INFORME SST NÚMERO 6

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

FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE PUENTE ARANDA

INFORME MENSUAL SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SST)

CONTRATO: N° 847 DE 2024

PERÍODO:

05 DE OCTUBRE DE 2025 AL 04 DE NOVIEMBRE DE 2025

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

FECHA: 04 DE NOVIEMBRE DE 2025

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

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

TABLA DE CONTENIDO

FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE PUENTE ARANDA 1

1. COMPONENTE SST 4

1.1. INTRODUCCIÓN AL COMPONENTE SST 4

1.2. OBJETIVO 4

1.4. ALCANCE 5

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

1.5.1. SEGUIMIENTO ADMINISTRATIVO 5

1.5.1.1. ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO 5

1.5.2. PERSONAL INVOLUCRADO DEL PROYECTO 5

1.5.2.1. PERSONAL DEL CONTRATISTA 5

1.5.3. REPORTE DE INCIDENTES, ACCIDENTES Y ENFERMEDADES LABORALES 6

1.5.4. CONFORMACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE VIGÍA SST, COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL Y DE LAS BRIGADAS INTEGRALES DE EMERGENCIAS 6

1.5.5. PERMISOS DE TRABAJO 7

1.5.6. INSPECCIONES Y/O PRE OPERACIONALES 7

1.5.8. SUBPROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO 8

1.5.8.1. EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES 8

1.5.9. DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL 8

1.5.10. CONTROL VEHICULAR 8

1.5.11. PLAN DE PREVENCIÓN, PREPARACIÓN Y ATENCIÓN DE EMERGENCIAS 9

1.5.12. RELACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL 9

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

LISTADO DE ANEXOS

ANEXO SST N°. 1 PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL
ANEXO SST N. 1.1 EMO
ANEXO SST N°. 2 PERMISOS DE TRABAJO
ANEXO SST N°. 2.1 INSPECCIONES
ANEXO SST N°. 3 CAPACITACIONES
ANEXO SST N°. 3.1 INDUCCIONES
ANEXO SST N°. 4 COPASST
ANEXO SST N°.5 COCOLA
ANEXO SST N°.6 DOCUMENTOSVEHICULOS
ANEXO SST N°.7 RETIRO DE PÉRSONAL
ANEXO SST N°. 8 ENTREGA DE EPP
ANEXO SST N°. 9 CERTIFICADO SIMULACRO

1. COMPONENTE SST

1.1. INTRODUCCIÓN AL COMPONENTE SST

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

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

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

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

1.2. OBJETIVO

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

1.3. OBJETIVOS ESPECIFICOS

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

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

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

1.4. ALCANCE

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

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

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

1.5.1. SEGUIMIENTO ADMINISTRATIVO

1.5.1.1. ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO

- El contrato en su ejecución de obra se realizó instalacion de bloque y ladrillo, mampostería y pañetar paredes existentes.

1.5.2. PERSONAL INVOLUCRADO DEL PROYECTO

1.5.2.1. PERSONAL DEL CONTRATISTA

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

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

RAUL MAURICIO ZAMBRANO	79155799	ESPECIALISTA ELECTRICO	05/05/2025		ACTIVO
CARLOS ENRIQUE ALMENDRALES	1062246397	AYUDANTE	01/07/2025		ACTIVO
ALVARO SMITH GUEVARA	1006796608	APOYO AREA TECNICA	05/05/2025		ACTIVO
YIMER ANDREY BELTRAN RODRIGUEZ	1072073512	APOYO AREA TECNICA	05/05/2025		ACTIVO
ALEX PERALTA	1073670370	OFICIAL	08/07/2025		ACTIVO
CARLOS ALBERTO MONTERROZA GONZALEZ	78759813	OFICIAL	13/09/2025		ACTIVO
AMADO MIRANDA DIAZ	15619467	AYUDANTE	13/09/2025		ACTIVO
ANDRES FELIPE MONTAÑO MESTRA	1003005907	AYUDANTE	01/10/2025		ACTIVO
JESUS ARAFATH ABDALA VILLAFAÑA	1121326316	AYUDANTE	14/10/2025		INGRESO
JOSE JUNIOR DUARTE	1119391648	AYUDANTE	25/08/2025	06/10/2025	RETIRO

CUMPLIMIENTO DE CONTRATACIÓN PORCENTAJE DE MUJERES

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

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

1.5.3. REPORTE DE INCIDENTES, ACCIDENTES Y ENFERMEDADES LABORALES

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

MES	EMPLEADOS	IL/AT/EL	TIPO DE AT/EL	DÍAS INCAPACIDAD
OCT	16	N/A	N/A	0

1.5.4. ACTAS DE REUNION DE COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Y DE CONVIVENCIA LABORAL

El día 8 de octubre de 2025, se llevó a cabo la reunión del Comité Paritario de Salud y Seguridad en el Trabajo (COPASST). con el fin de planificar las funciones de cada uno de los integrantes de la brigada de emergencia en el simulacro que se llevará a cabo el día 22 de octubre del presente año. Dando a conocer las tres etapas en un simulacro que son las siguientes:

- Antes del simulacro

Programar y planificar: Participar en la planeación del simulacro, colaborando en la definición de escenarios y objetivos. Capacitar: Promover y participar en actividades de capacitación para los trabajadores sobre cómo actuar durante un simulacro. Inspeccionar: Realizar inspecciones de los equipos de emergencia y las rutas de evacuación para asegurarse de que estén en condiciones óptimas.

- Durante el simulacro

Evaluar y vigilar: Monitorear la ejecución del simulacro para verificar el cumplimiento de las normas y procedimientos de seguridad. Apoyar a los trabajadores: Servir como un canal de comunicación para atender dudas y sugerencias de los trabajadores durante el simulacro. Identificar riesgos: Observar y reportar cualquier factor de riesgo o punto débil que se presente durante la simulación.

- Después del simulacro

Analizar y evaluar: Revisar los resultados del simulacro para analizar las causas de las fallas o inconsistencias, similar a una investigación de accidentes. Proponer mejoras: Elaborar un informe con las observaciones y proponer al empleador medidas correctivas para fortalecer el plan de emergencias y prevenir futuros incidentes. Documentar: Mantener un registro de las actividades, resultados y propuestas de mejora para consulta de los trabajadores y autoridades competentes.

Ver anexo 4.

La Reunión del Comité de Convivencia Laboral se llevó a cabo el día 20 de octubre de 2025, a las 7:30am, Se socializa que es Acoso laboral y sus características en donde se considera acoso laboral a toda conducta de agresión u hostigamiento física o psicológica que, de forma reiterada, menoscaba, humilla o maltrata a un trabajador, o que amenaza su situación laboral u oportunidades de empleo. Puede ser ejercido por superiores, compañeros o incluso subordinados, e incluye acciones como agresiones verbales, intimidación, descalificaciones constantes, asignación de tareas imposibles o la creación de un ambiente hostil.

Características del Acoso Laboral:

- Reiteración
- Intención
- Impacto Negativo
- Relación Jerárquica

Ver anexo 5.

1.5.5. PERMISOS DE TRABAJO

Esta medida garantiza que los permisos Análisis de trabajo seguro que se firman de acuerdo al trabajo que se programa para ejecutar en el mes de octubre todo conforme a las funciones o actividades, riesgos asociados y condiciones específicas de cada trabajador, de acuerdo con la normativa de Seguridad y Salud en el Trabajo vigente.
En el siguiente anexo se adjuntan los siguientes documentos análisis de trabajo seguro y Permiso en Alturas teniendo en cuenta las actividades. **Ver anexo 2.**

Se tiene en cuenta la resolución 4272 de 2021 para trabajo seguro en alturas, el área SST hasta el mes de octubre firma permisos en alturas, teniendo en cuenta que el trabajador a ejecutar la actividad en alturas no estaba capacitado y certificado en trabajo seguro en alturas y para dar cumplimiento a la resolución anteriormente mencionada se realiza la respectiva programación a un centro certificado ante el ministerio de trabajo, este certificado fue agregado en el informe del mes anterior.

1.5.6. INSPECCIONES Y/O PRE OPERACIONALES

En el mes de octubre se ejecutaron las inspecciones con el objetivo garantizar el paso a paso de todas las actividades estén en condiciones óptimas para ser operadas, con el fin de prevenir accidentes laborales y asegurar el cumplimiento de las normativas de seguridad establecidas. **Ver anexo 2.1. Inspecciones**

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

INSPECCION	FECHA
Inspección Locativa	15/10/2025
Inspección de Pulidora	19/10/2025
Inspección Rotomartillo	13/10/2025
Inspección Taladro	01/10/2025

Después de realizar las respectivas Inspecciones de puede concluir que las maquinas se encuentran en ópticas condiciones para la manipulación y que el trabajador conoce cada parte de la misma lo cual genera credibilidad para el uso tanto de la pulidora, Rotomartillo y taladro.
Con respecto a la inspección Locativa las condiciones alrededor y dentro donde se ejecuta la obra están seguras y controladas.

1.5.7. CAPACITACIONES

Durante la capacitación, se abordaron diversos temas clave relacionados con la seguridad en el entorno laboral, tales como Pausas activas, Participación a simulacro distrital, peligro Químico, Que son fenómenos naturales y socialización de punto de encuentro todo bajo los estándares de calidad y cuidado, pero poder garantizar que tengas una ejecución de actividades en óptimas condiciones físicas y mentales

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

FECHA	TEMA	LUGAR	CANTIDAD DE PERSONAS
29/10/2025	Pausas Activas	Obra	6
22/10/2025	Participación en simulacro Distrital	Obra	11
06/10/2025	Peligro Químico	Obra	6
14/10/2025	Que son fenómenos Naturales	Obra	6
20/10/2025	Socialización punto de encuentro	Obra	6

También se lleva a cabo 1 inducción el personal nuevo vinculado al contrato de Consorcio Salón Comunal, en donde se da a conocer las políticas, peligros y recordamos algunos conceptos básicos y principales para el área de seguridad y salud en el trabajo.

A continuación, se relaciona el personal nuevo:

- Jesús Arafath Abdala Villafaña

Ver Anexo. 3.1 Inducciones

1.5.8. SUBPROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO

1.5.8.1. EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES

Los exámenes médicos de ingreso o retiro para todos los empleados del Consorcio Salón Comunal 013, En este caso se realizó el examen médico del señor: Jesús Arafath Abdala Villafaña y se entregó carta de examen de egreso del señor José Junior Duarte. Estos exámenes tienen como finalidad asegurar que el personal que ingresa cumpla con los requisitos de salud necesarios para desempeñar sus funciones de manera segura y eficiente, minimizando riesgos laborales y garantizando el bienestar general de los trabajadores.

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

1.5.9. DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

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

Se entrega los siguientes epp al Oficial Carlos Monterroza, Alex perales y a los ayudantes Andrés Montaño, Amado Miranda Diaz:

- Guantes de Nitrilo o Poliuretano
- Guante de Vaqueta
- Overol
- Botas

1.5.10. CONTROL VEHICULAR

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

Se adjuntan los documentos del vehículo que llevaron material a la obra del Salón Comunal:

- Soat
- Tecnicomecanica
- Tarjeta de Propiedad
- Licencia de Conducción
- Cedula de Ciudadanía

VEHICULO	SOAT	TECNICO MECANICA	TARJETA PROPIEDAD	CEDULA CONDUCTOR	LICENCIA CONDUCCION
VOLQUETA SZO559	FV: 01/12/25	FV: 12/12/205	SI	SI	17/07/20227

1.5.11. PLAN DE PREVENCIÓN, PREPARACIÓN Y ATENCIÓN DE EMERGENCIAS

La implementación del Plan de Prevención, Preparación y Atención de Emergencias (PPEAE) durante el mes de octubre se realizó de manera efectiva con la participación activa de la Brigada. Se llevó a cabo el Simulacro Distrital, en el cual cada participante efectuó la evacuación de la obra hacia el punto de encuentro establecido. Esta actividad tuvo como propósito fortalecer los procedimientos claros y coordinados para la atención de cualquier tipo de emergencia.

Este paso refuerza la cultura de prevención y respuesta ante emergencias, asegurando que la empresa cuente con un equipo preparado para minimizar los riesgos y consecuencias de cualquier incidente. La conformación de la brigada también promoverá una mayor conciencia entre todos los empleados sobre la importancia de estar preparados y de seguir las indicaciones en situaciones de emergencia. **Ver Anexo 9. Certificado Simulacro.**

1.5.12. RELACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL

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

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

Esta acción refleja el compromiso del Consorcio Salón Comunal con la legalidad y el cumplimiento de las normativas laborales, garantizando que todos sus trabajadores estén debidamente afiliados y protegidos bajo los regímenes de salud, pensión y riesgos profesionales. Se continúa trabajando para asegurar que los procesos administrativos se realicen de manera eficiente, y que cada uno de sus colaboradores disfrute de los derechos y beneficios que les corresponden por ley. **Ver Anexo 1. Seguridad Social**

NOTA:

- La planilla del señor Andrés Felipe Montaño se presenta en el informe del mes de noviembre, teniendo en cuenta que esta se cancela según las fechas establecidas por últimos dígitos del NIT, en donde se evidenciara el ingreso del trabajador. Se adjuntan afiliaciones.
- En la planilla Adjunta de seguridad social operativa esta la novedad de retiro del Señor Darwin Parra y de José Duarte el retiro en planilla será en la de noviembre esto porque el trabajo hasta el 06 de octubre de 2025.

1.5.13. REGISTRO FOTOGRAFICO



Capacitación



Pausas Activas



Entrega EPP o Dotación



Punto de Encuentro



Activar alarma y llamado a inicio de simulacro





Evacuación con elementos de emergencia a punto de encuentro




Socialización Punto de Encuentro

1.5.14. CONCLUSIÓN

En el mes de octubre se ejecutaron las siguientes actividades:

- Inspecciones de taladro, pulidora, rotomartillo y locativa.
- Las reuniones de los comités como lo son Copasst y cocola.
- Firma de permisos
- Verificación de planillas del personal activo.
- Se capacito al personal con los siguientes temas: Pausas activas, Participación a simulacro distrital, peligro Químico, Que son fenómenos naturales y socialización de punto de encuentro.
- Se realizo inducción a trabajador nuevo con su respectiva programación a exámenes médicos
- Se participó en Simulacro distrital.

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

ANEXOS

SEGURIDAD SOCIAL

Medellín, 14 de October de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO SALON COMUNAL 013.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1121326316	ABDALA VILLAFANA JESUS ARAFATH	15/10/2025		L1116821	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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 14/10/2025 08:18:00 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.63.25.34, 192.230.104.11, 172.16.42.57

CLICK PARA REINICIAR TODO

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

FECHA DE RADICACIÓN: DÍA | MES | AÑO

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [✓]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [✓] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: 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. CÓDIGO

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: MONTAÑO | SEGUNDO APELLIDO: MESTRA | PRIMER NOMBRE: ANDRES | SEGUNDO NOMBRE: FELIPE

9. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC - Cédula de Ciudadanía
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.003.005.907
11. SEXO BIOLÓGICO: F [✓]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [✓] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro Cual?
13. NACIONALIDAD: COLOMBIANO
14. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA | CÓRDOBA (DEPARTAMENTO) | MONTERIA (MUNICIPIO)
15. FECHA NACIMIENTO: 26 (DÍA) JUNIO (MES) 1995 (AÑO)

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 06. Sin Etnia
17. COMUNIDAD INDÍGENA:
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [✓]
CAT. DE DISCAPACIDAD: N/A
19. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI [ ] NO [✓]
20. CLASIFICACIÓN SISBÉN:
NIVEL:
GRUPO:
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL:
22. ARL:
23. AFP:
24. IBC: $ 1.423.500
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA:
26. RESIDENCIA:
TELÉFONO CELULAR: 3212471742
TELÉFONO FIJO:
DIRECCIÓN: CARRERA 155 # 138 D - 15
COMPLEMENTO DIRECCIÓN:
CORREO ELECTRÓNICO: andrespipemestra1126@gmail.com
DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
MUNICIPIO/ DISTRITO: BOGOTA
LOCALIDAD/COMUNA:
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [✓] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
IPS:

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
30. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro Cual?
32. NACIONALIDAD
33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO F	39. SEXO M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN F	M	T	NB	Otro?	41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS	DEPART.	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO
B1																		
B2																		
B3																		
B4																		
B5																		

	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. DIS CAPACIDAD SI	NO	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	50. INCAPACIDAD PERMANENTE SI	NO	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
B1							I. II.												
B2							I. II.												
B3							I. II.												
B4							I. II.												
B5							I. II.												

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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

55. Nombre o razón social: CONSORCIO SALON COMUNAL 013
56. Tipo documento de identificación: NI - Número Identificación Tributaria
57. Número del documento de identificación: 901.901.941
4672931 (TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR)
58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
59. Dirección: CARRERA 49 A # 94 - 76
rrhh@duvana.com.co (CORREO ELECTRÓNICO)
CUNDINAMARCA (DEPARTAMENTO)
BOGOTA (MUNICIPIO/ DISTRITO)

B. REPORTE DE NOVEDADES

59. 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/O 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 [ ]
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.1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD
A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. TRASLADO
A) MISMO RÉGIMEN [ ]
B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO: MONTAÑO | SEGUNDO APELLIDO: MESTRA | PRIMER NOMBRE: ANDRES | SEGUNDO NOMBRE: FELIPE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC - Cédula de Ciudadanía
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.003.005.907
62. SEXO BIOLÓGICO: F [✓]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [✓] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: 26 (DÍA) JUNIO 1995
65. EPS ANTERIOR:
66. FECHA DE NOVEDAD: 01 (DÍA) OCTUBRE 2025
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: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(a) reportado(a) dependen económicamente de mí. [✓]
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. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no intermediación 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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de 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. a). Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [✓]
b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [✓]
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 hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

Andres Felipe Montaño Mestra
80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional

LAZBETH MARIANG
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	MS	RC	TI	CC	CE	SC	PA	CD	AS	PT
Cantidad:											

Total 0

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 artículo 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 las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

nueva eps RECIBIDO PARA ESTUDIO EN LA EPS

Total Anexos 0

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Código del Municipio: | Código del departamento:
93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.

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 DÍA | MES | AÑO | 97. FECHA DE VALIDACIÓN DÍA | MES | AÑO

OBSERVACIONES:

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.

- ORIGINAL: E.P.S. -

Medellín, 01 de October de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO SALON COMUNAL 013.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1003005907	MONTAÑO MESTRA ANDRES FELIPE	02/10/2025		29234155	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 01/10/2025 16:41:37 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.144.154.63, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-10	1871251182	9493653144	E	2025/10/09	2025/10/22	BANCOOMEVA S.A.	13	$1,758,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1062354054	ALMENDRALES CARLOS																		230301	30	$1,423,500	$227,800	ESSC07	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
2	CC	1119391648	DUARTE JOSE																		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	Si	$440,900
3	CC	15619467	MIRANDA AMADO	X																	230301	21	$996,450	$159,500	ESSC24	21	$996,450	$39,900	CCF24	21	$996,450	$39,900	14-11	21	$996,450	$69,400	21	$0	$0	Si	$308,700
4	CC	78759813	MONTERROZA CARLOS	X																	230301	29	$1,740,000	$278,400	EPS042	29	$1,740,000	$69,600	CCF24	29	$1,740,000	$69,600	14-11	29	$1,740,000	$121,200	29	$0	$0	Si	$538,800
5	CC	1094246397	PARRA DARWIN		X																230301	1	$47,450	$7,600	EPS037	1	$47,450	$1,900	CCF24	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	$3,400	1	$0	$0	Si	$14,800
Total	**Afiliados(5)**																						$5,630,900	$901,100			$5,630,900	$225,400			$5,630,900	$225,400			$5,630,900	$392,200		$0	$0		$1,744,100

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-10	1871251182	9493653144	E	2025/10/09	2025/10/22	BANCOOMEVA S.A.	13	$1,758,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				5	$901,100	$7,200	$0	$908,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	5	$901,100	$7,200	$0	$908,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				5	$392,200	$3,200	$0	$395,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	5	$392,200	$3,200	$0	$395,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				5	$225,400	$1,800	$0	$227,200
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	5	$225,400	$1,800	$0	$227,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				5	$225,400	$2,100	$0	$227,500
COOSALUD EPS	EPS042	900,226,715	3	1	$69,600	$600	$0	$70,200
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	1	$39,900	$400	$0	$40,300
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$57,000	$500	$0	$57,500
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	1	$57,000	$500	$0	$57,500
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$1,900	$100	$0	$2,000
TOTAL				**5**	**$1,744,100**	**$14,300**	**$0**	**$1,758,400**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

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

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-09	E	29/10/2025	90947671	$444.800	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	57.000	0		0		0	14	500	0	57.500	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	14	2.000	0	229.800	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	99.100				99.100	14	900	100.000			991	100.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	57.000	14	500	57.500	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	14	0	0	0
ICBF				
0	14	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	57.000	57.500
Pensión	1	227.800	229.800
Riesgos Laborales	1	99.100	100.000
CCF	1	57.000	57.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	440.900	444.800

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

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

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-09	E	29/10/2025	90947671	$444.800	

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	1073670370	PERALES ARIAS ALEX	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Certificado de Aportes

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

APORTANTE: CONSORCIO SALON COMUNAL 013 NI 901901941

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades															
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9493653821	1871324023	Y	2025-10-22	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-09	30																	

APORTANTE: CONTRERAS ROJAS CAMILO ANDRES CC 79957717

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades															
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9493133497	1841680410	I	2025-10-10	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-09	30																	
9493133497	1841680410	I	2025-10-10	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-09	30																	
9493133497	1841680410	I	2025-10-10	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-09	30																	

Este certificado se expide el día 2025-11-04 a las 11:11.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

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

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-09	2025-09	I	06/10/2025	89950709	$1.301.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	525.000	0		0		0	3	1.000	0	526.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	672.000	0	0	0	0	3	1.300	0	673.300	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	102.400				102.400	3	200	102.600			1.024	102.600	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	3	0	0	0
ICBF				
0	3	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	525.000	526.000
Pensión	1	672.000	673.300
Riesgos Laborales	1	102.400	102.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.299.400	1.301.900

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

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

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	**FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)**	**TIPO PLANILLA**	**FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)**	**NÚMERO PLANILLA**	**CANTIDAD**	
					EMPLEADOS	**UPC**
					1	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2025-09	2025-09	I	06/10/2025	89950709	$1.301.900	

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	80217108	ROJAS GONZALEZ EDWIN FERNEY	57	0			N																	231001	4.200.000	672.000	0	0	0	0	EPS005	4.200.000	525.000	14-11	4.200.000	3	102.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Certificado de Aportes

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

APORTANTE: PROYECTISTAS CONSTRUCTORES ASOCIADOS PCA SAS NI 901378906

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades															
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9494241100	1892283192	Y	2025-10-31	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-10	30																	
9492745591	1817145470	Y	2025-10-01	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-09	30																	

APORTANTE: CONSORCIO SALON COMUNAL 013 NI 901901941

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades															
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9493653821	1871324023	Y	2025-10-22	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-09	30																	

APORTANTE: BAUTISTA HERNANDEZ JOHN GERARDO CC 1020718924

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades															
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9492104229	1852030443	I	2025-10-15	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-09	30																	
9492104229	1852030443	I	2025-10-15	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-09	30																	
9492104229	1852030443	I	2025-10-15	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-09	30																	

APORTANTE: JOYCO SAS. NI 860067561

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades															
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9493205890	1850400613	Y	2025-10-14	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-09	30																	

Este certificado se expide el día 2025-11-04 a las 11:11.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**8078120955**	TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	septiembre	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	octubre	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:			20				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/10/24	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1819044325

TOTAL APORTES A PENSIÓN

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

TOTAL APORTES A SALUD

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

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

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

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

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

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP															
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1012409360	HERNANDEZ MACIAS JUAN SEBASTIAN	DEPEND		$ 2.530.000	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 2.530.000	$ 404.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 404.800	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2.530.000	$ 101.200	$ 0	$ 101.200	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.530.000		$ 13.300	30	$ 2.530.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 101.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1052410660	PINZON ORTIZ MILLER DANILO	DEPEND		$ 2.530.000	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 2.530.000	$ 404.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 404.800	NUEVA EPS CM	30	$ 2.530.000	$ 101.200	$ 0	$ 101.200	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.530.000		$ 176.100	30	$ 2.530.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 101.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 79155799	ZAMBRANO RAMIREZ RAUL MAURICIO	DEPEND	REQ CUMP PENS	$ 5.000.000	FIJO			SI																			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	EPS001-ALIANSALUD S.A.	30	$ 5.000.000	$ 200.000	$ 0	$ 200.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 5.000.000		$ 348.000	30	$ 5.000.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 200.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 2.179.100

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1860492136	9491880429	I	2025/10/02	2025/10/17	BANCO DAVIVIENDA	15	$409,600

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: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$405,800
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$405,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$405,800
1	CC	80850300	BECERRA RICARDO																	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS001	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0		0	$0	0.000%	$0	0	$0	$0	No	$405,800
Total	**Afiliados(1)**																					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$405,800

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1860492136	9491880429	I	2025/10/02	2025/10/17	BANCO DAVIVIENDA	15	$409,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$2,100	$0	$229,900
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$227,800	$2,100	$0	$229,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$1,700	$0	$179,700
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$178,000	$1,700	$0	$179,700
TOTAL				**1**	**$405,800**	**$3,800**	**$0**	**$409,600**

Certificado de Aportes

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

APORTANTE: CONSORCIO ENCOR PD 1850 NI 901901641

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9493137492	1842345618	E	2025-10-10	EPS	EPS008	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-10	30																	
9493137492	1842345618	E	2025-10-10	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-09	30																	
9493137492	1842345618	E	2025-10-10	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-09	30																	
9493137492	1842345618	E	2025-10-10	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-09	30																	
9491790598	1780962896	E	2025-09-16	EPS	EPS008	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-09	30																	
9491790598	1780962896	E	2025-09-16	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30																	
9491790598	1780962896	E	2025-09-16	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30																	
9491790598	1780962896	E	2025-09-16	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30																	

Este certificado se expide el día 2025-11-04 a las 08:11.

Certificado de Aportes

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

APORTANTE: CONSORCIO ENCOR PD 1850 NI 901901641

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9493137492	1842345618	E	2025-10-10	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-10	30																	
9493137492	1842345618	E	2025-10-10	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-09	30																	
9493137492	1842345618	E	2025-10-10	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-09	30																	
9493137492	1842345618	E	2025-10-10	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-09	30																	
9491790598	1780962896	E	2025-09-16	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-09	30																	
9491790598	1780962896	E	2025-09-16	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30																	
9491790598	1780962896	E	2025-09-16	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30																	
9491790598	1780962896	E	2025-09-16	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30																	

Este certificado se expide el día 2025-11-04 a las 08:11.

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1871324023	9493653821	Y	2025/10/09	2025/10/22	BANCOOMEVA S.A.	13	$877,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

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

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1871324023	9493653821	Y	2025/10/09	2025/10/22	BANCOOMEVA S.A.	13	$877,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				5	$870,000	$7,000	$0	$877,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	5	$870,000	$7,000	$0	$877,000
TOTAL				**5**	**$870,000**	**$7,000**	**$0**	**$877,000**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

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

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

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

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

TOTALES PENSIÓN

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

TOTALES RIESGOS LABORALES

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

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

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

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

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

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

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	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	1006796608	GUEVARA MAHECHA ALVARO SMITH	1	0			N																	230301	4.000.000	640.000	0	0	0	0	EPS005	4.000.000	500.000	14-11	4.000.000	5	278.400	CCF22	4.000.000	160.000	4.000.000	80.000	120.000	0	0
2	CC	1072073512	BELTRAN RODRIGUEZ YIMER ANDREY	1	0			N																	230301	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS017	2.000.000	250.000	14-11	2.000.000	5	139.200	CCF22	2.000.000	80.000	2.000.000	40.000	60.000	0	0

PAGADA

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

EMO

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
09 DÍA	10 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE PRE INGRESO - ALTURAS

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

CONSORCIO SALON COMUNAL 013 NIT 901901941-0

Nombre de la empresa

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
ABDALA VILLAFA?A JESUS ARAFATH	Masculino	40 Años	CC (Tipo)	1121326316 (Número)

Cargo **AUXILIAR**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON RECOMENDACION

Observaciones: No Aplica

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	LAVADO AUDITIVO

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

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

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

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

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

MÉDICO

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

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

Aspirante o Trabajador

Jesus A.

Firma:
Nombre: ABDALA VILLAFA?A JESUS ARAFATH
CC 1121326316

PERMISOS

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

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

INSTRUCCIONES:

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

Actividad a realizar:	Fecha de inicio:	Fecha de finalización:
Vegetal	20-10-2025	25-10-2025
Descripción del Trabajo:	**Hora inicio:**	**Hora de finalización:**
Corte y Poda de Arboles Dentro del Salon Comunal	7:00 AM	11:00 AM

Herramientas / Equipos:

Podadora, Bruceadora

Requerimientos / Condiciones:

SECUENCIA ORDENADA DE PASO (Procedimientos)	PELIGRO (Fuente o Situación)	CONSECUENCIAS	CONTROLES REQUERIDOS	CARGO RESPONSABLE
Socialización de Area	Biologico	Dolor de Garganta	Diligenciar Formato de Trabajo	Operativa SST Tecnica
	Fisico	Deshidratación		
	Fenomenos Naturales	Golpe con Estructura		
Traslado Material y Equipos al Area de Trabajo	Psicosocial	Golpe de Calor	Charla sobre Autocuidado Firma de Permiso	Operativa SST Tecnica
	Biomecanico	Fatiga Muscular		
	Condiciones Seguridad	Fractura Muerte		
Merida de Comienzo para Podadas	Quimico	Intoxicación Picadura	Hidratación a todo el Personal	Operativa SST Tecnica
	Fisico	Explosion o Muerte		
	Fenomenos Naturales	Inundaciones		
Orden y Aseo	Biologico	Resgados	Pausas Activas y Areas Ordenadas	Operativa SST Tecnica
	Biomecanico	Sombrazos		
	Condiciones Seguridad	Caida a Diferente N.		
/	/	/	/	/

PERSONAL QUE PARTICIPA EN LA ELABORACIÓN EL ATS

Nombre	Cargo	Firma	Observaciones
Carlos Alberto Monterrosa Gonzalez	Oficial de Obra	C. Monterrosa	
Jesus Aluhyd	Ayu	Jesus	
Alex Perales	OE	Alex P	

VISTO BUENO DE RESPONSABLE DE HSE

Nombre	Cargo	Firma	Fecha de validación
Yaneth Rivera	SST		20-10-2025
Alvaro Caceres	Ing. Residente		20-10-2025

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

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

INSTRUCCIONES:

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

Actividad a realizar:	Fecha de inicio:	Fecha de finalización:
Apertura Hueco	15-10-2025	19-10-2025
Descripción del Trabajo:	**Hora inicio:**	**Hora de finalización:**
Apertura hueco, Corte y armado con Alambre	7:00 AM	11:00 AM

Herramientas / Equipos:

Barretones, Alicates,

Requerimientos / Condiciones:

SECUENCIA ORDENADA DE PASO (Procedimientos)	PELIGRO (Fuente o Situación)	CONSECUENCIAS	CONTROLES REQUERIDOS	CARGO RESPONSABLE
Demarcar Punto de trabajo	Biologicos Físicos Condiciones de seguridad	Riesgos graves Dermatitis Caida a Mismo Nivel	Usar Demarcadas y Señaladas	SST Operativo Tecnico
Trasladar Herramienta o Equipos de trabajo	Biomecanicos Fenomenos Naturales Psicosocial	Lumbagos Deshidratacion, Calambres Cefalea, ansiedad	Pausas Activas Charlas de seguridad	SST Operativo Tecnico
Almorzar Hierro	Quimicos Biomecanicos Fisicos	Intoxicación Parcial Contusiones Menores Perdida Auditiva	Uso Adecuado de los Elementos de Protección	SST Operativo Tecnico
Orden y Aseo	Biologicos Condiciones Seguridad Fenomenos Naturales	Riesgo Medio respiratorio Caidas Mismo Inundaciones	Areas Ordenadas y Aseadas	SST Operativo Tecnico

PERSONAL QUE PARTICIPA EN LA ELABORACIÓN EL ATS

Nombre	Cargo	Firma	Observaciones
Carlos Alberto Monterrosa Gonzales	Oficial de Obra	C. Monterrosa	
Alex Perales	oficial	Alex Perales	

VISTO BUENO DE RESPONSABLE DE HSE

Nombre	Cargo	Firma	Fecha de validación
Carmelo Rivero	SST		19-10-2025
Alberto Caraballo	Tecnico		19-10-2025

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

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

INSTRUCCIONES:

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

Actividad a realizar:	Fecha de inicio:	Fecha de finalización:
Instalación de Bloque	08-10-2025	11-10-2025
Descripción del Trabajo:	**Hora inicio:**	**Hora de finalización:**
Inicio Instalación de Mampostería con bloque	7:00 AM	11:00 AM

Herramientas / Equipos:

Boquilla, Palustre

Requerimientos / Condiciones:

SECUENCIA ORDENADA DE PASO (Procedimientos)	PELIGRO (Fuente o Situación)	CONSECUENCIAS	CONTROLES REQUERIDOS	CARGO RESPONSABLE
Demolición Área	Condiciones Inseguridad	Atrapamiento, Golpes		Ingeniero
	Fenómenos Naturales	Lesiones	Demarcar y	SST
	Físico	Probabilidad caída	Señalizar Lugar de Trabajo	Operativo
Traslado de Material y Herramienta	Biológico	Agresividad animales	Uso de Elementos de	Físico
	Psicosocial	Comunicación Mental	protección personal	SST
	Biomecánico	Trabajo en Alturas		Operativo
	Químico	Intoxicación		Técnico
Izada de Ladrillo e Instalación de Bloque e Ladrillo	Físico	Atrapación Manos	Barrera Retorno para	SST
	Biomecánico	Lesiones	Mantenimiento preventivo	Operativo
	Condiciones Inseguridad	Fractura, Golpes		Técnico
Orden y Aseo	Biológico	Resbalones	Uso de Señales	SST
	Químico	Intoxicación Respi	Condiciones de Uso y Orden	Operativo

PERSONAL QUE PARTICIPA EN LA ELABORACIÓN EL ATS

Nombre	Cargo	Firma	Observaciones
Carlos Alberto Montenegro Gonzalez	Oficial de Obra	C. Montenegro	
Alex Perales	Of.	Alex Perales	

VISTO BUENO DE RESPONSABLE DE HSE

Nombre	Cargo	Firma	Fecha de validación
Alvaro Gonzalez	Técnico	Alvaro G.	01-10-2025
Carmelo Prado	SST		

	PERMISO DE TRABAJO DE ALTO RIESGO	CODIGO:	CSA-SST-FO-11
		FECHA:	10/04/2025
		VERSION:	1

NOMBRE PROYECTO:	Salon Comunal 013 Puente Aranda	FECHA:	24 al 25 / octubre / 25
LOCALIZACIÓN:		CONTRATISTA:	Comando Salon Comunal

Actividad de alto riesgo a realizar:

TRABAJO ELECTRICOS		IZAJE DE CARGAS		TRABAJO EN ALTURAS	X
ESPACIOS CONFINADOS		OTRA CUAL?:			

Descripcion detallada de las actividades que ejecutara en el dia:

1. Instalacion de Ladrillo o Bloque
2. Pañetes Paredes
3.

Herramientas - Equipos que utilizara

TALADROS		TERMOFUSOR		EXTENCIONES	
PISTOLA DE FIJACION		SEGUETAS - CIZALLAS	X	ESCALERAS	
HERRAMIENTAS DE MANO	X	CUCHILLAS- BISTURI		ANDAMIOS	
EQUIPOS DE SOLDADURA		PULIDORAS	X	EQUIPO DE ALTURAS	X

OTROS. ¿Cuáles?

Elementos de protección personal requeridos

CASCO	X	CARETAS		BOTAS	X
GAFAS	X	PETOS		GUANTES	X
PROTECCION AUDITIVA		OVEROLES	X	SEÑALIZACION	
TAPABOCAS	X	ARNES	X	EXTINTORES	X

OTROS. ¿Cuáles? Linea de vida

Riesgos y peligros identificados

CAIDAS	X	CORTADURAS	X	INTOXICACION	
RESBALONES	X	AMPUTACION		ASFIXIA	X
ELECTROCUCIÓN		ATRAPAMIENTO		ALERGIAS	
FRACTURAS	X	LUMBALGIAS	X	PERDIDA AUDITIVA	

Observaciones y recomendaciones:

1. Se maneda la Importancia de autocuidado sobre actividades en alturas
2. Utilizar Elementos contra caidas
3.

REGISTRO DE PARTICIPANTES

NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	CARGO	FIRMA
Carlos Alberto Monterroza	78759817	Oficial	Carlos M.

DATOS DEL AUTORIZANTE

* Una vez inspeccionada el área de trabajo, comprobado el cumplimiento de los requisitos indicados, y verificado los Elementos de Protección Personal necesarios para la ejecución del trabajo, Certifico que se ha efectuado correctamente los trabajos preparatorios indicados y que se puede realizar el trabajo en alturas.

OBSERVACIONES GENERALES:	**Este permiso de trabajo en alturas debe ser diligenciado, por el(los) trabajador(es) o por el empleador y debe ser revisado y suscrito por el coordinador de trabajo en alturas en cada evento.**

REPONSABLE DE AUTORIZAR EL TRABAJO

NOMBRE COMPLETO:	Alvaro Guevara	CARGO:	Tecnico	FIRMA:	

REPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIAS

NOMBRE COMPLETO:	Yimer Beltran	CARGO:	Apoyo Tecnico	FIRMA:	

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE COMPLETO:	Gonzalo Riaño	Nº LICENCIA:	7525	FIRMA:	

	PERMISO DE TRABAJO DE ALTO RIESGO	CODIGO:	CSA-SST-FO-11
		FECHA:	10/04/2025
		VERSION:	1

NOMBRE PROYECTO:	Comuna Valor Comunal	FECHA:	14 al 18 Oct - 2025
LOCALIZACIÓN:	Puente Grande	CONTRATISTA:	Valor Comunal 013

Actividad de alto riesgo a realizar:

TRABAJO ELECTRICOS		IZAJE DE CARGAS		TRABAJO EN ALTURAS	X
ESPACIOS CONFINADOS		OTRA CUAL?:			

Descripcion detallada de las actividades que ejecutara en el dia:

1. Instalacion de techo
2. Instalacion de Bloque o Ladrillo
3.

Herramientas - Equipos que utilizara

TALADROS		TERMOFUSOR		EXTENCIONES	
PISTOLA DE FIJACION		SEGUETAS - CIZALLAS		ESCALERAS	
HERRAMIENTAS DE MANO	X	CUCHILLAS- BISTURI		ANDAMIOS	
EQUIPOS DE SOLDADURA		PULIDORAS	X	EQUIPO DE ALTURAS	

OTROS. ¿Cuáles?

Elementos de protección personal requeridos

CASCO	X	CARETAS		BOTAS	X
GAFAS	X	PÉTOS		GUANTES	X
PROTECCION AUDITIVA		OVEROLES	X	SEÑALIZACION	
TAPABOCAS	X	ARNES	X	EXTINTORES	

OTROS. ¿Cuáles?

Riesgos y peligros identificados

CAIDAS	X	CORTADURAS	X	INTOXICACION	
RESBALONES	X	AMPUTACION		ASFIXIA	
ELECTROCUCIÓN		ATRAPAMIENTO		ALERGIAS	
FRACTURAS	X	LUMBALGIAS		PERDIDA AUDITIVA	

Observaciones y recomendaciones:

1. Se realiza firma de Permiso con indicaciones de autoridad
2. Se recomienda siempre Utilizar Equipo Contra Alturas
3.

REGISTRO DE PARTICIPANTES

NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	CARGO	FIRMA
Carlos Alberto	78759 813	Oficial	Carlos M.

DATOS DEL AUTORIZANTE

* Una vez inspeccionada el área de trabajo, comprobado el cumplimiento de los requisitos indicados, y verificado los Elementos de Protección Personal necesarios para la ejecución del trabajo, Certifico que se ha efectuado correctamente los trabajos preparatorios indicados y que se puede realizar el trabajo en alturas.

OBSERVACIONES GENERALES:	Este permiso de trabajo en alturas debe ser diligenciado, por el(los) trabajador(es) o por el empleador y debe ser revisado y suscrito por el coordinador de trabajo en alturas en cada evento.

REPONSABLE DE AUTORIZAR EL TRABAJO

NOMBRE COMPLETO:	Alvaro Guerrero	CARGO:	Tecnico	FIRMA:	

REPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIAS

NOMBRE COMPLETO:	Ximey Betran	CARGO:	Apoyo T	FIRMA:	

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE COMPLETO:	Cazuele Rivero	N° LICENCIA:	7325	FIRMA:	

INSPECCIONES

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

PROYECTO: Jalon Comuna'

INSPECTOR DE SST: Cornelio Rivas

MARCA: MAKITA

SERIAL: GA 4026

PROPIETARIO

Semana del 15 al 19 del 2025

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

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

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

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

CODIGO:	CSA-SST-FO-27
FECHA:	14/04/2025
VERSION:	1

INSPECCION - PREOPERACIONAL DE PULIDORA

INSPECTOR DE SST: Conrado Rivera

PROPIETARIO

Semana del 01 al 06 del 2025

Color: Color Comunal

Marca: MAKITA

Serial: CA 9020

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

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

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

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

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

PROYECTO: Jalon Comunal

INSPECTOR DE SST: Consuelo Riaño

MARCA: MAKITA

SERIAL: GA 4020

PROPIETARIO

Semana del 08 al 12 del 2025

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

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

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

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

	INSPECCION LOCATIVA	CSC-SST-FO-39
		10/04/2025

CIUDAD: BOGOTA	SEDE: SALON COMUNAL	Fecha: 16 DE OCTUBRE DE 2025
AREA O SITIO DE TRABAJO:	SALON COMUNAL	

No.	ASPECTOS A VERIFICAR	CUMPLIMIENTO			OBSERVACIONES
		SI	NO	NA	
1	PELIGROS BIOLOGICOS				
1.1	En el área de trabajo está expuesto Virus, bacterias, hongos.	✓			
1.2	El área está libre de insectos y roedores.	✓			
1.3	Los Servidores saben cómo usar y cuidar sus EPP.	✓			
2	PELIGROS FISICOS				
2.1	La iluminación se percibe adecuada para el tipo de labor a realizar (Verificar presencia de sombras o deslumbramiento).	✓			
2.2	Las luminarias están en buen estado	✓			
2.3	Las condiciones de ventilación del espacio se perciben adecuadas	✓			
2.4	Se percibe presencia de ruido que cause disconfort en el trabajador.		✓		
2.5	En el área el trabajador está expuesto a temperaturas extremas (calor y frio)	✓			
2.6	El trabajador percibe temperatura alta o baja que le genere Disconfort.		✓		
3	PELIGROS QUIMICOS				
3.1	El trabajador está expuesto a material particulado	✓			
3.2	Los productos usados por el personal de servicios generales se encuentran debidamente clasificados según tipo de peligro.			✓	
3.3	Los trabajadores saben cómo usar y cuidar sus EPP.	✓			
3.4	Se exige al proveedor que todos los productos químicos ingresen debidamente etiquetados.			✓	
3.5	Las sustancias químicas se encuentran debidamente almacenadas			✓	
	CONDICIONES DE SEGURIDAD				
4	RIESGO MECÁNICO				
4.1	Equipos y herramientas de oficina en buen estado	✓			
4.2	Archivo rodante en buen estado			✓	
4.3	Muebles y estantes de la unidad se encuentran anclados y ajustados	✓			
4.4	El puesto de trabajo no tiene superficies salientes	✓			
5	RIESGO ELÉCTRICOS				
5.1	Cables eléctricos en buen estado y debidamente entubados. (sin adiciones y cintas)		✓		Extensiones en Campamento
5.2	Los empalmes o conexiones estan en buen estado.	✓			
5.3	Tomas e interruptores en buen estado debidamente anclados y señalizados	✓			
5.4	Se observa cajas de breakers sin sobrecarga y señalizadas	✓			
5.5	Los tableros y cajas de breakers están libres de obstáculos.	✓			
5.6	Existe señalización de peligros.	✓			
6	RIESGO LOCATIVO				
6.1	Los muros están en buen estado (Sin grietas, sin humedad, pintura en buen estado).	✓			
6.2	Escaleras en buen estado (paso manos, antideslizantes).			✓	
6.3	Pisos en buen estado, cuentan con acabados y sin desniveles.		✓		
6.4	Ventanas, puertas en buen estado (manijas, chapas, sin vidrios fracturados).		✓		
6.5	Techos en buen estado (Sin goteras).			✓	
6.6	Areas de circulación despejadas (pasillos, escaleras, zonas de transito, etc).	✓			
6.7	Las divisiones modulares (estanterias), escritorio y cajones se encuentran en buenas condiciones. (anclados y ajustados)			✓	Area en Construcción
6.8	El sistema de alarma funciona adecuadamente	✓			
7	PELIGRO POR FENOMENOS NATURALES				
7.1	La unidad cuenta con plan de gestion del riesgo en empresa privada y publica PGDREPP	✓			
7.2	El area cuenta con **Planes Operativos Normalizados** en caso Sismo, Terremoto, Vendaval e Inundaciones.	✓			

7.3	Los extintores son los adecuados al tipo de peligros del área	✓				
7.4	Existe señalización en todas las instalaciones y en las salidas de emergencia	✓				
7.5	La ruta de evacuación se encuentra señalizada y libre de obstáculos	✓				
7.6	Las salida de emergencia y punto de encuentro se encuentran despejadas y señalizadas	✓				
7.7	Se tiene la lista de teléfonos de emergencia a la mano?	✓				
7.8	La brigada se encuentra identificada	✓				
8	ORDEN Y ASEO					
8.1	Las áreas de la unidad se encuentra organizada	✓				
8.2	La unidad cuenta con puntos ecológicos de disposición de residuos	✓				
8.3	El sitio inspeccionado se encuentra en buen estado de aseo y mantenimiento.	✓				
8.4	El archivo de la unidad se encuentra debidamente almacenado y organizado			✓		
9	SANEAMIENTO BASICO					
9.1	La organización cuenta con tanque de almacenamiento de agua potable	✓				
9.2	La unidad cuenta con servicio sanitario en optimas condiciones	✓				
9.3	Las unidades sanitarias cuentan con papel higiénico, jabón, toallas y papeleras con pedal y tapa.	✓				
9.4	Estan los inodoros limpios en buen estado.	✓				
9.5	Se tienen reguladores o ahorradores de agua en los lavamanos y sanitarios.		✓			
10	**PREGUNTAS Y OBSERVACION DE TAREAS (Hacer verificación a través de la observación y preguntas a los trabajadores)**					
10.1	Los funcionarios y contratistas cumplen con las normas de seguridad de su actividad.	✓				
10.2	Los funcionarios y contratistas conocen los peligros a los que están expuestos.	✓				
10.3	El personal tiene claro que hacer en caso de un incidente, accidentes de trabajo y enfermedad Laboral.	✓				
10.4	Los servidores y contratistas saben que hacer en caso de una emergencia	✓				
10.5	Los funcionarios y contratistas conocen la Politica de Seguridad y Salud en el Trabajoy sus responsabilidades dentro del SG-SST?	✓				
10.6	Los servidores y contratistas conocen la ruta de evacuación y el punto de encuentro	✓				
12	**MEDIO AMBIENTE, CAFETERIA Y OTROS**	**BUEN ESTADO**	**REGULAR ESTADO**	**MAL ESTADO**	**OBSERVACIONES**	
12,1	Horno microondas. (Si aplica)	✓				
12,2	Nevera. (Si aplica)				N/A	
12,3	Cafetera. (Si aplica)				N/A	
12,4	Impresora / fotocopiadora. (Si aplica)				N/A	
12,5	Computador. (Si aplica)	✓				
12,6	Estufas y grecas				N/A	

DESCRIPCIÓN DE LAS CONDICIONES REPORTADAS

Zona en Condiciones Optimas para Trabajar

RESPONSABLES QUE REALIZAN LA INSPECCIÓN

NOMBRE	Carmelo Rojas Hernández		
CARGO	Admon SST	**AREA**	SST
FIRMA			

	AREA

	INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE ROTOMARTILLO	CODIGO:	CSA-SST-FO-28
		FECHA:	14/04/2025
		VERSIÓN:	1

IDENTIFICACION DEL EQUIPO

TIPO: Manual	SERIAL/ REF:	MARCA: Bosch	
INSPECCIONADO POR: Alex Perales		LUGAR DE TRABAJO: Salon comunal	
ACTIVIDAD: Perforar		Semana del 13 al 18 de Octubre año 2025	

MANTENIMIENTO

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

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

N/A= NO APLICA

FIRMA DIARIA DEL						
FIRMA DIARIA DEL OPERARIO ENCARGADO:		Alex F.	Alex F.			
SUPERVISOR:		Alvaro G.	Alvaro G.			

OBSERVACIONES

	INSPECCIONES PRE OPERACIONAL DE TALADRO	**CODIGO:**	**CSA-SST-FO-26**
		FECHA:	**14/04/2025**
		PAGINA:	**1**
		VERSIÓN:	**1**

FECHA DE INSPECCIÓN:	Semana Del 01 al 06 Mes 10 de 2025	ÁREA:	Jardín Comunal
INSPECCIÓN REALIZADA POR	Alex Perales / Cornelio Baez	GRUPO DE TRABAJO:	

DESCRIPCIÓN DE TALADRO	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
SE VEREFICO EL ESTADO DE CONEXIONES ELECTRICAS (EXTENCIONES, CABLES, TOMA)	X		X		X		X		X		X		X	
ESTADO DE INSTALACIÓN DE LA BROCA (INSERTACIÓN)	X		X		X		X		X		X		X	
CUENTA CON ACOPLES ADECUADOS PARA LOS ACCESORIOS	X		X		X		✓		✓		✓		✓	
ESTADO E INSTALACION DEL MANGO	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
ESTADO DEL INTERUPTOR DE INCENDIO Y SU SEGURO	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
ESTADO DEL CABLE DE ALIMENTACIÓN	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADO PARA LA TAREA	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
ESTADO GENERAL DEL TALADRO (FISURAS, ROPTURAS, ASEO, ETC)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
SE UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
SE HAN INSTALADO BARRERAS Y/O AISLAMIENTOS APROPIADOS	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
ESTADO DE LAS BROCAS	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
FIRMAS														
FIRMA DE TRABAJADOR	Alex P.		Alex P.		Alex P.		Alex P.		Alex P.		Alex P.		Alex P.	
FIRMA SST	Baez		Baez		Baez		Baez		Baez		Baez			

OBSERVACIONES

CAPACITACIONES

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

Fecha: 14-10-25 Hora Inicio: 8:00 am Hora Fin: 8:05 Duración: 5M

CONTRATO: Consorcio Salud Comunal

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

Temas tratados

Pausas Activas

Relator: Consuelo Riaño

Cargo: SST

Firma:

Lugar de Reunión: Campamento

Nº	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	carlos enrique almendrales s.	1062354059	Almendrales C.
2	oswaldo miranda diaz	15619467	Diaz Amado
3	carlos alberto monterroza g.	78759813	C. Monterroza
4	andres f. montaño mestra	1003005907	Andres M.
5	jesus orafath abdala villafaña	1121326316	Jesus OrafatH
6	alex perales arrias	1078670370	Alex Perales
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

Observaciones :

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

Fecha: 22-10-25 Hora Inicio: 10:30 am Hora Fin: 10:40 Duración: 10 M

CONTRATO: Comercio Salon Comunal

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

Relator: Camilo Bravo Firma:

Cargo: SST Lugar de Reunión: Campamento

Nº	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Amado Miranda Diaz	15.619467	
2	Yeisi Perales Ariza	1073670376	
3	Jesus Abdala	1121.326.316	
4	Carlos Alberto	78759813	
5	Andres Montaño	1003005907	
6	Jimer Beltran	1078073512	
7	Alejandra Perez Teller	1004724104	
8	Fabian Suarez Alarcon	91145 08	
9	Alvaro Camilo Figueroa Moreno	1006996603	
10	Adriana Rico Castañeda	39655.442	
11	Camilo Bravo Hernandez	1073160745	
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

Observaciones: _____

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

Fecha: 08-10-25 Hora Inicio: 8:20am Hora Fin: 8:25am Duración: 5M.

CONTRATO: Consorcio Salon Comunal

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

Relator: Conrado Riaño Firma:

Cargo: Lugar de Reunión: Salon Comunal

Nº	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Carlos Enrique almendrales S.	1062354054	Almendrales C.
2	Amado Miranda Diaz	15619467	Diaz Amado
3	Carlos alberto Monterroza gonzales	78759813	L. Monterroza
4	Andres f. Montaño ulestra	1003005907	Andres M.
5	Jesus drafath abdala villafaña	1121526316	Jesus drafath
6	Alex perales arias	1073670370	Alex Perales
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

Observaciones: _____

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

Fecha: 11-10-25 Hora Inicio: 7:30 Hora Fin: 7:35 Duración: 5M

CONTRATO: Consorcio Salon Comunal

Temas tratados	TIPO DE COMUNICACIÓN Marque una X	
Dar los Fundamentos Naturales	CHARLA PRE OPERACIONAL	
	CHARLA SEMANAL	X
	CHARLA RIESGO ESPECIFICO	
	SISTEMA GESTION SG-SST	
	CAPACITACIÓN	
	INDUCCIÓN	
	REINDUCCIÓN	
	REUNION	

Relator: Gonzalo Bravo Firma:

Cargo: SST Lugar de Reunión: Campamento

Nº	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	carlos enrique almendrales S.	1062354054	Almendrales C.
2	amado miranda diaz	15619467	Diaz Amado
3	Carlos alberto monterroza gonzales	78759813	C. Monterroza
4	andres f. montaño mesma	1003005907	
5	Jesus arafatt abdala villafañe	1121526316	Jesus arafatt
6	alex perales arias	1073670370	Alex Perales
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

Observaciones: _____

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

Fecha: 20-10-25 Hora Inicio: 8:00 am Hora Fin: 8:05 Duración: 5M

CONTRATO: Consorcio salon Comunal

Temas tratados	TIPO DE COMUNICACION Marque una X	
Socialización de Punto de Encuentro	CHARLA PRE OPERACIONAL	
	CHARLA SEMANAL	
	CHARLA RIESGO ESPECIFICO	
	SISTEMA GESTION SG-SST	
	CAPACITACIÓN	
	INDUCCIÓN	
	REINDUCCIÓN	
	REUNION	X

Relator: Carmelo Riaño Firma:

Cargo: SST Lugar de Reunión: Obra

Nº	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Carlos enrique almendrales S.	1062354054	Almendrales C.
2	amado miranola diaz	15619467	Dipt Amado
3	Carlos alberto monterroza B.	98759813	C. Monterroza
4	andres f. montano mestra	1003005907	
5	Jesus arafath abdala villafaño	1121326316	Jesus arafath
6	alex parales arroyo	1013670370	Alex Parales
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

Observaciones: _____

INDUCCIONES

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

Nombre:	JESUS ARFRAIN ABDALA	**Cédula:**	1721326315
Fecha:	14-10-2025	**Cargo:**	AyU

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

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

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

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

FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL EVALUADOR
Jesus A.	

COPASST

EMPRESA: CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013

PERIODO: 2025 – 2026

ACTA DE REUNION COPASST

Fecha: 08-10-2025
Lugar: Salón Comunal
Asistentes: Profesionales del proyecto
Objetivo: Promover el cumplimiento del Sistema de Gestión de SST en la empresa, promoviendo un ambiente laboral seguro y saludable al identificar y controlar riesgos, y proponiendo mejoras para prevenir accidentes y enfermedades laborales

. DESARROLLO DE LA REUNIÓN

1. Siendo las 8:00am asistieron a reunión 2 trabajadores de los que cuenta el Consorcio Saló Comunal 013,
2. Se realizó reunión con el fin de planificar las funciones de cada uno de los integrantes de la brigada de emergencia en el simulacro que se llevará a cabo el día 22 de octubre del presente año.
   Dando a conocer las tres etapas en un simulacro:

1. ANTES DEL SIMULACRO

Programar y planificar: Participar en la planeación del simulacro, colaborando en la definición de escenarios y objetivos.

Capacitar: Promover y participar en actividades de capacitación para los trabajadores sobre cómo actuar durante un simulacro.

Inspeccionar: Realizar inspecciones de los equipos de emergencia y las rutas de evacuación para asegurarse de que estén en condiciones óptimas.

2. Durante el simulacro

Evaluar y vigilar: Monitorear la ejecución del simulacro para verificar el cumplimiento de las normas y procedimientos de seguridad.

Apoyar a los trabajadores: Servir como un canal de comunicación para atender dudas y sugerencias de los trabajadores durante el simulacro.

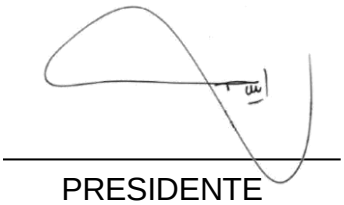
Identificar riesgos: Observar y reportar cualquier factor de riesgo o punto débil que se presente durante la simulación.

3. Después del simulacro

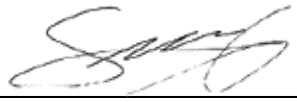
Analizar y evaluar: Revisar los resultados del simulacro para analizar las causas de las fallas o inconsistencias, similar a una investigación de accidentes.

Proponer mejoras: Elaborar un informe con las observaciones y proponer al empleador medidas correctivas para fortalecer el plan de emergencias y prevenir futuros incidentes.

Documentar: Mantener un registro de las actividades, resultados y propuestas de mejora para consulta de los trabajadores y autoridades competentes.



PRESIDENTE



SECRETARIO

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

COCOLA

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

Tipo	COPASST		CCL	**X**	Acta No.	**03**
Modalidad	Presencial	**X**	Medios Virtuales			
Fecha	Día	**20**	Mes:	**10**	Año	**2025**
Hora Inicio	7:30AM	**Hora fin**	8:00AM	**m**		

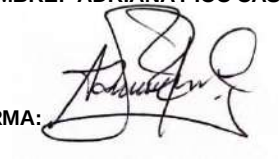
ASISTENTES	
Nombre	**Cargo**
Adriana Pico Castañeda	Profesional Social
Yimer Andrey Beltrán	Apoyo Área Técnica

TEMAS TRATADOS	**DESCRIPCIÓN**
1. Se confirma comité e inicio de reunión	Siendo las 7:30am se elige secretario del comité de convivencia laboral y se procede a realizar la reunión.
2. Se socializa que es Acoso laboral y sus características	Se considera acoso laboral a toda conducta de agresión u hostigamiento física o psicológica que, de forma reiterada, menoscaba, humilla o maltrata a un trabajador, o que amenaza su situación laboral u oportunidades de empleo. Puede ser ejercido por superiores, compañeros o incluso subordinados, e incluye acciones como agresiones verbales, intimidación, descalificaciones constantes, asignación de tareas imposibles o la creación de un ambiente hostil. **Características del acoso laboral:** **Reiteración:** La conducta debe ser persistente y repetirse en el tiempo, aunque los términos exactos (como una vez por semana durante seis meses) pueden variar. **Intención:** Busca generar miedo, intimidación, desmotivación o provocar la renuncia del empleado. Cualquier tipo de agresiones: Incluye tanto la violencia física como la psicológica, así como el hostigamiento sexual. **Impacto negativo:** El objetivo o resultado es causar menoscabo, humillación, maltrato, o amenazar y perjudicar la situación laboral del afectado. **Relación jerárquica:** No importa la posición de poder entre las personas. Puede darse de superior a subordinado, entre compañeros de igual rango o de subordinado a superior.
3. Compromiso	Reportar casos que se puedan considerar como acoso laboral a los integrantes del comité para tomar medidas a tiempo y evitar dañar ambiente laboral.

Finalizada la reunión, se cierra el acta No. 3 de 20 de octubre del año 2025 y se firma por los miembros del Comité de Convivencia Laboral.

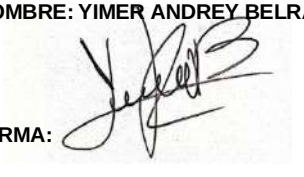
PRESIDENTE
NOMBRE: ADRIANA PICO CASTAÑEDA

FIRMA:



SECRETARIO
NOMBRE: YIMER ANDREY BELRAN

FIRMA:



DOCUMENTOS VEHICULOS

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10022482928

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
SZO559	FOTON	BJ3062V3PDB-B2	2012

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
4.214	BLANCO	PÚBLICO

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
VOLQUETA	PLATON	DIESEL	7000

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
YC4D130-20*D36M1B00424*	N	LVBDJPFA1CN067710

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
******	N	LVBDJPFA1CN067710	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
RAMOS LOPEZ YERALDINE	C.C. 1031177122

****** 130

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
352011000145609

I/E
I

FECHA IMPORT.
09/07/201

PUERTAS
2

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

******



FECHA MATRÍCULA
22/08/2011

FECHA EXP. LIC. TTO.
11/03/2021

FECHA VENCIMIENTO
******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA TTOYTTE MCPAL FUNZA

LT0200060920

COSMOCOLOR-LT-20

SOAT

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

ASEGURADORA

seguros mundial®

tu compañía siempre

FECHA DE EXPEDICIÓN AÑO	MES	DÍA	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL AÑO	MES	DÍA	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL AÑO	MES	DÍA
2024	12	1	2024	12	2	2025	12	1

No. DE PÓLIZA.	PLACA No.	CLASE DE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
89769692 - 610791043	SZO559	CARGA O MIXTOS	PUBLICO	4214	2012

PASAJEROS	MARCA	CARROCERÍA
2	FOTON	PLATON
	LÍNEA VEHÍCULO: BJ3062V3PDBB2	

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
YC4D13020D36M1B00424	LVBDJPFA1CN067710	LVBDJPFA1CN067710	7,00

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No.DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
YERALDINE RAMOS	3223164484	CC	1031177122	FUNZA

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
1317	14	80001522	89769692	11001

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
32	$ 919.000	$ 477.800	$ 2.100

TOTAL A PAGAR

$ 1.398.900

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 se lo pueden solicitar en cualquier momento.

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

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

•Adquiera su SOAT en lugares autorizados.

En caso de accidente de tránsito:

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

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

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

Modificación unilateral de la vigencia por duplicidad de amparos

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

Habeas data

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

Topes de cobertura gastos médicos

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

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

seguros mundial®
tu compañía siempre



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

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

SOLUCIONES CORPORATIVAS

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

Líneas de Atención al Cliente:

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

www.segurosmundial.com.co

@SegurosMundial

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

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

Libertad y Orden

RUNT

CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANT

No. 177833657

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CDA SOACHA EL ALTICO SAS

NIT: 900471384

No. de Certificado de Acreditación: 11-OIN-053-001

Fecha de expedición: 2024/12/12

Fecha de vencimiento: 2025/12/12

DATOS VEHÍCULO

PLACA: SZO559

CLASE: VOLQUETA

MARCA: FOTON

MODELO: 2012

SERVICIO: Público

COMBUSTIBLE: DIESEL

CILINDRAJE: 4214

NRO. MOTOR: YC4D130-20*D36M1B00424*

NRO. CHASIS: LVBDJPFA1CN067710

VIN: LVBDJPFA1CN067710

LÍNEA: BJ3062V3PDB-B2

COLOR: BLANCO

NOMBRE PROPIETARIO: YERALDINE RAMOS L.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.069.078.783
CARDENAS LOPEZ

APELLIDOS
DIEGO FERNANDO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 04-OCT-1993
MANTA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

06-OCT-2011 MANTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1516300-00354754-M-1069078783-20120110 0028917502G 1 36482641



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

Libertad y Orden

No. 1069078783

NOMBRE

DIEGO FERNANDO CARDENAS LOPEZ

FECHA DE NACIMIENTO

04-10-1993

GRUPO SANGUÍNEO

A+

FECHA DE EXPEDICION

17-07-2024

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

SECRETARIA DISTRITAL DE MOVILIDAD DE BOGOTA



CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHÍCULO	VIGENCIA	SERVICIO
A2	MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE.	01-08-2032	PARTICULAR
B2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS.	17-07-2034	PARTICULAR
C2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS.	17-07-2027	PUBLICO

ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC03007619306

RETIRO PERSONAL

Bogotá D.C., 06 de octubre de 2025

Señor:

JOSE JUNIOR DUARTE
C.C. 1.119.391.648
Ciudad

Por medio de la presente se le informa que a partir de la fecha tiene 5 días para realizarse los exámenes de Egreso del consorcio.

Exámenes a realizar:

Examen médico énfasis Osteomuscular
Audiometría
Visiometría

Favor informar que día se realizara dichos exámenes para enviar la orden a la IPS Lecmac Medic Dir.: Cra 41B # 9 – 11, cerca de San Andresito de la 38.

sin otro particular agradeciendo la atención prestada.

Cordialmente,

Jose Junior Duarte
06-10-2025

CONSUELO RIAÑO
ADMINISTRADORA SALUD OCUPACIONAL
CONNSORCIO SALON COMUNAL 013
NIT. 901901941-0

ENTREGA EPP

CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013	**FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL**	CODIGO:	CSA-SST-FO-18
		FECHA:	10/04/2025
		VERSIÓN:	1
		PAGINA:	1

LUGAR	Campamento		
NOMBRE DEL TRABAJADOR	Arnaldo Miranda	**CARGO**	Ayudante

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

OBSERVACIONES :

PROFESIONAL SST :

CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013	**FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL**	CODIGO:	CSA-SST-FO-18
		FECHA:	10/04/2025
		VERSIÓN:	1
		PAGINA:	1

LUGAR	Campamento		
NOMBRE DEL TRABAJADOR	Alix Rueda	**CARGO**	Maestro

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

OBSERVACIONES :

PROFESIONAL SST :

CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013

FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

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

LUGAR Cartagena

NOMBRE DEL TRABAJADOR Andres Montaño **CARGO** Ayudante

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

OBSERVACIONES :

PROFESIONAL SST :

CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013	**FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL**	CODIGO:	CSA-SST-FO-18
		FECHA:	10/04/2025
		VERSIÓN:	1
		PAGINA:	1

LUGAR Campamento

NOMBRE DEL TRABAJADOR Carlos Monterroza **CARGO** Aprial

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

OBSERVACIONES : Se entrega chaqueta pantalon talla 40 y Bota talla 42

PROFESIONAL SST :

CERTIFICADO

SIMULACRO
BOGOTÁ
NOS PREPARAMOS PARA CUIDAR LA VIDA

El Instituto Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático

Otorga la presente constancia a:

CONSORCIO SALON COMUNAL 013

Nit /CC : 901901941

por su participación en el **#SimulacroBogotá**

Bogotá D.C., Octubre de 2025

BOGOTÁ