| | | |
|---|---|---|
| | **INDUCCION Y EVALUACIÓN SST** | **Código:** FS.010<br>**Versión:** 2<br>**Fecha:** 31/01/20205 |

**INDUCCIÓN:** [X] **RE INDUCCIÓN** [ ] **FECHA REALIZACIÓN 03-10-2025**
**CAPACITADOR: YINETH CRUZ ARANZALES** **CARGO: PROFESIONAL SST**

**CONTRATO: 1728-2024 ECOBARRIO NUEVA CASTILLA**

Contribuir al fortalecimiento de las condiciones de trabajo seguro, saludable y de bienestar de los trabajadores. 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 salud del trabajador. Temas expuestos: Accidentes de trabajo. Un accidente de trabajo es un suceso repentino que ocurre en el trabajo y que causa lesiones, perturbaciones funcionales o psiquiátricas, invalidez o muerte. El Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial es un documento legal que establece las normas y procedimientos que deben seguir las empresas para proteger la salud de sus trabajadores.

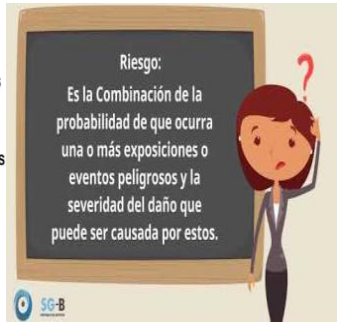













| **Responda las siguientes preguntas con falso o verdadero según corresponda:** | | | |
|---|---|---|---|
| **CONCEPTO** | **DEFINICIÓN** | **F** | **V** |
| COPASST | Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo | | X |
| REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL | Documento en el cual se establecen normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa y trabajadores. También se evalúan y establecen los factores de riesgo que se encuentran en el contexto laboral. En este se define el compromiso por brindar actividades para evitar ATEL, dar inducción a todo el personal, promover y garantizar la constitución y funcionamiento del COPASST, destinar recursos necesarios para desarrollar actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Debe ser publicado en dos lugares y conocido por todo el personal. | | X |
| ENFERMEDAD LABORAL | Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión que realice una persona o como consecuencia de un accidente laboral | X | |

| | | |
|---|---|---|
| | **EVALUACIÓN INDUCCIÓN SST** | **Código:** FS.010 |
| | | **Versión:** 2 |
| | | **Fecha:** 31/01/2025 |

**De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente**

| CONCEPTO | DEFINICIÓN | A | B | C |
|---|---|---|---|---|
| ACCIDENTE DE TRABAJO | a) 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.<br>b) Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral.<br>c) Todo aquello que potencialmente puede causar un daño el trabajador en el desarrollo de sus funciones. | X | | |
| COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL | a) Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos.<br>b) Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores.<br>c) Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales | | | X |
| REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO | a) Debe hacerse dentro de las 72 horas siguientes al suceso y debe comunicarse a un compañero.<br>b) Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo.<br>c) No debo reportarlo ya que me pasó a mí. | | X | |
| RIESGO | a) Desviación de los procedimientos de trabajo seguro.<br>b) Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias.<br>c) Probabilidad de que una amenaza se convierta en un desastre. | | | X |
| CONDICIÓN INSEGURA | a) Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes.<br>b) Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador.<br>c) Adelantar un vehículo en línea continua. | X | | |
| PLAN DE EMERGENCIA | a) Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo<br>b) Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes<br>c) Qué hacer en caso de una emergencia que se presente en el desarrollo de sus actividades laborales | | | X |
| CLASES DE BRIGADAS | a) De atención al cliente, ayuda al usuario y venta de pasajes.<br>b) De Refrigerios, actividades deportivas y jornadas de relajación<br>c) Primeros auxilios, control y extinción de incendios, búsqueda y rescate. | | | X |
| ¿EN LA CONTRATACIÓN LABORAL USTED QUEDA AFILIADO A? | a) Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo<br>b) Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN)<br>c) Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL | | X | |
| PARA QUE DEBO UTILIZAR LOS EPP EN EL TRABAJO | a) Para minimizar el riesgo de la lluvia<br>b) Cómo responsabilidad en el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo<br>c) Para proteger a las personas de riesgos que puedan causar lesiones o enfermedades. | | | X |

***Yo CARLOS ANDRES FIGUEROA me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de seguridad, salud en el trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas de SOLIUN SAS (Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial), reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados por la empresa.***

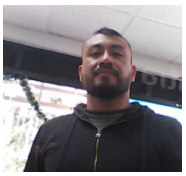
***Firma*** 

Cargo: Director de Interventoria 1.049.629.534

## CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO

**SEDE:** CENDIATRA CONNECTA
**DIRECCIÓN:** Av. Calle 26 # 92-32, Connecta Plaza 1-L04, Connecta 26
**CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ
**TELÉFONO:** 6017424612 - 6017428691
**EMAIL:** citas.connecta@cendiatra.com
**FECHA EXAMEN:** 2023-12-11

**Nombres y apellidos:** CARLOS ANDRES FIGUEROA AYALA **CC:** 1049629534
**Fecha de nacimiento:** 04/05/1992 **Edad:** 31 **Sexo:** MASCULINO
**Empresa:** SOLIUN INGENIERIA S.A.S **Fecha ingreso:** 2023-12-11 / 10:27:41
**Empresa usuaria:** **Fecha salida:** 2023-12-11 / 11:19:55
**Cargo:** COORDINADOR DE PROYECTOS Y ESPECIALISTA EN VIAS



### EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- VISIOMETRIA

**CONCEPTO DE APTITUD:** SATISFACTORIO

**:**

**INGRESO PROGRAMA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA:**
CONDICIÓN VISUAL:

CONTINUAR CON USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTES , SE RECOMIENDA ACTUALIZARLAS

CONTROL ANUAL

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

JUDITH MARIA CHICO GARRIDO
RM: 45554372
Firma y sello del médico

CARLOS ANDRES FIGUEROA AYALA
CC: 1049629534
Firma del paciente

compensar | miplanilla.com

**CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL**

La empresa **SOLIUN INGENIERIA SAS**, identificada con **NI** número **901114547**, aportó por **CARLOS ANDRES FIGUEROA AYALA** identificado(a) con **CC** número **1049629534** 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 08 - 2025 y 09 - 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | 1 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $4,590,000 | 0.06960 | $319,500 | $0 | $0 | Agosto - 2025 | 89456629 | 03/09/2025 | Si |
| CCF24 | Compensar Caja de Compensacion Fliar | 1 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $4,590,000 | 0.04000 | $183,600 | $0 | $0 | Agosto - 2025 | 89456629 | 03/09/2025 | Si |
| EPS008 | Compensar EPS | 1 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $4,590,000 | 0.04000 | $183,600 | $0 | $0 | Septiembre - 2025 | 89456629 | 03/09/2025 | Si |
| 230301 | Porvenir | 1 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $4,590,000 | 0.16000 | $734,400 | $0 | $0 | Agosto - 2025 | 89456629 | 03/09/2025 | Si |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

PAGADA

El presente certificado se expide a los **2** días del mes **Octubre** de **2025**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| NI | 901114547-5 | SOLIUN INGENIERIA SAS | CARRERA 70C # 48-55 | 7653016 | contacto@soliunsas.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | C – MIPYME | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | SI |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | | | | 6 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-10 | 2025-09 | E | 06/10/2025 | 90436504 | $4.983.700 | |

## 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 | 252.400 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 252.400 | 2 |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 297.600 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 297.600 | 3 |
| EPS017 | Famisanar EPS | 830003564-7 | 135.200 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 135.200 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 1.827.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 1.827.200 | 3 |
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 685.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 685.400 | 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 | 1.100.700 | | | | 1.100.700 | 0 | 0 | 1.100.700 | | | 11.007 | 1.100.700 | 6 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 685.200 | 0 | 0 | 685.200 | 6 |

**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 | 685.200 | 685.200 |
| Pensión | 2 | 2.512.600 | 2.512.600 |
| Riesgos Laborales | 1 | 1.100.700 | 1.100.700 |
| CCF | 1 | 685.200 | 685.200 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 7 | 4.983.700 | 4.983.700 |

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 | 901114547-5 | SOLIUN INGENIERIA SAS | | CARRERA 70C # 48-55 | 7653016 | contacto@soliunsas.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| ÚNICA | C – MIPYME | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | SI |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 6 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-10 | 2025-09 | E | 06/10/2025 | 90436504 | $4.983.700 | |

## 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 | 1049629534 | FIGUEROA AYALA CARLOS ANDRES | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 4.590.000 | 734.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 4.590.000 | 183.600 | 14-11 | 4.590.000 | 5 | 319.500 | CCF24 | 4.590.000 | 183.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2 | CC | 1098730430 | RUEDA FORERO JOAN SEBASTIAN | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 3.450.000 | 552.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS002 | 3.450.000 | 138.000 | 14-11 | 3.450.000 | 5 | 240.200 | CCF24 | 3.450.000 | 138.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3 | CC | 28797551 | CRUZ ARANZALEZ YINETH | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 3.380.000 | 540.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS017 | 3.380.000 | 135.200 | 14-11 | 3.380.000 | 5 | 235.300 | CCF24 | 3.380.000 | 135.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 4 | CC | 39534284 | CASTRO BOHORQUEZ BEATRIZ | 1 | 3 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.423.500 | 57.000 | 14-11 | 1.423.500 | 1 | 7.500 | CCF24 | 1.423.500 | 57.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 5 | CC | 52098232 | DUARTE ALMONACID YANNETH | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 1.423.500 | 227.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.423.500 | 57.000 | 14-11 | 1.423.500 | 5 | 99.100 | CCF24 | 1.423.500 | 57.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 6 | CC | 1030572128 | REYES MORALES JEAN PAUL | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 2.860.000 | 457.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS002 | 2.860.000 | 114.400 | 14-11 | 2.860.000 | 5 | 199.100 | CCF24 | 2.860.000 | 114.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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