo proceso. En caso de que no exista Colegio de Abogados o tarifa en determinada ciudad, se aplicará la del Colegio Nacional de Abogados.

Esta cobertura excluye los costos del proceso establecida en el artículo 1128 del Código de Comercio.

1.2. Daños.

Cubrimos los daños parciales o totales del vehículo amparado y los accesorios originales y los no originales que se encuentren relacionados en el certificado de la póliza, que sean consecuencia directa de:

- Un accidente de tránsito.
- Eventos de la naturaleza, tales como incendio, explosión, huracán, granizada, inundación y terremoto.
- Actos mal intencionados de terceros.
- Huelga, asonada, amotinamiento, conmoción civil y popular, revueltas populares, cese de actividades, sabotaje, terrorismo y movimientos subersivos y al margen de la ley.

Siempre y cuando estos eventos y sus consecuencias no estén expresamente excluidos de la presente póliza.

Accidente: Un hecho súbito, accidental, imprevisto e independiente de la voluntad del asegurado.

1.3. Hurto.

Cubrimos la desaparición del vehículo amparado y los accesorios originales y los no originales que se encuentren relacionados en la póliza, como consecuencia de hurto o su tentativa.

Hurto: Clasificación establecida por el Código Penal Colombiano.

2. COBERTURAS ADICIONALES.

Las siguientes coberturas se encuentran incorporadas al contrato de Seguro, no requieren ser especificadas en el Certificado de Seguros y su límite estará definido en el numeral 4 de la presente póliza.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

2.1. Auxilio de inmovilización por daños o hurto.

Cubrimos las pérdidas causadas por la disminución de ingresos para los propietarios del vehículo amparado, como consecuencia de Daño Total o Parcial o Hurto Total o parcial, amparado por la póliza y que origine la inmovilización o desaparición del vehículo amparado, hasta el límite pactado en el certificado de la póliza.

2.2. Auxilio de inmovilización por responsabilidad civil extracontractual.

Cubrimos las pérdidas causadas por la disminución de ingresos para los propietarios del vehículo amparado, como consecuencia de un accidente de tránsito con lesionados o muertos cubierto por la póliza y que origine la inmovilización del vehículo amparado mientras se encuentre en los sitios establecidos por las autoridades competentes, hasta el límite pactado en el certificado de la póliza.

2.3. Obligaciones financieras.

Cubrimos las cuotas **ASEGURADO** de las obligaciones financieras a su cargo, derivadas de un crédito del vehículo amparado qué se encuentre vigente con una entidad financiera vigilada por la Superfinanciera.

2.4. Auxilio por brecha patrimonial por daños o hurto total.

Cuando se presente un siniestro por Daño o Hurto total cubierto por la póliza, cubrimos al **ASEGURADO** la disminución del valor comercial del vehículo durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando exista una diferencia entre el valor comercial del vehículo al momento del siniestro y el valor asegurado registrado en el certificado de la póliza. Este auxilio es excluyente con el Auxilio de brecha Patrimonial por Amit y Terrorismo del numeral 2.5.

2.5. Auxilio por brecha patrimonial por amit o terrorismo.

Cuando se presente un siniestro por Actos Mal Intencionados de Terceros (AMIT) o Terrorismo, cubrimos al **ASEGURADO** la diferencia entre el valor comercial al momento del siniestro de acuerdo al numeral 4.2 y el valor indemnizado por las pólizas contratadas por el Estado Colombiano; hasta el límite de la póliza. Este auxilio es excluyente con el Auxilio de brecha Patrimonial por Daños y Hurto Total del numeral 2.4.

2.6. Auxilio de accidentes personales.

Cubrimos la muerte accidental, incapacidad total y permanente, desmembración y pérdida de funcionalidad dentro de los 180 días calendario a la fecha del evento, hasta los límites contratados del conductor, ayudantes y/o auxiliar del vehículo amparado, proveniente de un accidente de tránsito, aplica siempre y cuando:

- El accidente haya sido de forma súbita, accidental e independiente de la voluntad del **ASEGURADO**.
- Como consecuencia de la actividad económica desarrollada por **El ASEGURADO** o **TOMADOR** de la póliza.
- Se acredite una relación laboral del conductor, ayudante o auxiliar.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

2.7. Auxilio de responsabilidad civil contractual para la mercancía transportada.

Cuando exista una póliza de transportes que ampare la mercancía transportada por el vehículo asegurado y ésta haya sido afectada con ocasión de un evento cubierto, asumimos el valor del deducible a cargo de los generadores o propietarios de la mercancía por cualquiera de los siguientes eventos:

I) Daño a la mercancía que se haya producido como consecuencia directa de un accidente de tránsito.
II) Hurto total de la mercancía siempre que exista desaparición del vehículo en el mismo evento.

Este auxilio está condicionado a que nuestro **ASEGURADO** no sea el propietario de la mercancía ni tenga la calidad de tomador y/o asegurado en la póliza de transportes.

El valor de la indemnización a cargo de la Aseguradora estará limitado al valor del deducible pactado en la póliza de transportes contratado para proteger la mercancía, el límite de esta cobertura está expresado como un valor único sin posibilidad de restablecimiento automático; y en todo caso no excederá el monto que para esta cobertura se señale en el numeral 4.

2.8. Gastos para proteger y trasladar el vehículo accidentado o recuperado.

Cubrimos los gastos en que incurra el **ASEGURADO** como consecuencia de un evento amparado por daños o hurto, hasta por un 20% del valor del siniestro, con el fin de:

- Proteger el vehículo en el sitio del accidente en caso que no se pueda movilizar.
- Trasladar el vehículo dentro del territorio nacional, con grúa u otro medio idóneo, hasta el taller más cercano; o hasta el sitio más cercano que le brinde la protección adecuada; o a un lugar diferente previa autorización de **LA ASEGURADORA**.

Aplica cuando no haya sido contratado, solicitado, prestado o autorizado el servicio de asistencia al vehículo, o cuando se haya alcanzado el límite máximo contratado por este servicio.

2.9. Amparo patrimonial.

- Cubrimos los siguientes sucesos para las coberturas de RCE, Daños y Hurto, siempre y cuando no medie dolo del conductor:

Dolo: Conducta deliberada y maliciosa de cometer un delito o una conducta prohibida por la ley.

Subrogación: Derecho que cede el asegurado a favor del asegurador para que éste adelante acción contra el tercero responsable del siniestro.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO DE COLOMBIA

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

- Cuando desatienda las señales o normas de tránsito.
- Cuando se encuentre bajo el efecto de bebidas embriagantes, drogas tóxicas, heroicas o alucinógenas.
- Si el conductor tiene vencida la licencia de conducción.

Este amparo no impide que **LA ASEGURADORA** ejerza el derecho de subrogación en contra del conductor del vehículo amparado, siempre y cuando el conductor no sea el mismo **ASEGURADO**, su cónyuge o sus parientes en línea directa o colateral hasta el segundo grado de consanguinidad, de afinidad, parentesco civil o un conductor autorizado por el **ASEGURADO**.

2.10. Amparo en los países de la comunidad andina.

Cubrimos los siniestros por las coberturas contratadas en la póliza cuando el vehículo asegurado, cumpliendo las normas internacionales circule por los países de la Comunidad Andina y tenga contratada la póliza Andina de Responsabilidad Civil Extracontractual; siempre y cuando:

- Tratándose de una Responsabilidad Civil Extracontractual la presente póliza opera en exceso de la cobertura contratada en la póliza Andina, hasta el límite asegurado.
- Las reclamaciones por estos eventos deben realizarse en Colombia ante **LA ASEGURADORA**, conforme a los procedimientos y leyes colombianas.
- Se deberá acreditar el límite máximo de cobertura otorgado por dichas pólizas, para que sea descontado como un deducible agregado de la liquidación total del siniestro y poder establecer así, el saldo no cubierto y que será de responsabilidad de **LA ASEGURADORA**.

3. QUÉ NO CUBRIMOS - EXCLUSIONES.

LA ASEGURADORA queda liberada de toda responsabilidad cuando se presente una o más de las siguientes causales:

3.1. Muerte o lesiones corporales a:

3.1.1. El cónyuge o compañero(a) permanente del **ASEGURADO**, conductor y sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, de afinidad y parentesco civil.

3.1.2. Ocupantes del vehículo amparado cuando el vehículo sea de servicio público o se encuentre alquilado o destinado para el transporte de pasajeros sin la autorización expresa de **LA ASEGURADORA.**

3.1.3. Personas que en el momento del accidente se encuentren reparando o atendiendo el mantenimiento del vehículo o actúen como ayudantes del conductor en las operaciones del vehículo amparado.

3.1.4. A personas ocasionadas por la carga transportada cuando el vehículo esté o no en movimiento.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

3.1.5. Muerte, lesiones o daños a bienes de terceros causados por el remolque cuando no se encuentre enganchado al remolcador asegurado.

3.2. La responsabilidad que se le genere al **ASEGURADO** por la conducción del vehículo por parte de personas no autorizadas por él.

3.3. Cuando el conductor del vehículo amparado no tenga su licencia de conducción expedida por la autoridad de tránsito al momento del siniestro, acorde con la categoría del vehículo amparado o se encuentre inhabilitado para conducir vehículos por decisión de la autoridad competente.

3.4. No se cubre la Responsabilidad Civil Extendida a otros vehículos así estos sean del mismos **TOMADOR** o **ASEGURADO**.

3.5. Pérdidas o daños causados:

3.5.1. A bienes de propiedad o tenencia del **ASEGURADO** o de su grupo familiar por consanguinidad, afinidad o parentesco civil hasta segundo grado o por unidad empresarial.

3.5.2. Al vehículo amparado, a bienes de terceros o lesiones o muerte a personas, causados por las cosas transportadas y los daños que generen dichas cosas cuando el vehículo no esté en movimiento.

3.5.3. Al vehículo amparado por ponerse en marcha después de sufrir un accidente.

3.5.4. Al vehículo amparado que no hayan sido derivados del siniestro.

3.5.6. Al vehículo amparado o por el vehículo amparado cuando se movilice en cualquier medio de transporte.

3.5.7. A puentes vehiculares, carreteras, caminos, viaductos túneles ocasionados por sobrepeso, altura o ancho del vehículo amparado o por la carga transportada.

3.5.8. A básculas por vibraciones que no sean originados en el desarrollo propio de la labor.

3.5.9. A personas o bienes de terceros o al vehículo por el transporte de materiales inflamables, explosivos o mercancías peligrosas a menos que sea avisado y avalado por la aseguradora y se cubrirá en exceso de las pólizas obligatorias para mercancías peligrosas

3.5.10. Instalaciones de los puertos marítimos y aeropuertos.

3.6. Daños al vehículo amparado causados por:

3.6.1. Vicio propio, variaciones naturales climatológicas y deterioros causados por el desgaste natural.

3.6.2. Daños eléctricos o mecánicos.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

3.6.3. Deficiencias de refrigeración, lubricación, reparación, servicio o mantenimiento, salvo que sean derivados de un siniestro.

3.6.4. Operar con un combustible inadecuado.

3.7. Cuando el vehículo amparado al momento del siniestro se encuentre:

3.7.1. En proceso de venta o transferencia de la propiedad, conste o no por escrito, e independientemente que haya sido inscrita o no ante la entidad que determine la ley.

3.7.2. Cuando el vehículo sea Arrendado o subarrendado, sin autorización expresa de la Aseguradora.

3.7.3. Halando a otro vehículo con o sin fuerza propia. Se exceptúan los remolques que se encuentren dotados de un sistema de frenos y luces, en cuyo caso los daños causados a terceros por dicho remolque cuando se encuentre acoplado al vehículo amparado quedan cubiertos, pero se excluyen los daños causados al remolque; daños causados por el remolque al vehículo amparado; y daños causados a la carga transportada.

3.7.4. Siendo usado como vehículo de enseñanza.

3.7.5. Participando en competencias automovilísticas.

3.7.6. Siendo usado en operaciones y hostilidades de guerra, declarada o no.

3.7.7. Con sobrecupo de pasajeros o con sobrecarga.

3.7.8. Siendo usado para un uso distinto al estipulado en el certificado de la póliza.

3.8. Cuando el vehículo:

3.8.1. Haya sido hurtado dentro o fuera del país antes de la suscripción de la póliza.

3.8.2. Sea ingresado ilegalmente, o se encuentre involucrado en algún tipo de operaciones ilícitas o violaciones legales.

3.8.3. No se encuentre registrado ante las autoridades de tránsito.

3.8.4. Se encuentre involucrado en delitos contenidos en el Código Penal Colombiano, en el Capítulo contra el Patrimonio Económico, diferentes al hurto contratado como cobertura dentro de esta póliza.

3.8.5. Sea usado para realizar actos de autoridad.

3.8.6. Se encuentre decomisado o aprehendido para dejarlo al cuidado de un secuestre.

3.8.7. Por razones de índole aduanera o cualquier otra causa de índole legal, o se encuentre

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

depositado por obligación financiera

3.8.8. Tenga un defecto de fabricación o diseño del vehículo o sus componentes

3.9. Actuar sin la autorización expresa de **LA ASEGURADORA** para:

3.9.1. Reconocer su propia responsabilidad en el siniestro

3.9.2. Celebrar arreglos, conciliaciones o transacciones judiciales o extrajudiciales con la víctima del daño y sus causahabientes.

Esta exclusión no será aplicable cuando el **ASEGURADO** o conductor autorizado actúe en aplicación de convenios de indemnización directa entre Compañías Aseguradoras a los cuales se haya adherido **LA ASEGURADORA**.

3.10. La muerte natural de los ocupantes del vehículo o de su conductor, salvo que se les haya otorgado el amparo de accidentes personales.

3.11. Hurto de las llantas, ejes, rines, carpa o la mercancía transportada

3.12. Exclusiones para el Auxilio de Responsabilidad Civil Contractual.

3.12.1. Cuando la póliza de transportes de mercancías mencionado en el numeral 2.7, haya objetado el reclamo.

3.12.2. Cuando la presente póliza haya objetado el reclamo bajo la cobertura de daño total o parcial o pérdida por hurto total o parcial.

3.13. Exclusiones para el Auxilio de Accidentes Personales.

3.13.1. Suicidio, tentativa de suicidio o lesión intencionalmente causada por o al **ASEGURADO**, conductor, ayudantes y/o acompañantes, ya sea en estado de cordura o demencia.

3.13.2. Homicidio o su tentativa, o las lesiones intencionalmente causadas por un tercero.

3.13.3. Accidentes ocurridos al **ASEGURADO** cuando se encuentre infringiendo la ley o se esté movilizando o conduciendo en medios diferentes a los mencionados en esta póliza.

3.13.4. Intoxicaciones, oclusiones intestinales, ruptura de aneurismas, excepto las que se presenten por lesión sufrida a consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza.

3.13.5. Cualquier clase de participación en el servicio militar o de policía.

3.13.6. Enfermedad mental o corporal o cualquier dolencia o defecto distintos a los contraídos por lesión corporal accidental.

3.13.7. Los accidentes sufridos por el **ASEGURADO** durante intervenciones quirúrgicas, o como

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

consecuencia de ellas o los causadas por tratamientos médicos o de diagnóstico salvo que obedezcan a la curación de lesiones producidas por un accidente amparado por la presente

3.13.8. Actos intencionales o ilegales del Asegurado o del conductor y/o ayudantes y/o acompañante del vehículo amparado.

3.13.9. Encontrarse el conductor y/o ayudantes y/o acompañante del vehículo amparado bajo la influencia de bebidas embriagantes, de drogas tóxicas o alucinógenas, siempre y cuando tal influencia tenga relación causal con el accidente.

3.13.10. Heridas o lesiones provenientes parcial o completamente de un estado patológico preexistente o una intervención quirúrgica que no es realizada como consecuencia de un accidente.

3.13.11. Actos de guerra interior o exterior, minas terrestres, disturbios, terrorismo, actos de piratería, secuestros aéreos, efectos directos o indirectos de la radioactividad.

3.13.12. Temblores de tierra, erupciones volcánicas, inundaciones, rayo, marejada, o cualquier otro fenómeno o convulsión de la naturaleza; salvo que con ocasión de alguno de los eventos acá descritos y estando efectuado la labor de conducción del vehículo el conductor, ayudante o auxiliar resulten muertos o heridos.

3.13.13. Por cualquiera de los eventos descritos, cuando el conductor, auxiliar o ayudante no cuente con vinculación laboral conforme a los requisitos de la ley.

3.14. Los daños, anomalías o defectos que presente el vehículo al momento de la inspección, de los cuales se haya dejado clara y expresa constancia en el informe de inspección o documento similar correspondiente.

3.15. Los daños o pérdidas totales o parciales que sufra el vehículo asegurado a consecuencia de huelga, asonada, amotinamiento, conmoción civil y popular, revueltas populares, cese de actividades, sabotaje, terrorismo y movimientos subersivos y al margen de la ley; siempre y cuando estos eventos y sus consecuencias estén cubiertos por las pólizas tomadas por el estado Colombiano (Ministerio de Hacienda, de Transporte, INVIAS u otra entidad estatal) con cualquier aseguradora.

3.16. Los daños o pérdidas totales o parciales que sufra el vehículo asegurado a consecuencia de eventos de la naturaleza, tales como incendio, explosión, huracán, granizada, inundación y terremoto cuando estos eventos estén cubiertos por la póliza que contrate el Gobierno Nacional.

3.17. La cobertura de gastos en la atención jurídica excluye los gastos derivados de procesos policivos o que sean consecuencia de competencia de las autoridades de tránsito por infracciones a la normatividad de tránsito vigente.

3.18. Multas, sanciones, gastos y costas impuestas al asegurado o pagadas por este, aunque estas hayan sido consecuencia de un hecho cubierto por la presente póliza.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

3.19. Daños y perjuicios ocasionados a terceros por el vehículo asegurado, mientras esta desaparecido por Hurto.

4. VALOR ASEGURADO / LÍMITES.

El valor asegurado se define de la siguiente forma:

4.1. Responsabilidad Civil Extracontractual.

Corresponde a los valores asegurados contratados y establecidos en el certificado de la póliza, los cuales puede expresarse de la siguiente forma, a solicitud del Tomador o **ASEGURADO**:

- Suma Global Única en pesos Colombianos que incluye daños a bienes de terceros, muerte o lesiones a una persona, o muerte o lesiones a dos o más personas.

- El valor máximo a indemnizar se expresará en SMMLV discriminado de la siguiente forma:

  - Daños a bienes de terceros
  - Muerte o lesiones a una persona
  - Muerte o lesiones a dos o más personas.

4.2. Para el vehículo amparado.

Corresponde al valor comercial al momento de emitir la póliza y registrado en el certificado del seguro; el Tomador o **ASEGURADO**, podrá solicitar en cualquier momento el ajuste de este valor durante la vigencia de la póliza, dando lugar al reajuste de la prima correspondiente, excepto cuando haya un siniestro en curso.

En caso de un siniestro de daño total o hurto total, el valor asegurado corresponderá al valor comercial del vehículo del día del siniestro, teniendo como límite máximo de indemnización el valor registrado en el certificado de la póliza. Para lo anterior se tendrán en cuenta también el Supraseguro o el Infraseguro.

4.3. Auxilio de inmovilización Diaria por daños o hurto.

La cobertura se establece con un número máximo de días y de SMLDV por día por evento. La fecha de inicio y terminación se calcula de acuerdo a la cobertura afectada así:

a) Parcial Daños o Hurto.

- **Fecha de inicio:**

Valor Comercial: Corresponde al valor de mercado del vehículo más los accesorios que hayan sido declarados en la póliza. Para tal fin, se tendrá como fuente de referencia la Guía Fasecolda o en su defecto un avalúo comercial efectuado por una entidad idónea.

FASECOLDA: Federación de Aseguradores colombianos.

Guía de Fasecolda: Guía de valores que contiene una referencia del valor comercial promedio de los vehículos.

Supraseguro: Es cuando el valor del vehículos es menor al valor asegurado.

Infraseguro: Situación que se presenta cuando el valor de la La suma asegurada, es menor al valor real del vehículo.

Salario Mínimo: Todo lo expresado en salarios mínimos legales mensuales o diarios vigentes, se tomará el valor de los mismos a la fecha de la ocurrencia del siniestro.

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

- **Reparación:** Es igual a la fecha de ingreso del vehículo amparado al taller autorizado por la Compañía de Seguros

- **Arreglo Directo**: Es igual a la fecha en la que se firma el acuerdo de la transacción entre el **TOMADOR** y/o **ASEGURADO** y la aseguradora

- **Fecha de Terminación:**

  - **Reparación:** Es igual a la fecha que registra en el documento de entrega a satisfacción del vehículo por parte del taller autorizado al propietario, sin exceder el período máximo de cobertura.

  - **Arreglo Directo:** Es igual a los días qué indique el baremo de reparación con el qué se estimó el arreglo directo.

b) Total Daños o Hurto:

- **Fecha de inicio:** Desde el perfeccionamiento de la reclamación y entrega definitiva a la **ASEGURADORA** de todos los documentos que acrediten la propiedad.

- **Fecha de terminación:** En el momento del pago de la indemnización por parte de La **ASEGURADORA** o desde la restitución del vehículo amparado.

4.4. Auxilio por inmovilización por Responsabilidad civil extracontractual.

La cobertura se establece con un número máximo de días y de SMLDV por día por evento. La fecha de inicio y terminación se calcula de la siguiente forma:

- **Fecha de inicio:** Desde el día del siniestro.

- **Fecha de Terminación:** Es igual a la fecha de emisión del acta de entrega provisional del vehículo por parte de la autoridad, sin exceder el período máximo de cobertura.

4.5. Obligaciones Financieras.

El valor máximo a indemnizar está limitado al número de cuotas que se causen a cargo del **ASEGURADO** y a favor del Beneficiario oneroso, con el cual el vehículo amparado tenga un crédito vigente del cual sea titular el **ASEGURADO** de la póliza; con un límite máximo de 3 cuotas.

Esta cobertura opera siempre y cuando el vehículo haya sufrido un siniestro qué le imposibilite desarrollar su actividad económica, así:

a) Parcial Daños o Hurto.

- **Fecha de inicio:**

  - **Reparación:** Es igual a la fecha de ingreso del vehículo amparado al taller autorizado por la Compañía de Seguros.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

- **Arreglo Directo:** Es igual a la fecha en la que se firma el acuerdo de la transacción entre el **TOMADOR** y/o **ASEGURADO** y la aseguradora.

- **Fecha de Terminación:**

  - **Reparación:** Es igual a la fecha que registra en el documento de entrega a satisfacción del vehículo por parte del taller autorizado al propietario, sin exceder el período máximo de cobertura.

  - **Arreglo Directo:** Es igual a los días qué indique el baremo de reparación con el qué se estimó el arreglo directo.

b) Total Daños o Hurto:

- **Fecha de inicio:** desde el perfeccionamiento de la reclamación y entrega definitiva a la **ASEGURADORA** de todos los documentos que acrediten la propiedad.

- **Fecha de terminación:** En el momento del pago de la indemnización por parte de La **ASEGURADORA** ó desde la restitución del vehículo amparado.

4.6. Auxilio por Brecha Patrimonial por Daño o Hurto Total.

Este Auxilio está limitado hasta el 20% del valor comercial del vehículo al momento del siniestro, sin qué la suma del valor indemnizado, incluido el auxilio, sobrepase el valor asegurado registrado en el certificado de Seguro de la póliza.

4.7. Auxilio por Brecha Patrimonial por AMIT y Terrorismo.

El valor máximo a indemnizar corresponderá a la diferencia entre el valor comercial al momento del siniestro y el valor que le haya sido indemnizado al **ASEGURADO** por las pólizas contratadas por el Estado colombiano, sin qué supere el valor asegurado registrado en certificado del seguro

4.8. Auxilio de Accidentes Personales.

El valor a indemnizar corresponderá a un máximo de 30 millones de pesos colombianos.

4.9. Auxilio de Responsabilidad Civil Contractual para la mercancía transportada.

El valor máximo a indemnizar está limitado al valor del deducible pactado bajo otro tipo de seguros que amparen la mercancía transportada, en los cuales el **ASEGURADO** no sea ni **TOMADOR** y/o **ASEGURADO**; sin exceder el valor de $25.000.000 de pesos por evento.

4.10. Gastos para proteger y trasladar el vehículo accidentado o recuperado.

El valor máximo a indemnizar está limitado hasta el 20% del valor del siniestro.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

5. REQUISITOS PARA RECLAMAR EL SEGURO.

5.1. Ser propietario del vehículo y que no se encuentre en ningún trámite de traspaso o venta.

5.2. El evento tenga su ocurrencia dentro del territorio de Colombia o la Comunidad Andina descrito en el numeral 2.10

5.3. El conductor tenga su licencia de conducción expedida al momento del siniestro por la autoridad de tránsito, acorde con la categoría del vehículo amparado y no se encuentre inhabilitado para conducir vehículos por decisión de la autoridad competente.

5.4. Estar al día en el pago de la prima del seguro.

Lo anterior, sin perjuicio de la libertad probatoria que tiene el **ASEGURADO** o **TOMADOR** al momento de la reclamación.

6. PAGO DE LA PRIMA.

La prima debe ser pagada a más tardar dentro del mes siguiente, contado a partir de la fecha de la entrega de la póliza o si fuere el caso, de los anexos que se expidan con fundamento en ella.

El no pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos producirá la terminación automática de la póliza y dará derecho a **LA ASEGURADORA** para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la celebración del contrato de seguro.

LA ASEGURADORA se obliga a informar al beneficiario oneroso acerca de la terminación automática del contrato por la mora en el pago de la prima, dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes al vencimiento del plazo señalado para el pago.

El pago extemporáneo de la prima no generará una reactivación de la póliza, en virtud de la terminación automática del seguro, por lo tanto, la obligación de **LA ASEGURADORA** será proceder con la devolución del dinero pagado tardíamente.

Prima: Es el precio pactado por el seguro contratado.

Prima Devengada: Es el costo que corresponde al periodo de seguro transcurrido, incluyendo los gastos de gestión de la aseguradora.

Beneficiario Oneroso: Es la persona natural o jurídica con la que el asegurado haya adquirido un compromiso económico, y el vehículo sea garantía de dicho compromiso.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

7. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO.

7.1. Conservación del estado del riesgo y notificación de cambios.

El Tomador o **ASEGURADO**, según el caso, están obligado a:

- Mantener el estado del riesgo del vehículo asegurado.

12/12/2024-1327-P-03-AU-0000000000139-D00I
12/12/2024-1327-NT-P-03-PESPRM2603012500

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

- Notificar si hay cambio de propietario del vehículo.
- Notificar por escrito a **LA ASEGURADORA** sobre cualquier cambio sobreviniente que signifiquen agravación del riesgo o que pueda afectar la seguridad del vehículo o de sus ocupantes.

La notificación debe ser realizada con un mínimo de 10 días hábiles a la fecha de la modificación del riesgo.

Notificada la modificación del riesgo, **LA ASEGURADORA** podrá revocar el contrato o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.

La falta de notificación oportuna produce la terminación del contrato, pero sólo la mala fe del **ASEGURADO** dará derecho a **LA ASEGURADORA** para retener la prima no devengada.

7.2. En caso de siniestro.

En caso de siniestro el **ASEGURADO** está obligado a:

- Avisar por cualquier medio a LA **ASEGURADORA** sobre cualquier accidente o pérdida y de cualquier demanda, procedimiento, diligencia, notificación o citación que puedan configurar una pérdida, dentro de los 3 días hábiles siguientes al día en que haya conocido o debido conocer de su ocurrencia o existencia.

- Asistir y actuar, con los debidos cuidados y diligencia, en los trámites contravencionales o judiciales a que haya lugar, en las fechas y horas indicadas en la respectiva citación o dentro de los términos oportunos, acompañado de un apoderado que adelante la defensa y presentando las excepciones y pruebas admisibles, de la misma manera en que lo haría de no existir este seguro.

- Realizar el traspaso de la propiedad del vehículo amparado a **LA ASEGURADORA** o la cancelación de la matrícula en caso de daño total o pérdida total por hurto, según corresponda.

- Presentar la cotización de repuestos y mano de obra de su taller de confianza (Legalmente Constituido) de los daños ocasionadas por el siniestro, aplica para Arreglos directos en coberturas de daños.

- Retirar el vehículo amparado del lugar donde se encuentre una vez finalice la respectiva reparación y se haya cancelado el valor del deducible si hay lugar a él, o cuando la reclamación haya sido objetada, o **LA ASEGURADORA** le solicite retirarlo por otras circunstancias, de lo contrario el **ASEGURADO** asumirá los costos de estacionamiento o bodegaje.

Deducible: es el monto o el porcentaje que se deduce de la indemnización y que, por lo tanto, siempre queda a cargo del **ASEGURADO.**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
DE COLOMBIA

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

- Pagar el deducible pactado según lo establecido en la carátula de la póliza aplicado a la cobertura afectada, sea o no responsable del siniestro, y por cada evento reclamado.

- En el evento de pérdida parcial por hurto, se aplicará el deducible pactado para la cobertura de pérdida parcial daños.

8. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

LA ASEGURADORA puede a su elección reparar o reponer los bienes dañados o perdidos, o pagarlos en efectivo. **LA ASEGURADORA** se reserva el derecho de efectuar por su cuenta dichas reparaciones y de elegir libremente el taller que deba efectuarlas.

Si alguna pieza, parte o accesorio que deba ser reemplazado, no se consiguen en el mercado local, **LA ASEGURADORA** cumplirá válidamente su obligación de indemnizar, reparando el vehículo con repuestos no originales o de otras calidades o de no ser posible, mediante arreglo transaccional.

El pago de la indemnización por daños o hurto parcial no reducirá la suma asegurada, la cual se considerará restablecida en forma automática para cada uno de los eventos ocurridos durante la vigencia de la póliza.

8.1. Pago de la indemnización en caso de beneficiario oneroso.

En el evento de una pérdida total, la indemnización se destinará, en primer lugar, a cubrir los créditos con garantía prendaria sobre el vehículo asegurado y el excedente, si lo hubiere, se pagará al **ASEGURADO.**

Evento: la pérdida o destrucción en un mismo momento de uno o varios de los accesorios.

8.2. Desintegración Física de una Pérdida Total por Daños.

Según las disposiciones del Ministerio de Transporte acerca de la desintegración física de un vehículo de servicio público de carga, el **ASEGURADO** no podrá determinar unilateralmente la cancelación de la matrícula por desintegración física total. Por lo anterior, esta decisión sera tomada entre el **ASEGURADO** y la **ASEGURADORA,** siempre y cuando el chasis sea técnicamente irreparable.

Estarán a cargo del **ASEGURADO** todos los gastos a que hubiere lugar para efectuar la correspondiente cancelación de matrícula del vehículo.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

12/12/2024-1327-P-03-AU-0000000000139-D00I
12/12/2024-1327-NT-P-03-PESPRM2603012500

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

9. DERECHOS SOBRE EL SALVAMENTO.

Cuando el **ASEGURADO** sea indemnizado, los bienes salvados o recuperados quedarán de propiedad de **LA ASEGURADORA**.

El ASEGURADO recibirá del producto de la venta del salvamento neto, un porcentaje igual al pagado como deducible, si la póliza lo tuviere

Salvamento: el vehículo o sus partes salvadas o recuperadas pasan a ser propiedad de La Aseguradora.

Salvamento Neto: el valor de la venta del salvamento menos los gastos realizados por **LA ASEGURADORA** para su recuperación, protección, mantenimiento, adaptación y comercialización

10. COBERTURA ININTERRUMPIDA.

Como un beneficio para el **ASEGURADO** y con el fin de garantizar la cobertura ininterrumpida de la póliza para la protección del vehículo, las partes acuerdan que ésta continuará vigente, salvo que se presente lo siguiente:

- Opere alguna causal de terminación.
- EL Tomador/**ASEGURADO** manifieste su voluntad de que el seguro no sea renovado para una nueva vigencia.
- **LA ASEGURADORA** manifieste, con diez días hábiles de anticipación a la fecha de vencimiento de la vigencia, su voluntad de no renovar el seguro.
- EL Tomador/**ASEGURADO** manifieste en cualquier momento, su intención de dar por terminada su vinculación a este seguro, caso en el cual **LA ASEGURADORA** efectuará la devolución de la prima por el tiempo no corrido de la vigencia.

La póliza será renovada teniendo en cuenta la opción contratada por el **ASEGURADO**, así como las condiciones, términos y costos que estén vigentes en el momento en que ésta se realice.

LA ASEGURADORA realizará el ajuste de las tarifas de la póliza en cada una de sus renovaciones, para lo cual remitirá al **ASEGURADO** el certificado de renovación que contenga la información correspondiente a las condiciones del seguro y al nuevo valor de prima para la anualidad.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

11. REVOCACIÓN DEL SEGURO.

El contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por:

- El **TOMADOR** mediante aviso escrito o por el mismo medio de suscripción de la póliza a **LA ASEGURADORA** con indicación de la fecha efectiva de su decisión.

Prima no devengada: Corresponde al periodo de seguro no transcurrido y el asegurado tiene derecho a recuperar cuando por algún motivo cancela su seguro antes de tiempo.

Beneficiario Oneroso: Es la persona o jurídica designada para recibir la indemnización con el fin de respaldar un crédito o una obligación. .

12/12/2024-1327-P-03-AU-0000000000139-D00I
12/12/2024-1327-NT-P-03-PESPRM2603012500

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

- Por **LA ASEGURADORA** mediante aviso escrito al **ASEGURADO**, con no menos de diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha de envío.

  En cualquiera de los dos eventos de revocación, **LA ASEGURADORA** procederá a la devolución de la prima no devengada al Tomador/**ASEGURADO**.

  En el evento que la póliza tenga designado beneficiario oneroso:

- **LA ASEGURADORA** podrá revocar unilateralmente la póliza, notificando su decisión al beneficiario oneroso y al **ASEGURADO** con no menos de 30 días comunes de antelación a la fecha efectiva de revocación de la póliza y de forma inmediata cuando se realice el movimiento.

- **LA ASEGURADORA** se obliga a informar al beneficiario oneroso de forma inmediata y con no menos de 30 días comunes de antelación a la fecha efectiva acerca de la terminación automática del contrato por la mora en el pago de la prima.

- **LA ASEGURADORA** se obliga a informar al beneficiario oneroso y **ASEGURADO** de forma inmediata una vez se realice alguna modificación a la póliza solicitada por el **ASEGURADO** o **TOMADOR** de la misma.

12. NOTIFICACIÓN.

Salvo el aviso de siniestro que puede efectuarse por cualquier medio y la revocación que puede realizarse por el mismo medio de suscripción, toda comunicación a que haya lugar entre las partes respecto de la ejecución de las condiciones estipuladas en el presente contrato se hará por escrito. Será prueba suficiente de la notificación la constancia del envío del aviso escrito por correo recomendado o certificado, dirigido a la última dirección conocida por las partes.

13. DOMICILIO.

Sin perjuicio de las disposiciones procesales para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio de las partes la ciudad de Bogotá D. C., Colombia.



(Firma representante Legal)
SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Página en blanco

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	79221415	ORLANDO BELLO CANGREJO	calle 21a # 3-08 barrio el sol	3012334497	orlandobello8430@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	SOACHA		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
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-03	E	02/04/2025	85162821	$1.763.600	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	57.000	0		0		0	0	0	0	57.000	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	57.000	0		0		0	0	0	0	57.000	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	57.000	0		0		0	0	0	0	57.000	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	57.000	0		0		0	0	0	0	57.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	683.400	0	0	0	0	0	0		683.400	3
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	396.400				396.400	0	0	396.400			3.964	396.400	4

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	228.000	0	0	228.000	4

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	4	228.000	228.000
Pensión	2	911.200	911.200
Riesgos Laborales	1	396.400	396.400
CCF	1	228.000	228.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	1.763.600	1.763.600

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
CC	79221415	ORLANDO BELLO CANGREJO		calle 21a # 3-08 barrio el sol	3012334497	orlandobello8430@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	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
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-03	E	02/04/2025	85162821	$1.763.600	

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	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	1032389101	PEDRAZA RODRIGUEZ ALEJANDRO	1	0			S																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF21	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
2	CC	79770624	PORTUGUEZ RAMIREZ GERARDO	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	CCF21	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
3	CC	80049877	HINCAPIE SABOGAL JOSE OSWALDO	1	0			S																	231001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF21	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
4	CC	80131284	RODRIGUEZ PEDRAZA ANGEL LEONEL	1	0			S																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS010	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF21	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

JOSE OSWALDO HINCAPIE SABOGAL

C.C. 80049877
TEL: 312 251 9765
CORREO Oswaldohincapie@hotmail.com
LICENCIA C2 LC 06002270844
CONDUCTOR DOBLE TROQUE
VOLQUETA Y CAMION



PERFIL

Persona con alta experiencia en el manejo de vehículos, en especial de carga pesada en el área de transporte, de excelentes relaciones interpersonales y habilidad para trabajar en equipo o individualmente. Enfocado al buen servicio al cliente; con alto grado de responsabilidad.

EDUCACIÓN

BACHILLER

EXPERIENCIA LABORAL

01-10-2021 A LA FECHA BOGOTA	**MANEJO VOLQUETA STS 852 DOBLE TROQUE** **TIEMPO 3 AÑOS** **JEFE ORLANDO BELLO** **CEL 3045790984**
01-07-2019 AL 05-09-2021 BOGOTA	**MANEJO VOLQUETA SDI 909 DOBLE TROQUE** **TIEMPO 2 AÑOS** **JEFE HECTOR TORRES** **CEL 3013141568**
20-02-2018 AL 30-06-2019 BOGOTA	**MANEJO VOLQUETA UPT 219 DOBLE TROQUE** **TIEMPO 16 MESES** **JEFE HUMBERTO DUEÑAS** **CEL 3102562847**
01-10-2015 AL 10-02-2018 BOGOTA	**MANEJO VOLQUETA USD 401** **TIEMPO 2 AÑOS Y 6 MESES** **JEFE RAFAEL GOMEZ** **CEL 3138326021**

REFERENCIAS

REFERENCIAS PERSONALES

NOMBRE: ORLANDO TORRES
CELULAR: 3209470799

REFERENCIAS FAMILIARES

NOMBRE: SANDRA MILENA HINCAPIE
CELULAR: 3219345236
CARGO: ANALISTA DE OPERACIONES DE REASEGUROS

Atentamente,

JOSE OSWALDO HINCAPIE
C.C. . 80049877 de Bogotá

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **80.049.877**

HINCAPIE SABOGAL

APELLIDOS

JOSE OSWALDO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-ABR-1980**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

23-ABR-1998 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00978147-M-0080049877-20180213 **00594**89524A 1 9903338949

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 12 de noviembre de 2024, a las 13:17:29, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	80049877
Código de Verificación	80049877241112131729

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

INSTITUTO PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
INGENIERÍA Y TRANSPORTE AMARILES S.A.S
NIT. 900724935-3
Resolución No. 823 del 23 de marzo de 2017

CERTIFICA QUE

JOSE OSWALDO HINCAPIE SABOGAL

Identificado con CEDULA DE CIUDADANIA **N° 80.049.877**

Participo en la Capacitación de

MANEJO DEFENSIVO

Resol. 001565 del 06/06/2014

Con una intensidad horaria de **20 horas**

MARIA ANGELICA AMARILES
Gerente general

JUAN DERMEYER MARTINEZ
Rector

Calle 9 sur N° 23A - 8 Villavicencio, Meta.
Cel: 3213892717 - 3212895054 Correo: amarilessas2021@gmail.com
Valida esta información con el código QR en nuestra página web: instamarilessas.com

FECHA DE EXPEDICIÓN:
2024-06-01

CERTIFICADO N°
29124

MINEDUCACIÓN PROSPERIDAD PARA TODOS SISCONMP MINTRANSPORTE

INSTITUTO PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
INGENIERIA Y TRANSPORTE AMARILES S.A.S
NIT. 900724935-3

Resolución No. 823 del 23 de marzo de 2017



MANEJO DEFENSIVO

JOSE OSWALDO HINCAPIE SABOGAL

CC: 80.049.877

CATEGORIA: C2

RH: O+

CERTIFICADO NO 29124
Resol. 001565 del 06/06/2014

FECHA EXPEDICIÓN
2024-06-01

FECHA VENCIMIENTO
2025-06-01

MEDIPRO IPS
SALUD OCUPACIONAL

INFORME DE EVALUACION MÉDICO OCUPACIONAL
TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS

N2023/392
NIT. 830.592.359-3



FECHA: 04/06/2024
Pre – ocupacional o Ingreso [X] **Pos – ocupacional Egreso** [ ] **Periódico** [ ]
Nombre: JOSE OSWALDO HINCAPIE SABOGAL
Peso: 70 KG
Empresa: BELLO CANGREJO ORLANDO 79221415-9
Identificación: 80.049.877
Edad: 44 AÑOS
Género: M
EPS: FAMISANAR
Cargo: CONDUCTOR

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS

*OPTOMETRIA [X]	*GLICEMIA [X]	*RADIOGRAFÍA [ ]
*AUDIOMETRIA [X]	*COLESTEROL [X]	*ELECTROCARDIOGRAMA [X]
*ESPIROMETRIA [X]	*TRIGLICERIDOS [X]	*OTRO _____

*PRUEBA DE EQUILIBRIO ESTABLE [X] INESTABLE [ ]

*EVALUACION MÉDICA OCUPACIONAL [X]	*OSTEOMUSCULAR NORMAL [X]
*PSICOLOGICO NORMAL [X]	*PSICOSENSOMETRICO NORMAL [ ]

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

*APTO PARA EL CARGO [X]	*APTO PARA ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS [X]	*APTO CON RESTRICCIONES [ ]
*NO APTO [ ]		

*OBSERVACIONES _____

EXAMEN PERIODICO

*PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR SI [ ] NO [ ] *REUBICACION LABORAL [ ]

*OBSERVACIONES _____

EXAMEN DE EGRESO

*SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL SI [ ] NO [ ] CUAL

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

CONTROL MEDICO RUTINA EPS/CONTROL ADECUADO DE PESO
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR
NO PRESENTA PATOLOGÍAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19 SEGÚN CIRCULAR 030 DE 08 DE MAYO 2020

Responsable: Dra. Karen Liseft Ibañez Hernández
Medico esp. En salud ocupacional
RM: 1144147508
Universidad libre de Cali
Licencia salud ocupacional
1436-19
Cali

FIRMA DEL ESPECIALISTA

FIRMA DEL PACIENTE

MEDIPRO IPS
SALUD OCUPACIONAL

Registro/Orden: 300/107
Paciente: JOSE OSWALDO HINCAPIE SABOGAL
Empresa: BELLO CANGREJO ORLANDO 79221415-9

Fecha: 06/06/2024
Identificación: 80.049.877 **Edad:** 44 años
Cargo: CONDUCTOR



EXAMEN PSICOSENSOMÉTRICO

Paciente consiente en tiempo y espacio, inquietud motora, atención, intrusivo, sigue indicaciones. Adecuada presentación personal. En el plano intelectual dentro de Parámetros normales.

Según resultados de pruebas aplicadas (Test de personalidad valoración estandarizada BF5): adherencia a la relación familiar filial actual, afecto adecuado, alteración de la actividad y la atención. No alteración sensoperceptiva, no alteración del juicio de realidad.

No presenta trastornos circulatorios, vértigo acufenos, ni trastornos de tipo neurológico. Persona activa, carismática, enfrenta correctamente riesgos, con un gran equilibrio emocional por lo que es apto para trabajar en espacios físicos y destrezas de conducción.

PSICODIAGNOSTICO: Paciente que asiste a sesión de psicométrica presenta Comportamiento mental sano, neurosis normal, contratación excelente, buena Coordinación bimanual conducta y moderación adecuada.

Rocio Álvarez Romero
Psicólogo
RN 13909

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JOSE OSWALDO HINCAPIE SABOGAL identificado(a) con CC 80049877 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	05/03/2024
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PLAZA DE LAS AMERICAS
Categoría:	A

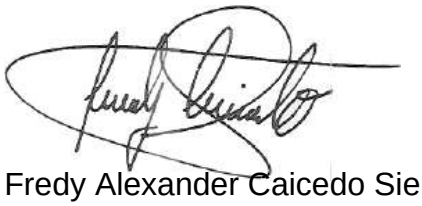
La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 12 días del mes noviembre del 2024 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

Medellín, 12 de noviembre de 2024

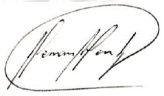
CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que JOSE OSWALDO HINCAPIE SABOGAL identificado(a) con C80049877 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C800498772431748071

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección IP 10.205.28.19

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) JOSE OSWALDO HINCAPIE SABOGAL identificado(a) con C.C No. 80.049.877, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 12 de noviembre del 2024.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.



Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 257829977

PIB
13:11:11

Bogotá DC, 12 de noviembre del 2024

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JOSE OSWALDO HINCAPIE SABOGAL identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 80049877:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx



CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 01:14:27 PM horas del 12/11/2024, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **80049877**
Apellidos y Nombres: **HINCAPIE SABOGAL JOSE OSWALDO**

ACTUALMENTE NO ES REQUERIDO POR AUTORIDAD JUDICIAL ALGUNA

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República | Ministerio de Defensa Nacional | Portal Único de Contratación | GOV.CO

Todos los derechos reservados.

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JOSE OSWALDO HINCAPIE SABOGAL identificado(a) con CC 80049877 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	05/03/2024
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PLAZA DE LAS AMERICAS
Categoría:	A

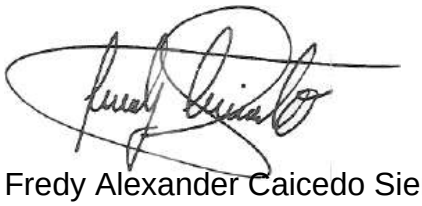
La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 12 días del mes noviembre del 2024 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

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	79221415	ORLANDO BELLO CANGREJO	CR 7 19 96	7291400	orlandobello8430@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	SOACHA		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
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-10	E	07/11/2024	81189582	$1.610.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	52.000	0		0		0	0	0	0	52.000	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	52.000	0		0		0	0	0	0	52.000	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	52.000	0		0		0	0	0	0	52.000	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	52.000	0		0		0	0	0	0	52.000	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	624.000	0	0	0	0	0	0		624.000	3
231001	Colfondos	800227940-6	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	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	362.000				362.000	0	0	362.000			3.620	362.000	4

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	208.000	0	0	208.000	4

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	4	208.000	208.000
Pensión	2	832.000	832.000
Riesgos Laborales	1	362.000	362.000
CCF	1	208.000	208.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	1.610.000	1.610.000

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79221415	ORLANDO BELLO CANGREJO		CR 7 19 96	7291400	orlandobello8430@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	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
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-10	E	07/11/2024	81189582	$1.610.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1032389101	PEDRAZA RODRIGUEZ ALEJANDRO	1	0			S																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS037	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	5	90.500	CCF21	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
2	CC	79770624	PORTUGUEZ RAMIREZ GERARDO	1	0			S																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	5	90.500	CCF21	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
3	CC	80049877	HINCAPIE SABOGAL JOSE OSWALDO	1	0			S																	231001	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS017	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	5	90.500	CCF21	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
4	CC	80131284	RODRIGUEZ PEDRAZA ANGEL LEONEL	1	0			S																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS010	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	5	90.500	CCF21	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
LICENCIA DE CONDUCCIÓN
No. 80049877
NOMBRE
JOSE OSWALDO HINCAPIE SABOGAL
FECHA DE NACIMIENTO
11-04-1980
RH
O+
FECHA DE EXPEDICION
16-09-2024
RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR
B1
ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR
SECRETARIA DISTRITAL DE MOVILIDAD DE BOGOTA



CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
B2	AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS	16-09-2034	PARTICULAR
C2	AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMION, BUSETA Y BUS	16-09-2027	PUBLICO

ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL
LC03007900664

ESQUEMA ANTIRRABICO

N° DOSIS	N° DIA	FECHA	FIRMA
1ª	0		
2ª	3		
3ª	7		
4ª	14		
5ª	28		
1ª	0		
2ª	7		
3ª	28		
Refuerzo	1 año		
Refuerzo	3 años		

OTRAS	
	1ª Dosis
	2ª Dosis
	3ª Dosis
Gammaglobulina	
Suero Antiofídico	
Suero Antirrábico	

Anotaciones especiales

Cruz Roja Colombiana

Seccional Cundinamarca y Bogotá D.C.

S.A.M.U.

Teléfono: 428 1111 Ext. 101 y 142 Bogotá

www.cruzrojacundinamarca.org.co

N° 485589

CARNET DE VACUNACION NACIONAL

NOMBRE Jose Osvaldo Hincapie S.

FECHA DE NACIMIENTO 11-Abr-1980 SEXO M

DOCUMENTO 80.049.877

SV004

Powered by CamScanner

VACUNAS		FECHA	FIRMA
POLIO	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
	Refuerzo		
TÉTANOS (D.P.T.)	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
	Refuerzo		
(BCG)	Tuberculosis		
TRIPLEVIRAL	Paperas		
	Rubeola		
	Sarampión		
	Refuerzo		
HAEMO-PHILUS INFLUENZA	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
ANTI HEPATITIS B	1ª Dosis	14 NOV 2024	
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		

VACUNAS		FECHA	FIRMA
HEPATITIS A	1ª Dosis	14 NOV 2024	
	2ª Dosis		
	Refuerzo		
TETANO	1ª Dosis	14 NOV 2024	
	2ª Dosis		
	Refuerzo		
FIEBRE AMARILLA (Valida por 10 años)		14 NOV 2024	
FIEBRE TIFOIDEA			
DIFTERIA	1ª Dosis		
TOSFERINA	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ªDosis		
NEUMO NEUMOCOCO	1ª Dosis		
	Refuerzo		
POLISACÁRIDO CONJUGADO	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
Varicela	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
Influenza (Gripe)	1ª Dosis	14 NOV 2024	
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		

Powered by CamScanner



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10033042378

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
STS852	INTERNATIONAL	7600 SBA 6X4	2015

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
10,831	BLANCO	PÚBLICO

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
VOLQUETA	PLATON	DIESEL	16500

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
35323012	N	3HTWYAHT0FN517955

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
-	N	3HTWYAHT0FN517955	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
BELLO CANGREJO ORLANDO	C.C. 79221415



RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE
******

POTENCIA HP
350

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN	VE	FECHA IMPORT.	PUERTAS
192014000051110	I	17/05/2014	2

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
******

FECHA MATRÍCULA	FECHA EXP. LIC TTO.	FECHA VENCIMIENTO
12/06/2014	23/10/2024	******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

TRÁNSITO DPTAL DEL ATLÁNTICO/BARANOA

LT07002858077

seguros mundial®
tu compañía siempre

SOLUCIONES DE MOVILIDAD



PÓLIZA DE SEGURO PARA VEHÍCULOS PESADOS DE CARGA

Versión Clausulado Número
30/08/2024-1317-P-03-PPSUS10R00000025-D00I

Código Anexo de Asistencia
30-08-2024-1317-A-03-ASSUS10R00000027-D00I

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
NIT 860.037.013-6
Dirección General Calle 33N.6B - 24 Pisos 1,2 y 3
Teléfono: (601) 285 56 00

No. Póliza	BCH 2000458903	No. de Certificado		No. Riesgo	1		
Tipo de documento	NEGOCIO NUEVO	Fecha de expedición	2024–11–06	Suc. expedidora	CEN BOGOTA – CHICO		
Vigencia desde	00:00 Horas del D 01 / M 11 / A 2024	Vigencia hasta	00:00 Horas del D 01 / M 11 / A 2025	Días	365		
Vigencia del certificado desde	00:00 Horas del D 01 / M 11 / A 2024	Vigencia del certificado hasta	00:00 Horas del D 01 / M 11 / A 2025				

Tomador	ORLANDO BELLO CANGREJO	Nº. Doc. identidad	79221415		
Dirección	CRRA 7 19 96	Ciudad	SOACHA CUNDINAMA	Teléfono	3045790984
Asegurado	ORLANDO BELLO CANGREJO	Nº. Doc. identidad	79221415		
Dirección	CRRA 7 19 96	Ciudad	SOACHA CUNDINAMA	Teléfono	3045790984
Beneficiario	ORLANDO BELLO CANGREJO	CC/NIT	79221415		
Beneficiario		CC/NIT			

RIESGO ASEGURADO

Cod. Fasecolda	03626091	Modelo	2015	Servicio	PUBLICO	Color	BLANCO
Placa	STS852	Marca y clase	INTERNATIONAL VOLQUETA			Tipo de vehículo	VOLQUETA
Tonelaje/Cilindraje/Pasajeros	16500	No. Motor	35323012			No. Chasis / Serie	3HTWYAHT0FN517955
Dpto/Municipio	BOGOTA DISTRI	Valor comercial	$271,400,000.00	Valor accesorios	$0.00	Valor comercial total	$271,400,000.00

CONDICIONES DE COBERTURA

Cobertura	Límite asegurado (Pesos Colombianos)	Deducibles %	Deducibles S.M.M.L.V / Pesos COP
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRA	$3,000,000,000.00	Sin Deducible	2.0 SMMLV
PÉRDIDA TOTAL HURTO	$271,400,000.00	Sin Deducible	Sin Deducible
PÉRDIDA TOTAL DAÑOS	$271,400,000.00	Sin Deducible	Sin Deducible
PÉRDIDA PARCIAL HURTO	$271,400,000.00	10.0%	4.0 SMMLV
PÉRDIDA PARCIAL DAÑOS	$271,400,000.00	10.0%	4.0 SMMLV
TERREMOTO, TEMBLOR Y/O ERUPCIÓN V	$271,400,000.00	10.0%	4.0 SMMLV
ACTOS MAL INTENCIONADOS DE TERCER	INCLUIDO	10.0%	Sin Deducible
AMPARO PATRIMONIAL	INCLUIDO	Sin Deducible	Sin Deducible
ASISTENCIA JURIDICA EN PROCESO PE	INCLUIDO	Sin Deducible	Sin Deducible
ASISTENCIA JURIDICA EN PROCESO CI	INCLUIDO	Sin Deducible	Sin Deducible
AUXILIO POR MUERTE ACCIDENTAL DEL	$40,000,000.00	Sin Deducible	Sin Deducible
ASISTENCIA EN VIAJE	INCLUIDO	Sin Deducible	Sin Deducible
AUXILIO DE PARALIZACIÓN DEL VEHÍC	$4,000,000.00	10 días	10 días

Convenio de pago	Mensual	Fecha límite de pago	2024–12–06		
PRIMA BRUTA	$ 8,919,860.00	DESCUENTOS	$ 0.00	PRIMA NETA	$ 8,919,860.00
GASTOS EXP.	$ 25,000.00	IVA	$ 1,699,523.00	TOTAL A PAGAR	$ 10,644,383.00

Intermediarios	% Participación	Coaseguradores	Tipo	% Participación
ZAMUDIO ASESORES PRO	100.0			

OBSERVACIONES

En caso de haber contratado servicio de asistencia puede solicitarlo comunicándose a Línea Nal. 018000111935 Opc 1 asistencias – Opc 1, en Bogotá al (601)3274712–13 o al #935

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

Es obligación del cliente, suministrar información veraz y verificable para el adecuado proceso de conocimiento del cliente realizado por la aseguradora, al igual que en los procesos de actualización de información periódicos establecidos de acuerdo a su perfil de riesgo, en cumplimiento a lo establecido en el Capítulo IV, Título IV, Parte I de la Circular Externa 029 de 2014, Básica Jurídica.

DE ACUERDO CON EL ARTICULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.

Autorizo a **Seguros Mundial** para almacenar, recolectar y gestionar mis datos personales para el suministro de información y educación financiera, ofrecimiento comercial, así como los servicios inherentes a la actividad aseguradora, realización de encuestas de satisfacción de clientes y fines estadísticos. Declaro haber sido informado sobre el tratamiento que recibirán los datos personales incorporados en el presente contrato de seguros, así como los derechos que se asisten como titular de los mismos.

Para mayor información sobre la política de tratamiento de datos ingrese a **www.segurosmundial.com.co/legal/**. En caso que no desee otorgar esta autorización, favor comunicarse a las líneas de atención al cliente que aparecen en la póliza o ingrese a nuestra página web **http://www.segurosmundial.com.co/servicio-al-cliente/** y diligencie el formulario o envíe un correo electrónico a **consumidorfinanciero@segurosmundial.com.co.**

Con la emisión de la póliza se entiende que se autoriza a **Seguros Mundial** para que realice gestión de cobranza en caso de que aplique, a través de los siguientes canales: **correo electrónico, llamada, SMS y WhatsApp.** No obstante, en cualquier momento podrá solicitar la exclusión de alguno estos canales por medio de: **Página web:** www.segurosmundial.com.co, **Correo electrónico:** mundial@segurosmundial.com.co, **Líneas de atención:** Bogotá (+601) 327 4712 - (+601) 327 4713, Nacional 01 8000 111 935.

Conozca las **condiciones generales de la póliza** y el anexo de asistencia en **https://www.segurosmundial.com.co/soluciones-personales/soluciones-de-movilidad/**

Firma Autorizada
Compañía Mundial de Seguros S.A.
Angela Munar
Vicepresidente de Producto
CC 52.646.070

Tomador

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

seguros mundial®
tu compañía siempre

SOLUCIONES DE MOVILIDAD



PÓLIZA DE SEGURO PARA VEHÍCULOS PESADOS DE CARGA

Versión Clausulado Número
30–08–2024–1317–P–03–PPSUS10R00000025–D00I

Código Anexo de Asistencia
30–08–2024–1317–A–03–ASSUS10R00000027–D00I

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
NIT 860.037.013-6
Dirección General Calle 33N.6B - 24 Pisos 1,2 y 3
Teléfono: (601) 285 56 00

No. Póliza	BCH 2000458903	No. de Certificado		No. Riesgo	1
Tipo de documento	NEGOCIO NUEVO	Fecha de expedición	2024–11–06	Suc. expedidora	CEN BOGOTA – CHICO
Vigencia desde	00:00 Horas del D 01/ M 11 / A 2024	Vigencia hasta	00:00 Horas del D 01/ M 11 / A 2025	Días	365
Vigencia del certificado desde	00:00 Horas del D 01/ M 11 / A 2024	Vigencia del certificado hasta	00:00 Horas del D 01/ M 11 / A 2025		

CONDICIONES PARTICULARES

AUXILIO POR PARALIZACIÓN DEL VEHÍCULO: SIEMPRE QUE SE CUMPLAN LAS CONDICIONES DESCRITAS EN EL CONDICIONADO GENERAL DE LA PÓLIZA, SE RECONOCERÁ UN MONTO DIARIO DE 12 SMDLV, A PARTIR DEL DÍA 11 CALENDARIO DESPUÉS DE FORMALIZADA LA RECLAMACIÓN (INGRESO AL TALLER) Y HASTA EL DÍA DE PAGO DE ESTA, SIN SUPERAR UN MONTO DE $4.000.000 POR VIGENCIA.

Firma Autorizada
Compañía Mundial de Seguros S.A.
Angela Munar
Vicepresidente de Producto
CC 52.646.070

Tomador

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

LÍNEAS DE ATENCIÓN AL CLIENTE

BOGOTÁ: (601) 327 4712 / 327 4713 - NACIONAL: 01 8000 111 935

/SEGUROS MUNDIAL

satrack | Guía tu camino

Satrack
COLOMBIA
Fecha: 13 de noviembre de 2024
CI/CC 79221415

Señores
ORLANDO BELLO CANGREJO

CALLE 22 N 1A 37 SOACHA
BOGOTA, BOGOTÁ, D.C.

Asunto: Certificado de Prestación del Servicio Satrack

Certificamos que **ORLANDO BELLO CANGREJO** Identificado(a) con **CI/CC** 79221415 tiene activo el servicio de plataforma Servisat, que permite a través de nuestro software ubicar de manera georreferenciada el (los) vehículo (s) que se detalla (n) a continuación:

Placa	Fecha	Plan	Unidad	Serial
STS852	12/03/2024	Monitoreo Estándar	TELTONIKA-FMC920	TK1137144858

Este certificado se expide por petición del cliente y con vigencia hasta el último día del mes en curso.

Cordialmente

Leyton Castro Posada
Director Atención Clientes

Secretaría Distrital de Ambiente

VENTANILLA VIRTUAL

Actividad	Ingreso de Datos de Obras Públicas y Privadas
Número de radicación	2024ER60498
Fecha inicio	2024-05-27 16:43:22
Fecha fin	2024-05-27 16:51:18
Trámite	Seguimiento y Control a Obras Públicas y Privadas

PIN 25714

Placa: STS 852

SOAT

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

SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

FECHA DE EXPEDICIÓN AÑO	MES	DÍA	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL AÑO	MES	DÍA	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL AÑO	MES	DÍA
2024	02	26	2024	02	28	2025	02	27

No. DE PÓLIZA.	PLACA No.	CLASE DE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
1070104455004	STS852	VOLQUETA	PÚBLICO	10831	2015

PASAJEROS	MARCA	LÍNEA VEHÍCULO	CARROCERÍA
2	INTERNATIONAL	7600 SBA 6X4	13 - PLATON

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
35323012	3HTWYAHT0FN517955	3HTWYAHT0FN517955	16.5

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
VALORES Y CONTRATOS S.A.	3008955913	NT	800182330	BARRANQUILLA

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
45268	9310	45268	1070104455004	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.**



VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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."

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. 173460896

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CDA LA 13 SAS

NIT: 901417787

No. de Certificado de Acreditación: 21-CDA-026

Fecha de expedición: 2024/05/26

Fecha de vencimiento: 2025/05/26

DATOS VEHÍCULO

PLACA: STS852

CLASE: VOLQUETA

MARCA: INTERNATIONAL

MODELO: 2015

SERVICIO: Público

COMBUSTIBLE: DIESEL

CILINDRAJE: 10831

NRO. MOTOR: 35323012

NRO. CHASIS: 3HTWYAHT0FN517955

VIN: 3HTWYAHT0FN517955

LÍNEA: 7600 SBA 6X4

COLOR: BLANCO

NOMBRE PROPIETARIO: VALORES Y CONTRATOS S.A.

FIRMA DEL RESPONSABLE

GERARDO MIGUEL VERGARA HERNANDEZ

	HOJA DE VIDA DE VOLQUETA ORLANDO BELLO CANGREJO NIT.79221415-9	Código	-	
		Fecha de emisión	12/11/2024	
		Versión	1	
		Copia	SI	NO

FECHA	12-11-2024
DATOS DEL VEHICULO	***REGISTRO FOTOGRAFICO***
TIPO	VOLQUETA DOBLETROQUE
PLACA	STS 852
ORGANIZACIÓN DE TRANSITO	SOACHA
MODELO	2015
MARCA	INTERNATIONAL
LINEA	7600 SBA 6X4
COLOR	BLANCO
No MOTOR	35323012
No CHASIS	3HTWYAHTOFN517955
TIPO DE CARROCERIA	PLATON
CAPACIDAD	16500KG/PSJ
PIN AMBIENTAL	25714
TAG DE PROPIEDAD	79221415
PROPIETARIO	ORLANDO BELLO CANGREJO
No CEDULA	79-221-415
CONDUCTOR	JOSE OSWALDO HINCAPIE SABOGAL
No CEDULA	80-049-877
VIGENCIA DE LICENCIA	16-01-2027
AÑOS DE EXPERIENCIA	15 AÑOS
TELEFON	3122519765







Comentado [U1]:

Comentado [U2R1]:

Comentado [U3R1]:

 Este documento pertenece a Orlando bello cangrejo Se prohíbe su reproducción total o parcial en cualquier medio, sin previa autorización escrita por parte del área técnica y administrativa de la empresa.

	HOJA DE VIDA DE VOLQUETA ORLANDO BELLO CANGREJO NIT.79221415-9	Código	-	
		Fecha de emisión	12/11/2024	
		Versión	1	
		Copia	SI	NO



MOTOR

- Cummins ISM 385 EURO 4 SCR.
  Potencia: 375HP@1900 rpm
  Torque: 1346 lb-ft@1200 rpm
  Freno Motor JACOBS
  Fandrive de 2 velocidades.
- Motor vocacional con excepcional rendimiento en bajas y altas revoluciones.
- **Opcional:** Motor Cummins ISM 385 EURO 5 SCR.

NAVITRANS Cummins FULL SERVICE DEALER

TRANSMISIÓN

- Fuller FRO-14210C manual de 10 velocidades.
- **Opcional:**
  Eaton Fuller ultra shift FO-16E308LL-VCS automatizada de 10 velocidades.
  Allison 4500 RDS automática 5ta generación de 5 velocidades.

EJE DELANTERO

- Meritor MFS-18-133A Cap. 18.000 lb.
- **Opcional:** Meritor MFS-20-133A Cap. 20.000 lb.

SUSPENSIÓN DELANTERA

- Resortes multihojas con amortiguadores.
- Resortes parabólicos con amortiguadores.

EJE TRASERO

- Meritor RT-46-164P con bloqueo en el diferencial Cap. 48.500 lb.
- **Opcional:**
  Meritor RT-52-185P con bloqueo en el diferencial Cap. 52.000 lb.

SUSPENSIÓN TRASERA

- Hendrickson RT-463 Cap. 48.500 lb.
  Para versiones ULTIMAAX: Hendrickson UMX-485-54 Cap. 48.500 lb.
- **Opcional:**
  Hendrickson RT-523 Cap. 52.000 lb.
  Hendrickson UMX-520-54 Cap. 52.000 lb.

*Viga igualadora de 52.000 lb., barra de torsión con bujes encapsulados en todas las referencias.

SISTEMAS DE FRENOS

- Sistema de frenos, ABS 100% aire con control de tracción (ATC).
- Secador de aire Bendix AD-9.

TANQUE DE COMBUSTIBLE Y DEF

- 1 de 70 galones de aluminio con separador de agua / combustible.
- Tanque DEF 7 galones.

RINES Y LLANTAS

- RINES EN ACERO: 22.5" x 9"/ 22.5 x 8.25"
- RINES EN ALUMINIO: 22.5" x 9" / 22.5" x 9" para versión FULL.
- LLANTAS: 315/80R22.5 - 12R22.5
  Opcional:
  RINES EN ACERO: 22.5" x 13" / 22.5 x 8.25".
  RINES EN ALUMINIO: 22.5 x 13" / 22.5 x 9"
  LLANTAS: 425/65R22.5 - 12R22.5

CHASIS

- Chasis canal en "C" en acero termotratado de alta resistencia, con refuerzo longitudinal en "C", de 120.000 psi.

SISTEMA ELÉCTRICO

- Sistema multiplexado 12 - Volt, 3 baterías libre mantenimiento.
- Alternador Delco Remy 36SI 12V/165A
- Motor de arranque Delco Remy 39MT.

VOLCO

- Volco Joper Hardox 14 m3
- Volco Imhasa Hardox 14 m3
  Opcional: 21 m3 y 23 m3 según aplicación.

VERISONES

- Volqueta 7600 6x4 STD
- Volqueta 7600 6x4 STD ULTIMAAX
- Volqueta 7600 6x4 FULL
- Volqueta 7600 6x4 FULL ULTIMAAX
- Volqueta 7600 6x4 Carbonera

OTROS

	STD	FULL
Aire Acondicionado	•	•
Bomper brillante.		•
Interior Premium. *Modelo 2020 en adelante.	•	•
Espejos motorizados acabado brillante con led.		•
Espejos sobre el capó.*Modelo 2020 en adelante.	•	•
Columna de dirección abatible y/o telescópica.	•	•
Visera brillante.		•
Radio.		•
Tablero ergonómico.		•
Exploradoras.		•

COLOMBIA.

*Lo opcional es bajo pedido.

Este documento pertenece a Orlando bello cangrejo Se prohíbe su reproducción total o parcial en cualquier medio, sin previa autorización escrita por parte del área técnica y administrativa de la empresa.

	HOJA DE VIDA DE VOLQUETA ORLANDO BELLO CANGREJO NIT.79221415-9	Código	-	
		Fecha de emisión	12/11/2024	
		Versión	1	
		Copia	SI	NO

CHECK LIST DE CONTROL PARA EN VEHICULO				
ITEM	**SI**	**NO**	**VIGENCIA**	**OBSERVACIONES**
KILOMETRAJE ACTUAL	✓	-	-	292240 KM
SOAT	✓		27/02/25	-
REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE GASES	✓	-	26/05/25	-
PÓLIZA DE SEGURO TODO RIESGO	✓	-	01/11/25	-
INSPECCIÓN DIARIA	✓		Diaria	-
COMPARENDOS	-	✓	-	-
INCIDENTES	-	✓	-	-
ACCIDENTES	-	✓	-	-
SISTEMA DE SEGURIDAD ACTIVA (Frenos, dirección, iluminación, estado de llantas, etc.)	✓	-	(Inspección diaria)	-
SISTEMA DE SEGURIDAD PASIVA (Cinturones, airbag, chasis, ventanas, carrocería, etc.)	✓	-	(Inspección diaria)	-
MANTENIMIENTO PREVENTIVO	✓	-	-	Último mantenimiento: km 276.903 16/03/2024
MANTENIMIENTO CORRECTIVO	✓	-	-	
OTROS	-	-	-	-

PLAN DE MANTENIMIENTO VEHICULO SOS 615

Este documento pertenece a Orlando bello cangrejo Se prohíbe su reproducción total o parcial en cualquier medio, sin previa autorización escrita por parte del área técnica y administrativa de la empresa.

	HOJA DE VIDA DE VOLQUETA ORLANDO BELLO CANGREJO NIT.79221415-9	Código	-	
		Fecha de emisión	12/11/2024	
		Versión	1	
		Copia	SI	NO



DIARIO	SEMANAL
Revisar niveles de aceite y fluidos	Revisar y ajustar frenos
Inspeccionar neumáticos y presión	Revisar sistema de suspensión
Revisar frenos y sistema de dirección	Revisar sistema de transmisión
Limpiar y lubricar componentes	Revisar sistema eléctrico

MENSUAL	TRIMESTRAL
Reemplazar filtros de aceite y combustible	Revisar y reemplazar correas y mangueras
Revisar y reemplazar discos de freno	Revisar sistema de escape
Revisar y reemplazar pastillas de freno	Revisar sistema de dirección
Revisar sistema de refrigeración	Revisar sistema de suspensión

SEMESTRAL	ANUAL
Revisar y reemplazar neumáticos	Realizar una revisión general del vehículo
Revisar sistema de transmisión	Revisar y reemplazar componentes desgastados
Revisar sistema eléctrico	Realizar pruebas de frenos y sistema de dirección

CALLE 21º # 3-08/ 3045790984/ orlandobello8430@gmail.com / Bogotá D.C – Colombia Este documento pertenece a Orlando bello cangrejo Se prohíbe su reproducción total o parcial en cualquier medio, sin previa autorización escrita por parte del área técnica y administrativa de la empresa.

	HOJA DE VIDA DE VOLQUETA ORLANDO BELLO CANGREJO NIT.79221415-9	Código	-	
		Fecha de emisión	12/11/2024	
		Versión	1	
		Copia	SI	NO

PIN AMBIENTAL	
VEHICULO	Volqueta Doble Troque
PLACA	STS 852
MARCA	INTERNACIONAL
MODELO	2015
No DE PIN	25714
FECHA DE REGISTRO	27/05/2024

CALLE 21º # 3-08/ 3045790984/ orlandobello8430@gmail.com / Bogotá D.C – Colombia Este documento pertenece a Orlando bello cangrejo Se prohíbe su reproducción total o parcial en cualquier medio, sin previa autorización escrita por parte del área técnica y administrativa de la empresa.

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	79221415	ORLANDO BELLO CANGREJO	calle 21a # 3-08 barrio el sol	3012334497	orlandobello8430@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	SOACHA		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
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-03	E	02/04/2025	85162821	$1.763.600	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	57.000	0		0		0	0	0	0	57.000	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	57.000	0		0		0	0	0	0	57.000	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	57.000	0		0		0	0	0	0	57.000	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	57.000	0		0		0	0	0	0	57.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	683.400	0	0	0	0	0	0		683.400	3
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	396.400				396.400	0	0	396.400			3.964	396.400	4

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	228.000	0	0	228.000	4

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	4	228.000	228.000
Pensión	2	911.200	911.200
Riesgos Laborales	1	396.400	396.400
CCF	1	228.000	228.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	1.763.600	1.763.600

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
CC	79221415	ORLANDO BELLO CANGREJO		calle 21a # 3-08 barrio el sol	3012334497	orlandobello8430@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	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
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-03	E	02/04/2025	85162821	$1.763.600	

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	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	1032389101	PEDRAZA RODRIGUEZ ALEJANDRO	1	0			S																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF21	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
2	CC	79770624	PORTUGUEZ RAMIREZ GERARDO	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	CCF21	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
3	CC	80049877	HINCAPIE SABOGAL JOSE OSWALDO	1	0			S																	231001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF21	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
4	CC	80131284	RODRIGUEZ PEDRAZA ANGEL LEONEL	1	0			S																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS010	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF21	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

SOAT

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

PREVISORA SEGUROS

FECHA DE EXPEDICIÓN (AÑO / MES / DÍA)	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL (AÑO / MES / DÍA)	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL (AÑO / MES / DÍA)
2025-03-03	2025-03-04	2026-03-03

No. DE PÓLIZA.	PLACA No.	CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
1508006113537000	STS852	CARGA O MIXTO	PUBLICO	10831	2015

PASAJEROS	MARCA	LÍNEA VEHICULO	CARROCERÍA
2	INTERNATIONAL	7600 SBA 6X4	PLATON

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
35323012	3HTWYAHT0FN517955	3HTWYAHT0FN517955	16.50

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
BELLO CANGREJO, ORLANDO	3012334497	CC	79221415	SOACHA

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
AT1324	15	13543	0	PEREIRA

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
330	$ 1061500	$ 551900	$ 2100

TOTAL A PAGAR

$ 1615500

FIRMA AUTORIZADA

AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRURGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS	263,13 [1] 701,68 [2]	UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT)
B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	8,77	
C. INCAPACIDAD PERMANENTE	HASTA 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).

RECUERDE QUE:

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

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

Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

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

En caso de accidente de tránsito:

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

Clausula de Coexistencia de Pólizas:

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

Habeas Data:

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SOAT

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

PREVISORA SEGUROS

FECHA DE EXPEDICIÓN (AÑO / MES / DÍA)	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL (AÑO / MES / DÍA)	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL (AÑO / MES / DÍA)
2025-03-03	2025-03-04	2026-03-03

No. DE PÓLIZA.	PLACA No.	CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
1508006113537000	STS852	CARGA O MIXTO	PUBLICO	10831	2015

PASAJEROS	MARCA	LÍNEA VEHICULO	CARROCERÍA
2	INTERNATIONAL	7600 SBA 6X4	PLATON

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
35323012	3HTWYAHT0FN517955	3HTWYAHT0FN517955	16.50

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
BELLO CANGREJO, ORLANDO	3012334497	CC	79221415	SOACHA

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
AT1324	15	13543	0	PEREIRA

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
330	$ 1061500	$ 551900	$ 2100

TOTAL A PAGAR

$ 1615500

FIRMA AUTORIZADA

AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRURGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS	263,13 [1] 701,68 [2]	UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT)
B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	8,77	
C. INCAPACIDAD PERMANENTE	HASTA 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).

RECUERDE QUE:

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

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

Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

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

En caso de accidente de tránsito:

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

Clausula de Coexistencia de Pólizas:

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

Habeas Data:

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ANEXO 10

CRONOGRAMA DE INSPECCIONES

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	CRONOGRAMA DE INSPECCIONES SST 2025	
Contrato N° 1726– 2024		Anexo 14. Versión 0 Febrero-2025

CONTRATO DE OBRA	N° 1726 – 2024	RESIDENTE SST	ING. FABIO MERCK RAMIREZ POVEDA
OBJETO:	"EJECUTAR A PRECIOS UNITARIOS Y A MONTO AGOTABLE LA ACTUALIZACIÓN Y/O COMPLEMENTACIÓN Y/O AJUSTES A LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS, Y LAS OBRAS DE CONSTRUCCIÓN Y/O CONSERVACIÓN DEL ESPACIO PUBLICO DE LA LOCALIDAD DE CIUDAD BOLIVAR, PRIORIZADOS PARA LA VIGENCIA FISCAL 2024, DE CONFORMIDAD CON LOS PLIEGOS		

PLANEADO EJECUTADO

NOMBRE DE LA INSPECCIÓN	RESPONSABLE	AÑO 2025												PLANEADAS	EJECUTADAS	%
		FEB	MAR		ABR		MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC			
Inspección de extintores	BRIGADISTAS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2	20%
Inspección botiquín y equipos de emergencia	BRIGADISTAS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2	20%
Inspección de orden y aseo	RESIDENTE SST AUXILIAR SISOMA COPASST	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1	10%
Inspección de campamentos	RESIDENTE SST AUXILIAR SISOMA COPASST	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1	10%
Inspección de EPP	RESIDENTE SST AUXILIAR SISOMA COPASST	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1	10%
Inspecciones de vehiculos (Volqueta, vehiculo liviano)	RESIDENTE SST AUXILIAR SISOMA COPASST	1	1		1		1	1	1	1	1	1	1	1	10	0	0%
Inspección maquinaria pesada	RESIDENTE SST AUXILIAR SISOMA COPASST	1	1		1		1	1	1	1	1	1	1	1	10	0	0%
Inspección cortadora	RESIDENTE SST AUXILIAR SISOMA COPASST	1	1		1		1	1	1	1	1	1	1	1	10	0	0%
Inspección de pulidora	RESIDENTE SST AUXILIAR SISOMA COPASST	1	1		1		1	1	1	1	1	1	1	1	10	0	0%
Inspección herramientas mecanicas manuales	RESIDENTE SST AUXILIAR SISOMA COPASST	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1	10%

Firma:	Firma:	Firma:
Realizado por: **ING. FABIO MERCK RAMIREZ**	Revisado por:	Aprobado por: **ING.**
Cargo: Residente SST	Cargo: Director de obra	Cargo: Residente SST interventoria

ANEXO 11

PREOPERACIONALES

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	PRE OPERACIONAL MAQUINARIA MINICARGADOR	BOGOTÁ
Contrato de Obra No. 1726 de 2024		Anexo 14.11 Versión 0.0 Febrero-2025

EMPRESA:	CONSORCIO	NOMBRE DEL OPERADOR	ARLEY BUITRAGO CC	1.024.504.862	
MARCA MAQUINARIA	BOBCAT	SERIE	185.	MODELO	2015.
SEMANA DEL 28 AL 3 DEL MES 5 DEL AÑO 2025.		KM INICIAL		KM FINAL	

MARQUE CADA DIA SEGÚN CORRESPONDA: E: Excelente R: Regular M: Malo

N°	DESCRIPCIÓN	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO	OBSERVACIONES
	CABINA	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
1	Protección antivuelco	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
2	Asiento en buen estado	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
3	Cinturon de seguridad	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
4	Vidrio panoramico frontal	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
5	Limpiabrisas	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
6	Indicadores Hidraulicos (Refrigerante, aceite)	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
7	Alarma de retroceso	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
8	Exhosto	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
9	Espejos laterales	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
10	Espejo convexo	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
11	Escaleras y apoyos de acceso	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
12	Palancas y pedales	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
13	Bateria	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
	ESTADO MECANICO								
1	Sistema de enfriamiento (Aceite hidraulico, aceite de motor)	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
2	Filtro de combustible	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
3	Filtro de aceite	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
4	Filtro de Aire	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
5	Sistema de transmision	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
6	Tanque de combustible	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
7	Sistema eléctrico	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
8	Estado general balde-dientes-cuchillas	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
	ELEMENTOS DE EMERGENCIA								
1	Botiquin de primeros auxilios	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
2	Extintor	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
3	Chaleco reflectivo								
	LUCES		✓						
1	De trabajo delanteras	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
2	De trabajo traseras	✓	✓	✓	✓	✓	✓		

Powered by CamScanner

HISTORIAL DE MANTENIMIENTOS					
TIPO DE MANTENIMIENTO		FECHA	REALIZADO POR		DESCRIPCIÓN DEL MANTENIMIENTO
PREVENTIVO	CORRECTIVO		NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	
✓		3 ABR	ARLEY BUITRAGO	1024504862	CAMBIO ACEITE FILTROS.

FIRMA DEL OPERADOR

FIRMA DEL CONTRATISTA

Powered by CamScanner

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	PRE OPERACIONAL MAQUINARIA VIBROCOMPACTADOR	BOGOTÁ
Contrato de Obra No. 1726 de 2024		Anexo 14.11 Versión 8.0 Febrero-2025

EMPRESA:

NOMBRE DEL OPERADOR: CARLOS HERRERA CC: 3226 510

MARCA MAQUINARIA: VIBROCOMPACTADOR SERIE: INGERSOLL RAND MODELO:

SEMANA DEL 28 AL 3 DE MAYO DEL AÑO 2025

KM INICIAL: 2093 KM FINAL: 6857.2

MARQUE CADA DIA SEGÚN CORRESPONDA: E: Excelente R: Regular M: Malo

N°	DESCRIPCIÓN	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO	OBSERVACIONES
	CABINA	E							
1	Protección antivuelco	E	E	E		E	E		
2	Asiento en buen estado	E	E	E		E	E		
3	Cinturon de seguridad	N/A	E	N/A		N/A	N/A		
4	Vidrio panoramico frontal	N/A	N/A	N/A		N/A	N/A		
5	Limpiabrisas	N/A	N/A	N/A		N/A	N/A		
6	Indicadores Hidraulicos (Refrigerante, aceite)	E	E	E		E	E		
7	Alarma de retroceso	E	E	E		E	E		
8	Exhosto	E	E	E		E	E		
9	Espejos laterales	N/A	N/A	N/A		N/A	N/A		
10	Espejo convexo	E	E	E		E	E		
11	Escaleras y apoyos de acceso	E	E	E		E	E		
12	Palancas y pedales	E	E	E		E	E		
13	Sateria	E	E	E		E	E		
	ESTADO MECANICO								
1	Sistema de enfriamiento (Aceite hidraulico, aceite de motor)	E	E	E		E	E		
2	Filtro de combustible	E	E	E		E	E		
3	Filtro de aceite	E	E	E		E	E		
4	Filtro de aire	E	E	E		E	E		
5	Sistema de transmision	E	E	E		E	E		
6	Tanque de combustible	E	E	E		E	E		
7	Sistema eléctrico	E	E	E		E	E		
8	Chasis	E	E	E		E	E		
	ELEMENTOS DE EMERGENCIA								
1	Botiquin de primeros auxilios	E	E	E		E	E		
2	Extintor	E	E	E		E	E		
3	Chaleco reflectivo	E	E	E		E	E		
	LUCES								
1	De trabajo delanteras	E	E	E		E	E		
2	De trabajo traseras	E	E	E		E	E		

Powered by CamScanner

HISTORIAL DE MANTENIMIENTOS					
TIPO DE MANTENIMIENTO		FECHA	REALIZADO POR		DESCRIPCIÓN DEL MANTENIMIENTO
PREVENTIVO	CORRECTIVO		NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	
X		15/03/25	CARLOS HERRERA	3'226'510	CAMBIO ACEITE Y FILTROS

Carlos HERRERA

FIRMA DEL OPERADOR

FIRMA DEL CONTRATISTA

Powered by CamScanner

ANEXO 12

INSPECCIÓN ORDEN Y ASEO Y CAMPAMENTOS

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE Contrato de Obra No. 1726 de 2024	**INSPECCIÓN CAMPAMENTOS DE OBRA**	Anexo 14.15 Versión 0.0 Febrero-2025

Fecha: 30-04-2025 Lugar de trabajo: Santa Rosa

Responsable del área: Fabio Hercis Ramirez Cargo: Residente SST-TM

Responsable de la inspección : Fabio Hercis Ramirez Cargo: Residente SST-TM

ASPECTOS A CONSIDERAR	SI	NO	N/A
Se cuenta con camilla de emergencia (La camilla cuenta con reatas, se encuentra en óptimas condiciones de higiene).	✓		
Se cuenta con botiquín de primeros auxilios tipo A (Se encuentra en óptimas condiciones de higiene).	✓		
Se cuenta con extintor tipo multipropósito (Se encuentra cargado y vigente) FV: Agosto 2022	✓		
Se cuenta con unidad sanitaria operativa.	✓		
La unidad sanitaria se encuentra en óptimas condiciones de higiene.	✓		
Se cuenta con lavamanos operativo.	✓		
La unidad sanitaria cuenta con toallas de un solo uso, jabón de manos y papel higiénico.	✓		
El campamento cuenta con cartelera informativa (Politicas del SG-SST, integrantes de comités, telefonos de emergencia).	✓		
El campamento cuenta con un área para que los trabajadores se cambien de ropa y la guarden de una manera adecuada.	✓		
Son adecuadas las condiciones de orden y aseo del campamento de obra.	✓		
Los sumideros que se encuentran aledaños al campamento se encuentran protegidos.	✓		
El personal cuenta con la dotación en buen estado y limpia.	✓		
El personal conoce la ubicación del punto ecologico y lo usa de manera correcta.	✓		
Los materiales y herramientas se encuentran almacenadas de manera correcta.	✓		

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:
Se recomienda a los contratistas y personal en general hacer buen uso de las instalaciones del punto CREA, mantener la dotación, pertenencias en orden, antes de ingresar a la oficina hacer limpieza de las botas, hacer buen uso del baño.

Firma ejecutor



Powered by CamScanner

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE Contrato de Obra No. 1726 de 2024	INSPECCIÓN CAMPAMENTOS DE OBRA	BOGOTÁ Anexo 14.15 Versión 0.0 Febrero-2025

Fecha: 30-oct-2025 Lugar de trabajo: la coruña

Responsable del área: Fabio Hercik Ramirez Cargo: Residente SST-HM

Responsable de la inspección: Fabio Hercik Ramirez Cargo: Residente SST-HM

ASPECTOS A CONSIDERAR	SI	NO	N/A
Se cuenta con camilla de emergencia (La camilla cuenta con reatas, se encuentra en óptimas condiciones de higiene).	✓		
Se cuenta con botiquín de primeros auxilios tipo A (Se encuentra en óptimas condiciones de higiene).	✓		
Se cuenta con extintor tipo multipropósito (Se encuentra cargado y vigente) FV: Agosto 2022	✓		
Se cuenta con unidad sanitaria operativa.	✓		
La unidad sanitaria se encuentra en óptimas condiciones de higiene.	✓		
Se cuenta con lavamanos operativo.	✓		
La unidad sanitaria cuenta con toallas de un solo uso, jabón de manos y papel higiénico.	✓		
El campamento cuenta con cartelera informativa (Políticas del SG-SST, integrantes de comités, teléfonos de emergencia).	✓		
El campamento cuenta con un área para que los trabajadores se cambien de ropa y la guarden de una manera adecuada.	✓		
Son adecuadas las condiciones de orden y aseo del campamento de obra.	✓		
Los sumideros que se encuentran aledaños al campamento se encuentran protegidos.	✓		
El personal cuenta con la dotación en buen estado y limpia.	✓		
El personal conoce la ubicación del punto ecologico y lo usa de manera correcta.	✓		
Los materiales y herramientas se encuentran almacenadas de manera correcta.	✓		

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:
Se recomienda a los contratistas y personal en general hacer buen uso de las instalaciones del punto CREA, mantener la dotación, pertenencias en orden, antes de ingresar a la oficina hacer limpieza de las botas, hacer buen uso del baño.

Firma ejecutor 

Powered by CamScanner

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	INSPECCIÓN DE ORDEN Y ASEO	BOGOTÁ
Contrato de Obra No. 1726 de 2024		Anexo 14.3 Versión 0.0 Febrero-2025

Fecha:	30-04-2025	Lugar de trabajo:	punto crea
Responsable del área:	Fabio Herck Ramirez	Cargo:	Residente SST-HN
Responsable de la inspección :	Fabio Herck Ramirez	Cargo:	Residente SST-HN

ASPECTOS A CONSIDERAR	SI	NO	N/A
¿Están los pasillos, plataformas, escaleras, vías de evacuación, salidas de emergencia y corredores libres de obstáculos?	✓		
¿Están libres de obstáculos todos los equipos de respuesta a incendios y emergencias en general, tales como extintores, camillas, botiquines, pulsadores de alarmas?	✓		
¿ Se realiza mantenimiento al área de almacenamiento de residuos? (el área esta limpia, canecas en buen estado).	✓		
¿Se realiza la clasificación de residuos en los puntos ecológicos y canecas de las oficinas de acuerdo al código de colores estabecido?	✓		
¿El punto ecológico se encuentra identificado especificando el tipo de residuo que se debe depositar en cada caneca?	✓		
¿El personal cuenta con recipientes individuales para hidratación y hace uso deacuado de estos?		✓	
¿Están las estanterías, gabinetes, puertas y demás accesorios asegurados?	✓		
¿Están los pisos y pasillos libres de cables, mangueras, sogas, cuerdas o cualquier objeto que pueda causar tropezones y caídas, y que obstaculice el libre desplazamiento de las personas?	✓		
¿Se encuentra organizada la bodega de materiales, donde se evidencie que los materiales más pesados se almacenan a nivel del piso y los menos pesados en la parte superior?	✓		
¿Se almacenan productos quimicos en recipientes aprobados para tal fin y se mantienen áreas de almacenamiento aprobadas?		✓	
¿Es adecuada la señalización de las áreas de trabajo?	✓		
¿Se estimulan los procesos de reciclaje promovidos por el residente del SG-SST?	✓		
¿Se mantiene limpia y despejada las áreas perimetrales cercanas a la oficina ?	✓		
¿Se almacenan herramientas de forma organizada y en el lugar asignado?	✓		
¿Se mantiene en óptimas condiciones de higiene la nevera, cafetera y dispensador de agua?			✓
¿Se mantiene en óptimas condiciones de higiene los sanitarios?	✓		
¿ Se cuenta con con papel higienico, toallas de un solo uso, jabon de manos y/o desinfectante?	✓		
¿Se realiza mantenimiento periodico a los sanitarios?	✓		
¿Se encuentra limpia la oficina, información organizada en carpetas y en estanterias?	✓		
¿Es adecuada la presentación del personal, dotación limpia y en buen estado?	✓		

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

Firma ejecutor

Powered by CamScanner

ANEXO 13

INSPECCIÓN DE CAMILLA Y BOTIQUIN

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	INSPECCIÓN DE BOTIQUIN TIPO A	BOGOTÁ
Contrato de Obra No. 1726 de 2024		Anexo 14.2 Versión 0.0 Febrero-2025

FECHA	30 -abril-2025	CONTRATISTA	consorcio MAVINP del norte
TIPO	A	REFERENCIA	Fmte Madelena
NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN	fabio Herck Ramirez	CARGO	Residente SST-MP

MATERIAL	CANTIDAD	CANTIDAD EXISTENTE	FECHA VENCIMIENTO	B	M	OBSERVACIONES
MORRAL MEDIANO EN LONA	1	1	NA	✓		
GASAS DE 7.5 x 7.5 X 1 SOBRE ESTERILES	10	9	2026	✓		
ESPARADRAPO EN TELA ROLLO DE 4" x 5	1	1	2026	✓		
BAJA LENGUA	20	16	NA	✓		
GUANTES EN LATEX PARA EXAMEN	5	20	NA	✓		
VENDA ELASTICA DE 2" x 5 YARDAS	1	1	2026	✓		
VENDA ELASTICA DE 3" x 5 YARDAS	1	1	2026	✓		
VENDA ELASTICA DE 5" x 5 YARDAS	1	1	2026	✓		
VENDA ALGODÓN DE 3x 5 YARDAS	1	1	2026	✓		
VENDA ALGODÓN DE 6x 5 YARDAS	1	1	2026	✓		
VENDA ALGODÓN DE 3x 5 YARDAS	1	1	2026	✓		
YODOPOVIDONA X 120	1	1	2027	✓		
SOLUCION SALINA CLORURO DE 500 ML	2	2	2026	✓		
INMOVILIZADOR DE CUELLO	1					
TIJERAS PUNTA ROMA	1					
TERMOMETRO VIDRO DE MERCURIO	1	1	NA	✓		

Powered by CamScanner

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	INSPECCIÓN DE BOTIQUIN TIPO A	BOGOTÁ
Contrato de Obra No. 1726 de 2024		Anexo 14.2 Versión 0.0 Febrero-2025

FECHA	30-abril-2025	CONTRATISTA	consorcio MAVINP del norte
TIPO	A	REFERENCIA	Frente 10 carrera
NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN	Fabio Hercte Ramirez	CARGO	Residente SST-MA

MATERIAL	CANTIDAD	CANTIDAD EXISTENTE	FECHA VENCIMIENTO	B	M	OBSERVACIONES
MORRAL MEDIANO EN LONA	1	1	NA	x		
GASAS DE 7.5 x 7.5 X 1 SOBRE ESTERILES	10	9	2026	x		
ESPARADRAPO EN TELA ROLLO DE 4" x 5	1	1	2026	x		
BAJA LENGUA	20	10	NA	x		
GUANTES EN LATEX PARA EXAMEN	5	20	NA	x		
VENDA ELASTICA DE 2" x 5 YARDAS	1	1	2026	x		
VENDA ELASTICA DE 3" x 5 YARDAS	1	1	2026	x		
VENDA ELASTICA DE 5" x 5 YARDAS	1	1	2026	x		
VENDA ALGODÓN DE 3x 5 YARDAS	1	1	2026	x		
VENDA ALGODÓN DE 6x 5 YARDAS	1	1	2026	x		
VENDA ALGODÓN DE 3x 5 YARDAS	1	1	2026	x		
YODOPOVIDONA X 120	1	1	2027	x		
SOLUCION SALINA CLORURO DE 500 ML	2	2	2026	x		
INMOVILIZADOR DE CUELLO	1					
TIJERAS PUNTA ROMA	1					
TERMOMETRO VIDRO DE MERCURIO	1	NA	NA	x		

Powered by CamScanner

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	INSPECCIÓN DE BOTIQUIN TIPO A	BOGOTÁ
Contrato de Obra No. 1726 de 2024		Anexo 14.2 Versión 0.0 Febrero-2025

FECHA	30-abril-2025	**CONTRATISTA**	consorcio mavinp del norte
TIPO	A	**REFERENCIA**	Punto cred
NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN	fabio Herck Ramirez	**CARGO**	Residente SST-HA

MATERIAL	CANTIDAD	CANTIDAD EXISTENTE	FECHA VENCIMIENTO	B	M	OBSERVACIONES
MORRAL MEDIANO EN LONA	1	1	NA	✓		
GASAS DE 7.5 x 7.5 X 1 SOBRE ESTERILES	10	9	2026	x		
ESPARADRAPO EN TELA ROLLO DE 4" x 5	1	1	2026	x		
BAJA LENGUA	20	10	NA	✓		
GUANTES EN LATEX PARA EXAMEN	5	20	NA	x		
VENDA ELASTICA DE 2" x 5 YARDAS	1	1	2026	x		
VENDA ELASTICA DE 3" x 5 YARDAS	1	1	2026	✓		
VENDA ELASTICA DE 5" x 5 YARDAS	1	1	2026	✓		
VENDA ALGODÓN DE 3x 5 YARDAS	1	1	2026	✓		
VENDA ALGODÓN DE 6x 5 YARDAS	1	1	2026	✓		
VENDA ALGODÓN DE 3x 5 YARDAS	1	1	2026	✓		
YODOPOVIDONA X 120	1	1	2027	✓		
SOLUCION SALINA CLORURO DE 500 ML	2	2	2026	✓		
INMOVILIZADOR DE CUELLO	1				/	
TIJERAS PUNTA ROMA	1			/		
TERMOMETRO VIDRO DE MERCURIO	1	1	NA	✓		

Powered by CamScanner

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	INSPECCIÓN DE BOTIQUIN TIPO A	BOGOTÁ
Contrato de Obra No. 1726 de 2024		Anexo 14.2 Versión 0.0 Febrero-2025

FECHA	30 -abril 2025	CONTRATISTA	Consorcio MAVINP del norte
TIPO	A	REFERENCIA	Frente Santa Rosa
NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN	Fabio Hercli Romero	CARGO	Residente SST-HA

MATERIAL	CANTIDAD	CANTIDAD EXISTENTE	FECHA VENCIMIENTO	B	M	OBSERVACIONES
MORRAL MEDIANO EN LONA	1	1	NA	✓		
GASAS DE 7.5 x 7.5 X 1 SOBRE ESTERILES	10	9	2026	✓		
ESPARADRAPO EN TELA ROLLO DE 4" x 5	1	1	2026	✓		
BAJA LENGUA	20	10	NA	✓		
GUANTES EN LATEX PARA EXAMEN	5	20	NA	✓		
VENDA ELASTICA DE 2" x 5 YARDAS	1	1	2026	✓		
VENDA ELASTICA DE 3" x 5 YARDAS	1	1	2026	✓		
VENDA ELASTICA DE 5" x 5 YARDAS	1	1	2026	✓		
VENDA ALGODÓN DE 3x 5 YARDAS	1	1	2026	✓		
VENDA ALGODÓN DE 6x 5 YARDAS	1	1	2026	✓		
VENDA ALGODÓN DE 3x 5 YARDAS	1	1	2026	✓		
YODOPOVIDONA X 120	1	1	2027	✓		
SOLUCION SALINA CLORURO DE 500 ML	2	2	2026			
INMOVILIZADOR DE CUELLO	1					
TIJERAS PUNTA ROMA	1					
TERMOMETRO VIDRO DE MERCURIO	1	NA		✓		

Powered by CamScanner

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	FORMATO INSPECCIÓN DE CAMILLAS	Versión: 1 Fecha: febrero 2025 Página 1 de 1

Fecha de Inspección: 30 - abril - 2025	Hora: 10:00 am	Localidad:
Inspección realizada por: Fabio Herck Ramirez		

No	Ubicación de la Camilla	ESTADO DE LAS CAMILLA																						OBSERVACIONES
		¿Se encuentra visible?		¿Es de fácil acceso?		¿Hay elementos que la obstruyan?		¿Se encuentra señalizada?		¿El soporte se encuentra en buenas condiciones?		¿Cuenta con correas de seguridad?		¿Cuenta con sujetadores para agarre?		¿Cuenta con inmovilizador inferior?		¿Cuenta con inmovilizador superior?		¿Estado General?		
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	Bueno	Regular	
1	Punto creci	X		X			X	X		X		X		X		X		X		X		
2	frente Santa Rosa	X		X			X	X		X		X		X		X		X		X		
3	Frente Madelena	X		X			X	X		X		X		X		X		X		X		
4	Frente la corona	X		X			X	X		X		X		X		X		X		X		
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						

Firma responsable inspección

Firma del responsable de la unidad operativa

Powered by CamScanner

ANEXO 14

INSPECCIÓN DE EXTINTORES

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	FORMATO INSPECCION EXTINTORES	BOGOTÁ
Contrato de Obra No. 1726 de 2024		Anexo 14.1 Versión 0.0 Febrero-2024

FECHA	30 - abril - 2025	CONTRATISTA	consorcio mavinp del norte
NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN	Fabio Hercik Ramirez	CARGO	SST - HA

No	No. De EXTINTOR (SERIE O NUMERO DE INVENTARIO)	TIPO DE EXTINTOR	FECHA DE RECARGA	UBICACIÓN	PRESIÓN		SELLO GARANTIA		MANOMETRO		CILINDRO		MANIJA		MANGUERA		PINTURA		SEÑALIZACIÓN DEMARCACIÓN		OBSERVACIONES
					B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	
1	01	Multiproposito	03-2025	Punto Crea	X		X		X		X		X				X		X		
2	02	Multiproposito	03-2025	Frente Santa Rosa	X		X		X		X		X				X		X		
3	03	Multiproposito	03-2025	Frente Madelena	X		X		X		X		X				X		X		
4	04	Multiproposito	03-2025	Frente La corona	X		X		X		X		X				X		X		
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

Powered by CamScanner

ANEXO 15

INSPECCIÓN DE EPP´S

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	INSPECCION DE EPP (ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL)	BOGOTÁ
Contrato de Obra No. 1726 de 2024		Anexo 14.4 Versión 0.0 Febrero-2025

FECHA	30-04-2025	UBICACIÓN		N° CONTRATO	1726-2024

NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN: fabio Hercik Ramirez CARGO: Residente SST-MN

CRITERIOS DE INSPECCIÓN	BUEN ESTADO	B	MAL ESTADO	M	NO USA	NU	NO APLICA	NA

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR				Elementos de protección personal																		OBSERVACIONES
NOMBRE DEL TRABAJADOR	DOCUMENTO IDENTIDAD	CARGO	EMPRESA	Casco de seguridad	Gafas de seguridad (Oscuras o claras)	Tapabocas	Bota de seguridad	Bota caucho, punta de acero	Impermeable caucho	Guante carnaza	Guante vaqueta	Guante Nitrilo	Guante de caucho	Guante soldador	Protect Audi insercion	Protector auditivo copa	Careta de soldar	Mascarilla media Cara	Peto soldador	Mangas de carnaza	Otros	
ISMAEL URREGO URREGO	255850	BOAL	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	B	NA	B	B	NU	M			B	NU	B	B		NU	NU	NU			
LUIS ENRIQUE POVEDA RAMIREZ	80248393	BOAL	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	B	NA	B	B	NU	M			B	NU		B		NU	NU	NU			
DIEGO ARMANDO BENITEZ RAMIREZ	1007296627	BOAL	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	B	NA	B	B	NU	M			B	NU		B		NU	NU	NU			
NELSON ANDRES GODOY MURILLO	1007719116	BOAL	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	B	NA	B	B	NU	M			D	NU		B		NU	NU	NU			
OSCAR MORENO	80769846	AYUDANTE	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	B	NA	B	B	NU	M		B		NU		B		NU	NU	NU			
JAIME PRADO	334409	AYUDANTE	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	B	NA	B	B	NU	N		B		NU		B			NU	NU			
OSCAR FELIPE DE ARCO	7938156	AYUDANTE	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	B	NA	B	B	NU	M		B		NU		B		NU	NU	NU			
NEVER MANUEL VILLAS	78740540	OFICIAL	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	B	NA	B	B	NU	N		B	NU	NU		B			NU	NU			
RAFAEL PEÑALOZA	105182252	OFICIAL	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	B	NA	B	B	NU	N		B				B			NU	NU			
WILINTON GARCIA GARCIA	80245875	OFICIAL	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	B	NA	B	B	NU	N		B	NU	NU		B			NU	NU			
JESUS DAVID BERTEL DOMINGEZ	1102825699	AYUDANTE	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	B	NA	B	B	NU	M		B	NU			B			NU	NU			
ANGEL YAMILSON PEREA MOSQUERA	176383669	AYUDANTE	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	B	NA	B	B	NU	M		B		NU		B			NU	NU			
RICARDO ANTONIO HERRERA ARIAS	1128187283	AYUDANTE	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	B	NA	B	B	NU	M		B	NU	NU		B		NU	NU	NU			
FRANSISCO JAVIER VALENCIA VERA	96331241	AYUDANTE	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	B	NA	B	B	NU	N		B				B							
MAICOL STIVEN VILLARRAGA DIAZ	1023367437	OFICIAL	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	B	NA	B	B	NU	N		B				B							

Powered by CamScanner

ANEXO 16

PLAN DE TRABAJO SG-SST OBRA

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	PLAN DE TRABAJO DEL SG-SST CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	BOGOTÁ
Contrato de Obra No. 1726 de 2024		Anexo 9. Versión 0.0 Febrero-2025

OBJETIVO: Documentar, Implementar y mantener las actividades del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de acuerdo a lo establecido en el Decreto 1072 de 2015 y en los estandares mínimos del SG-SST de la resolucion 0312 del 2019 con el fin de garantizar la disminución de los accidentes de trabajo y enfermedades laborales durante las actividades desarrolladas en el contrato "EJECUTAR A PRECIOS UNITARIOS Y A MONTO AGOTABLE LA ACTUALIZACIÓN Y/O COMPLEMENTACIÓN Y/O AJUSTES A LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS, Y LAS OBRAS DE CONSTRUCCIÓN Y/O CONSERVACIÓN DEL ESPACIO PUBLICO DE LA LOCALIDAD DE CIUDAD BOLIVAR, PRIORIZADOS PARA LA VIGENCIA FISCAL 2024, DE CONFORMIDAD CON LOS PLIEGOS"

TEMA	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	AÑO 2025										RECURSOS				META	OBSERVACIONES
			FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	HUMANOS	FISICOS	TECNOLOGICOS	FINANCIEROS		
SEGURIDAD Y SALUD	Inducciones y reinducciones al personal	Residente SST Auxiliar SISOMA	P E	P E	P E	P	P	P	P	P	P	P	P	x x	x x	x x	x x	85%	
	Entrega de dotación y EPP	Residente SST Auxiliar SISOMA	P E	P E	P E	P	P	P	P	P	P	P	P	x x	x x	x x	x x	85%	
COPASST	Conformación del COPASST	Residente SST Auxiliar SISOMA	P E	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	x x	x x	x x	x x	85%	
	Reuniones mensuales del COPASST	Residente SST Auxiliar SISOMA	P E	P	P E	P	P	P	P	P	P	P	P	x x	x x	x x	x x	85%	
	Inspecciones del COPASST	Residente SST Auxiliar SISOMA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	x x	x x	x x	x x	85%	
COMITE DE CONVIVECIA	Conformación del COCOLA	Residente SST Auxiliar SISOMA	P E	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	x x	x x	x x	x x	85%	
	Reuniones trimestrales del COCOLA	Residente SST Auxiliar SISOMA	P E	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	x x	x x	x x	x x	85%	
	Capacitaciones al COCOLA	Residente SST Auxiliar SISOMA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	x x	x x	x x	x x	85%	
MEDICINA PREVENTIVA	Realización y/o verificacón examenes oupacionales de alturas de ingreso, periodicos y egreso	Residente SST Auxiliar SISOMA	P E	P E	P E	P	P	P	P	P	P	P	P	x x	x x	x x	x x	85%	
	Notificación de recomendaciones médicas Ocupacionales / Seguimiento recomendaciones derivadas de los examenes	Residente SST Auxiliar SISOMA	P E	P E	P E	P	P	P	P	P	P	P	P	x x	x x	x x	x x	85%	
	Registro de indicadores de ausentismo laboral	Residente SST Auxiliar SISOMA	P E	P E	P E	P	P	P	P	P	P	P	P	x x	x x	x x	x x	85%	
HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Actualización de la matriz de identificación de peligros y valoración de riesgos	Residente SST Auxiliar SISOMA	P E	P E	P	P	P	P	P	P	P	P	P	x x	x x	x x	x x	85%	
	Actividades de prevención de lesiones en manos	Residente SST Auxiliar SISOMA	P E	P E	P	P	P	P	P	P	P	P	P	x x	x x	x x	x x	85%	
	Ejecución de cronograma de inspecciones de seguridad.	Residente SST Auxiliar SISOMA	P	P E	P E	P	P	P	P	P	P	P	P	x x	x x	x x	x x	85%	
EMERGENCIAS	Inspección de equipos de emergencia	Residente SST Auxiliar SISOMA	P	P E	P E	P	P	P	P	P	P	P	P	x x	x x	x x	x x	85%	
	Realización de Simulacro Evacuación	Residente SST Auxiliar SISOMA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	x x	x x	x x	x x	85%	
	Analisis y evaluación del simulacro	Residente SST Auxiliar SISOMA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	x x	x x	x x	x x	85%	
TRABAJO EN ALTURAS Y EXCAVACIONES PROFUNDAS	Apertura y cierre de permisos de trabajo y AST para actividades en alturas y espacios confinados (Excavaciones mayores a 1.5 m de profundidad)	Residente SST Auxiliar SISOMA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	x x	x x	x x	x x	85%	
	Seguimiento al estandar de señalización de seguridad industrial y del PMT.	Residente SST Auxiliar SISOMA	P	P	P E	P	P	P	P	P	P	P	P	x x	x x	x x	x x	85%	
CAPACITACIÓN	Desarrollo de capacitaciones de acuerdo al cronograma.	Residente SST Auxiliar SISOMA	P E	P E	P E	P	P	P	P	P	P	P	P	x x	x x	x x	x x	85%	
PARTES INTERESADAS	Notificación de requisitos SST a contratistas y proveedores.	Residente SST Auxiliar SISOMA	P	P	P E	P	P	P	P	P	P	P	P	x x	x x	x x	x x	85%	
ACCIDENTALIDAD	Estadisticas de accidentalidad	Residente SST Auxiliar SISOMA	P	P E	P E	P	P	P	P	P	P	P	P	x x	x x	x x	x x	85%	
	Acciones correctivas y preventivas de acuerdo con las investigaciones de accidentes, inspecciones, revisiones gerenciales y/o visitas del cliente.	Residente SST Auxiliar SISOMA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	x x	x x	x x	x x	85%	
TOTAL ACTIVIDADES PROGRAMADAS DEL CRONOGRAMA			23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23						
TOTAL ACTIVIDADES EJECUTADAS DEL CRONOGRAMA			10	13	12	0	0	0	0	0	0	0	0						
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO MES A MES DEL CRONOGRAMA			43%	57%	52%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%						



Firma:		Firma:
Realizado por: ING. FABIO MERCK RAMIREZ POVEDA		Aprobado por: ING.
Cargo: Residente SST		Cargo: Residente SST interventoria

ANEXO 17

REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD

Contrato	**1726 de 2024**
Empresa	**CONSORCIO MAVINP DEL NORTE**
NIT	**901.903.126-3**
Representante legal	**PAOLO ANDRES BIANCHI GANEM**
Objeto	**"EJECUTAR A PRECIOS UNITARIOS Y A MONTO AGOTABLE LA ACTUALIZACIÓN Y/O COMPLEMENTACIÓN Y/O AJUSTES A LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS, Y LAS OBRAS DE CONSTRUCCIÓN Y/O CONSERVACIÓN DEL ESPACIO PUBLICO DE LA LOCALIDAD DE CIUDAD BOLIVAR, PRIORIZADOS PARA LA VIGENCIA FISCAL 2024, DE CONFORMIDAD CON LOS PLIEGOS"**
Dirección	**KR 15 #93A-84 OFI 307**
Teléfono	**3003500892**
Valor total del contrato	**$ 8.181.818.182**
Actividad Económica	Construcción de otras obras de ingeniería civil.
CODIGO DE ACTIVIDAD ECONOMICA	4290

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE, Prescribe el siguiente reglamento, contenido en los siguientes términos:

ARTÍCULO 1: El consorcio se compromete a dar cumplimiento a las disposiciones legales vigentes, tendientes a garantizar los mecanismos que aseguren una adecuada y oportuna prevención de los accidentes de trabajo y enfermedades laborales y de la promoción de la salud de los trabajadores.

ARTÍCULO 2: El consorcio se obliga a promover y garantizar la constitución y funcionamiento del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo, de conformidad con lo establecido por el Decreto 614 de 1984, Resolución 2013 de 1986, Resolución 1016 de1989, Decreto 1295 de 1994, Decreto 1771 de 1994, y demás normas que con tal fin se establezcan.

ARTÍCULO 3: El consorcio se compromete a designar los recursos necesarios para desarrollar actividades permanentes de Salud Ocupacional de conformidad con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, (Elaborado de acuerdo el Decreto 1443 de 2014 - hoy compilado en el Decreto 1072 de 2015 – Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo, en el Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6.).El cual consiste en el desarrollo de un proceso lógico y por etapas, basado en la mejora continua y que incluye la política, la organización, la planificación, la aplicación, la evaluación, la auditoría y las acciones de mejora con el objetivo de anticipar, reconocer, evaluar y controlar los riesgos que puedan afectar la seguridad y salud en el trabajo.

ARTÍCULO 4: Los riesgos existentes en El consorcio están constituidos principalmente por:

a) ÁREA ADMINISTRATIVA:

- **Biomecánico** (Postura prolongada, movimiento repetitivo).
- **Psicolaboral** (Condiciones de la tares, jornada de trabajo, gestión organizacional).
- **Físico** (Iluminación)**.**
- **Condiciones de seguridad** (Locativo, electico, accidentes de tránsito, público).

b) PLANTA O ÁREA OPERATIVA:

- **Condiciones de seguridad**: (Mecánico, Eléctrico, Locativo, Tecnológico, Accidentes de tránsito, Públicos, Espacios confinados).
- **Físico** (Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas, presión atmosférica, radiaciones ionizantes y no ionizantes).
- **Químico** (Polvos orgánicos e inorgánicos, fibras, líquidos, material particulado, gases y vapores).
- **Psicosocial** (Gestión organizacional, Características de la organización del trabajo, Características del grupo social de trabajo, Condiciones de la tarea, Interface persona – tarea, Jornada de trabajo).
- **Biomecánico**: (Postura, Esfuerzos, Movimiento repetitivo, Manipulación manual de cargas).
- **Fenómenos naturales**: Sismo, Terremoto, Vendaval, Inundación, Derrumbe, Precipitaciones).
- **Biológico** Virus, bacterias, hongos, picaduras, mordeduras, rickettsias, fluidos o excrementos.

PARAGRAFO: A efecto de que los riesgos contemplados en el presente Artículo, no se traduzcan en accidente de trabajo o enfermedad laboral, El consorcio ejercerá control en la fuente, en el medio o en el individuo, de conformidad con lo estipulado en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, el cual se dé a conocer a todos los trabajadores y partes interesadas.

ARTÍCULO 5: El consorcio y sus trabajadores darán estricto cumplimiento a las disposiciones legales, así como las normas técnicas e internas que se adopten para lograr la implementación de las actividades de Salud Ocupacional, que sean concordantes con el presente Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial y con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

ARTÍCULO 6: El empleador proporcionará a todo trabajador que ingrese por primera vez a El consorcio, independiente de su forma de contratación y vinculación y de manera previa al inicio de sus labores, una inducción en los aspectos generales y específicos de las actividades a realizar, que incluya entre otros, la identificación y el control de peligros y riesgos en su trabajo y la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales.

ARTÍCULO 7: Este reglamento permanecerá exhibido en, por lo menos dos lugares visibles de los locales de trabajo, cuyos contenidos se dan a conocer a todos los trabajadores y partes interesadas.

ARTÍCULO 8: El presente reglamento tendrá vigencia a partir de su publicación y durante el tiempo que El consorcio conserve sin cambios sustanciales las condiciones existentes en el momento de su emisión, tales como actividad económica, métodos de producción, instalaciones locativas o cuando se dicten disposiciones gubernamentales que modifiquen las normas del Reglamento o que limiten su vigencia.

_____

Firma Representante Legal

CLASIFICACIÓN DE PELIGROS – GTC 45

BIOLOGICO	FISICO	QUIMICO	PSICOSOCIAL	BIOMECANICOS	CONDICIONES DE SEGURIDAD	FENOMENOS NATURALES
Virus	Ruido (de impacto, intermitente, continuo)	Polvos organicos, inorganicos.	Gestión organizacional (estilo de mando, contratación, participación, inducción y capactación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios).	Postura (prolongada, mantenida, forzada, antigravitacional)	Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados, sólidos o fluidos)	Sismo
Bacterias	Iluminación (luz visible por exceso o deficiencia)	Fibras	Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas, cualitativas y cuantitativas de la labor).	Esfuerzos	Eléctrico (alta y baja tensión, estática)	Terremoto
Hongos	Vibración (cuerpo entero, segmentaria)	Líquidos (nieblas y rocios)	Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo).	Movimiento repetitivo	Locativo (sistemas y medios de almacenamiento), superficies de trabajo (irregulares, deslizantes, con diferencia de nivel), condiciones de orden y aseo, caídas de objetos).	Vendaval
Ricketsias	Temperaturas extremas (calor y frio)	Gases y vapores	Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc.)	Manipulación manual de cargas	Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio)	Inundación

Parásitos	Presión atmosférica (normal y ajustada)	Humos metálicos y no metálicos	Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización).		Accidentes de tránsito	Derrumbe
Picaduras	Radiaciones ionizantes (Rayos X, gama, beta y alfa)	material particulado	Jornada de trabajo, (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)		Públicos (robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público, etc)	Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas)
Mordeduras	Radiaciones no ionizantes (laser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas)				Trabajo en alturas	
Fluidos o excrementos					Espacios confinados	

ANEXO 18

MATRIZ DE PELIGRO

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS Y CONROL DE RIESGOS	Anexo 13.1 Versión 0.0 Febrero-2025
Contrato de Obra No. 1726 de 2024		
RESPONSABLE DE LA ACTUALIZACION:	ING. FABIO MERCK RAMIREZ POVEDA - RESIDENTE SST	
FECHA DE LA ACTUALIZACION DE LA MATRIZ:	27/10/2023	

PROCESO	ACTIVIDAD	TAREA	RUTINARIA	PELIGROS		EFECTOS POSIBLES	EXPUESTOS			CONTROLES EXISTENTES			EVALUACION DEL RIESGO							VALORACION DEL RIESGO	CRITERIOS PARA CONTROLES				
				DESCRIPCION	CLASIFICACION		PLANTA	MISIÓN	TOTAL	FUENTE	MEDIO	INDIVIDUO	Nivel de Deficiencia	Nivel de Exposición	Nivel de Probabilidad (NP=ND)	INTERPRETACIÓN DEL NIVEL DE PROBABILIDAD	Nivel de Consecuencia	Nivel de Riesgo (NR) e Intervención	INTERPRETACION DEL NIVEL DE RIESGO	ACEPTABILIDAD DEL RIESGO	ELIMINACIÓN	SUSTITUCIÓN	CONTROL DE INGENIERIA	CONTROLES ADMINISTRATIVAS, SEÑALIZACION, ADVERTENCIA	EQUIPOS/ ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
PROCESO ADMINISTRATIVO	ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS - LEVANTAMIENTO DE ACTAS DE VENCIDAD	ACTIVIDADES DOCUMENTALES Y DE INFORMES	NO	Gestión Organizacional	Psicosocial	Cambios sociológicos del comportamiento (agresividad, ansiedad) o trastornos físicos o psicosomáticos (fatiga, dolor de cabeza, hombros, cuello, espalda estrés, alteraciones nerviosas, reacciones agresivas)	2	0	2	Ninguno	Ninguno	- Charlas de seguridad - Realización encuesta riesgo psicosocial	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Entrega de manuales de funciones. * Implementar programa de estilos de vida saludables. * Implementar programa de pausas activas, * Publicar reglamento interno de trabajo. * Generar jornadas de recreación y deporte. * Aplicar bateria de riesgo psicosocial.	N/A
			NO	Movimientos repetitivos	Biomecánico	Desordenes de trauma acumulativo, lesiones del sistema músculo esquelético, fatiga, alteraciones del sistema vascular.	2	0	2	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	2	4	Bajo	25	100	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	* Adquisión de escritorios que permitan una adecuada ubicación de las muñecas para evitar lesiones en las mismas.	* Implementar programa de pausas activas y realizar seguimiento a su ejecución. * Realizar examenes médicos de ingreso y periódicos con enfasis osteomuscular. * Realizar capacitación de higiene postural y prevención de lesiones osteomusculares.	N/A
			NO	Posturas prolongadas	Biomecánico	Desordenes de trauma acumulativo, lesiones del sistema músculo esquelético, fatiga, alteraciones del sistema vascular.	10	0	10	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	2	2	Bajo	25	50	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	* Adquisición de sillas ergónimicas. * Adquisición de apoya pies y escritorios de acuerdo a las necesidades del trabajador.	* Realizar capacitación de higiene postural. * Establecer programa de pausas activas. * Desarrollar programa de estilos de vida saludable. * Implementar programa de prevención de lesiones osteomusculares. * Evaluación de puestos de trabajo.	N/A
			NO	Iluminación (Luz visible)	Físico	Deslumbramientos, cefalea, disminución de la destreza y precisión, deslumbramiento	10	0	13	* Control del brillo de las pantallas.	Ninguno	Ninguno	2	2	4	Bajo	25	100	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Examenes médicos ocupacionales (Ingreso, periódicos) que incluyan visiometría. * Realizar inspecciones de puesto de trabajo. * Se recomienda realizar mediciones de iluminacióndn puestos de trabajo.	
			NO	Condiciones de orden y aseo	Locativo	Golpes, heridas, contusiones, fracturas, esguinces, luxaciones o muerte.	10	0	10	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	1	2	Bajo	10	20	4	ACEPTABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Implementar jornadas de orden y aseo. * Realizar adecuación de punto ecológico, y programa de gestión de residuos. * No acumular objetos innecesarios en los puestos de trabajo. * Establecer cronograma de inspecciones (Orden y aseo)	Ninguno
			NO	Covid 19	Biológicos	Dolor de cabeza, fatiga, dolor de garganta, fiebre mayor a 38°c, dificultad respiratoria.	10	0	10	Vacuna	* Distanciamiento social mínimo de 1.5 metros * Espacios ventilados * Aseo de superficies	Inmunización del personal de acuerdo a plan de vacunación del gobierno nacional * Uso de tapabocas * Lavado de manos cada tres horas * Aislamiento preventivo en caso de síntomas	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	* Inmunización de la población.	Ninguno	Ninguno	* Implementación del protocolo de bioseguridad para la prevencióndnd el Covid - 19 (PAPSO) * Fomento de trabajo en casa para los cargos que lo permitan (Administrativos) * Realización de comités y reuniones de manYB:Y10era virtual haciendo uso de las diferentes plataformas tecnologicas. * Acatamiento de las disposiciones legales emitidas por el gobierno local y nacional.	Uso de protector respiratorio.
			NO	Sismos	Fenomenos Naturales	Golpes, heridas, contusiones, Fracturas, politraumatismos, muertes	10	0	10	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	1	2	Bajo	10	20	4	ACEPTABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Conformar y capacitar brigada de emergencias. * Establacer plan de atención de emergencias. * Instalar señalización de salidas de emergencias. * Se recomienda realizar simulacros de evacuación, primeros auxilios e incendios.	Ninguno
			NO	Publico	Condiciones de seguridad	Heridas, golpes, contusiones, fracturas, estrés, muerte.	10	0	10	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	2	4	Bajo	25	100	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Establecer personal especifico para la radicación de los formularios de afiliación. * Evitar vías que presenten aglomeraciones. * Evitar llevar objetos de valor. * Establecer vías de comunicación constante con la oficina.	N/A
			NO	Publico	Robos, atracos	Heridas, golpes, contusiones, fracturas, estrés, muerte.	10	0	10	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	2	4	Bajo	25	100	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Establecer personal especifico para la radicación de los formularios de afiliación. * Evitar vías que presenten aglomeraciones. * Evitar llevar objetos de valor. * Establecer vías de comunicación constante con la oficina.	N/A
			SI	Condiciones de la Tarea	Psicosocial	Estrés, fatiga, des confort, cefaleas.	4	0	4	Ninguno	Ninguno	* Charlas de seguridad * Realización encuesta riesgo psicosocial	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Charlas de auto cuidado. * Pausas activas * Entrega de elementos y herramientas adecuadas según activida registro formato de entrega. * Entrega de los roles y responsabilidades al trabajador que desempeñe una labor en la organización. * Campaña de trabajo en equipo. * Adecuación de buzón de quejas, reclamos y sugerencias. * Evaluación del estado del riesgo psicosocial en la labo	Ninguno
			SI	Exposición a radiaciones no ionizantes (Exposición rayos solares)	Físico	Fatiga, quemaduras solares, falta de concentración	4	0	4	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Identificación de epp * Capacitación uso y mantenimiento de epp * Campaña prevención de enfermedades asociadas a la exposición de los rayos solares.	* Casco de seguridad * Overol, chaqueta, otros * Gafas de seguridad negras
			SI	Público - Robos	Condiciones de seguridad	Heridas, golpes, contusiones, fracturas, estrés, muerte.	4	0	4	Ninguno	Ninguno	- Los trabajadores sociales deben realizar las actas de vecindad siempre acompañados, no hacer uso del celular ni llevar objetos de valor. - Mantener comunicación constante con la profesional social sobre el sitio donde se	2	2	4	Bajo	100	400	2	NO ACEPTABLE O ACEPTABLE CON CONTROL ESPECIFICO	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Solicitar acompañamiento de entidas de seguridad. * Verificar el estado de las vías, posibles retenes, etc. * Evitar tomar vías que presenten aglomeraciones * No llevar objetos ni prendas de valor.	N/A

		Socialización del proyecto a la comunidad en el area de influencia directa (entrega de volantes, elaboración de actas de vecindad, reuniones de inicio, finalización y extraordinarias)	SI	Covid 19	Biológicos	Dolor de cabeza, fatiga, dolor de garganta, fiebre mayor a 38°c, dificultad respiratoria.	4	0	4	Vacuna	* Distanciamiento social mínimo de 1.5 metros * Espacios ventilados * Aseo de superficies	Inmunización del personal de acuerdo a plan de vacunación del gobierno nacional * Uso de tapabocas * Lavado de manos cada tres horas * Aislamiento preventivo en caso de síntomas	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	* Inmunización de la población.	Ninguno	Ninguno	* Implementación del protocolo de bioseguridad para la prevenciónd el Covid - 19 (PAPSO) * Fomento de trabajo en casa para los cargos que lo permitan (Administrativos) * Realización de comités y reuniones de manYB:Y10era virtual haciendo uso de las diferentes plataformas tecnologicas. * Acatamiento de las disposiciones legales emitidas por el gobierno local y nacional.	Uso de protector respiratorio.
			SI	Condiciones de orden y aseo	Locativo	Golpes, traumas, fisuras	4	0	4	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	2	4	Bajo	25	100	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Establecer programa de control de riesgo locativo. * Realizar jornadas de orden y aseo. * Realizar la separación de residuos de acuerdo al código de colores vigente.	*Casco de seguridad * Botas de seguridad *Overol
			SI	Lluvias	Fenomenos Naturales	Inundaciones, shock por descargas atmósfericas, pérdidas de equipos, paradas de trabajo	4	0	4	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	2	4	Bajo	25	100	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Uso de ropa impermeable y abrigada. * Programación en espacios cubiertos; estructuras o campamentos. * Llevar elementos para la lluvia (paraguas, sombrillas, botas)	* Overol impermeable * Botas de seguridad de caucho
			SI	Características del grupo social de trabajo (Relaciones)	Psicosocial	Fatiga, estrés,disminución de la destreza y precisión. Estados de asiedad y/o depresión, trastornos digestivos.	4	0	4	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Establecer procedimiento de comunicación en todos los niveles de la organización y dirección. * Aplicar bateria de riesgo psicosocial y acatar recomendaciones para el desarrollo de mecanisocs de defensa al estrés. * Establecer programa de pausas activas. * Publicar reglamento interno de trabajo.	Ninguno
		Demolición mecánica de losas de contrato y andenes	NO	Material Particulado	Químico	N+G24:G25eumoconiosis, bisinosis, neumonitis, asma profesional, EPOC, cáncer y muerte	25	0	25		Ninguno	Ninguno	2	1	2	Bajo	25	50	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Cerramiento temporales con malla para evitar la dispersión de material particulado. * Programa de inspección de elementos de protección personal * Examenes médicos periodicos,	* Protector respiratorio para material particulado * Gafas de seguridad
			NO	Exposición a radiaciones no ionizantes (Exposición rayos solares)	Físico	Fatiga, quemaduras solares, falta de concentración	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Identificación de epp * Capacitación uso y mantenimiento de epp * Campaña prevención de enfermedades asociadas a la exposición de los rayos solares.	* Casco de seguridad * Overol, chaqueta, otros * Gafas de seguridad negras
			NO	Maquinaria y Herramientas	Mecánico	Golpes, contusiones, cortaduras, heridas.	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	2	4	Bajo	25	100	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Diseñar e implementar un programa de mantenimiento preventivo y correctivo dpara maquinas. * Realizar inspecciones de seguridad general y especificas a maquinas, equipos y herramientas. * Capacitar al personal sobre el riesgo	* Casco de seguridad, * Gafas de seguridad * Protector respiratorio
			NO	Condiciones de la tarea	Psicosocial	Estrés, fatiga, disconfort, cefaleas.	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Descansos en la jornada laboral	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Jornada de integración grupal * Analisis de puestos de trabajo. * Rotación de tareas * Distribucion de los tiempos de exposición a las condiciones ambientales. * Pausas activas fisicas y mentales.	Ninguno
			SI	Movimientos repetitivos	Biomecánico	Desordenes de trauma acumulativo, lesiones del sistema músculo esquelético, fatiga, alteraciones del sistema vascular.	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	2	4	Bajo	25	100	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Implementar programa de pausas activas y realizar seguimiento a su ejecución. * Realizar examenes médicos de ingreso y periódicos con enfasis osteomuscular. * Realizar capacitación de higiene postural y prevención de lesiones osteomusculares.	N/A
			NO	Posturas prolongadas y mantenidas (Sentado)	Biomecánico	Desórdenes musculo esqueléticos - fatiga - cervicalgia - dolor en miembros superiores - cefalea	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Descansos en la jornada laboral	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Programa prevención de lesiones osteomusculares. * Realizar pausas activas. * Seguimiento exámenes médicos ocupacionales énfasis osteomuscular	Ninguno
	Demolición y fundida	Excavación mécanica de la estructura existente	NO	Material Particulado	Químico	Neumoconiosis, bisinosis, neumonitis asma profesional, EPOC, cáncer y muerte	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	1	2	Bajo	25	50	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Cerramiento temporales con malla para evitar la dispersión de material particulado. * Programa de inspección de elementos de protección personal * Examenes médicos periodicos,	* Protector respiratorio para material particulado * Gafas de seguridad
			NO	Exposición a radiaciones no ionizantes (Exposición rayos solares)	Físico	Fatiga, quemaduras solares, falta de concentración	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Identificación de epp * Capacitación uso y mantenimiento de epp * Campaña prevención de enfermedades asociadas a la exposición de los rayos solares.	* Casco de seguridad * Overol, chaqueta, otros * Gafas de seguridad negras
			NO	Maquinaria y Herramientas	Mecánico	Golpes, contusiones, cortaduras, heridas.	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	2	4	Bajo	25	100	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Diseñar e implementar un programa de mantenimiento preventivo y correctivo dpara maquinas. * Capacitar al personal en el manejo adecuado de maquinaria. * Realizar inspecciones de seguridad general y especificas a maquinas, equipos y herramientas. * Capacitar al personal sobre el riesgo	* Casco de seguridad, * Gafas de seguridad * Protector respiratorio
			NO	Condiciones de la tarea	Psicosocial	Estrés, fatiga, disconfort, cefaleas.	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Descansos en la jornada laboral	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Jornada de integración grupal * Analisis de puestos de trabajo. * Rotación de tareas * Distribucion de los tiempos de exposición a las condiciones ambientales. * Pausas activas fisicas y mentales.	Ninguno
			NO	Movimientos repetitivos	Biomecánico	Desordenes de trauma acumulativo, lesiones del sistema músculo esquelético, fatiga, alteraciones del sistema vascular.	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	2	4	Bajo	25	100	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Implementar programa de pausas activas y realizar seguimiento a su ejecución. * Realizar examenes médicos de ingreso y periódicos con enfasis osteomuscular. * Realizar capacitación de higiene postural y prevención de lesiones osteomusculares.	N/A

PROCESO CONSTRUCTIVO			NO	Eléctrico (Baja tensión - conexiones eléctricas)	Condiciones de seguridad	Corto circuito, conatos de incendio, lesiones múltiples, quemaduras, muerte, daños materiales	25	0	25	Ninguno	Señalización conexiones	Ninguna	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Mantenimiento de maquinaria, revisión de conexiones eléctricas internas. * Jornadas de orden y aseo. * Programa de inspección locativo. * Plan de emergencias atención primera respondiente.	Ninguno
			NO	Posturas prolongadas y mantenidas (Sentado)	Biomecánico	Desórdenes musculo esqueléticos - fatiga - cervicalgia - dolor en miembros superiores - cefalea	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Descansos en la jornada laboral	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Programa prevención de lesiones osteomusculares. * Realizar pausas activas. * Seguimiento exámenes médicos ocupacionales énfasis osteomuscular	Ninguno
		Cargue y descargue de materiales	NO	Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea)	Psicosocial	Estrés, fatiga, disconfort, cefaleas.	25	0	25	Ninguno	Ninguno	* Charlas de seguridad * Realización encuesta riesgo psicosocial	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	*Programa psicosocial. * Conformación COCOLA. *Evaluación desempeño laboral	Ninguno
			NO	Exposición a radiaciones no ionizantes (Exposición rayos solares)	Físico	Fatiga, quemaduras solares, falta de concentración	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Identificación de epp * Capacitación uso y mantenimiento de epp * Campaña prevención de enfermedades asociadas a la exposición de los rayos solares.	* Casco de seguridad * Overol, chaqueta, otros * Gafas de seguridad negras
			NO	Condiciones de la tarea	Psicosocial	Estrés, fatiga, disconfort, cefaleas.	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Descansos en la jornada laboral	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Jornada de integración grupal * Analisis de puestos de trabajo. * Rotación de tareas * Distribucion de los tiempos de exposición a las condiciones ambientales. * Pausas activas físicas y mentales.	Ninguno
			NO	Movimientos repetitivos	Biomecánico	Desordenes de trauma acumulativo, lesiones del sistema músculo esquelético, fatiga, alteraciones del sistema vascular.	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	2	4	Bajo	25	100	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Implementar programa de pausas activas y realizar seguimiento a su ejecución. * Realizar examenes médicos de ingreso y periódicos con enfasis osteomuscular. * Realizar capacitación de higiene postural y prevención de lesiones osteomusculares.	N/A
			NO	Manipulación manual de cargas	Biomecánico	Desórdenes musculo esqueléticos - fatiga - cervicalgia - dolor en miembros superiores - cefalea	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Descansos en la jornada laboral	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Programa prevención de lesiones osteomusculares. * Realizar pausas activas. * Seguimiento exámenes médicos ocupacionales énfasis osteomuscular * Definir tiempos de descanso * Capacitar al personal en manipulación manual de cargas, uso de herramientas y movimientos antigravitacionales o que exceden los ejes del cuerpo humano.	Ninguno
			NO	Covid 19	Biológicos	Dolor de cabeza, fatiga, dolor de garganta, fiebre mayor a 38°c, dificultad respiratoria.	25	0	25	Vacuna	* Distanciamiento social mínimo de 1.5 metros * Espacios ventilados * Aseo de superficies	Inmunización del personal de acuerdo a plan de vacunación del gobierno nacional * Uso de tapabocas * Lavado de manos cada tres horas * Aislamiento preventivo en caso de síntomas	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	* Inmunización de la población.	Ninguno	Ninguno	* Implementación del protocolo de bioseguridad para la prevenciónd el Covid - 19 (PAPSO) * Fomento de trabajo en casa para los cargos que lo permitan (Administrativos) * Realización de comités y reuniones de manY8:Y10era virtual haciendo uso de las diferentes plataformas tecnologicas. * Acatamiento de las disposiciones legales emitidas por el gobierno local y nacional.	Uso de protector respiratorio.
			NO	Locativo Superficies de trabajo (irregulares deslizantes con diferencia del nivel - caminado en las parillas de hierro)	Condiciones de seguridad	Golpes, traumas, caídas, torceduras, fisuras	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	3	6	Medio	25	150	2	NO ACEPTABLE O ACEPTABLE CON CONTROL ESPECIFICO	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Programa control riesgo locativo. * Adecuación de senderos peatonales. * Programa de inspección locativo	Ninguno
	Fundida de concreto en vias y anderes	Perforaciones para instalación de dovelas	SI	Maquinaría y Herramientas	Mecánico	Golpes, contusiones, cortaduras, heridas.	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	2	4	Bajo	25	100	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Diseñar e implementar un programa de mantenimiento preventivo y correctivo dpara maquinas. * Realizar inspecciones de seguridad general y especificas a maquinas, equipos y herramientas. * Capacitar al personal sobre el riesgo	* Casco de seguridad, * Gafas de seguridad * Protector respiratorio
			SI	Posturas prolongadas y mantenidas	Biomecánico	Desórdenes musculo esqueléticos - fatiga - cervicalgia - dolor en miembros superiores - cefalea	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Descansos en la jornada laboral	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Programa prevención de lesiones osteomusculares. * Realizar pausas activas. * Seguimiento exámenes médicos ocupacionales énfasis osteomuscular	Ninguno
			SI	Manipulación manual de cargas	Biomecánico	Desórdenes musculo esqueléticos - fatiga - cervicalgia - dolor en miembros superiores - cefalea	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Descansos en la jornada laboral	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Programa prevención de lesiones osteomusculares. * Realizar pausas activas. * Seguimiento exámenes médicos ocupacionales énfasis osteomuscular * Definir tiempos de descanso * Capacitar al personal en manipulación manual de cargas, uso de herramientas y movimientos antigravitacionales o que exceden los ejes del cuerpo humano.	Ninguno
			SI	Movimientos repetitivos	Biomecánico	Alteraciones sistema osteomuscular, trastornos circulatorios en las piernas Desórdenes musculo esqueléticos - fatiga - cervicalgia - dolor en miembros superiores - cefalea	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Descansos en la jornada laboral	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Programa prevención de lesiones osteomusculares. * Realizar pausas activas. * Seguimiento exámenes médicos ocupacionales énfasis osteomuscular	Ninguno
			SI	Condiciones de orden y aseo	Locativo	Golpes, heridas, contusiones, fracturas, esguinces, luxaciones o muerte.	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	2	2	Bajo	10	20	4	ACEPTABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Implementar jornadas de orden y aseo. * Realizar adecuación de punto ecológico, y programa de gestión de residuos. * Establecer área de almacenamiento * Establecer cronograma de inspecciones (Orden y aseo)	Ninguno
			SI	Covid 19	Biológicos	Dolor de cabeza, fatiga, dolor de garganta, fiebre mayor a 38°c, dificultad respiratoria.	25	0	25	Vacuna	* Distanciamiento social mínimo de 1.5 metros * Espacios ventilados * Aseo de superficies	Inmunización del personal de acuerdo a plan de vacunación del gobierno nacional * Uso de tapabocas * Lavado de manos cada tres horas * Aislamiento preventivo en caso de síntomas	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	* Inmunización de la población.	Ninguno	Ninguno	* Implementación del protocolo de bioseguridad para la prevenciónd el Covid - 19 (PAPSO). * El personal debe presentar el carné de vacunación contra el Covid- 19 * Fomento de trabajo en casa para los cargos que lo permitan (Administrativos) * Realización de comités y reuniones de manY8:Y10era virtual haciendo uso de las diferentes plataformas tecnologicas. * Acatamiento de las disposiciones legales emitidas por el gobierno	Uso de protector respiratorio.

			SI	Exposición a radiaciones no ionizantes (Exposición rayos solares)	Físico	Fatiga, quemaduras solares, falta de concentración	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Identificación de epp * Capacitación uso y mantenimiento de epp * Campaña prevención de enfermedades asociadas a la exposición de los rayos solares.	* Casco de seguridad * Overol, chaqueta, otros * Gafas de seguridad negras
			SI	Espacios Confinados	Condiciones de seguridad	Intoxicación, incendios y explosiciones, derrumbes, atrapamientos.	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	2	4	Bajo	60	240	2	NO ACEPTABLE O ACEPTABLE CON CONTROL ESPECIFICO	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Capacitar al personal en trabajo seguro en espacios confinados. * Conformar y capacitar a la brigada de emergencias de rescate. * Implementar programa de señalización.	Ninguno
		Instalación, vibrado y terminación de concreto	SI	Maquinaria y Herramientas	Mecánico	Golpes, contusiones, cortaduras, heridas.	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	2	4	Bajo	25	100	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Diseñar e implementar un programa de mantenimiento preventivo y correctivo dpara maquinas. * Realizar inspecciones de seguridad general y especificas a maquinas, equipos y herramientas. * Capacitar al personal sobre el riesgo	* Casco de seguridad, * Gafas de seguridad * Protector respiratorio
			SI	Covid 19	Biológicos	Dolor de cabeza, fatiga, dolor de garganta, fiebre mayor a 38°c, dificultad respiratoria.	25	0	25	Vacuna	* Distanciamiento social mínimo de 1.5 metros * Espacios ventilados * Aseo de superficies	Inmunización del personal de acuerdo a plan de vacunación del gobierno nacional * Uso de tapabocas * Lavado de manos cada tres horas * Aislamiento preventivo en caso de síntomas	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	* Inmunización de la población.	Ninguno	Ninguno	* Implementación del protocolo de bioseguridad para la prevención del Covid - 19 (PAPSO) * Fomento de trabajo en casa para los cargos que lo permitan (Administrativos) * Realización de comités y reuniones de manY8:Y10era virtual haciendo uso de las diferentes plataformas tecnologicas. * Acatamiento de las disposiciones legales emitidas por el gobierno local y nacional.	
			SI	Material Particulado	Químico	Neumoconiosis, bisinosis, neumonitis asma profesional, EPOC, cáncer y muerte	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	1	2	Bajo	25	50	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Realizar inventario de sustancias químicas utilizadas * Etiquetar productos de aseo de acuerdo con la normatividad vigente. * Publicar matriz de compatibilidad de las sustancias almacenadas * Programar capacitación de sustancias químicas.	Uso de protector respiratorio para material particulado
	Acabados y remates	Acabados y remates en espacio publico	SI	Gases y Vapores	Químico	Alteraciones del sistema respiratorio / nervioso, afectación ojos, vía cutánea, intoxicaciones	25	0	25	Almacenamiento apropiado de las sustancias químicas	Ninguno	Ninguno	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Programa de sustancias químicas. * Identificación de epp * Capacitación manejo de sustancias químicas * Inventario de sustancias químicas * Señalización del acopio de las sustancias químicas * Etiquetado de las sustancias químicas	Guantes de seguridad de cauco Tapa bocas de seguridad gafas de seguridad
			SI	Exposición a radiaciones no ionizantes (Exposición rayos solares)	Físico	Fatiga, quemaduras solares, falta de concentración	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Identificación de epp * Capacitación uso y mantenimiento de epp * Campaña prevención de enfermedades asociadas a la exposición de los rayos solares.	* Casco de seguridad * Overol, chaqueta, otros * Gafas de seguridad negras
		Dilatación y sello de juntas en losas de concreto	SI	Covid 19	Biológicos	Dolor de cabeza, fatiga, dolor de garganta, fiebre mayor a 38°c, dificultad respiratoria.	25	0	25	Vacuna	* Distanciamiento social mínimo de 1.5 metros * Espacios ventilados * Aseo de superficies	Inmunización del personal de acuerdo a plan de vacunación del gobierno nacional * Uso de tapabocas * Lavado de manos cada tres horas * Aislamiento preventivo en caso de síntomas	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	* Inmunización de la población.	Ninguno	Ninguno	* Implementación del protocolo de bioseguridad para la prevención del Covid - 19 (PAPSO). * El personal debe presentar el carné de vacunación contra el Covid- 19 * Fomento de trabajo en casa para los cargos que lo permitan (Administrativos) * Realización de comités y reuniones de manY8:Y10era virtual haciendo uso de las diferentes plataformas tecnologicas. * Acatamiento de las disposiciones legales emitidas por el gobierno	Protector respiratorio
			SI	Exposición a radiaciones no ionizantes (Exposición rayos solares)	Físico	Fatiga, quemaduras solares, falta de concentración	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Identificación de epp * Capacitación uso y mantenimiento de epp * Campaña prevención de enfermedades asociadas a la exposición de los rayos solares.	* Casco de seguridad * Overol, chaqueta, otros * Gafas de seguridad negras
			SI	Material Particulado	Químico	Neumoconiosis, bisinosis, neumonitis asma profesional, EPOC, cáncer y muerte	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	1	2	Bajo	25	50	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Realizar inventario de sustancias químicas utilizadas * Etiquetar productos de aseo de acuerdo con la normatividad vigente. * Publicar matriz de compatibilidad de las sustancias almacenadas * Programar capacitación de sustancias químicas.	Uso de protector respiratorio para material particulado
			SI	Líquidos, nieblas o rocíos	Químico	Alteraciones del sistema respiratorio / nervioso, afectación ojos, vía cutánea, intoxicaciones	25	0	25	Almacenamiento apropiado de las sustancias químicas	Ninguno	Ninguno	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Programa de sustancias químicas. * Identificación de epp * Capacitación manejo de sustancias químicas * Inventario de sustancias químicas * Señalización del acopio de las sustancias químicas * Etiquetado de las sustancias químicas	Guantes de seguridad de caucho Tapa bocas de seguridad gafas de seguridad
	Levantamiento de muros	Construcción de muros, perforación	SI	Maquinaria y Herramientas	Mecánico	Golpes, contusiones, cortaduras, heridas.	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	2	4	Bajo	25	100	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Diseñar e implementar un programa de mantenimiento preventivo y correctivo dpara maquinas. * Realizar inspecciones de seguridad general y especificas a maquinas, equipos y herramientas. * Capacitar al personal sobre el riesgo	* Casco de seguridad, * Gafas de seguridad * Protector respiratorio
			SI	Posturas prolongadas y mantenidas	Biomecánico	Desórdenes musculo esqueléticos - fatiga - cervicalgia - dolor en miembros superiores - cefalea	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Descansos en la jornada laboral	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Programa prevención de lesiones osteomusculares. * Realizar pausas activas. * Seguimiento exámenes médicos ocupacionales énfasis osteomuscular	Ninguno
			SI	Manipulación manual de cargas	Biomecánico	Desórdenes musculo esqueléticos - fatiga - cervicalgia - dolor en miembros superiores - cefalea	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Descansos en la jornada laboral	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Programa prevención de lesiones osteomusculares. * Realizar pausas activas. * Seguimiento exámenes médicos ocupacionales énfasis osteomuscular * Definir tiempos de descanso * Capacitar al personal en manipulación manual de cargas, uso de herramientas y movimientos antigravitacionales o que exceden los ejes del cuerpo humano.	Ninguno
			SI	Movimientos repetitivos	Biomecánico	Alteraciones sistema osteomuscular, trastornos circulatorios en las piernas Desórdenes musculo esqueléticos - fatiga - cervicalgia - dolor en miembros superiores - cefalea	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Descansos en la jornada laboral	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Programa prevención de lesiones osteomusculares. * Realizar pausas activas. * Seguimiento exámenes médicos ocupacionales énfasis osteomuscular	Ninguno

	de contensión	manual y mecanica, trabajo en alturas	SI	Condiciones de orden y aseo	Locativo	Golpes, heridas, contusiones, fracturas, esguinces, luxaciones o muerte.	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	2	2	Bajo	10	20	4	ACEPTABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Implementar jornadas de orden y aseo. * Realizar adecuación de punto ecológico, y programa de gestión de residuos. * Establecer área de almacenamiento * Establecer cronograma de inspecciones (Orden y aseo)	Ninguno
			SI	Covid 19	Biológicos	Dolor de cabeza, fatiga, dolor de garganta, fiebre mayor a 38°c, dificultad respiratoria.	25	0	25	Vacuna	* Distanciamiento social mínimo de 1.5 metros * Espacios ventilados * Aseo de superficies	Inmunización del personal de acuerdo a plan de vacunación del gobierno nacional * Uso de tapabocas * Lavado de manos cada tres horas * Aislamiento preventivo en caso de síntomas	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	* Inmunización de la población.	Ninguno	Ninguno	* Implementación del protocolo de bioseguridad para la prevenciónd el Covid - 19 (PAPSO). * El personal debe presentar el carné de vacunación contra el Covid- 19 * Fomento de trabajo en casa para los cargos que lo permitan (Administrativos) * Realización de comités y reuniones de manYB:Y10era virtual haciendo uso de las diferentes plataformas tecnologicas. * Acatamiento de las disposiciones legales emitidas por el gobierno	Uso de protector respiratorio.
			SI	Exposición a radiaciones no ionizantes (Exposición rayos solares)	Físico	Fatiga, quemaduras solares, falta de concentración	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Identificación de epp * Capacitación uso y mantenimiento de epp * Campaña prevención de enfermedades asociadas a la exposición de los rayos solares.	* Casco de seguridad * Overol, chaqueta, otros * Gafas de seguridad negras
			SI	Trabajos en alturas	Condiciones de seguridad	Caidas a distinto nivel. Derrumbe de estructuras. Golpes por caida de objetos. Atrapamiento. Contactos eléctricos.	25	0	25	Verificación de elementos de protección contra caidas	Arme y desarme de andamios con verificación de coordinador de alturas	Se solicita y se verifica la formación que tenga en trabajo seguro en alturas nivel avanzado	2	2	4	Bajo	60	240	2	NO ACEPTABLE O ACEPTABLE CON CONTROL ESPECIFICO	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Capacitar al personal en trabajo seguro en alturas. * Conformar y capacitar a la brigada de emergencias de rescate. * Implementar preoperacionales para verificar estado de equipos y elementos de protección personal	Ninguno

FECHA DEL CAMBIO	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	REALIZADO POR

ANEXO 19

CERTIFICADO REVISOR FISCAL

CONSORCIO

MAVINP DEL NORTE

PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES LEGALES

PAOLO ANDRÉS BIANCHI GANEM identificado con CC 1.020.799.464, en mi condición de Representante Legal de CONSORCIO MAVINP DEL NORTE identificada con NIT 901.903.126-3, bajo la gravedad de juramento, certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, al Servicio Nacional de Aprendizaje y al Fondo Nacional de Formación Profesional para la Industria de Construcción *(artículo 65 Ley 1819 de 2016 y artículo 3 Decreto 1047 de 1983),* pagados por la compañía durante el último mes contado a partir de la firma. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Conforme el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016, bajo la gravedad de juramento, manifiesto que me encuentro exonerado del pago de los aportes parafiscales a favor del Servicio Nacional del Aprendizaje (SENA), del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y las cotizaciones al Régimen Contributivo de Salud, las sociedades y personas jurídicas y asimiladas contribuyentes declarantes del impuesto sobre la renta y complementarios, correspondientes a los trabajadores que devenguen, individualmente considerados, menos de diez (10) salarios mínimos mensuales legales vigentes.

En constancia, se firma en Bogotá, al 05 de mayo de 2025

Paolo Bianchi

PAOLO ANDRÉS BIANCHI GANEM
1.020.799.464

Powered by CamScanner