

OBLIGACIONES CONTRACTUALES contrato N. **CO1.PCCNTR.8320028-2025** cuyo objeto es: ..." *Contratar la adecuación de bodegas de uso agropecuario en la Finca Lope del Centro Internacional de Producción Limpia Lope*".

Nombre del Solicitante: Einer Enrique Castro Narváez

Fecha de Aprobación: 16 de septiembre del 2025

Fecha de Inicio: 19 de septiembre del 2025

Fecha de Terminación: 18 de diciembre del 2025

Número y Fecha de CDP: 5425 del 09 de enero de 2025.

Número y Fecha de RP: 233425 del 16 de septiembre del 2025.

Fecha de Aprobación Póliza: 19 de septiembre del 2025

Contratista: SERVICIOS BIOMEDICOS DE NARIÑO SAS BIC

Número de Contacto: 317 6565978

Link:

2.8.3 Obligaciones de seguridad y salud en el trabajo.

Ítem	Obligación	Documentos que se deben presentar	Etapas de entrega
1	El Contratista deberá presentar para cada pago el soporte o recibo de cancelación vigente de la última planilla de pago de las obligaciones al Sistema de Seguridad Social (EPS, AFP y ARL) del Representante y de los trabajadores que tenga a su cargo y sean objeto del cumplimiento del contrato.	DEBE PRESENTAR PLANILLAS DE SEGURIDAD SOCIAL DE TODOS LOS MESES DE EJECUCION DEL CONTRATO.	Primer pago. Cumple
2	El Contratista deberá entregar para el primer pago la Certificación expedida por ARL del Nivel de Riesgo al cual pertenece acorde con la actividad correspondiente al desarrollo del objeto contractual suscrito, NO superior a 30 días calendario. Nota: Para el caso de contratos en los cuales las actividades a desarrollar implican alto riesgo (Actividades para el mejoramiento de la infraestructura o mantenimiento), todo el personal objeto del contrato debe estar afiliado bajo el nivel de riesgo IV o V.		Primer pago. Cumple
3	El Contratista deberá presentar al SENA para el primer pago la siguiente documentación: Opción 1:	Juliana Andrea Rodríguez moreno	Primer pago. Cumple

	<p>a) Certificado de implementación del SG-SST firmada por el Representante Legal y responsable del SG-SST Formato GCCON-F-065 - Formato N°. 8.</p> <p>b) Fotocopia de cédula legible del profesional SST.</p> <p>c) Licencia de seguridad y salud en el trabajo del profesional responsable del SG-SST. (Vigente)</p> <p>d) Certificado Vigente Curso de SG-SST de 50 Horas o su actualización y/o Curso de 20 Horas (Vigente Resolución 4927 de 2016 y Circular No.0063 de 2020).</p> <p>e) Certificación de autoevaluación de estándares mínimos emitido por ARL o certificación de autoevaluación emitida por Ministerio de Trabajo del año inmediatamente anterior - Decreto. 1072/2015(2.2.4.6.1) y Res 0312-2019.</p> <p>Nota: Incluir el respectivo plan de mejora de acuerdo con la autoevaluación de estándares mínimos aplicables; si el puntaje obtenido es menor al 85%</p> <p>Opción 2: Personas Independientes:</p> <p>a) Certificación Firmada por el Contratista donde indique que es persona natural que NO tiene trabajadores a cargo y no está obligada a implementar el Sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.</p> <p>Nota: De acuerdo con la resolución 0312 de 2019 en el Parágrafo 2. No están obligados a implementar los Estándares Mínimos los trabajadores independientes con afiliación voluntaria al Sistema General de Riesgos Laborales de que trata la Sección 5 del Capítulo 2 del Título 4 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1072 de 2015, Único Reglamentario del Sector Trabajo.</p>		
--	--	--	--

4	<p>El contratista debe presentar para el primer pago, informe de gestión del SG-STT, firmado por el profesional SST con licencia que incluya:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autoevaluación inicial del SG-SST acorde con la Resolución 0312 de 2019. - Estadísticas de accidentalidad de acuerdo con Resolución 0312 de 2019 junto con el reporte de accidentalidad de la ARL del personal que desarrolla las actividades al interior de la entidad. - Acta de entrega de elementos de protección personal - Charlas preoperacionales. - Procedimiento seguro para el desarrollo de actividades críticas y permisos de trabajo. 		<p>Primer pago.</p> <p>Cumple</p>
5	<p>Una vez formalizado el contrato, el Contratista deberá asistir o realizar la inducción y/o reinducción de Seguridad y Salud en el Trabajo, esta información será verificada con el listado de asistencia (para el caso de asistir de forma presencial) o formulario de participación, cuando el contratista (desarrolle la actividad en línea o de forma virtual).</p>	<p>Debe comunicarse con camila azain profesional de apoyo hysi centro Lope al 3202738103</p>	
6	<p>El contratista deberá entregar a la Entidad con el primer pago el Acta que evidencie la participación de la inducción y/o reinducción en generalidades del SG- SST.</p>		
7	<p>El contratista debe presentar para el primer pago, informe de gestión del SG-STT, firmado por profesional SST con licencia que incluya:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autoevaluación inicial del SG-SST acorde con la Resolución 0312 de 2019 con su respectivo plan de mejoramiento si el puntaje obtenido es menor al 85%, firmada por representante legal y profesional SST con licencia vigente. - Estadísticas de accidentalidad de acuerdo con Resolución 0312 de 2019 junto con el reporte de accidentalidad de la ARL del personal que desarrolla las actividades al interior de la entidad. - Acta de entrega de elementos de protección personal 		<p>Todos los pagos</p> <p>Cumple</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Charlas preoperacionales. - Procedimiento seguro para el desarrollo de actividades críticas y permisos de trabajo. 		
8	El contratista deberá presentar durante los primeros 5 días de ejecución del contrato certificados de afiliaciones al Sistema de Seguridad Social (EPS, AFP y ARL) del representante y de los trabajadores que tenga a su cargo y sean objeto del cumplimiento del contrato.		<p>Previo al inicio del contrato.</p> <p>Cumple</p>
9	Previo al inicio de la ejecución del contrato presentar LISTADO DE PERSONAL QUE INGRESA A LAS INSTALACIONES al supervisor del contrato y adjuntar por cada trabajador certificados de afiliación a EPS, AFP y ARL.		<p>Previo al inicio del contrato</p> <p>Cumple</p>
10	<p>Para el ingreso a las instalaciones previo al inicio del contrato el contratista deberá carnetizar al personal que labora en las obras, [nombre del proyecto o referencia del proyecto], con el fin de garantizar la identificación adecuada, el control de acceso, y la seguridad en el lugar de trabajo. A continuación, se detallan los datos necesarios para llevar a cabo el proceso de carnetización:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre completo - Cargo/puesto - Número de identificación - Fecha de ingreso a la obra - Fotografía reciente (si corresponde) 		<p>Previo al inicio del contrato</p> <p>Cumple</p>
11	Presentar durante los 5 primeros días de la ejecución del contrato, informe en el que se evidencie registro fotográfico de entrega de elementos de protección personal, dotación y distintivos de los trabajadores que van a desarrollar actividades en obra.		<p>Todos los pagos</p> <p>Cumple</p>
12	<p>El contratista, deberá presentar durante el tiempo de ejecución del contrato un informe de gestión de manera mensual los primeros 5 días del mes que incluya:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estadísticas de accidentalidad de acuerdo con Resolución 0312 de 2019 junto con el reporte 		<p>Todos los pagos</p> <p>Cumple</p>

	<p>de accidentalidad de la ARL del personal que desarrolla las actividades al interior de la entidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acta de entrega de elementos de protección personal - Charlas preoperacionales. - Gestión profesional SST de la obra. - Desarrollo de inspecciones planeadas para la identificación de condiciones de obra. - Procedimiento seguro para el desarrollo de actividades críticas y permisos de trabajo. 		
13	<p>El contratista deberá presentar para el primer pago Informe que incluya la certificación y Hoja de vida de equipos o herramientas a utilizar con sus soportes de mantenimiento.</p>		<p>Previo al inicio del contrato</p> <p>cumple</p>
14	<p>Previo al inicio del contrato y ejecución de actividades en obra el contratista deberá presentar al supervisor de contrato:</p> <p>a) Hoja de Vida del Coordinador de Trabajo Seguro en Alturas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hoja de Vida con soportes del profesional, con experiencia certificada mínima de un año relacionada con trabajo en alturas. - Certificado Curso Nivel Coordinador de Trabajo Seguro en Alturas, y curso de 50 horas en SST y/o 20 horas (vigente). teniendo en cuenta lo establecido en la Resolución 4272 de 2021. 		<p>Previo al inicio del contrato.</p> <p>Cumple</p>
15	<p>Previo al inicio del contrato y ejecución de actividades el contratista deberá enviar al supervisor de contrato, listado de trabajadores que desarrollen actividades de trabajo en alturas, con su respectivo Certificado, teniendo en cuenta lo establecido en la Resolución 4272 de 2021:</p> <p>a) Coordinador de trabajo en altura:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Curso de nivel coordinador de trabajo en alturas. - Curso de 50 horas en SST y/o 20 horas (vigente). <p>b) Trabajador autorizado:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Capacitación en el nivel trabajador autorizado, y con reentrenamiento vigente cuando aplique, 		<p>Previo al inicio del contrato.</p> <p>Cumple</p>

	de acuerdo con lo establecido en la Resolución 4272 de 2021. c) Ayudante de seguridad: De acuerdo con el rol que cumple dentro de la empresa: - Capacitación en el nivel trabajador autorizado con reentrenamiento vigente		
16	Previo al inicio del contrato el contratista deberá enviar al supervisor de contrato acta de designación de Coordinador de Trabajo Seguro en Alturas, firmada por el representante legal de la empresa.		Durante la ejecución del contrato. Cumple
17	Siempre que un trabajador ingrese a una zona de peligro, debe contar con la debida autorización y si requiere exponerse al riesgo de caídas, debe contar con un aval a través de un permiso de trabajo en alturas acompañado de una lista de chequeo, más aún en caso de que no haya barandas, sistemas de control de acceso, demarcación o sistemas de barreras físicas que cumplan con las especificaciones descritas en la Resolución 4272 de 2021.		cumple
18	Presentar registro fotográfico del listado de equipos para trabajo seguro en alturas con su respectiva hoja de vida y certificación.		cumple

Nota: Todos los archivos deben ser enviados por el contratista en archivo PDF, en carpetas independientes, organizadas y nombradas de acuerdo con la obligación a la cual corresponde.

Nota: De acuerdo con lo establecido, el contratista deberá entregar a la Entidad, junto con el primer pago, el Acta que evidencie su participación en la inducción y/o reinducción sobre las generalidades del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). Para coordinar la agenda y realizar este proceso, por favor comunicarse con el apoyo SST del Centro LOPE: Camila Azain – 320 273 8103.

Camila A

Angie Camila Azain Meneses.
Apoyo profesional HYSI

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ACHICANOY ROSERO DANIEL ESTEBAN** identificado(a) con **CC** número **1.193.201.409** se encuentra afiliado (a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de abril de 2020 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 11 de noviembre de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:

Bogotá (601) 482 33 64 – Medellín (604) 510 90 99 – Cali (602) 386 00 80 -

Barranquilla (605) 319 79 99 – Cartagena (605) 642 49 99 – WhatsApp +57 310 220 5575

o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a <https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/>

Emssanar S.A.S.
NIT: 901.021.565-8
HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) DANIEL ESTEBAN ACHICANOY ROSERO identificado(a) con CC 1193201409, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios en Salud PBS, de Emssanar S.A.S. por DANIEL ESTEBAN ACHICANOY ROSERO CC 1193201409 en calidad de Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha inicio relación laboral	Fecha fin relación laboral
01/nov./2025	

Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura
01/nov./2025	

Informacion beneficiarios:

No hay beneficiarios en el grupo familiar.

El presente certificado se expide a solicitud de el(la) interesado(a) a los 24 días del mes de nov. de 2025.

Observaciones

Con destino a: Solicitud del Interesado

Información sujeta a verificación por parte de Emssanar S.A.S., cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 018000930422 - Documento no válido como autorización de traslado - No es válido para aclarar situación de duplicidad en el SGSSS. Semanas de cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,



JEFE COMERCIAL
EMSSANAR EPS SAS

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES CERTIFICA QUE:

DANIEL ESTEBAN ACHICANOY ROSERO CC 1193201409 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

Datos del contratante			
Nombres y apellidos o Razón Social	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO (DECRETO 1563/16)		
Tipo de documento de identificación	NI	Número de documento de identificación	899999998
Datos del trabajador			
Fecha de inicio cobertura	2025-11-08	Estado de afiliación	Activo
Clase de riesgo	4	Código Actividad Económica	4202201
Fecha de Inicio del Contrato		Fecha Fin del Contrato	
Tipo de vinculación	Independiente	Fecha de retiro	

Esta certificación se expide a los 7 días del mes de noviembre del 2025.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin del contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prórroga deberá realizar la correspondiente novedad.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades

Positiva Compañía de Seguros S.A.:

Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000
Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) |
defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00
a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva
Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

www.positiva.gov



CONSTANCIA DE AFILIACIÓN TRABAJADOR

Colmena Seguros se permite dar constancia que el(la) trabajador(a) mencionado(a) a continuación se encuentra afiliado(a) a esta administradora, bajo los siguientes datos:

NOMBRE: QUELAL TREJO WILLAM ANDRES
IDENTIFICACIÓN: CC 13069464
INICIO VIGENCIA: 27/10/2025
TIPO DE TRABAJADOR: Dependiente
CARGO: OPERATIVO
SALARIO: 1.423.500
ESTADO ACTUAL: VIGENTE
CLASE: 4
TASA: 4,35

DATOS COTIZANTE

RAZON SOCIAL: SERVICIOS BIOMEDICOS DE NARIÑO S.A.S BIC
CC /NIT: NI 900599474
CONTRATO: 74423
SEDE: SERVIONAR
CENTRO DE TRABAJO: SERBIONAR4
INICIO VIGENCIA: 08/06/2013
ESTADO ACTUAL: VIGENTE

La presente se expide a los 09 días del mes de diciembre del año 2025.

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667 gratis a nivel nacional o al teléfono 4010447 en Bogotá.

Cordialmente.

Gerente de Servicio
Colmena Seguros

I. DATOS DEL TRAMITE	
1. Tipo de trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de novedad <input type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación A. Individual: - Cotizante y Cabeza de familia <input type="checkbox"/> - Beneficiario y afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. Adicional <input type="checkbox"/>
3. Régimen A. Cotizante <input type="checkbox"/> B. Substituto <input type="checkbox"/>	
4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/>	
5. Tipo de cotizante A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	
6. Código (se registrar por la EPS)	

A. AFIILIACIÓN			
II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplica o afiliado adicional)			
8. Apellidos y nombres Quelal <small>Primer Apellido</small>	Trejo <small>Segundo Apellido</small>	William <small>Primer Nombre</small>	Andrés <small>Segundo Nombre</small>
9. Tipo de Documento de Identidad CC	10. Número del Documento de Identidad 13.069.464	11. Sexo biológico (Beneficiario) <input type="checkbox"/> Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino	12. Sexo identificación <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual?
13. Nacionalidad Colombiano	14. Lugar de nacimiento País: Colombia Departamento: Nariño Municipio: Pasto	15. Fecha de nacimiento (DDMMAAAA) DD: 03 MM: 10 AAAA: 1980	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS			
Datos Personales			
16. Edad	17. Comunidad	18. Discapacidad <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No Categoría de discapacidad	
19. Tiene encuesta SISBÉN <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	20. Clasificación SISBÉN Nivel: IV Grupo: C17		21. Grupo de población especial
22. Administradora de Riesgo Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones COLPENSIONES	24. Ingreso base de cotización - IBC 1.423.500	25. Tarifa Contribución Solidaria
26. Residencia Calle 28 bis No 27-14 <small>Dirección</small>	3145583553 <small>Teléfono Fijo</small>	No tiene <small>Teléfono Celular</small>	No tiene <small>Correo electrónico</small>
Nariño <small>Departamento</small>	Pasto <small>Municipio/Distrito</small>	Nariño <small>Localidad/Comuna</small>	Zona <input type="checkbox"/> Cabeza Municipal <input type="checkbox"/> Resto Rural <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Centro Poblado <input type="checkbox"/> Rural Disperso <input type="checkbox"/>

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR			
Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante			
27. Apellidos y nombres <small>Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre</small>			
28. Tipo de Documento de Identidad	29. Número del documento de Identidad	30. Sexo biológico (Beneficiario) <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	31. Sexo identificación <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual?
32. Nacionalidad Colombiana	33. Lugar de nacimiento País: Colombia Departamento: Nariño Municipio: Pasto	34. Fecha de nacimiento (DDMMAAAA) DD: 03 MM: 10 AAAA: 1980	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales			
35. Apellidos y nombres <small>Primer Apellido Segundo Apellido Primer nombre Segundo nombre</small>			
36. Tipo de documento de Identidad	37. Número del Documento de Identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico (Beneficiario) <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
40. Sexo identificación <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual?		41. Lugar de nacimiento País: Colombia Departamento: Nariño Municipio: Pasto	
42. Fecha de nacimiento (DDMMAAAA) DD: 03 MM: 10 AAAA: 1980			

Datos complementarios del Beneficiario							
43. Paresesco	44. Edad	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	48. Clasificación SISBÉN Nivel: IV Grupo: C17	49. Discapacidad <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No Categoría de discapacidad	50. Incapacidad permanente <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
51. Datos de residencia Departamento: Nariño Municipio: Pasto		Zona <input type="checkbox"/> Cabeza Municipal <input type="checkbox"/> Centro Poblado <input type="checkbox"/> Rural disperso <input type="checkbox"/> Resto Rural <input checked="" type="checkbox"/>		52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)		Teléfono Fijo y/o celular	
Dirección: Calle 28 bis No 27-14		Localidad/Comuna: Pasto		Correo Electrónico:			

Selección de la IPS Primaria	
53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
IPS Servicios Biomédicos de Nariño sas	01

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APOYANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFIILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO			
55. Nombre o razón social IPS Servicios Biomédicos de Nariño sas	56. Tipo de documento de identificación NIT	57. Número del documento de identificación 900.599.474-3	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) 01
59. Ubicación Cra 40 19 102 <small>Dirección</small>	6027366869 <small>Teléfono fijo o Celular</small>	Nariño <small>Departamento</small>	Pasto <small>Municipio/Distrito</small>

DECLARACION DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- 1. Modificación de datos básicos de identificación
- 2. Cesación de datos básicos de identificación
- 3. Actualización del documento de identificación
- 4. Actualización y corrección de datos complementarios
- 5. Determinación de la inscripción en la EPS
- 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 retención laboral o adquisición de condiciones parafiscales
- 10. Determinación de retención laboral o período de las condiciones para seguir cotizando
- 11. Inscripción EPS a través de un tercero
- 12. Vinculación o cesación del cotizante por razones de afiliación a otras EPS
- 13. Vinculación o cesación del cotizante por razones de afiliación a otras EPS
- 14. Novedad
 - A. Régimen Contributivo
 - B. Régimen Subsidiado
- 15. Traslado
 - A. Mismo Régimen
 - B. Diferente Régimen
- 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia
- 17. Reporte del trámite de protección al cesante
- 18. Reporte de localización de Pre-pensionado
- 19. Reporte de estado de Pre-pensionado
- 20. Ingresos a Contribución Solidaria
- 21. Retiro de Contribución Solidaria

VII. DATOS ACTUALIZADOS SEGUN RESPONDE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de Documento de Identidad	Número del documento de Identidad	62. Sexo biológico Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	63. Sexo identificación T <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/>
64. DMS anterior	65. DMS actual	66. DMS anterior	67. DMS actual
	27-10-2025		
68. Código de Compensación Familiar o Pagador de Desechos		69. Diferencia de retención	

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Recogación.
- 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiario.
- 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución prestadora de servicios de salud.
- 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga fotos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran.
- 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1991 de 2002 y el Decreto 1577 de 2003.
- 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según lo anexo del Sistema vigente.

VIII. COPROBATORIO SOLIDARIO

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

Apellido y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de Documento de Identidad	Número del documento de Identidad			

IX. FIRMAS

80. Cotizante, cabeza de familia o beneficiario o cualquier afiliado adicional

81. Apoyante, entidad responsable de la afiliación o entidad institucional o de Oficio

X. ANEXOS

- 82. Anexo copia del documento de identidad. Cantidad de documentos de identidad anexas: CN RC IU CC PA CE CD SC PT
- 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de escritura pública, acto 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, acto de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- 86. Copia del certificado de adopción o acto 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. Certificado de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se acredite la afiliación de oficio.

Total anexas:

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

92. Identificación del Ente Territorial	93. Nombre de la Institución
Código del municipio	Código del departamento

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

94. Apellido y nombres	95. Fecha de validación
Primer Apellido	Segundo Apellido
Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad
Firma del funcionario	
96. Fecha de radicación	

OBSERVACIONES:

Contenido o documento que con la firma del funcionario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información suministrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

ELABORÓ: Ing. Wilson Barrantes K. Control. Ene. Afiliaciones y Adhesiones del EPS	REVISÓ: Ing. Charly Cuatrecasas K. Control. Servicios de Atención al Cliente del EPS	APROBÓ: Dr. Luis Ferrer-Sánchez Coordinador de Afiliaciones del EPS
---	--	---

Documento Controlado

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **WILLAM ANDRES QUELAL TREJO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **13069464**, se encuentra afiliado/a desde **02/05/2006** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 09 de diciembre de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

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

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

SEBASTIAN HUMBERTO LOPEZ PASTAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.085.335.885**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 8 de Julio del 2025.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

09/07/2025



185412612

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

I. DATOS DEL TRÁMITE		2. Tipo de Afiliación		3. Régimen		4. Contribución solidaria	
1. Tipo de Trámite		- Cotizante o Cabeza de Familia		A. Contributivo		Si No	
A. Afiliación B. Reporte de Novedades		A. Individual: Beneficiario o Afiliado adicional		B. Colectiva C. Institucional		B. Subsidiado	
5. Tipo de Afiliado		6. Tipo de Cotizante		7. Código		(a registrar por la EPS) 01	
A. Cotizante B. Cabeza de Familia		C. Beneficiario D. Afiliado adicional		A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado			

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)							
8. Apellidos y nombres		Primer Apellido Segundo Apellido		Primer Nombre Segundo Nombre			
Lopez		Pastas		Sebastian		Thomberto	
9. Tipo de documento de identidad		10. Número del documento de identidad		11. Sexo biológico		12. Sexo identificación	
CC		1085335-885		Femenino Masculino		F M T NB Otro	
14. Lugar de nacimiento		15. Fecha de nacimiento		13. Nacionalidad			
Colombia		2007/1997		Colombia			

III. DATOS COMPLEMENTARIOS							
Datos Personales							
16. Etnia		17. Comunidad		18. Discapacidad		19. Tiene encuesta SISBÉN	
				Si No Categoría de discapacidad		Si No Nivel Grupo	
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		23. Administradora de Pensiones		24. Ingreso base de cotización - IBC		25. Tarifa Contribución Solidaria	
Colmena		Porcecib		1425500			
26. Residencia Dirección		27. Correo Electrónico		28. Teléfono Celular		29. Teléfono Fijo	
Cra 7 E N. 20-43 - Villaplor 2		Sebastian Lop. @gmail.com		3207170800			
30. Departamento		31. Municipio / Distrito		32. Localidad / Comuna		33. Zona	
Namo		Paite				Cabecera Municipal Rural Disperso Centro Poblado Resto Rural	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR							
Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante							
27. Apellidos y nombres		Primer Apellido Segundo Apellido		Primer Nombre Segundo Nombre			
28. Tipo de documento de identidad		29. Número del documento de identidad		30. Sexo biológico		31. Sexo identificación	
				Femenino Masculino		F M T NB Otro	
33. Lugar de nacimiento		34. Fecha de nacimiento		32. Nacionalidad			
País Departamento Municipio		DD MM AAAA					

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales							
35. Apellidos y nombres							
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							
36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación		41. Lugar de nacimiento	
			Femenino Masculino	F M T NB Otro	Cual	País Departamento Municipio	DD MM AAAA
B1			Femenino Masculino	F M T NB Otro	Cual	País Departamento Municipio	DD MM AAAA
B2			Femenino Masculino	F M T NB Otro	Cual	País Departamento Municipio	DD MM AAAA
B3			Femenino Masculino	F M T NB Otro	Cual	País Departamento Municipio	DD MM AAAA
B4			Femenino Masculino	F M T NB Otro	Cual	País Departamento Municipio	DD MM AAAA
B5			Femenino Masculino	F M T NB Otro	Cual	País Departamento Municipio	DD MM AAAA

Datos complementarios del Beneficiario							
43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN		48. Clasificación SISBÉN	
				Si No	Nivel Grupo	Si No	Categoría de discapacidad
B1				Si No	Nivel Grupo	Si No	Categoría de discapacidad
B2				Si No	Nivel Grupo	Si No	Categoría de discapacidad
B3				Si No	Nivel Grupo	Si No	Categoría de discapacidad
B4				Si No	Nivel Grupo	Si No	Categoría de discapacidad
B5				Si No	Nivel Grupo	Si No	Categoría de discapacidad

51. Datos de residencia							
Departamento		Municipio/ Distrito		Zona		Teléfono fijo y/o celular	
				Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural			
				Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural			
				Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural			
				Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural			
				Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural			
				Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural			
Dirección		Localidad/Comuna		Correo Electrónico			

A. AFILIACIÓN

OFIX.SUMINISTROS Y LOGÍSTICA SAS - NIT. 900156826-1 100264458 Sku. 23572

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
c	Med. fam	
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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

55. Nombre o razón social <i>Servicios Biomédicos de Nos.</i>	56. Tipo documento de Identificación <i>NIT</i>	57. Número del documento de Identificación <i>900599.474</i>	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
59. Ubicación Dirección <i>Paloquemón</i>		Teléfono fijo o Celular	
Correo Electrónico	Departamento <i>Nariño</i>	Municipio / Distrito <i>Paito</i>	

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad	62. Sexo biológico Femenino Masculino
		63. Sexo identificación F M T NB Otro	64. Fecha de nacimiento D D M M A A A A
65. EPS anterior	66. Fecha de novedad <i>09/07/2025</i>	67. Motivo de traslado Código	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

<input type="checkbox"/> 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
<input type="checkbox"/> 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
<input type="checkbox"/> 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.
<input checked="" type="checkbox"/> 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
<input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
<input type="checkbox"/> 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
<input type="checkbox"/> 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
<input type="checkbox"/> 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
<input type="checkbox"/> 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento de identidad	No. del documento de identidad
-----------------	------------------	---------------	----------------	--------------------------------	--------------------------------

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional <i>Leobethan Lopez</i>	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio <i>Diana Bravo</i>
--	---

X. ANEXOS

<input type="checkbox"/> 82. Anexo copia del documento de identidad	Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT
<input type="checkbox"/> 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.	
<input type="checkbox"/> 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.	
<input type="checkbox"/> 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.	
<input type="checkbox"/> 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.	
<input type="checkbox"/> 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.	
<input type="checkbox"/> 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.	
<input type="checkbox"/> 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.	
<input type="checkbox"/> 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.	
<input type="checkbox"/> 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.	Total Anexos

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

92. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio	Código del departamento	93. Nombre de la Institución
---	-------------------------	------------------------------

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

94. Apellidos y nombres Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
--	------------------	---------------	----------------

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. fecha de radicación	97. Fecha de validación
--------------------------------	-----------------------------------	---------------------------	-------------------------	-------------------------

OBSERVACIONES:

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

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial <i>Luis A. Agredo</i> CC 12999713	Sello de Radicación RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS <i>Luis Agredo</i>	Sticker procesamiento <i>[Firma]</i>
--	--	---



CONSTANCIA DE AFILIACIÓN TRABAJADOR

Colmena Seguros se permite dar constancia que el(la) trabajador(a) mencionado(a) a continuación se encuentra afiliado(a) a esta administradora, bajo los siguientes datos:

NOMBRE: LOPEZ PASTAS SEBASTIAN HUMBERTO
IDENTIFICACIÓN: CC 1085335885
INICIO VIGENCIA: 08/09/2025
TIPO DE TRABAJADOR: Dependiente
CARGO: MAESTRO OBRA
SALARIO: 1.423.500
ESTADO ACTUAL: VIGENTE
CLASE: 5
TASA: 6,96

DATOS COTIZANTE

RAZON SOCIAL: SERVICIOS BIOMEDICOS DE NARIÑO S.A.S BIC
CC /NIT: NI 900599474
CONTRATO: 74423
SEDE: SERVIONAR
CENTRO DE TRABAJO: OBRA CIVIL
INICIO VIGENCIA: 08/06/2013
ESTADO ACTUAL: VIGENTE

La presente se expide a los 21 días del mes de noviembre del año 2025.

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667 gratis a nivel nacional o al teléfono 4010447 en Bogotá.

Cordialmente.

Gerente de Servicio
Colmena Seguros

Bogotá D.C., octubre 1 de 2025

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que SEBASTIAN HUMBERTO LOPEZ PASTAS, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1085335885, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS TRABAJADOR AUTORIZADO

OFERENTE DE CAPACITACIÓN: INGENIERÍA Y SEGURIDAD EN LAS ALTURAS

ENTRENADOR: JOSE VICENTE GUACANEME GONZALEZ

SEDE DONDE SE FORMÓ: INGENIERIA Y SEGURIDAD EN LAS ALTURAS INSEGAL SAS

EMPLEADOR: SERVICIOS BIOMEDICOS DE NARIÑO SAS BIC

ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: COLMENA

SECTOR ECONÓMICO: TELECOMUNICACIONES

FECHAS DE FORMACIÓN: 09/07/2025 a 12/07/2025

INTENSIDAD HORARIA: 32 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día octubre 1 de 2025



CONSTANCIA DE AFILIACIÓN TRABAJADOR

Colmena Seguros se permite dar constancia que el(la) trabajador(a) mencionado(a) a continuación se encuentra afiliado(a) a esta administradora, bajo los siguientes datos:

NOMBRE: BRAVO GIRON MANUEL FERNANDO
IDENTIFICACIÓN: CC 94538411
INICIO VIGENCIA: 07/12/2023
TIPO DE TRABAJADOR: Dependiente
CARGO: REPRESENTANTE LEGAL
SALARIO: 1.423.500
ESTADO ACTUAL: VIGENTE
CLASE: 5
TASA: 6,96

DATOS COTIZANTE

RAZON SOCIAL: SERVICIOS BIOMEDICOS DE NARIÑO S.A.S BIC
CC /NIT: NI 900599474
CONTRATO: 74423
SEDE: SERVIONAR
CENTRO DE TRABAJO: OBRA CIVIL
INICIO VIGENCIA: 08/06/2013
ESTADO ACTUAL: VIGENTE

La presente se expide a los 21 días del mes de noviembre del año 2025.

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667 gratis a nivel nacional o al teléfono 4010447 en Bogotá.

Cordialmente.

Gerente de Servicio
Colmena Seguros



PROCESO DE GESTIÓN CONTRACTUAL

ETAPA PRECONTRACTUAL

CERTIFICADO DE IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

San Juan de Pasto, 01 de septiembre de 2025

Doctor

Marco Polo Torres Palma


Subdirector (E) Centro Internacional de Producción Limpia Lope
Sena Regional Nariño
Ciudad.


Ref.: Proceso No. MC-NRÑ-CIPLL-00109-2025.

MANUEL FERNANDO BRAVO GIRON actuando en calidad de representante legal de SERVICIOS BIOMEDICOS DE NARIÑO SAS BIC, certifico que se encuentra implementado el SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO -SG-SST según los estándares mínimos señalados la normatividad vigente al respecto y contamos con el personal idóneo para su implementación, mantenimiento y divulgación correspondiente.

De igual manera, respecto de nuestro personal, daremos cumplimiento en su totalidad a los requisitos legales en Seguridad y Salud en el Trabajo y Medio Ambiente de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 1072 de 2015 y las normas que lo adicionen o modifiquen, con el fin de garantizar la mitigación y control de los aspectos e impactos ambientales y de seguridad y salud en el trabajo, que puedan generarse en el desarrollo de las actividades contractuales y posteriores a estas.

Para efectos de lo anterior, en constancia firman:


Firma Representante Legal del Proponente o del Proponente Persona Natural
Nombre: MANUEL FERNANDO BRAVO
Cargo: REP LEGAL
Documento de Identidad: 94.538.411
Correo Electrónico: serbionar@gmail.com


Firma del Responsable del SG-SST (Cuando aplique)
Nombre: JULIANA RODRIGUEZ MORENO
Cargo: SISO
Documento de Identidad: 1.085.289.497
Correo Electrónico: serbionar@gmail.com

Colmena Seguros

CER-182.793

Certifica que la empresa SERVICIOS BIOMEDICOS DE NARIÑO S.A.S BIC identificada con NIT 900599474 afiliada a la Administradora de Riesgos Laborales, realizó la autoevaluación de su SG-SST en la fecha 31/12/2024 conforme a la tabla de valores y calificación de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, mediante el diligenciamiento del formulario de evaluación establecido en el artículo 27 de la Resolución 0312 de 2019, la cual arroja un resultado total de 100 %:

CICLO	ESTÁNDAR	CALIFICACIÓN
Planear	Recursos	100 %
	Gestión Integral	100 %
Hacer	Gestión de la salud	100 %
	Gestión de Peligros y Riesgos	100 %
	Gestión de Amenazas	100 %
Verificar	Verificación del SGSST	100 %
Actuar	Mejoramiento	100 %
TOTAL		100 %

La presente certificación se expide a solicitud de la empresa a 21/11/2025

Cualquier inquietud adicional ponemos a su disposición a nuestra Línea Efectiva 401 04 47 en Bogotá y 018000 9 19 667 en el resto del país.

Colmena Seguros comprometida con la información requerida para el adecuado desarrollo de la Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo

Atentamente,

Gerente Prestación de Servicios de Prevención
Colmena Seguros

(1132)

Por la cual se otorga una Licencia de Salud Ocupacional como Persona Natural.

EL DIRECTOR DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO
En uso de sus atribuciones legales y,

CONSIDERANDO:

Que, EL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO, es el Ente rector del Sistema General de Seguridad Social en el Departamento, que la Ley 1562 del 11 de julio de 2012 en su artículo 23, le asigna a las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, la función de expedición, Renovación, Vigilancia y Control de las Licencias de Salud Ocupacional a personas naturales o jurídicas que oferten servicios en Salud Ocupacional.

Que, de conformidad con lo establecido en el Artículo 1 de la Ley 1562 del 2012, la Salud Ocupacional se entenderá en adelante, como "SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO"

Que la Profesional JULIANA ANDREA RODRIGUEZ MORENO, identificada con cédula de ciudadanía No.1.085.289.497 expedido en Pasto, Ingeniera Industrial de Profesión y Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo, solicitó el 23 de abril de 2018 Licencia en Salud Ocupacional como Persona Natural y para el efecto diligenció la Solicitud de Licencia para la Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo- Personas Naturales, Resolución 4502 Ministerio de Salud y Protección Social -Riesgos Laborales - Anexo Técnico, acreditando la formación profesional para tal efecto y allegando la documentación exigida por la ley 1562 del 2012 en concordancia con la resolución No. 004502 del 2012.

Que la Oficina de la Dimensión de Salud y Ámbito Laboral del Instituto Departamental de Salud de Nariño revisó y verifico la documentación requerida, encontrándose en orden y ajustada a derecho y confirmó los servicios que el solicitante puede prestar, emitiendo concepto favorable para expedir licencia para prestar servicios en Salud ocupacional.

Por lo anterior,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Otorgar a JULIANA ANDREA RODRIGUEZ MORENO Ingeniera Industrial, Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.085.289.497 expedida en Pasto, la Licencia de Salud Ocupacional como Persona Natural para la Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo, para ejercer en los Campos de Acción que se enuncian en el artículo Segundo de esta Resolución.



ARTICULO SEGUNDO: Los Campos de Acción Autorizados en los que pueden prestar la Profesional Especialista JULIANA ANDREA RODRIGUEZ MORENO son los siguientes:

1. Ingeniería Industrial en Seguridad y Salud en el trabajo
2. Higiene y Seguridad Industrial
3. Investigación en Seguridad y Salud en el Trabajo
4. Investigación del Accidente de Trabajo
5. Educación.
6. Capacitación.
7. Diseño, administración y ejecución del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo

PARÁGRAFO PRIMERO: La Licencia de Salud Ocupacional otorgada a la Profesional Especialista JULIANA ANDREA RODRIGUEZ MORENO se expide por el termino de diez (10) años, contados a partir de la ejecutoria de la presente resolución; teniendo VALIDEZ en todo el territorio nacional de conformidad con el artículo 6 de la resolución 4502 del 2012 emanada del Ministerio de Salud y Protección Social, su renovación estará sujeta a la normatividad vigente para tal efecto.

ARTICULO TERCERO: El Titular de la Licencia, queda comprometido a cumplir en el ejercicio de sus actividades con las normas legales, técnicas y éticas para la prestación de Servicios en seguridad y Salud en el Trabajo, que para tal fin expida el Ministerio de Salud y Protección Social y Ministerio de El Trabajo

ARTICULO CUARTO: Notificar la presente Resolución a la Profesional Especialista JULIANA ANDREA RODRIGUEZ MORENO, de acuerdo con lo establecido en los artículos 67 y 69 de la Ley 1437 del 2011, haciéndole saber que contra ella procede el recurso de reposición ante el Director del Instituto Departamental de Salud de Nariño dentro de los diez (10) días siguientes a su notificación, de conformidad con el artículo 76 de la ley 1437 del 2011.

ARTICULO QUINTO: La presente Resolución rige a partir de la fecha de su ejecutoria.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en San Juan de Pasto, a los dos (2) días del mes de mayo de 2018

OMAR ANDRÉS ALVAREZ MEJIA
Director IDSN



Proyectó: FABIOLA FIGUEROA FIGUEROA Profesional Especializada Dimensión Salud y Ámbito Laboral		Revisó: BIBIANA INES MENA CRIOLLO Subdirectora de Salud Pública del IDSN	
Firma 	Fecha: 2 de mayo de 2018	Firma 	Fecha: 2 de mayo de 2018



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.085.289.497**
RODRIGUEZ MORENO

APELLIDOS
JULIANA ANDREA

NOMBRES
JULIANA RODRIGUEZ M.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-MAY-1991**

PASTO
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

26-JUN-2009 PASTO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-2300100-00206346-F-1085289497-20091226

0019353417A 2

32646583



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Mediante registro RCO-002 del Ministerio de Trabajo, que avala
el proceso de formación acorde con la Circular 063 de 2020
y en su nombre

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A

Certifica que

JULIANA ANDREA RODRIGUEZ MORENO

Identificado(a) con documento de identidad No CC1085289497

**Cursó y aprobó satisfactoriamente el curso de
Curso 20 horas del SG-SST - Actualización del proceso educativo virtual**

Realizado con una intensidad horaria de 20 horas

Luego de cumplir con las actividades programadas y reunir los requisitos que exigen las
normas académicas se firma en Bogotá, Colombia, el 6 de febrero de 2023




Carlos Iván Heredia Ferreira
Vicepresidente de Promoción y Prevención
Positiva Compañía de Seguros S.A.

LA ASEGURADORA
**DE TODOS LOS
COLOMBIANOS**



**MINISTERIO DE HACIENDA Y
CRÉDITO PÚBLICO**

	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: SST-FR-042
		Versión: 02
	RENDICIÓN DE CUENTAS – OBRA CIVIL	Fecha: 30/12/2022
		Estándar: E2.6.1

INFORME SST N° 1

CONTRATO: Contrato adecuación de bodegas de uso agropecuario en la Finca Lope del Centro Internacional de Producción Limpia Lope.

FECHA: 19 de septiembre hasta 18 de diciembre 2025

LUGAR: SENA Pasto

SERVICIOS BIOMÉDICOS DE NARIÑO S.A.S. comprometido con la promoción y prevención de accidentes de trabajo y enfermedad laboral (ATEL) de sus colaboradores cuenta con un Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo (SG-SST) donde contempla actividades de afiliación personal, inducción, capacitaciones, charlas de SST y las necesarias para dar cumplimiento a la normatividad vigente en riesgos laborales entre las que se destacan el decreto 1072 de 2015 y la resolución 0312 de 2019.

A continuación, se describe las actividades realizadas durante el periodo.


Actividad 1. Afiliación del personal.

Se relaciona el personal involucrado en el contrato: director, residente, profesional sst, y maestro y auxiliares de obra.

Tabla 1. Trabajadores del contrato

NOMBRE Y APELLIDOS DEL TRABADADOR	N° DOCUMENTOS DE IDENTIDAD	CARGO	AFP	EPS	ARL
Carlos Alfonso Tarapues Rosero	1.085.285.197	Director de obra	Porvenir	Nueva EPS	Positiva
Paulo Giovany Solarte Estrella	80.100.556	Residente de obra	Colpensiones	Sanitas	Positiva
Paola Andrea López Martínez	1.085.290.055	SST	Porvenir	Sanitas	Colmena
Wilfredo Delgado Erazo	98.325.925	Maestro de obra	Colpensiones	Sanitas	positiva

Elaboró: Paola Andrea López M Licencia SST 1180-2020	Revisó: Karen Bravo Girón Administradora	Aprobó: Manuel Bravo Girón Representante Legal	Fecha de modificación: 04 de octubre 2025
			Página 1 de 9

	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: SST-FR-042
		Versión: 02
	RENDICIÓN DE CUENTAS – OBRA CIVIL	Fecha: 30/12/2022
		Estándar: E2.6.1

Daniel Esteban Achicanoy Rosero	1.193.201.409	Auxiliar de obra	protección	Emssanar	positiva
William Andrés Quedal Trejo	13.069.464	Auxiliar de obra	Colpensiones	Mallamas	Colmena

Se realiza las respectivas afiliaciones a todos los colaboradores operativos que se encuentran en la ejecución de la obra, así como al personal administrativo.

Ilustración 1. Afiliación a la ARL del personal vinculado a la obra.




Actividad 2. Inducción y reinducción de SST

Se realiza inducción al personal, donde se abarca temas de divulgación de las políticas de SST y de no consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas (SPA), objetivos del SG-SST, además de dar a conocer a los trabajadores los peligros a los que están expuestos y las recomendaciones para evitar ATEL. Se informa a que ARL se realiza la afiliación.

Ilustración 2. Inducción de SST



Elaboró: Paola Andrea López M Licencia SST 1180-2020	Revisó: Karen Bravo Girón Administradora	Aprobó: Manuel Bravo Girón Representante Legal	Fecha de modificación: 04 de octubre 2025
			Página 2 de 9

	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: SST-FR-042
		Versión: 02
	RENDICIÓN DE CUENTAS – OBRA CIVIL	Fecha: 30/12/2022
		Estándar: E2.6.1

Actividad 3. Entrega de EPP

Se realiza entrega de elementos de protección personal (EPP) acorde a las actividades a realizar de cada trabajador. Guantes, tapabocas, gafas, casco, chaleco.

Ilustración 3. Entrega de EPP



Adicionalmente, para la identificación del personal, se entrega distintivos para identificar que pertenecen al contratista, carnet a cada uno de los colaboradores.

Ilustración 4. Carnet del personal




Actividad 4. Capacitaciones

Se realiza charlas sobre temas de SST, para la promoción y prevención de ATEL.

- Inducción SST:** Se da a conocer las responsabilidades frente al sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, haciendo énfasis en las responsabilidades de los trabajadores. Fomentar un ambiente de trabajo seguro: Se promueve la prevención de comportamientos inseguros, el acoso


Elaboró: Paola Andrea López M Licencia SST 1180-2020	Revisó: Karen Bravo Girón Administradora	Aprobó: Manuel Bravo Girón Representante Legal	Fecha de modificación: 04 de octubre 2025
			Página 3 de 9

	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: SST-FR-042
		Versión: 02
	RENDICIÓN DE CUENTAS – OBRA CIVIL	Fecha: 30/12/2022
		Estándar: E2.6.1

laboral y se busca que el trabajador informe sobre condiciones o prácticas inseguras. Conocimiento del SGSST: Se presenta el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, que es la estructura para la mejora continua de las condiciones laborales.

- **El Autocuidado en trabajo:** en obra civil debe enfocarse en la conciencia de los riesgos, la responsabilidad personal y la adopción de hábitos seguros para prevenir accidentes y enfermedades, cubriendo temas como el uso correcto de EPP, pausas activas, hidratación, buena alimentación, descanso, y la importancia de pedir ayuda y reportar condiciones inseguras, recordando que el autocuidado es una elección activa y no solo una obligación.
- **La utilización de elementos de protección personal:** en obra civil se enfoca en la importancia vital de estos equipos como última línea de defensa, cubrir los EPP básicos obligatorios (casco, gafas, calzado de seguridad, guantes, ropa adecuada, protectores auditivos), explicar el uso correcto y ajuste de cada uno, y destacar el mantenimiento, inspección y cuidado personal, recordando que su no uso adecuado incrementa riesgos graves como caídas, golpes o lesiones por polvo y ruido.
- **Beneficios de tomar agua:** nos enfocamos en cómo la hidratación mejora la concentración, energía y productividad, reduce el estrés y dolores de cabeza, optimiza la función cognitiva (memoria, toma de decisiones), regula la temperatura corporal y previene problemas de salud como el cansancio, calambres y estreñimiento, beneficiando tanto al empleado como a la empresa al promover el bienestar general y la eficiencia laboral, incluso en trabajos de oficina donde no se siente la sed.
- **Riesgo locativo:** las condiciones inseguras del sitio de trabajo (pisos, techos, escaleras, orden, señalización, instalaciones) que causan accidentes como caídas, golpes, fracturas, destacando que es una causa principal de

Elaboró: Paola Andrea López M Licencia SST 1180-2020	Revisó: Karen Bravo Girón Administradora	Aprobó: Manuel Bravo Girón Representante Legal	Fecha de modificación: 04 de octubre 2025
			Página 4 de 9

	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: SST-FR-042
		Versión: 02
	RENDICIÓN DE CUENTAS – OBRA CIVIL	Fecha: 30/12/2022
		Estándar: E2.6.1

incidentes, y centrándose en la prevención mediante orden y aseo, inspecciones, señalización, mantenimiento, y el uso correcto de EPP, para asegurar la seguridad y bienestar del personal.

Actividad 5. Inspección

Se realiza inspección de herramientas y equipos utilizados en la obra.

Ilustracion5. Inspección equipos y herramientas.



Se realizo la inspección de las siguientes herramientas y equipos a utilizar.


Herramienta menor como martillo, alicate, escuadra, pala, pica, maseta, destornillador, extensión eléctrica, taladro. Todo en buenas condiciones para laborar.

Actividad 6. Actividades de prevención y promoción

- *Se dispone de un punto de hidratación para el personal de la obra. Con su respectivo tarro para cada uno y señalizado.*

Ilustración 6. Punto de Hidratación

Elaboró: Paola Andrea López M Licencia SST 1180-2020	Revisó: Karen Bravo Girón Administradora	Aprobó: Manuel Bravo Girón Representante Legal	Fecha de modificación: 04 de octubre 2025
			Página 5 de 9

	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: SST-FR-042
		Versión: 02
	RENDICIÓN DE CUENTAS – OBRA CIVIL	Fecha: 30/12/2022
		Estándar: E2.6.1



- *Se mantiene la limpieza y aseo de la obra, para mantener un orden y evitar posibles pérdidas de herramientas o accidentes.*

Ilustración 7. Orden y aseo



- *Se realizan pausas activas con el personal haciendo estiramientos y movimientos.*

Elaboró: Paola Andrea López M Licencia SST 1180-2020	Revisó: Karen Bravo Girón Administradora	Aprobó: Manuel Bravo Girón Representante Legal	Fecha de modificación: 04 de octubre 2025
			Página 6 de 9


	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: SST-FR-042
		Versión: 02
	RENDICIÓN DE CUENTAS – OBRA CIVIL	Fecha: 30/12/2022
		Estándar: E2.6.1

Ilustración 8. Pausas activas



Actividad 7. Elementos de emergencias

Se tiene en la obra camilla, botiquín, extintor en buenas condiciones y con su respectiva señalización.

Ilustración 9. Señalizado e inspección de elementos de emergencia.



Actividad 8. Señalización del área de trabajo

Se realiza la señalización del perímetro donde se va a trabajar colocando cinta amarilla de peligro para la identificación del lugar de trabajo y evitar que los estudiantes y trabajadores del lugar no se vayan a accidentar.

Elaboró: Paola Andrea López M Licencia SST 1180-2020	Revisó: Karen Bravo Girón Administradora	Aprobó: Manuel Bravo Girón Representante Legal	Fecha de modificación: 04 de octubre 2025
			Página 7 de 9


	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: SST-FR-042
		Versión: 02
	RENDICIÓN DE CUENTAS – OBRA CIVIL	Fecha: 30/12/2022
		Estándar: E2.6.1

Ilustración 10. Señalización del perímetro del área de trabajo zona bodega para agropecuaria.



Actividad 9. Almacenamiento de productos químicos. (sistema Globalmente Armonizado).

Ilustración 11. Productos químicos.

- Se rotula ACPM, que fue utilizado para la mezcladora.
- Se tiene almacenado el cemento sobre estibas de madera.
- Se les pide a los proveedores las fichas de seguridad de los productos que se están utilizando.
- Se tiene las hojas de seguridad en obra.




Actividad 10. Estadística de accidentalidad

Durante el periodo y en la ejecución de las actividades, el personal relacionado no presento accidentes o incidentes de trabajo.

Ilustración 12. Certificado de accidentalidad ARL

Elaboró: Paola Andrea López M Licencia SST 1180-2020	Revisó: Karen Bravo Girón Administradora	Aprobó: Manuel Bravo Girón Representante Legal	Fecha de modificación: 04 de octubre 2025
			Página 8 de 9

	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: SST-FR-042
		Versión: 02
	RENDICIÓN DE CUENTAS – OBRA CIVIL	Fecha: 30/12/2022
		Estándar: E2.6.1

Elaboró:


CERTIFICACIÓN DE ACCIDENTALIDAD

Colmena Seguros se permite certificar que la empresa relacionada a continuación no reportó accidentes de trabajo ocurridos en período comprendido entre el 01/1/2023 y el 01/12/2023 a esta administradora.

RAZÓN SOCIAL:	SERVICIOS BIOMEDICOS DE NARIÑO S.A.S SIC
CÓDIGO:	020000016
CONTRATO:	34413
CUIDADO:	PAOTO
INICIO VIGENCIA:	05/05/2013
FINADO ACTUAL:	VIGENTE

La presente se extiende a los 11 días del mes de diciembre del año 2025.

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarlo a través de nuestra Línea Eléctrica 11-8000-519847, gratis a nivel nacional o al teléfono 4016447 en Bogotá.

Cordialmente,

 Representante de Servicios
Colmena Seguros

El presente documento tiene validez dentro del período de vigencia del Colmena Seguros en sus pólizas de seguro. Este documento constituye un medio de pago de la póliza de Seguro de Colmena Seguros en vigencia por los siniestros y contingencias del cual el asegurado pagó las primas correspondientes de conformidad con lo establecido en el artículo 1025 del Código de Comercio y en el artículo 1025 del Código de Procedimiento Civil.


PAOLA ANDREA LÓPEZ MARTÍNEZ
 Coordinadora del SG-SST

Elaboró: Paola Andrea López M Licencia SST 1180-2020	Revisó: Karen Bravo Girón Administradora	Aprobó: Manuel Bravo Girón Representante Legal	Fecha de modificación: 04 de octubre 2025
			Página 9 de 9



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) CARLOS ALFONSO TARAPUES ROSERO identificado(a) con CC 1085285197 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	30/11/2020
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CLINICA CARDIOQUIRURGICA DE NARIÑO SEDE PRAGA
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 8 días del mes de abril del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,


Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

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

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

CARLOS ALFONSO TARAPUES ROSERO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.085.285.197**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 8 de Abril del 2025.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES CERTIFICA QUE:

CARLOS ALFONSO TARAPUES ROSERO CC 1085285197 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

Datos del contratante			
Nombres y apellidos o Razón Social	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO (DECRETO 1563/16)		
Tipo de documento de identificación	NI	Número de documento de identificación	899999998
Datos del trabajador			
Fecha de inicio cobertura	2024-08-22	Estado de afiliación	Activo
Clase de riesgo	V	Código Actividad Económica	
Fecha de Inicio del Contrato	2024-08-20	Fecha Fin del Contrato	2050-12-31
Tipo de vinculación	Independiente	Fecha de retiro	

Esta certificación se expide a los 16 días del mes de octubre del 2025.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin del contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prórroga deberá realizar la correspondiente novedad.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades

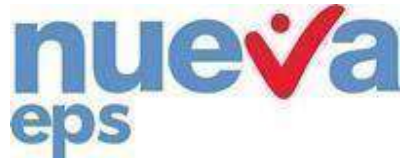
Positiva Compañía de Seguros S.A.:

Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000
Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) |
defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00
a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva
Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

www.positiva.gov



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) PAULO GIOVANY SOLARTE ESTRELLA, identificado(a) con CC 80100556 se encuentra AFILIADO como cotizante a la EPS en Régimen: Contributivo.

Fecha de Activación de Servicios: 02-04-2018

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: CLINICA CARDIOQUIRURGICA – SEDE PRAGA

Categoría:

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 26 días del mes de septiembre del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **PAULO GIOVANY SOLARTE ESTRELLA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **80100556**, se encuentra afiliado/a desde **17/04/2013** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 26 de septiembre de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **PAULO GIOVANY SOLARTE ESTRELLA** identificado con **CC No. 80100556** registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
NIT 899999998 INDEPENDIENTE VOLUNTARIO (DECRETO 1563/16)	Fecha de inicio de cobertura: 29/09/2025 Estado Afiliación: ACTIVO Tipo Vinculación: INDEPENDIENTE VOLUNTARIO Clase de Riesgo: 5

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá a los 1 días del mes de octubre de 2025.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502.
Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. - 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.
MÁS información <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS



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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>		2. Tipo de Afiliación - Cotizante o Cabeza de Familia A. Individual: Beneficiario o Afiliado adicional		B. Colectiva C. Institucional	D. De Oficio	3. Régimen A. Contributivo B. Subsidado		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 <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente C. Pensionado			7. Código (a registrar por la EPS) 01		

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

8. Apellidos y nombres Primer Apellido: LOPEZ Segundo Apellido: MARTINEZ Primer Nombre: PAOLA Segundo Nombre: ANDREA					
9. Tipo de documento de identidad CC	10. Número del documento de identidad 1085290055	11. Sexo biológico Femenino Masculino	12. Sexo identificación FAM T NB Otro	Cual	13. Nacionalidad Colombia
14. Lugar de nacimiento Pais: Colombia Departamento: Nariño Municipio: Pasto	15. Fecha de nacimiento 16/05/1991				

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales									
16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad Si No Categoría de discapacidad		19. Tiene encuesta SISBÉN Si No		20. Clasificación SISBÉN Nivel Grupo		21. Grupo de población especial	
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL Colmena		23. Administradora de Pensiones Pensionis		24. Ingreso base de cotización - IBC 1423500		25. Tarifa Contribución Solidaria			
26. Residencia Dirección Cra 73 N-20-49						Teléfono Fijo			
Teléfono Celular: 3225082757		Correo Electrónico: gerionar@gmail.com							
Departamento: Nariño		Municipio / Distrito: Pasto		Localidad / Comuna		Zona: Cabecera Municipal <input checked="" type="checkbox"/> Rural Disperso Centro Poblado Resto Rural			

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

27. Apellidos y nombres Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre					
28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico Femenino Masculino	31. Sexo identificación F M T NB Otro	Cual	32. Nacionalidad
33. Lugar de nacimiento Pais Departamento Municipio				34. Fecha de nacimiento DD MM AAAA	

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

35. Apellidos y nombres Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre						
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						
36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico Femenino Masculino	40. Sexo identificación F M T NB Otro Cual	41. Lugar de nacimiento Pais Departamento Municipio	42. Fecha de nacimiento DD MM AAAA
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 Nivel Grupo	48. Clasificación SISBÉN Nivel Grupo	49. Discapacidad Si No Categoría de discapacidad	50. Incapacidad permanente Si No
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

51. Datos de residencia

Departamento	Municipio/ Distrito	zona				Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1		Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural Disperso	Resto Rural		
B2		Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural Disperso	Resto Rural		
B3		Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural Disperso	Resto Rural		
B4		Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural Disperso	Resto Rural		
B5		Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural Disperso	Resto Rural		

Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

A. AFILIACIÓN

100264458 SV 11 2023.77

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS			54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
B1	Med. Farm		
B2			
B3			
B4			
B5			

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

55. Nombre o razón social Servicio Biomecánico de Nariño	56. Tipo documento de identificación NIT	57. Número del documento de identificación 900599474	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
59. Ubicación Dirección Cs. 40 N. 19-102		Teléfono fijo o Celular	
Correo Electrónico	Departamento Nariño	Municipio / Distrito PAITA	

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad	62. Sexo biológico Femenino Masculino
65. EPS anterior		66. Fecha de novedad 10/10/2025	67. Motivo de traslado Código
		63. Sexo identificación F M T NB Otro	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
		64. Fecha de nacimiento D D M M A A A A	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.

70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.

71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.

73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.

75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.

78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento de identidad	No. del documento de identidad
-----------------	------------------	---------------	----------------	--------------------------------	--------------------------------

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional
PAOLA LOPEZ

81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
Manuel fernando Bravo

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT

83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.

85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.

86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.

87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.

88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.

89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del 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 la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos

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

92. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio Código del departamento **93. Nombre de la Institución**

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

94. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
-----------------	------------------	---------------	----------------

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. fecha de radicación	97. Fecha de validación
		E.P.S. Sanitas		
OBSERVACIONES:		RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS		

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

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial Juan A. Agreda CC 12997743	Sello de Radicación Recibido por: Juan Agreda	Sticker procesamiento Juan Agreda
--	--	---

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

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

PAOLA ANDREA LOPEZ MARTINEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.085.290.055**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 de Septiembre del 2025.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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

CONSTANCIA DE AFILIACIÓN TRABAJADOR

Colmena Seguros se permite dar constancia que el(la) trabajador(a) mencionado(a) a continuación se encuentra afiliado(a) a esta administradora, bajo los siguientes datos:

NOMBRE: LOPEZ MARTINEZ PAOLA ANDREA
IDENTIFICACIÓN: CC 1085290055
INICIO VIGENCIA: 01/08/2025
TIPO DE TRABAJADOR: Dependiente
CARGO: SISO
ESTADO ACTUAL: VIGENTE
CLASE: 5
TASA: 6,96

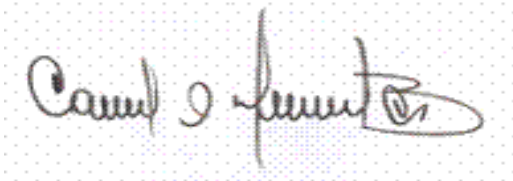
DATOS COTIZANTE

RAZON SOCIAL: SERVICIOS BIOMEDICOS DE NARIÑO S.A.S BIC
CC /NIT: NI 900599474
CONTRATO: 74423
SEDE: SERVIONAR
CENTRO DE TRABAJO: OBRA CIVIL
INICIO VIGENCIA: 08/06/2013
ESTADO ACTUAL: VIGENTE

La presente se expide a los 16 días del mes de octubre del año 2025.

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667 gratis a nivel nacional o al teléfono 4010447 en Bogotá.

Cordialmente.



Gerente de Servicio
Colmena Seguros



Paola López

ADM EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.
INVESTIGACION JUDICIAL [©AZURILUS - Hoja de vida.co

CONTACTO

3225082757

Plopezmartil@hotmail.com

Plopezmartil@gmail.com

Pasto-Nariño, Colombia

PERFIL

Profesional en administración en seguridad y salud en el trabajo, técnico en investigación judicial, con curso de 50 horas de SST, Higiene postural, curso de alturas nivel trabajador autorizado y nivel coordinador, SIIGO PYME B. Con experiencia laboral como analista en SST. El objetivo de su cargo coordinar y ejecutar las actividades y programas requeridos para dar cumplimiento de SG-SST.

HABILIDADES

- Trabajo en equipo
- Liderazgo
- Puntualidad
- Resolución de problemas
- Creatividad.

IDIOMAS

- Español: Nativo

INTERESES

- Diseño de interiores
- Innovación
- Organización
- Deporte

REFERENCIAS

- Ingrid Muñoz. Tel: 3182792781.
Analista de SG-SST.

- Helena Tobar. Tel: 3127830424.
Contadora.

EXPERIENCIA PROFESIONAL

Analista y apoyo en seguridad y salud en el trabajo.

AVIDESA DE OCCIDENTE S. A | Pasto-Nariño, Colombia

Periodo laborado: inicia: 15/02/2021, Finaliza: 01/08/2023.

Coordinar y ejecutar las actividades y programas requeridos para dar cumplimiento a la normativa establecida en el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo para las áreas bajo su responsabilidad, buscando la mejora en las condiciones de trabajo en términos de salud y seguridad y promoviendo el cambio en los trabajadores hacia una cultura de comportamiento seguro.

Responsable del SG-SST

EL PUNTO DEL PAN DE BONO | Pasto-Nariño, Colombia

Periodo laborado: inicia: 10/05/2022, Finaliza: 10/11/2022.

- Diseñar, implementar, ejecutar, mantener y mejorar las actividades proyectadas en el SG-SST.
- Promover la participación de todos los miembros de la empresa en la implementación SG-SST.
- Validar o construir con los jefes de las áreas los planes de acciones y hacer seguimiento al cumplimiento.

Analista en seguridad y salud en el trabajo

CONSTRUCTORA AREA DOS ARQUITECTOS S. A | Pasto-Nariño, Colombia

Periodo laborado: inicia: 17/09/2020, Finaliza: 10/02/2021.

- Planear, ejecutar programas y actividades del SG-SST. Para prevenir los riesgos y la disminución de los accidentes de trabajo.
- Identificar, valorar los riesgos por puesto de trabajo y apoyo en la implementación de los sistemas de control frente a las condiciones de seguridad y salud en el trabajo.

EDUCACION

Universitaria: Corporación Universitaria Minuto de Dios. **Título:** Administración en Salud Ocupacional. **Fecha de terminación:** 29 de mayo 2020. **No licencia:** 1180 IDSN.

Técnico: Técnico de Investigación y Sistemas COLSUP. **Título:** Investigación Judicial. **Fecha de terminación:** 21/12/2012.

Título Bachiller: Colegio: INEM -PASTO. BACHILLER TECNICO COMERCIAL. **Fecha de terminación:** 16/12/2010

CURSOS: CURSO SG-SST 50 HORAS CON SURA. – CURSO SIIGO PYME B 50 HORAS. - CURSO NIVEL TRABAJADOR AUTORIZADO DE ALTURAS 32HORAS - CURSO NIVEL COORDINADOR DE ALTURAS 80 HORAS.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.085.290.055

LOPEZ MARTINEZ

APELLIDOS

PAOLA ANDREA

NOMBRES



[Handwritten Signature]
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-MAY-1991

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

17-JUL-2009 PASTO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Handwritten Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-2300100-00174399-F-1085290055-20090901

0015604274A 1

27203002

Corporación Universitaria Minuto de Dios
Paola Andrea Lopez Martinez
C.E No. 1.085.990.055

Ha cumplido con los requisitos académicos exigidos por la Institución,
la cual, con las debidas autorizaciones le otorga el título de

Administradora en Salud Ocupacional

en testimonio se firma y sella este diploma


Consejo de Fundadores


Rector UVD


Rector General


Secretario General





UNIMINUTO
Corporación Universitaria Minuto de Dios

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO No. 092

La Suscrita Secretaria General de La Corporación Universitaria Minuto de Dios - UNIMINUTO.

Cerifica:

Que en la ciudad de Pasto, departamento de Nariño; el día veintinueve (29) de Mayo de dos mil veinte (2020), la Corporación Universitaria Minuto de Dios - UNIMINUTO, Institución de Educación Superior, reconocida por el Ministerio de Educación Nacional, previo el juramento reglamentario, confirió el título de Administradora en Salud Ocupacional a Paola Andrea Lopez Martinez con cédula de ciudadanía No. 1.085.290.055 quien aprobó la opción de grado correspondiente y cumplió con las normas legales, los requisitos académicos y las exigencias establecidas en los Estatutos y Reglamentos para el grado, y le otorgó el Diploma No 124215 que la acredita como tal, registrado en el Folio 459 del Libro No. 010 de registro de Títulos expedidos por la Corporación Universitaria Minuto de Dios – UNIMINUTO.

La Corporación Universitaria Minuto de Dios – UNIMINUTO está autorizada para conferir este título por la Ley 30 del 28 de Diciembre de 1992. El programa cuenta con Resolución de Registro Calificado según Código SNIES 91236 concedido por el Ministerio de Educación Nacional.

En constancia de lo anterior se firma en la ciudad de Pasto, departamento de Nariño; el día veintinueve (29) de Mayo de dos mil veinte (2020).

Alvaro Campo Cabal
Rector UVD

Linda Lucía Guarín Gutiérrez
Secretaria General



**RESOLUCIÓN**

CÓDIGO: F-PDD05-02

VERSIÓN: 02

FECHA: 23-08-13

Página 1 de 2

(1180)

Por la cual se otorga una Licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo como Persona Natural.

LA DIRECTORA DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO

En uso de sus atribuciones legales y,

CONSIDERANDO:

Que, EL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO, es el Ente rector del Sistema General de Seguridad Social en el Departamento, que la Ley 1562 del 11 de julio de 2012 en su artículo 23, le asigna a las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, la función de expedición, Renovación, Vigilancia y Control de las Licencias de Salud Ocupacional a personas naturales o jurídicas que oferten servicios en Salud Ocupacional.

Que, de conformidad con lo establecido en el Artículo 1 de la Ley 1562 del 2012, la Salud Ocupacional se entenderá en adelante, como "SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO"

Que de conformidad con la Resolución 4502 del 28 de diciembre del 2012 expedida por el Ministerio de Salud, los campos de acción a autorizarse se encuentran contenidos en el Artículo Segundo de la presente Resolución.

Que la Profesional PAOLA ANDREA LOPEZ MARTINEZ, identificada con cédula de ciudadanía No.1.085.290.055 expedida en Pasto, Administradora en Salud Ocupacional de Profesión, solicitó el 22 de junio de 2020 Licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo como Persona Natural y para el efecto diligenció la Solicitud de Licencia para la Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo- Personas Naturales, Resolución 4502 Ministerio de Salud y Protección Social -Riesgos Laborales -Anexo Técnico, acreditando la formación profesional para tal efecto y allegando la documentación exigida por la ley 1562 del 2012 en concordancia con la resolución No. 004502 del 28 de diciembre de 2012.

Que la Oficina de Dimensión de Salud y Ámbito Laboral del Instituto Departamental de Salud de Nariño revisó y verificó la documentación requerida, encontrándose en orden y ajustada a derecho y confirmó los servicios que el solicitante puede prestar, emitiendo concepto favorable para expedir licencia para prestar servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo.

Por lo anterior,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Otorgar a PAOLA ANDREA LOPEZ MARTINEZ, Administradora en Salud Ocupacional de Profesión, identificada con cédula de ciudadanía No.1.085.290.055 expedida en Pasto, la Licencia de Seguridad y Salud en el Trabajo como Persona Natural para





RESOLUCIÓN

CÓDIGO: F-PDD05-02

VERSIÓN: 02

FECHA: 23-08-13

Página 2 de 2

la Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo, y ejercer en los Campos de Acción que se enuncian en el artículo Segundo de esta Resolución.

ARTICULO SEGUNDO: Los Campos de Acción Autorizados en los que pueden prestar la Profesional PAOLA ANDREA LOPEZ MARTINEZ son los siguientes:

1. Administración en Salud Ocupacional
2. Investigación del Accidente de Trabajo
3. Educación.
4. Capacitación.
5. Diseño, administración y ejecución del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

PARÁGRAFO PRIMERO: La Licencia de Salud Ocupacional otorgada a la Profesional PAOLA ANDREA LOPEZ MARTINEZ, se expide por el termino de diez (10) años, contados a partir de la ejecutoria de la presente resolución; teniendo VALIDEZ en todo el territorio nacional de conformidad con el artículo 6 de la resolución 4502 del 2012 emanada del Ministerio de Salud y Protección Social, su renovación estará sujeta a la normalidad vigente para tal efecto.

ARTICULO TERCERO: El Titular de la Licencia, queda comprometido a cumplir en el ejercicio de sus actividades con las normas legales, técnicas y éticas para la prestación de Servicios en seguridad y Salud en el Trabajo, que para tal fin expidan los Ministerios de Salud y Protección Social y Ministerio del Trabajo.

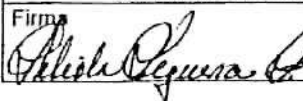
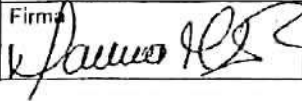
ARTICULO CUARTO: Notificar la presente Resolución a la Profesional PAOLA ANDREA LOPEZ MARTINEZ, de acuerdo con lo establecido en los artículos 67 y 69 de la Ley 1437 del 2011, haciéndole saber que contra ella procede el recurso de reposición ante la directora del Instituto Departamental de Salud de Nariño dentro de los diez (10) días siguientes a su notificación, de conformidad con el artículo 76 de la ley 1437 del 2011.

ARTICULO QUINTO: La presente Resolución rige a partir de la fecha de su ejecutoria.

NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE

Dada en San Juan de Pasto, a los veintitrés (23) días del mes de junio de 2020.


DIANA PAOLA ROSERO ZAMBRANO
Directora IDSN

Proyectó: FABIOLA FIGUEROA FIGUEROA Profesional Especializada Dimensión de Salud y Ámbito Laboral		Revisó: DANIANA MARITZA DE LA CRUZ Subdirectora de Salud Pública del IDSN	
Firma 	Fecha: 23 de junio de 2020	Firma 	Fecha: 23 de junio de 2020



**LA SUSCRITA DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO DE GESTION HUMANA
DE AVIDESA DE OCCIDENTE S.A.
CERTIFICA:**

Que La señora **PAOLA ANDREA LOPEZ MARTINEZ**, identificada con Cédula de Ciudadanía No. **1085290055** expedida en Pasto, se encontró vinculada a nuestra empresa desde el 05 de Agosto de 2021 con un contrato de trabajo a **TERMINO FIJO A UN AÑO**; hasta el día 01 de Agosto de 2023, a la fecha de su retiro se desempeñó en el cargo de **ANALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**.

El objetivo de su cargo era coordinar y ejecutar las actividades y programas requeridos para dar cumplimiento a la normatividad establecida en el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo para las áreas bajo su responsabilidad, buscando la mejora en las condiciones de trabajo en términos de salud y seguridad y promoviendo el cambio en los trabajadores hacia una cultura de comportamiento seguro.

De acuerdo con el objetivo de su cargo, el trabajador realizaba las siguientes funciones:

- Revisar y actualizar en las diferentes áreas la identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos.
- Realizar la calificación de tareas críticas en el área bajo su responsabilidad de acuerdo con lo establecido en la ntc 4116
- Elaborar aros, estándares e instructivos de seguridad y salud en el trabajo
- Actualizar y organizar la información del folder de seguridad y salud en el trabajo del área a su cargo.
- Realizar investigación de los incidentes laborales que se presenten en las instalaciones del área a su cargo

PARA CONSTANCIA SE FIRMA SIN ENMENDADURAS EN: Guadalajara de Buga, a los 10 de abril de 2025.

Atentamente,


ANA MARÍA VALENCIA MIRA
Directora Gestión Humana

AVIDESA DE OCCIDENTE S.A.
DIRECCIÓN GESTIÓN HUMANA
815.000.863-6

San Juan de Pasto, 15 de febrero de 2021



CONSTRUCTORA ÁREA DOS ARQUITECTOS S.A.S.
900.958.258-1

Por medio del presente hace constar que la señora PAOLA ANDREA LOPEZ MARTINEZ identificada con cédula de ciudadanía No. 1.085.290.055 expedida en Pasto (Nariño), prestó sus servicios en la Empresa CONSTRUCTORA AREA DOS ARQUITECTOS S.A.S, como Analista de Seguridad y Salud en el Trabajo, desde el 17 de septiembre del 2020 hasta 10 de febrero 2021, en la primera etapa de la construcción de centro de distribución (CEDI) de Colactaos vía panamericana Catambuco, así mismo entre sus funciones:

- Planear, ejecutar programas y actividades del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). Para contribuir en la promoción, prevención, y disminución de los accidentes de trabajo, enfermedades laborales con el fin de generar un bienestar físico y mental de los trabajadores.
- Elaborar, actualizar, implementar y evaluar los subsistemas y actividades del SG-SST de la empresa, también:
- La prevención, control y disminución de la accidentalidad y enfermedades laborales y control de riesgo en cumplimiento de los requisitos legales vigentes.
- Identificar, valorar los riesgos por puesto de trabajo y apoyar en la implementación de los sistemas de control frente a las condiciones de seguridad y salud en el trabajador.
- Investigar accidentes de trabajo en cumplimiento de los requisitos legales, obteniendo hechos y evidencias que permitan esclarecer con objetividad, su naturaleza y sus causas: elaborando informes confiables y objetivos para plantear las acciones correctivas y preventivas necesarias.
- Gestionar y ejecutar la conformación de brigadas de emergencias, análisis de vulnerabilidad y su implementación.

Durante ese periodo demostró ser una persona puntual, responsable, honesta y trabajadora; para constancia se firma en San Juan de Pasto a los quince (15) días del mes de febrero de 2021.

Atentamente,

Zamira Portilla G.
Coordinadora de Calidad
Cel: 3122013011

ARL



Certificado de logro

La República de Colombia, el Ministerio del Trabajo y ARL SURA hacen constar que:

Paola Andrea Lopez Martinez

Con documento de identidad No. 1085290055



Cursó y aprobó:


CAPACITACIÓN VIRTUAL SGSST (50 HORAS)

Con una duración de 50 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente el 31 de enero de 2023 en Medellín.

Gema C. Zúñiga

Registro Certificado de Oferente de Seguros de Riesgos Laborales Suramericana S.A. RCO-0003. Para validar este certificado, consulte en colegiosvirtuales.arsura.com/cgr/verificar con el número 1172392

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Fecha: 15/06/2022
		Versión: 1

ACTA DE DESIGNACION COORDINADOR ALTURAS

El representante Legal de SERVICIOS BIOMÉDICOS DE NARIÑO S.A.S. dando cumplimiento al Decreto 1072 de 2015 y Resolución 312 de 2019, designa a Paola Andrea López Martínez, identificada con cedula de ciudadanía N° 1.085.290.055, para desempeñar las funciones como COORDINADOR DE ALTURAS, durante el periodo de 01 de agosto a 30 septiembre de 2025. Las funciones se describen a continuación:

- Identificar peligros existentes en los sitios donde se va a desarrollar el trabajo en alturas, implementando medidas correctivas inmediatas para controlar los riesgos asociados a los peligros identificados.
- Sugerir Implementar medidas de seguridad preventivas contra el programa de protección contra caídas con el fin de evitar accidentes.
- Evaluar sistemas de ascenso adecuados para el desarrollo de las actividades en alturas de acuerdo con las tareas a realizar y los peligros identificados.
- Verificar la compatibilidad de los sistemas de acceso para realizar actividades de alturas
- Inspeccionar el montaje de las estructuras modulares y sistemas de protección empleados para trabajo de alturas.
- Verificar el correcto uso de los equipos de protección contra caídas que serán usados en la labor a realizar.
- Aprobar y validar los procedimientos de actividades rutinarias que se realicen en actividades de alturas.
- Asegurar que el personal cuente con la capacitación necesaria para realizar sus tareas de manera segura.
- Verificar la competencia del personal para realizar tareas específicas en alturas.
- Informar al personal sobre los riesgos asociados al trabajo en alturas.
- Revisar y firmar los permisos de trabajos de las personas que realicen actividades de alturas una vez verificados los criterios de seguridad.

Para constancia de lo anterior se firma el 01 día del mes de agosto de 2025.


MANUEL FERNANDO BRAVO GIRÓN
 Representante Legal


PAOLA ANDREA LOPEZ MARTINEZ
 Coordinadora Alturas

Bogotá D.C., agosto 5 de 2025

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que PAOLA ANDREA LOPEZ MARTINEZ, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1085290055, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS COORDINADOR 4272

OFERENTE DE CAPACITACIÓN: VERTICAL SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SUR S.A.S

ENTRENADOR: LUIS MIGUEL RIVERA MESIAS

SEDE DONDE SE FORMÓ: VERTICAL SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SUR SAS

EMPLEADOR: PAOLA ANDREA LOPEZ MARTINEZ

ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: SURA

SECTOR ECONÓMICO: SECTOR INDUSTRIAL

FECHAS DE FORMACIÓN: 19/05/2025 a 27/05/2025

INTENSIDAD HORARIA: 80 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día agosto 5 de 2025

Bogotá D.C., agosto 5 de 2025

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que PAOLA ANDREA LOPEZ MARTINEZ, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1085290055, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: VERTICAL SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SUR S.A.S
ENTRENADOR: LUIS MIGUEL RIVERA MESIAS
SEDE DONDE SE FORMÓ: VERTICAL SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SUR SAS
EMPLEADOR: SERVICIOS BIOMEDICOS DE NARIÑO SAS
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: COLMENA

SECTOR ECONÓMICO: SECTOR INDUSTRIAL
FECHAS DE FORMACIÓN: 02/08/2025 a 02/08/2025
INTENSIDAD HORARIA: 8 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día agosto 5 de 2025



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

I. DATOS DEL TRÁMITE		2. Tipo de Afiliación - Cotizante o Cabeza de Familia - Beneficiario o Afiliado adicional		3. Régimen A. Contributivo B. Subsidiado		4. Contribución solidaria Si No	
1. Tipo de Trámite A. Afiliación B. Reporte de Novedades		A. Individual: <input checked="" type="checkbox"/> B. Colectiva C. Institucional D. De Oficio					
5. Tipo de Afiliado A. Cotizante B. Cabeza de Familia C. Beneficiario D. Afiliado adicional		6. Tipo de Cotizante A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente C. Pensionado		7. Código (a registrar por la EPS) 01			

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)							
8. Apellidos y nombres Primer Apellido: Delgado Segundo Apellido: Eraso Primer Nombre: Wilfredo Segundo Nombre:							
9. Tipo de documento de identidad CC	10. Número del documento de identidad 98325.925	11. Sexo biológico Femenino Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	12. Sexo identificación F M T NB Otro	13. Nacionalidad Colombiana			
14. Lugar de nacimiento Pais: Colombia Departamento: Nariño Municipio: Tangua	15. Fecha de nacimiento 17/03/1979						

III. DATOS COMPLEMENTARIOS					
Datos Personales					
16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad Si No Categoría de discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN Si No	20. Clasificación SISBÉN Nivel Grupo	21. Grupo de población especial
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL Colmena		23. Administradora de Pensiones Colpensiones		24. Ingreso base de cotización - IBC 1423500	
25. Tarifa Contribución Solidaria					26. Residencia Dirección Cra. 29 N. 16-28
26. Residencia Dirección		27. Teléfono Celular 317661.2358		28. Correo Electrónico wilfredo.delgado@gmail.com	
29. Departamento Nariño		30. Municipio / Distrito Parí		31. Localidad / Comuna	
		32. Zona Cabecera Municipal <input checked="" type="checkbox"/> Rural Disperso Centro Poblado Resto Rural			

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

27. Apellidos y nombres Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre				
28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico Femenino Masculino	31. Sexo identificación F M T NB Otro	32. Nacionalidad
33. Lugar de nacimiento Pais Departamento Municipio				34. Fecha de nacimiento D D M M A A A A

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

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

36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico Femenino Masculino	40. Sexo identificación F M T NB Otro Cual	41. Lugar de nacimiento Pais Departamento Municipio	42. Fecha de nacimiento D D M M A A A A
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. Discapacidad Si No Categoría de discapacidad	50. Incapacidad permanente Si No
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

51. Datos de residencia

Departamento	Municipio/ Distrito	Zona Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural				Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

A. AFILIACIÓN

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C Med fecu	
B1	
B2	
B3	
B4	
B5	

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

55. Nombre o razón social Sensos Biomedio, Navio	56. Tipo documento de Identificación N.I.T	57. Número del documento de Identificación 900599.474	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
59. Ubicación Dirección Palermo	Teléfono fijo o Celular		
Correo Electrónico	Departamento Navio	Municipio / Distrito Palo	
60. Tipo de Novedad			
<input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación. <input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación. <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identificación. <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios. <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 6. Reporte de pago a través de un tercero Código <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. <input checked="" type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar. <input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando. <input type="checkbox"/> 11. Inscripción EPS retorno al país.		<input type="checkbox"/> 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. <input type="checkbox"/> 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. <input type="checkbox"/> 14. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado <input type="checkbox"/> 15. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen <input type="checkbox"/> 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia. <input type="checkbox"/> 17. Reporte del trámite de protección al cesante. <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado. <input type="checkbox"/> 19. Reporte de la calidad de Pensionado. <input type="checkbox"/> 20. Ingreso a Contribución Solidaria. <input type="checkbox"/> 21. Retiro de Contribución Solidaria.	

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico Femenino Masculino	63. Sexo identificación F M T NB Otro
65. EPS anterior	66. Fecha de novedad 07/10/2025	67. Motivo de traslado Código	64. Fecha de nacimiento D D M M A A A A A A
		68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

<input type="checkbox"/> 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. <input type="checkbox"/> 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. <input type="checkbox"/> 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. <input checked="" type="checkbox"/> 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. <input type="checkbox"/> 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. <input type="checkbox"/> 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. <input type="checkbox"/> 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. <input type="checkbox"/> 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.
--

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
		Tipo de documento de identidad	No. del documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional Wilfredo Delgado	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio Diana Bravo
--	--

X. ANEXOS

<input type="checkbox"/> 82. Anexo copia del documento de identidad Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT <input type="checkbox"/> 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. <input type="checkbox"/> 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. <input type="checkbox"/> 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. <input type="checkbox"/> 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.	Total Anexos
--	--------------

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

92. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio	Código del departamento	93. Nombre de la Institución
---	-------------------------	------------------------------

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

94. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. fecha de radicación
		97. Fecha de validación	

OBSERVACIONES:

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

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial Jesús A Aguirre ce 12997743	Sello de Radicación RECIBIDO POR Jesús Aguirre	Sticker procesamiento Jesús Aguirre
--	--	--

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES CERTIFICA QUE:

WILFREDO DELGADO ERAZO CC 98325925 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

Datos del contratante			
Nombres y apellidos o Razón Social	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO (DECRETO 1563/16)		
Tipo de documento de identificación	NI	Número de documento de identificación	899999998
Datos del trabajador			
Fecha de inicio cobertura	2025-11-08	Estado de afiliación	Activo
Clase de riesgo	4	Código Actividad Económica	4202201
Fecha de Inicio del Contrato		Fecha Fin del Contrato	
Tipo de vinculación	Independiente	Fecha de retiro	

Esta certificación se expide a los 7 días del mes de noviembre del 2025.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin del contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prórroga deberá realizar la correspondiente novedad.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades

Positiva Compañía de Seguros S.A.:

Nit. 860.011.153-6 | **Línea Gratuita Nacional:** (+57) 01-8000-111-170 - **Teléfono:** +57 (601) 330 7000
Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) |
defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00
a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva
Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

www.positiva.gov

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **WILFREDO DELGADO ERAZO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **98325925**, se encuentra afiliado/a desde **28/07/2006** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 09 de diciembre de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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



ACTA No. 026			
NOMBRE DEL COMITÉ O DE LA REUNIÓN: Inducción y Reinducción en Seguridad y Salud en el Trabajo – Sistema de Gestión Ambiental- SERVICIOS BIOMEDICOS DE NARIÑO			
CIUDAD Y FECHA:	San Juan de Pasto, 3 de octubre del 2025.	HORA INICIO: 03:00	HORA FIN: 04:00 pm
LUGAR Y/O ENLACE:	https://forms.office.com/r/Ba6wYH7WA	DIRECCIÓN / REGIONAL / CENTRO: Centro Internacional de Producción Limpia Lope.	
AGENDA O PUNTOS PARA DESARROLLAR: <ol style="list-style-type: none">1. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo2. Objetivos de Seguridad y Salud en el Trabajo3. Subprograma de Higiene y Seguridad Industrial4. Subprograma de Medicina preventiva y del Trabajo5. Subprograma de Sena Mentalmente Saludable6. Procedimiento para reporte de incidente y accidente de trabajo7. Concepto de emergencia, riesgos y peligro8. Peligros y riesgos existentes9. Respuesta ante emergencias10. Política y Objetivos del Sistema de Gestión Ambiental11. Programas de uso eficiente y ahorro de agua y energía12. Manejo de residuos solidos13. Aspectos e impactos ambiental			
OBJETIVO(S) DE LA REUNIÓN: <p>Garantizar condiciones de trabajo seguras y saludables en el desarrollo de las diferentes actividades dentro de las instalaciones del Centro Internacional de Producción Limpia Lope SENA – Regional Nariño, a través de la promoción de la salud y de la identificación, evaluación y control de los riesgos ocupacionales y aspectos e impactos ambientales, con el fin de evitar la materialización de accidentes de trabajo y de enfermedades laborales y otras situaciones que afecten la calidad de vida de los funcionarios, contratistas, subcontratistas y proveedores externos.</p>			
DESARROLLO DE LA REUNIÓN			
Dando cumplimiento a la normatividad legal vigente establecida en el Decreto Ley 1072/2015 del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo - se realiza la Inducción y Reinducción en Seguridad y Salud en el Trabajo, y el Sistema de Gestión Ambiental - SGA, socialización que se realiza con el proveedor SERVICIOS BIOMEDICOS DE NARIÑO,			



actividad en la cual se da a conocer el SG-SST del SENA, así: Política y objetivos de la SST, al igual que los subprogramas que componen el sistema: Eje de Higiene y Seguridad Industrial, Eje de Medicina Preventiva y el Eje Sena Mentalmente Saludable, procedimiento para reporte de incidente y accidente de trabajo, los peligros asociados en el desarrollo y exposición de las actividades, el Plan de Emergencias: respuesta ante emergencias del Centro Lope, incluye: identificación de amenazas: sismo, erupciones volcánicas, lluvias y granizadas, caída de árboles, inundaciones, fenómenos naturales, entre otras; activación de alarmas, rutas de evacuación y puntos de encuentro.

Dentro del sistema de Gestión Ambiental, se lleva a cabo la socialización de la política ambiental del Sena, así como de los objetivos ambientales establecidos. Estos se orientan hacia la prevención de impactos ambientales reconocidos en todos los procesos productivos desarrollados en el Centro Internacional de Producción Limpia Lope.

Además, se abordan temas relacionados con el manejo de residuos sólidos, tanto peligrosos como no peligrosos, siguiendo la normatividad ambiental vigente.

Asimismo, se presentan las medidas implementadas para promover el uso eficiente y el ahorro de agua y energía.

CONCLUSIONES

La actividad se desarrolló de acuerdo con los objetivos propuestos, dando así cumplimiento a la normatividad legal vigente Decreto 1072 de 2015 “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo” Artículo: 2.2.4.6.28 /numeral 4 - Contratación. Informar a los proveedores y contratistas al igual que a los trabajadores de este último, previo al inicio del contrato, los peligros y riesgos generales y específicos de su zona de trabajo incluidas las actividades o tareas de alto riesgo, rutinarias y no rutinarias, así como la forma de controlarlos y las medidas de prevención y atención de emergencias.

ESTABLECIMIENTO Y ACEPTACIÓN DE COMPROMISOS

ACTIVIDAD /DECISIÓN	FECHA	RESPONSABLE	FIRMA O PARTICIPACIÓN VIRTUAL
Dar cumplimiento a las medidas socializadas por parte de la Profesional HYSI del Centro Lope y la Dinamizadora del SGA y energético.	Vigencia 2025	Contratista SERVICIOS BIOMEDICOS DE NARIÑO	Participación Virtual



ASISTENTES Y APROBACIÓN DECISIONES

NOMBRE	DEPENDENCIA/ EMPRESA	APRUEBA (SI/NO)	OBSERVACIÓN	FIRMA O PARTICIPACIÓN VIRTUAL
FRANCISCO JAVIER MADRIGAL CORREA	SERVICIOS BIOMEDICOS DE NARIÑO	SI	Ninguna	Participación Virtual

De acuerdo con La Ley 1581 de 2012, Protección de Datos Personales, el Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, se compromete a garantizar la seguridad y protección de los datos personales que se encuentran almacenados en este documento, y les dará el tratamiento correspondiente en cumplimiento de lo establecido legalmente.

ANEXOS

Anexos:

1. Registro de asistencia
2. Evaluación de actividad.

SERGIO FERNANDO PORTILLA RODRIGUEZ	5.1004214277	Contratista	ZSOHO CONSTRUCCIONES SAS	zsoh@construccio
MARIA ALEJANDRA SALAZAR RAMOS	5.1083305592	Contratista	MARIA ALEJANDRA SALAZAR RAMOS DOTACIONES IMAGO	dotacionesimago@
JOSÉ JAVIER MENÉSES DÍAZ	5.1086714813	Contratista	JOSÉ JAVIER MENÉSES DÍAZ	javmeneses94@ig
Yeferson Ramirez	5.1022683798	Contratista	INGENIEROS Y SUMINISTROS	yeferson@psysumini
Carlos Mario Hidalgo Deula	5.107650817	Otro	Tarapue SAS	generador@tarapue
Pablo Andres Lopez Martinez	5.1082200555	Contratista	Servicios biomedicos de Nariño	plopezma10@gmail
CARLOS ALFONSO TARAPUEZ ROSERO	5.1085283197	Contratista	CARLOS ALFONSO TARAPUEZ ROSERO	ctarapuez@gmail.c
Rene Orlando Mejias Croniclo	5.13898337	Contratista	Ariguadua	renejmestas6@gmail
Rene Orlando Mejias Croniclo	5.14833337	Contratista	Ariguadua	renejmestas6@gmail
Ricardo Alexander Villota Lopez	5.1042124805	Otro	Ariguadua	ricardovillota30@gmail
Carlos Arturo Bastidas Oriaga	5.12989417	Contratista	Servicios Biomedicos de Nariño	carlosbastidas.oriaga
Sebastián Humberto López Ocasio	5.108335885	Otro	Servicios y equipos biomedicos de Nariño	sebastianhumbert
Pablo Andres Lopez Martinez	5.1082200555	Otro	Servicios biomedicos de Nariño S.A.S	plopezma10@gmail
Néstor Emilio Botina pinchazo	5.1083294920	Contratista	Dejo construcciones	nestorbotina787@gmail
German Hernandez Trujana Narvaez	5.13943735	Contratista	Dejo construcciones	germantrujana@gmail
Juan Bosco Moncayo Moncayo	5.9323793	Contratista	Dejo construcciones	jmoncayo717@gmail
Herminda José María Oviedo	5.1541297	Contratista	Dejo construcciones	hmoncayoviedo@gmail
Silvia Yovanis Arzoo Rivera	5.9323734	Contratista	Dejo construcciones sas	arzooryban11@gmail
Milbon Favian Dorado Miramig	5.87084024	Contratista	Dejo construcciones sas	Fidorado073@gmail
SERGIO FERNANDO PORTILLA RODRIGUEZ	5.1004214277	Contratista	ZSOHO CONSTRUCCIONES SAS	zsoh@construccio

LISTADO DE PERSONAL

NOMBRE	CARGO	EPS	AFP	ARL	CURSO ALTURAS
CARLOS ALFONSO TARAPUEZ ROSERO	DIRECTOR OBRA	NUEVAEPS	PORVENIR	POSITIVA	NA
PAULO SOLARTE ESTRELLA	RESIDENTE OBRA	NUEVAEPS	COLPENSIONES	POSITIVA	NA
PAOLA LOPEZ MARTINEZ	SISO	SANITAS	PORVENIR	COLMENA	SI
WILFREDO DELGADO ERAZO	OPERATIVO	EPS SANITAS	COLPENSIONES	POSITIVA	NA
DANIEL ESTEBAN ACHICANOY ROSERO	OPERATIVO	EMSSANAR	PROTECCION	POSITIVA	NA
WILLAM ANDRES QUELAL TREJO	OPERATIVO	MALLAMAS	COLPENSIONES	COLMENA	NA
SEBASTIAN HUMBERTO LOPEZ PASTAS	OPERATIVO	EPS SANITAS	PORVENIR	COLMENA	SI

Servicios **BIO MEDICOS** de Nariño S.A.S.
www.serbionar.com



PAULO SOLARTE ESTRELLA
CC 80.100.556
RESIDENTE OBRA
Rh O+

Contratar la adecuación de bodegas de uso agropecuario en la Finca Lope del Centro Internacional de Producción Limpia Lope.

Contactos: **317 656 5978** serbionar@gmail.com
317 656 5958 www.serbionar.com

Servicios **BIO MEDICOS** de Nariño S.A.S.
www.serbionar.com



PAOLA ANDREA LOPEZ MARTINEZ
CC 1.085.290.055
SISO
RH A+

Contratar la adecuación de bodegas de uso agropecuario en la Finca Lope del Centro Internacional de Producción Limpia Lope.

Contactos: **317 656 5978** serbionar@gmail.com
317 656 5958 www.serbionar.com

Servicios **BIO MEDICOS** de Nariño S.A.S.
www.serbionar.com



WILLAM ANDRES QUELAL TREJO
CC 13.069.464
OPERATIVO
Rh O+

Contratar la adecuación de bodegas de uso agropecuario en la Finca Lope del Centro Internacional de Producción Limpia Lope.

Contactos: **317 656 5978** serbionar@gmail.com
317 656 5958 www.serbionar.com

Servicios **BIO MEDICOS** de Nariño S.A.S.
www.serbionar.com



DANIEL ESTEBAN ACHICANOY ROSERO
CC 1193201409
OPERATIVO
Rh O+

Contratar la adecuación de bodegas de uso agropecuario en la Finca Lope del Centro Internacional de Producción Limpia Lope.

Contactos: **317 656 5978** serbionar@gmail.com
317 656 5958 www.serbionar.com

Servicios **BIO MEDICOS** de Nariño S.A.S.
www.serbionar.com



WILFREDO DELGADO ERAZO
CC 98.325.925
OPERATIVO
Rh O+

Contratar la adecuación de bodegas de uso agropecuario en la Finca Lope del Centro Internacional de Producción Limpia Lope.

Contactos: **317 656 5978** serbionar@gmail.com
317 656 5958 www.serbionar.com

Servicios **BIO MEDICOS** de Nariño S.A.S.
www.serbionar.com



SEBASTIAN HUMBERTO LOPEZ PASTAS
CC 1.085.335.885
OPERATIVO
Rh O+

Contratar la adecuación de bodegas de uso agropecuario en la Finca Lope del Centro Internacional de Producción Limpia Lope.

Contactos: **317 656 5978** serbionar@gmail.com
317 656 5958 www.serbionar.com

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: FOMAEP
		Versión: 1
	CONTROL DE ENTREGA DE EPP	Fecha: 15/03/2022

PROYECTO Contrato la adecuación de bodegas de uso agropecuario en la Finca Lope del Centro Internacional de Producción Limpia Lope.

NOTA: el trabajador registra su firma en este documento cada vez que se le haga entrega de un EPP consignando la fecha de dicha entrega en la casilla correspondiente.

EQUIPOS DE PROTECCION PERSONAL											
Fecha de entrega	NOMBRE Y APELLIDO	GUANTES	CASCOS	GAFAS	PROTECTOR DE OJDOS	ESOTAS	IMPERMEABLES	TAPABOCAS	OBSERVACIONES	Firma de trabajador	
27/10/2025	Daniel Achicanoy	/	/				/	/	CHALECO.	[Firma]	
27/10/2025	Andres Quejal	/	/				/	/	CHALECO.	[Firma]	
28/10/2025	Wilfredo Celgado		/				/		CHALECO.	[Firma]	
28/10/2025	Claudio Eraso		/							[Firma]	
09/11/2025	Daniel Achicanoy	/							GUANTES DE CAUCHO NEGRO	[Firma]	
09/11/2025	Andres Quejal	/							GUANTES DE CAUCHO NEGRO	[Firma]	
09/11/2025	Wilfredo Celgado	/							GUANTES DE CAUCHO NEGRO.	[Firma]	

OBSERVACIONES:
 TODA INFORMACION QUE SE NESECITE DE EPP PARA ENTREGAR AL TRABAJADOR SE DEBE BUSCAR EN : Matriz de E.P.P

Responsable: Nombre: PAOLA ANOLGA LÓPEZ MARTÍNEZ

Cedula: 1.085.290.055
 Paola Andrea López Martínez
 Administradora en Seguridad y Salud en el Trabajo
 Licencia No. 1160 (ISS)

810	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión: 1
	INSPECCION ESCALERA	Fecha: 18/03/2022

Proceso OBRA CIVIL CONTRATO ASOCIACIÓN DE BODEGAS DE USO AGROPECUARIO.
 Ciudad PASTO
 Fecha (FEBRERO DE 2025) 09 DE DICIEMBRE 2025.
 Lugar (ARRABONAR) BODEGA SENA AGROPECUARIO
 Marca y serie ND

ITEM	DESCRIPCION	ESTADO		
		BUENO	MALO	N/A
REVISION VISUAL				
1	Estado de los peldaños	✓		
2	Estado de las patas de apoyo	✓		
3	Revisión de estabilizadores de apoyo	✓		
4	Revisión de pasadores o pestillos	✓		
5	Revisión de parales (doblados, agrietados)	✓		
REVISION FUNCIONAL				
6	Prueba de apertura y cierre	✓		
7	Revisión de bisagras o de extensiones	✓		
REVISION DE SEGURIDAD				
8	Revisión de aislamientos	✓		
9	Revisión de carga máxima	✓		
10	Comprobación de estabilidad	✓		
11	Estado de etiquetas de seguridad	✓		

RESULTADO DE LA INSPECCION

Aprobada para el uso
 Requiere reparación
 Fuera de servicio

SI	NO
✓	
	✓
	✓

OBSERVACIONES: EN BUENAS CONDICIONES PARA TRABAJAR.

Responsable
 Nombre WILFRADO DELGADO
 Cédula 98.325.925

INSPECTOR

Nombre PAOLA ANORA LOPEZ MARTINEZ
 1.085.290.055

SIO	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión: 1
	INSPECCION HERRAMIENTA MENOR	Fecha: 18/03/2022

Proceso OBRA CIVIL
 Ciudad PASTO
 Fecha ~~(ENERO 2022)~~ 09 DE DICIEMBRE 2021
 Lugar ~~(SERBONAR)~~ BOOMBAS AGRICOLARIAS SENA
 Marca y serie ~~(STANLEY)~~ SERRUCHO, PINZA MANUAL DE CORTAR HIERRO.

ITEM	DESCRIPCION	ESTADO		
		BUENO	MALO	N/A
REVISION VISUAL				
1	Estado de los aislamientos	✓		
2	Estado de las puntas	✓		
3	Revisión de mangos	✓		
4	Revisión de resortes (cuando aplique)			✓
REVISION FUNCIONAL				
5	Prueba de uso	✓		
6	Revisión de uniones/adaptadores			✓
7	Pruebas de corte (cuando aplique)	✓		
REVISION DE SEGURIDAD				
8	Revisión de aislamientos			✓
9	Estado de etiquetas de seguridad			✓

RESULTADO DE LA INSPECCION
 Aprobada para el uso
 Requiere reparación
 Fuera de servicio

SI	NO
✓	
	✓
	✓

OBSERVACIONES: EN BUENAS CONDICIONES PARA LABORAR.

Nombre Responsable
 ANOSES QUIMAL
 Cédula 13.069.964

INSPECTOR
 Nombre PAOLA ANOSES LÓPEZ M
 3.085.290.055.

BO	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión: 1
	INSPECCIONES	Fecha: 18/03/2022

Proceso CONTRATO ADECUACIÓN DE BODEGAS DE USO AGROPECUARIO.
 Ciudad SAN JUAN DE PASTO
 Fecha 09 DE DICIEMBRE 2015.
 Lugar BODEGAS AGROPECUARIAS SFNA
 Marca y serie Carret a buquii.

ITEM	DESCRIPCION	ESTADO		
		BUENO	MALO	N/A
REVISION VISUAL				
1	Estado del cable	✓		
2	Aislamiento del cable	✓		
3	Revisión de las puntas	✓		
4	Comprobar la flexibilidad del cable	✓		
REVISION FUNCIONAL				
5	Revisión del enchufe	✓		
6	verificación de contactos de enchufe	✓		
7	Revisión tomacorrientes	✓		
REVISION DE SEGURIDAD				
8	Revisión de protección de sobrecargas	✓		
9	Revisión de la clasificación del cable (debe ser suficiente para la actividad a realizar en terminos de corriente y voltaje)	✓		
10	Revisión de sobrecalentamiento, cortos, o mal funcionamiento	✓		
11	Estado de etiquetas de seguridad			✓

RESULTADO DE LA INSPECCION
 Aprobada para el uso
 Requiere reparación
 Fuera de servicio


	SI	NO
Aprobada para el uso	✓	
Requiere reparación		✓
Fuera de servicio		✓

OBSERVACIONES: En buenas condiciones vehículo de carga tradicional, 4 ruedas en buenas condiciones, dos patas y dos brazos para empujar.

Responsable
 Nombre Daniel Achicanoy
 Cédula 1.193.201.909

INSPECTOR

Nombre Patricia Andrea Lopez Martinez
1.085.190.053

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión: 1
	INSPECCION ARNES DE SEGURIDAD	Fecha: 18/03/2022

Proceso Contrato de adecuación de bodega uso agropecuario
 Ciudad San Juan de Pasto.
 Fecha 13 DE DICIEMBRE 2022.
 Lugar BODEGAS DE USO AGROPECUARIO.
 Marca y serie E.P. 1 13114182

ITEM	DESCRIPCION	ESTADO		
		APTO	NO APTO (RETIRAR DEL SERVICIO)	N/A
1	Costuras / uniones en buen estado	SI		
2	Elementos metálicos sin corrosión ni deformación	SI		
3	Etiquetas y certificación legible	SI		
4	Fecha de vencimiento no superada	SI		
5	Sin alteraciones o modificaciones indebidas	SI		
6	Condiciones de limpieza adecuadas	SI		

OBSERVACIONES: EN BUENAS CONDICIONES PARA UTILIZAR PARA TRABAJO EN ALTURAS.

Responsable
 Nombre SEBASTIAN HUMBERTO LÓPEZ P.
 Cédula 1.085.335.885.

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión: 1
	INSPECCION ESLINGA	Fecha: 18/03/2022

Proceso

Contrato de adecuación de bodega uso agropecuario

Ciudad

San Juan de Pasto

Fecha

13 DE DICIEMBRE 2023

Lugar

BODEGAS USO AGROPECUARIO

Marca y serie

10 CARO. 544-59

ITEM	DESCRIPCION	ESTADO		
		APTO	NO APTO (RETIRAR DEL)	N/A
1	Costuras / uniones en buen estado	SI		
2	Elementos metálicos sin corrosión ni deformación	SI		
3	Etiquetas y certificación legible	SI		
4	Fecha de vencimiento no superada	SI		
5	Sin alteraciones o modificaciones indebidas	SI		
6	Condiciones de limpieza adecuadas	SI		

OBSERVACIONES: EN BUENAS CONDICIONES PARA EL TRABAJO EN ALTURAS.

Responsable

Nombre

SEBASTIAN HUMBERTO LÓPEZ P.

Cédula

1.085.335.885

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión: 1
	INSPECCION MOSQUETON	Fecha: 18/03/2022

Proceso Contrato de adecuación de bodega uso agropecuario
Ciudad San Juan de Pasto.
Fecha 13 DE DICIEMBRE 2025.
Lugar BODEGAS DE USO AGROPECUARIO.
Marca y serie SOSEGA - 2777

ITEM	DESCRIPCION	ESTADO		
		APTO	NO APTO (RETIRAR DEL SERVICIO)	N/A
1	Costuras / uniones en buen estado			S.
2	Elementos metálicos sin corrosión ni deformación	SI		
3	Etiquetas y certificación legible	SI		
4	Fecha de vencimiento no superada	SI		
5	Sin alteraciones o modificaciones indebidas	SI		
6	Condiciones de limpieza adecuadas	SI		

OBSERVACIONES: EN BUENAS CONDICIONES PARA EL TRABAJO EN ALTURAS

Responsable

Nombre SEBASTIAN HUMBERTO LOPEZ P.
Cédula 1.085.395.885.

Proceso

Ciudad

Fecha

Lugar

Marca y serie

Contrato de adecuación de bodega uso agropecuario
San Juan de Pasto.
13 DE DICIEMBRE 2023.
BODEGAS DE USO AGROPECUARIO.
E.P.I 9492931

ITEM	DESCRIPCION	ESTADO		
		APTO	NO APTO (RETIRAR DEL SERVICIO)	N/A
1	Estructura del anclaje sin fisuras ni deformaciones	Si		
2	Piezas metálicas sin corrosión ni desgaste	Si		
3	Elementos de sujeción en buen estado (pernos, tornillos, soldaduras)	Si		
4	Sistema de fijación firme y seguro	Si		
5	Etiqueta y certificación visible y legible	Si		
6	No presenta alteraciones o modificaciones no autorizadas	Si		
7	Cumple con la capacidad de carga indicada por el fabricante	Si		
8	Condiciones de limpieza y mantenimiento adecuadas	Si		

OBSERVACIONES: EN BUENAS CONDICIONES PARA EL TRABAJO EN ALTURAS

Responsable

Nombre

Cédula

SEBASTIAN LUMBERTO LÓPEZ M
1.025.335.885.

DEPENDENCIA: Contrato adecuación de bodegas de uso agropecuario.

RESPONSABLE DEL EQUIPO: Sebastian Humberto Lopez Pastas

FECHA O PERIODO: 13 DE DICIEMBRE AL 18 DE DICIEMBRE

CONDICIÓN ELEMENTOS DE EQUIPOS CONTRA CAIDAS DE ALTURAS

III WOD	EVALUAR AUSENCIA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES	ESTADO		Marque las casillas con una B si la parte del equipo a utilizar está en buen estado ó con una R para rechazo.													
		PRE	POST	DIA 1		DIA 2		DIA 3		DIA 4		DIA 5		DIA 6		DIA 7	
				B	R	B	R	B	R	B	R	B	R	B	R	B	R
ARNÉS	1	TEJIDO O CORREA															
	1.1	FIBRAS EXTERNAS CORTADAS, DESGASTADAS, DESGARRADAS	✓		B	B	B	B	B								
		Sujetar la correa con las manos separadas entre 6 y 8 pulgadas. Curvar la cinta formando una U invertida. La tensión superficial resultante permite que las fibras dañadas o los cortes sean visibles con mayor facilidad. Verificar al tacto condición de las fibras. Continuar procedimiento a lo largo de la correa.															
	1.2	CORTES O ROTURA DEL TEJIDO O COSTURAS	✓		B	B	B	B	B								
	1.3	GRIETAS	✓		B	B	B	B	B								
	1.4	ESTIRAMIENTO EXCESIVO	✓		B	B	B	B	B								
	1.5	DETERIORO GENERAL	✓		B	B	B	B	B								
	1.6	CORROSIÓN O DESGASTE POR EXPOSICIÓN A ÁCIDOS O PRODUCTOS QUÍMICOS	✓		B	B	B	B	B								
	1.7	QUEMADURAS O FIBRAS DERRETIDAS	✓		B	B	B	B	B								
		Puntos o áreas duras o brillantes indican daño por exposición al calor o a radiación UV.															
1.8	DECOLORACIÓN DEL MATERIAL	✓		B	B	B	B	B									
	Consultar proveedor o fabricante para determinar condición dependiendo de la causa de la decoloración.																
1.9	PRESENCIA DE MOHO	✓		B	B	B	B	B									
1.10	OTROS																
ADAPTADOR DE ANCLAJE	2	COSTURAS															
	2.1	CORTADURAS	✓		B	B	B	B	B								
	2.2	DESHILACHAMIENTO	✓		B	B	B	B	B								
	2.3	HILOS FALTANTES	✓		B	B	B	B	B								
	2.4	QUEMADURAS	✓		B	B	B	B	B								
	2.5	EXPOSICIÓN A PRODUCTOS QUÍMICOS	✓		B	B	B	B	B								
	2.6	OTROS															
ADAPTADOR DE ANCLAJE	3	ARGOLLAS EN "D", ANILLOS, HEBILLAS Y REMACHES															
	3.1	CON DEFORMACIONES O DESGASTE EXCESIVO	✓		B	B	B	B	B								
	3.2	PICADURAS, GRIETAS	✓		B	B	B	B	B								
	3.3	DETERIORO GENERAL	✓		B	B	B	B	B								
	3.4	DEFECTO DE FUNCIONAMIENTO	✓		B	B	B	B	B								
	3.5	CORROSIÓN	✓		B	B	B	B	B								
3.6	OTROS																
ADAPTADOR DE ANCLAJE	4.1	FIBRAS EXTERNAS CORTADAS, DESGASTADAS, DESGARRADAS	✓		B	B	B	B	B								
	4.2	CORTES O ROTURA DEL TEJIDO O COSTURAS	✓		B	B	B	B	B								
	4.3	AJUSTE DE LOS MOSQUETONES EN CIERRES DE SEGURIDAD	✓		B	B	B	B	B								
	4.4	ESTIRAMIENTO EXCESIVO	✓		B	B	B	B	B								
	4.5	DESGASTE EXCESIVO O DEFORMACIONES (DOBLADURAS, ETC)	✓		B	B	B	B	B								
	4.6	PIEZAS FALTANTES	✓		B	B	B	B	B								
4.7	QUEMADURAS O FIBRAS DERRETIDAS	✓		B	B	B	B	B									
	Puntos o áreas duras o brillantes indican daño por exposición al calor o a radiación UV.																
4.8	PRESENCIA DE MOHO Y/O CORROSIÓN EN PARTES METÁLICAS	✓		B	B	B	B	B									
4.9	OTROS																

MANEJO Y CUIDADO



PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO
 FORMATO INSPECCIÓN EQUIPO DE TRABAJO EN ALTURAS

Código: _____
 Versión: 1
 Fecha: _____
 Página: 1 de 2

CATEGORÍA	DESCRIPCIÓN	✓	EVALUACIÓN					PUNTAJE	OBSERVACIONES
			B	B	B	B	B		
ESLINGA CON ABSORCIÓN DE IMPACTO	5.1 FIBRAS EXTERNAS CORTADAS, DESGASTADAS, DESGARRADAS	✓	B	B	B	B	B		
	5.2 CORTES O ROTURA DEL TEJIDO O COSTURAS	✓	B	B	B	B	B		
	5.3 AJUSTE DE LOS MOSQUETONES EN CIERRES DE SEGURIDAD	✓	B	B	B	B	B		
	5.4 ESTIRAMIENTO EXCESIVO	✓	B	B	B	B	B		
	5.5 DESGASTE EXCESIVO O DEFORMACIONES (DOBLADURAS, ETC)	✓	B	B	B	B	B		
	5.6 PIEZAS FALTANTES	✓	B	B	B	B	B		
	5.7 QUEMADURAS O FIBRAS DERRETIDAS	✓	B	B	B	B	B		
	Puntos o áreas duras o brillantes indican daño por exposición al calor o a radiación UV.	✓	B	B	B	B	B		
	5.8 PRESENCIA DE MOHO Y/O CORROSIÓN EN PARTES METÁLICAS	✓	B	B	B	B	B		
5.9 OTROS									
CINTURÓN DE POSICIONAMIENTO	6.1 FIBRAS EXTERNAS CORTADAS, DESGASTADAS, DESGARRADAS								
	6.2 CORTES O ROTURA DEL TEJIDO O COSTURAS								
	6.3 AJUSTE DE LOS MOSQUETONES EN CIERRES DE SEGURIDAD								
	6.4 ESTIRAMIENTO EXCESIVO								
	6.5 DESGASTE EXCESIVO O DEFORMACIONES (DOBLADURAS, ETC)								
	6.6 PIEZAS FALTANTES								
	6.7 QUEMADURAS O FIBRAS DERRETIDAS								
	Puntos o áreas duras o brillantes indican daño por exposición al calor o a radiación UV.								
	6.8 PRESENCIA DE MOHO Y/O CORROSIÓN EN PARTES METÁLICAS								
6.9 OTROS									
MOSQUETONES Y MANUSTOP	7.1 DESGASTE EXCESIVO O DEFORMACIONES (DOBLADURAS, ETC)	✓	B	B	B	B	B		
	7.2 AJUSTE DE LOS MOSQUETONES EN CIERRES DE SEGURIDAD	✓	B	B	B	B	B		
	7.3 GRIETAS O PICADURAS	✓	B	B	B	B	B		
	7.4 RESORTES (DETECTAR FALLAS)	✓	B	B	B	B	B		
	7.5 FRENO AUTOMÁTICO DE MANUSTOP (HACER PRUEBA)	✓	B	B	B	B	B		
	7.5 DETERIORO GENERAL	✓	B	B	B	B	B		
	7.6 CORROSIÓN	✓	B	B	B	B	B		
	7.7 PRESENCIA DE MOHO	✓	B	B	B	B	B		
	7.8 OTROS								
CASCO, GAFAS, GUANTES	8.1 PUNTOS DE APOYO DEL CASCO	✓	B	B	B	B	B		
	8.2 GRIETAS, PICADURAS EN CASCO	✓	B	B	B	B	B		
	8.3 QUEMADURAS EN CASCO	✓	B	B	B	B	B		
	8.4 RAYONES EN VISOR DE GAFAS	✓	B	B	B	B	B		
	8.5 ROTOS EN GUANTES	✓	B	B	B	B	B		
	8.6 OTROS								
LÍNEA DE VIDA	9.1 DEFORMACIONES (DOBLADURAS, ETC)								
	9.2 PICADURAS, GRIETAS								
	9.3 PRESENTA DESGASTE								
	9.4 CORROSIÓN U OXIDACION								
	9.5 FIBRAS EXTERNAS CORTADAS, DESGASTADAS, DESGARRADAS								
	9.6 CORTES O ROTURA DEL TEJIDO O COSTURAS								
	9.7 AJUSTE DE LOS MOSQUETONES EN CIERRES DE SEGURIDAD								
	9.8 ESTIRAMIENTO EXCESIVO								
	9.9 DEFORMACIONES (DOBLADURAS, ETC)								
	9.10 QUEMADURAS O FIBRAS DERRETIDAS								
	9.11 PUNTOS O ÁREAS DURAS O BRILLANTES INDICAN DAÑO POR EXPOSICIÓN AL CALOR O A RADIACIÓN UV.								
	9.12 CORROSIÓN EN PARTES METÁLICAS								
	9.13 PRESENCIA DE MOHO								
	9.14 PRESENCIA DE SUSTANCIAS QUÍMICAS EN PARTES METÁLICAS Y EN LAS REATAS								
	9.15 CUENTA CON LA ETIQUETA DE CERTIFICACIÓN								
	9.16 SE PROTEGE DE LAS ARISTAS VIVAS DE MUROS (CONTACTO CON BORDES CONTUNDENTES)								

Vo.Bo. Coordinador Certificado: _____ Nombre: **PADILLA ANDREA LÓPEZ M** Cédula: **1.085.290.055** Firma:

OBSERVACIONES:

DEPARTAMENTO DE INGENIERÍA
 METEOROLOGÍA DE COLOMBIA

LISTADO EQUIPOS PARA TRABAJO EN ALTURAS

EQUIPO	MARCA
ARNES DE SEGURIDAD	E.P.I
MOSQUETON	SOSEGA
ESLINGA POSICIONAMIENTO	ID CARD
LINEA VIDA	E.P.I
ANCLAJE MOVIL	PROTECTO



PROTECTO

CALIDAD QUE PROTEGE

FICHA TÉCNICA

ESLINGA EN Y CON ABSORBEDOR REGULABLE

Elemento parte de un sistema personal de detención de caídas, eslinga en reata con doble terminal (tipo Y) Regulable con absorbedor de energía, ganchos de seguridad 2 1/4 y 3/4 con resistencia de 5000 lbf y puertas de 3600 lbf. Sistema graduable a través de hebillas para aumentar o reducir la longitud de la eslinga, absorbedor de energía tiene una elongación máxima de 1,2m (48 pulgadas), en caso de una caída reduce la fuerza de impacto a 900 lbf (4kN) o menos. Capacidad máxima 140 kg (1 persona) incluyendo ropa, zapatos y cualquier herramienta de trabajo, artículo conforme resolución colombiana 4272 del 2021.



CARACTERÍSTICAS Y APLICACIONES

Certificado: Icontec ANSI Z359.13 - 2013 Longitud luego de activación: 1 m. Fuerza de detención: 900 lb (4 kN). Máxima caída libre : 6ft. (1.8 m) Rango de peso del usuario : 130-310 lbs. (59-140 kg). Detención de caídas y restricción de movimiento y trabajos en alturas sectores: minería, construcción, servicios de redes, servicios de pinturas, limpieza de exteriores y trabajos especializados. Esta línea no debe ser utilizada como implemento para deportes extremos con caída libre.

COMPONENTES DE FABRICACIÓN	
COMPONENTE	RESISTENCIA
REATA NEGRA EN POLYESTER 45MM O 25MM	REATA RESISTENTE A LA ROTURA 5000 LBF
REATA NEGRA EN POLIÉSTER	REATA RESISTENTE A LA ROTURA 5000 LBF
MOSQUETONES DE 2 1/4 DE APERTURA	EN ACERO CON RESISTENCIA 5000 LBF
MOSQUETÓN DE 3/4 DE APERTURA	EN ACERO CON RESISTENCIA 5000 LBF
ARGOLLA EN D	EN ACERO CON RESISTENCIA 5000 LBF
HEBILLAS PARA GRADUACIÓN	FABRICADA EN ACERO RESISTENCIA 4000 LBF
PASADORES	PLÁSTICO
COSTURAS EN HILO BLANCO PARA FACILITAR SU INSPECCIÓN.	POLIÉSTER
TERMO ENCOGIBLE NEGRO Y TRANSPARENTE	DOBLE RECUBRIMIENTO PARA CUBRIR EL PAQUETE DE ABSORBEDOR
ETIQUETA IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE PRODUCTO	
CUANDO SE GENERA UNA CAÍDA LIBRE, LA ESLINGA CON ABSORBEDOR SE ACTIVA CON UN PESO SUPERIOR A 59 KG. INCLUIDO EL PESO DEL EQUIPO Y SOPORTA HASTA LOS 140 KG.	
LONGITUD MAX.1.8M (REGULABLE)	

COMPONENTES DEL SISTEMA			
ARNÉS MULTIPROPOSITO COMPATIBLES REF: EP-1204 Y ANCLAJE EP-1250			
PRUEBAS DE LABORATORIO			
ENSAYO	NORMA	VALOR MEDIDO	CUMPLE
RESISTENCIA ESTÁTICA CONFIGURACIÓN 1: DEL GANCHO CENTRAL AL BRAZO 1 CONFIGURACIÓN 2: DEL GANCHO CENTRAL AL BRAZO 2 CONFIGURACIÓN 3: DE BRAZO A BRAZO	ANSI Z359.13-2013	LA ESLINGA RESISTE LA CARGA DE 22.2 KN POR MÁS DE 1 MINUTO PARA TODAS LAS CONFIGURACIONES.	SI
RENDIMIENTO DINÁMICO CONFIGURACIÓN CONEXIÓN SENCILLA	ANSI Z359.13-2013	FUERZA MÁXIMA DE DETENCIÓN: ENTRE 3.75 KN Y 4.14 KN FUERZA PROMEDIO: ENTRE 3.07 KN Y 3.86 KN ELONGACIÓN: ENTRE 0.68 M Y 1.060 M	SI
RENDIMIENTO DINÁMICO CONFIGURACIÓN CONEXIÓN DUAL	ANSI Z359.13-2013	FUERZA MÁXIMA DE DETENCIÓN: ENTRE 3.75 KN Y 4.22 KN	SI





PROTECTO

CALIDAD QUE PROTEGE

FICHA TÉCNICA

GAFA B105

LENTE CLARO/OSCURO

En su línea de protección visual cuenta con gafas B105 las cuales ofrecen seguridad adecuada para los diferentes riesgos presentes en las áreas de trabajo. Sus diseños livianos y ergonómicos brindan al usuario seguridad y comodidad durante el desarrollo de sus actividades. Representan la mejor opción en términos de uso, durabilidad y costo para proteger a los trabajadores. Todos nuestros lentes están elaborados en policarbonato de alta calidad, cumpliendo con normatividad internacional y certificación aplicable para lentes de protección industrial.



CARACTERÍSTICAS

Lente de policarbonato corregido ópticamente y con amplio cubrimiento lateral, lente con tratamiento antirayadura y antiempañante, diseño ergonómico. Marco PVC color negro. Patillas retráctiles que permiten acercar o alejar el lente del rostro. Resistencia a impactos de alta velocidad y abrasión. Resistencia a radiación UVA/UVB nivel U6. Peso 31,5g. Certificado ANSI Z87.1-2015.

-Lente claro permite la transmisión de la luz máxima en actividades internas o espacios cerrados.

-Lente gris apta para actividades en exteriores, ayudando a minimizar el resplandor de la luz solar evitando fatiga.

APLICACIONES

Refinación, explotación, exploración, producción, transporte, alimentos, agricultura, logística, almacenamiento, mantenimiento, ambiental, puertos marítimos, farmacéutica, forestal, fuerzas militares, aeronáuticas, ensambladoras, pesquera, minería, construcción y supervisión.

RECOMENDACIONES

PROTECTO recomienda a todos sus usuarios tener en cuenta las condiciones de riesgo asociadas a la labor que van a realizar, adicionalmente, antes de dar asignación al traje descartable, deberá revisar las sustancias químicas con las que se tendrá contacto, concentraciones, condiciones, de trabajo, a fin de validar que este elemento sea aplicable y le brinde protección adecuada.

GARANTÍA

PROTECTO no se hará responsable por lesiones o daños, directos e indirectos generados como consecuencia de la inadecuada asignación, almacenamiento o mantenimiento, negligencia y/o uso indebido del producto, informando que en caso de presentarse fallas en nuestro producto por defecto de fabricación y/o ensamble durante un mes de facturado, PROTECTO asumirá responsabilidad de aceptar la devolución y reemplazar el producto.





MANUAL DE USUARIO

ESLINGA EN Y CON

ABSORBEDOR REGULABLE

Ref: EP-1240R



www.comercialep.com

DESCRIPCIÓN

MATERIALES: Fabricados en reatas de 45mm, 25 mm y en cuerdas con una resistencia a la tracción de 5000 lbs-f, mosquetones de seguridad con resistencia de 5000 lbs-f, puertas de 3600 lbs-f y hebillas para graduación con resistencia de 4000 lbs-f, herraje totalmente recubierto no conductor de electricidad (según referencia). Tenga en cuenta el tipo de riesgo al que va a estar expuesto para la elección de su eslinga.

DISTANCIA DE CAIDA: La distancia máxima de caída libre es de 1.8m. Despliegue eslinga con absorbedor de energía tiene un despliegue máximo de 1,2 m (48 en caso de una caída reduce la fuerza de impacto a 900 lbs-f (4kN) o menos.

NORMATIVIDAD: LAS ESLINGAS CON ABSORBEDOR SON FABRICADAS DE CONFORMIDAD CON LA NORMA ANSI/ASSE Z359.13

FINALIDAD DE USO Y PROPÓSITO:

Detención de caídas: El sistema de detención de caídas, soporta al usuario en caso de una caída libre, este sistema debe incluir como mínimo un arnés de cuerpo entero con argolla dorsal en D y una eslinga con absorbedor de energía. ver.

Enganches: A la argolla dorsal en "D" del arnés.

LIMITACIONES:

Evite el contacto con superficies abrasivas, bordes filosos, el contacto con agentes químicos, máquinas en movimiento, ambientes corrosivos, líneas de alto voltaje, si está expuesto algunas de éstas es necesario tener precauciones adicionales para prevenir algún daño.

Capacidad: La capacidad mínima de esta eslinga es de 59kg, NO exceder la capacidad máxima de 140 Kg (1 persona) incluyendo ropa, zapatos y cualquier herramienta de trabajo.

Esta eslinga está fabricada para factores de caída uno (FC1).



USO ADECUADO ESLINGA CON ABSORBEDOR

1. Examine y compruebe el buen estado del equipo de protección personal



2. Conecte la argolla dorsal del arnés con el gancho del absorbedor



3. Verifique que el gancho este ajustado de forma segura a la argolla dorsal



4. Retire el gancho del porta eslingas



5. Ubique el punto de anclaje y sujete el gancho al punto



6. Saque el otro gancho del porta eslingas



7. Ubique otro punto de anclaje sujete el gancho que aún sigue libre.



8. Durante el trabajo, ambos brazos deben permanecer anclados

PRECAUCIÓN:

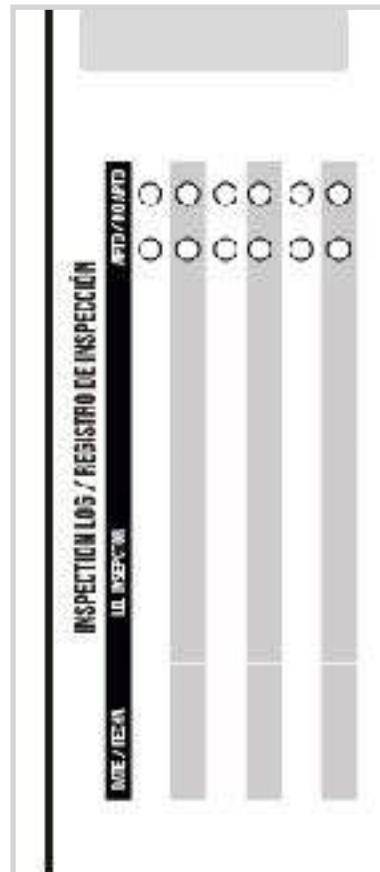
Para garantizar la función de la eslinga de posicionamiento, esta solo debe ser usada por una persona certificada en el manejo del equipo

UBICACIÓN DE LA ETIQUETA

Se encuentra la marca, el sello del organismo certificado, las normas que aplican, la página de la organización, el tipo de material que se fabrica el equipo



Se encuentra el formulario para registrar las inspecciones: Fecha, responsable de la inspección y el veredicto



Información detallada de las las advertencias y/o precauciones que deben tener en cuenta los usuarios



COMPONENTES DE LA ESLINGA

1. Gancho 3/4 apertura
2. Absorbedor de Energía
3. Argolla en D
4. Costura en hilo
5. Reata en polyester de 45 mm o 25mm
6. Etiquetas
7. Hebilla para graduación
8. Pasador plástico



ADVERTENCIAS

MATERIALES:

Las instrucciones y/o precauciones suministradas para este producto deben ser seguidas al pie de la letra, cualquier omisión puede causar lesiones graves e incluso la muerte del usuario.

1. Las modificaciones y/o mal uso de esta eslinga afectan su buen funcionamiento. Si la eslinga es modificada, alterada o se usa indebidamente no hay cobertura de garantía.
2. Esta eslinga NO debe ser usada para detención de caídas.
3. NO marcar esta eslinga con marcador, esfero, sharpie o alguna clase de elemento que contenga un agente químico.
4. Evite el contacto con superficies abrasivas, bordes filosos y el contacto con agentes químicos.
5. Esta eslinga es fabricada para ser parte de un sistema de posicionamiento y/o restricción acoplándola a un arnés.
6. Al estar cerca de maquinaria en movimiento tenga cuidado con el equipo, ya que puede ser víctima de
7. atrapamientos y generar accidentes o lesiones.
8. Tenga en cuenta las medidas para garantizar que se mantenga una distancia segura entre el trabajo y líneas o equipos eléctricos energizados y que se cuente con los elementos de protección necesarios, acordes con el nivel de riesgo (escaleras dieléctricas, EPP dieléctrico, entre otros.).
9. Para hacer una mejor elección de sus equipos y de la combinación de los componentes del sistema de Protección Caídas, tenga en cuenta las condiciones del sitio de trabajo donde se requiere el uso de los equipos en conjunto con la asesoría del fabricante.
10. Si el equipo presenta alteraciones o deficiencias NO se debe usar, debe comunicarse con el fabricante o ser aprobado por una persona competente para su uso.
11. Los equipos de altura deben ser usados bajo procedimientos de trabajo seguro en altura.

LOS USUARIOS QUE UTILICEN LOS EQUIPOS DE COMERCIAL EP DEBEN TENER LA FORMACIÓN E INSTRUCCIÓN CUMPLIENDO LOS REQUERIMIENTOS MÍNIMOS PARA UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN DE CAÍDAS, INCLUYENDO POLÍTICAS, DEBERES, PROCEDIMIENTOS, ELIMINACIÓN Y CONTROL DE RIESGOS DE CAÍDAS Y PROCEDIMIENTOS DE RESCATE.

LIMPIEZA, MANTENIMIENTO Y ALMACENAMIENTO

1. Humedezca un paño con agua y jabón neutro deslizando sobre el equipo hasta retirar rastros de suciedad (NO USAR CEPILLO YA QUE SE ALTERARÍAN LAS FIBRAS).
2. Deje secar a la sombra
3. Limpie los componentes metálicos con un paño seco y limpio.
4. La acumulación de suciedad, pinturas, u otras sustancias extrañas pueden ocasionar un mal funcionamiento de la eslinga de posicionamiento y en casos extremos pueden ocasionar que ésta sea retirada de servicio.
5. Almacene la eslinga en un lugar limpio, fresco, seco, libre de la incidencia directa de la luz solar, libre de sustancias químicas, vapores o cualquier otra sustancia que pueda afectar el buen estado.

ESTE EQUIPO NO PUEDE SER ALTERADO DE SU ESTÁNDAR DE FÁBRICA, NO SE DEBEN HACER REPARACIONES, NI MODIFICACIONES, EN CASO DE PRESENTARSE DEBE SER RETIRADO DE SERVICIO INMEDIATAMENTE.

INSPECCIÓN

Para que la inspección de los equipos sea asertiva, el equipo debe encontrarse limpio, sin rastro de suciedad. El usuario debe realizar inspección antes y después de cada uso y una (1) vez al año por personal competente avalado por el fabricante, debiendo dejarse registro escrito o electrónico de la misma. Revise la etiqueta verificando la fecha de fabricación, referencia, lote, serial y la fecha de la última inspección, ésta información debe ser clara y legible.

Inspeccione la ETIQUETA, en ésta debe encontrar fecha de fabricación, lote, serial y todas sus etiquetas completas y legibles.

PRECAUCIÓN:

VERIFIQUE LA VIGENCIA DEL CERTIFICADO DE PERSONAL COMPETENTE EN NUESTRA PÁGINA WEB Y LA AUTENTICIDAD DEL MISMO CON LA CÉDULA DEL INSPECTOR.



Inspeccione la etiqueta, en esta debe encontrar fecha de fabricación, lote, serial y todas sus etiquetas completas y legibles



Inspeccione las COSTURAS, deben estar libre de cortes, fibras rotas, hilos deshilachados, quemaduras, contacto con químicos, pintura o rastros de cemento, cambios de color o cualquier otra anomalía



Inspeccione las PARTES METÁLICAS de la eslinga de posicionamiento como hebillas de graduación, mosquetones, verifique que no tengan fisuras, que estén libres de óxido, bordes cortantes o cualquier otra anomalía.



Inspeccione la REATA O CUERDA, debe estar libre de cortes, fibras rotas, hilos deshilachados, quemaduras, contacto con químicos, pintura o rastros de cemento, cambios de color o cualquier otra anomalía.

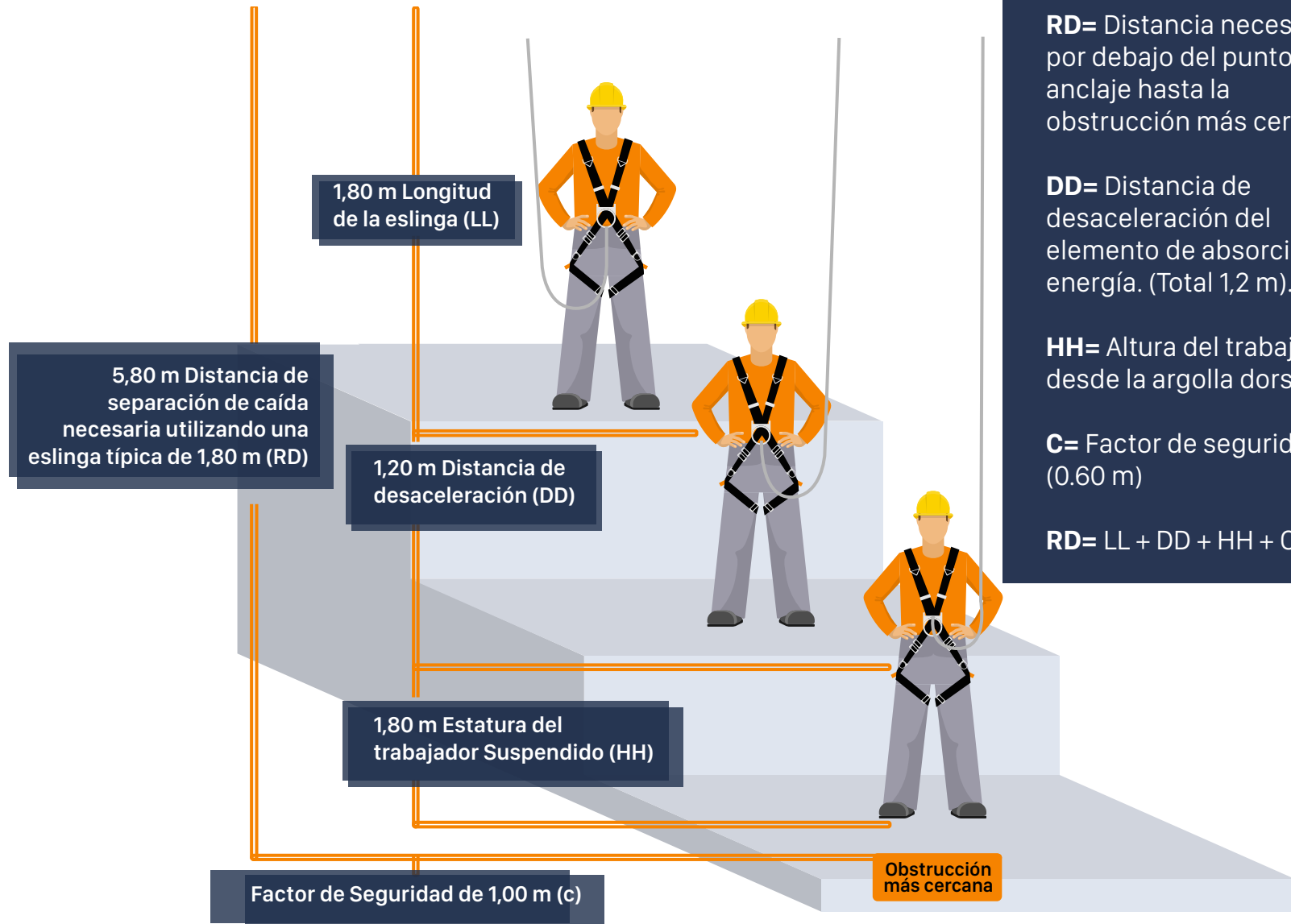


Inspeccione las PARTES PLÁSTICAS y verifique que no tengan rupturas, deformaciones, quemaduras o cualquier otra anomalía.

NOTA: SI LA ESLINGA DE POSICIONAMIENTO NO CUMPLE CON LOS CRITERIOS DE ACEPTACIÓN O RECHAZO DE ACUERDO A LA INSPECCIÓN, MÁRQUELA, RETIRELA INMEDIATAMENTE DE SERVICIO Y NO PERMITA SU USO, CUANDO LA ESLINGA PRESENTE ALTERACIONES, DEBE SER RETIRADA INMEDIATAMENTE DE SERVICIO Y DESTRUIDA, EL TIEMPO EN EL QUE EL EQUIPO ESTÉ APTO PARA ESTAR EN SERVICIO DEPENDERÁ DEL USO Y LA LABOR ASIGNADA, LA VIDA ÚTIL PARA UTILIZAR ESTE EQUIPO ES DE 7 AÑOS A PARTIR DE SU FECHA DE FABRICACIÓN.

DISTANCIAS ADECUADAS

Basado en caída libre de personas de hasta 1.80 m de estatura y 140 kg de peso



LL = Longitud de la eslinga

RD= Distancia necesaria por debajo del punto de anclaje hasta la obstrucción más cercana.

DD= Distancia de desaceleración del elemento de absorción de energía. (Total 1,2 m).

HH= Altura del trabajador desde la argolla dorsal.

C= Factor de seguridad (0.60 m)

RD= $LL + DD + HH + C$



Declaración de conformidad

De acuerdo con el Reglamento



Número de declaración: EP02

Nombre y dirección del fabricante:

Medellin CRA 50FF # 6SUR61

Información del Producto:

ESLINGA ABSORBEDOR

Referencia del producto :

EP-1241 EP-1241R EP-1240 EP-1240R EP-1270 EP-1280

El fabricante declara que el producto mencionado anteriormente cumple con los requisitos de la(s) siguiente(s) norma(s):

• **Norma(s) con las que se probó el producto y para las que se reclama la conformidad, designación y año.**

ANSI/ASSE Z359.13:2013, ONAC ISO/IEC 170065:2012 10.CPR.009

• **Dirección e información de contacto del laboratorio de pruebas acreditado por MM-0354-040/12**

Fall protection laboratory S.A de C.V

• **Órgano de Evaluación Continua:**

SGS Colombia s.a.s

• **Certificado / Informe(s) de prueba Referencia:**

CRS20106



Firma autorizada

Carlos Felipe
Alvarez Montoya
Gerente general



ISO/IEC 17065:2012
10-CPR-009



SGS COLOMBIA S.A.S.
C&P-F490101
ORDEN No. 4510-37141
CERTIFICADO No. CRS20106
ORDEN CERT. No. CO-CERT220900768-06
CERTIFICADO DE CONFORMIDAD DE PRODUCTO
Comercial EP S.A.S.
CARRERA 50FF # 6 SUR-61, Medellín, Antioquia, Colombia

Certifica que el producto identificado como **ESLINGAS ABSORBEDOR**, importados y/o fabricados y comercializados en Colombia por Comercial EP S.A.S., con referencias relacionadas en las siguientes páginas del presente documento, han sido evaluados de conformidad con:

ANSI/ASSE Z359.13:2013 : Personal Energy Absorbers and Energy Absorbing Lanyards

Estos productos han sido sometidos a toma de muestras, inspección, ejecución de pruebas de laboratorio y evaluación del sistema de gestión de calidad del fabricante de acuerdo con el esquema de certificación 5 de la norma ISO/IEC 17067:2013.

Resultados obtenidos: CONFORME

Autorizado por: **SGS COLOMBIA S.A.S.**

Camilo Ramirez
SGS Colombia S.A.S.
Carrera 100 No. 25C-11, Bodega 3
Bogotá D.C., Colombia

Fecha de Emisión: 2022-09-05
Fecha de Vencimiento: 2027-09-05
Versión 2; 2022-09-13

Página 1 de 2



This document cancels and supersedes the last version of this certificate number issued by SGS Colombia S.A.S.



Any complaint, appeal or enquiry about the validity of this certificate/report may be sent to co.servicioalcliente@sgs.com via phone No. 7422274 ext. 13602 and its validity can be checked at <https://www.sgs.com/en/certified-clients-and-products>

This document is issued by the Company under its General Conditions of Service accessible at http://www.sgs.com/terms_and_conditions.htm. Attention is drawn to the limitation of liability, indemnification and jurisdiction issues defined therein.

Any holder of this document is advised that information contained hereon reflects the Company's findings at the time of its intervention only and within the limits of Client's instructions, if any. The Company's sole responsibility is to its Client and this document does not exonerate parties to a transaction from exercising all their rights and obligations under the transaction documents. Any unauthorized alteration, forgery or falsification of the content or appearance of this document is unlawful and offenders may be prosecuted to the fullest extent of the law.



SGS COLOMBIA S.A.S.
C&P-F490101
ORDEN No. 4510-37141
CERTIFICADO No. CRS20106
ORDEN CERT. No. CO-CERT220900768-06
CERTIFICADO DE CONFORMIDAD DE PRODUCTO
Comercial EP S.A.S.
CARRERA 50FF # 6 SUR-61, Medellín, Antioquia, Colombia
ESLINGAS ABSORBEDOR

Fabricadas por
Comercial EP S.A.S.
CARRERA 50FF # 6 SUR-61, Medellín, Antioquia, Colombia

Referencia	Descripción	Absorbedor	Tipo	Dieléctrico
EP-1241	ESLINGA EN Y SENCILLA CON ABSORBEDOR	SI	EN Y	NO
EP-1241R	ESLINGA EN Y SENCILLA CON ABSORBEDOR REGULABLE	SI	EN Y REGULA	NO
EP-1240	ESLINGA SENCILLA CON ABSORBEDOR	SI	SENCILLA	NO
EP-1240R	ESLINGA SENCILLA CON ABSORBEDOR REGULABLE	SI	SENCILLA REGULABLE	NO
EP-1270	ESLINGA SENCILLA CON ABSORBEDOR	SI	SENCILLA	NO
EP-1280	ESLINGA EN Y SENCILLA CON ABSORBEDOR	SI	EN Y	NO

*****FIN DEL DOCUMENTO*****

Fecha de Emisión: 2022-09-05
 Fecha de Vencimiento: 2027-09-05
 Versión 2; 2022-09-13

Página 2 de 2



This document cancels and supersedes the last version of this certificate number issued by SGS Colombia S.A.S.



Any complaint, appeal or enquiry about the validity of this certificate/report may be sent to co.service@clients@sgs.com via phone No. 7422274 ext. 13602 and its validity can be checked at <https://www.sgs.com/en/certified-clients-and-products>

This document is issued by the Company under its General Conditions of Service accessible at http://www.sgs.com/terms_and_conditions.htm. Attention is drawn to the limitation of liability, indemnification and jurisdiction issues defined therein.

Any holder of this document is advised that information contained hereon reflects the Company's findings at the time of its intervention only and within the limits of Client's instructions, if any. The Company's sole responsibility is to its Client and this document does not exonerate parties to a transaction from exercising all their rights and obligations under the transaction documents. Any unauthorized alteration, forgery or falsification of the content or appearance of this document is unlawful and offenders may be prosecuted to the fullest extent of the law.

LINEAS DE VIDA





ARNES



ABSORVEDOR



San Juan de Pasto, 23 de diciembre de 2025

Señores
SENA
Atn Angie Camila Azain Meneses
Ciudad

RESPUESTA OBLIGACIONES SST CONTRATO CO1.PCCNTR.8320028

Cordial saludo,

En respuesta a las subsanaciones pendientes nos permitimos dar respuesta:

Planilla de septiembre:

Se encuentra subsanada, toda vez que fue aportada la planilla correspondiente al representante legal, señor Manuel Fernando Bravo Girón.

Planilla de octubre:

En la planilla del listado de personal únicamente figuran los siguientes trabajadores: Carlos Tarapuez, Paola Martínez y William Quelal.

No figuran los siguientes trabajadores:

Paulo Solarte: Se informa que en la página 8 del documento llamado 1 se aportó la planilla del mes de octubre, en el archivo adjunto se encuentra en la página 9.

Wilfredo Delgado: el colaborador hizo ingreso desde el 01 de noviembre de 2025, por lo tanto no se aporta planilla de seguridad de ese mes.

Daniel Achicanoy: el colaborador hizo ingreso desde el 01 de noviembre de 2025, por lo tanto no se aporta planilla de seguridad de ese mes.

Sebastián López: Se informa que en la página 9 del documento llamado 1 se aportó la planilla del mes de octubre y allí figura el citado anteriormente.

Así mismo, se adjunta la planilla de seguridad social del representante legal.

Planilla de noviembre:

Figuran los siguientes trabajadores: Carlos Tarapuez, Paola Martínez, William Quelal y Sebastián López.

No figuran los siguientes trabajadores:

Paulo Solarte: se adjunta planilla página 17.

Wilfredo Delgado: Se informa que en la página 16 del documento llamado 1 se aportó la planilla del mes de octubre y allí figura el citado anteriormente, en el archivo adjunto se encuentra en la página 20.

Daniel Achicanoy: Se informa que en la página 17 del documento llamado 1 se aportó la planilla del mes de octubre y allí figura el citado anteriormente, en el archivo adjunto se encuentra en la página 21.

De igual manera, se adjunta la planilla de seguridad social del representante legal correspondiente al mes de noviembre.

Se adjunta la totalidad de los documentos solicitados para su revisión, muchas gracias

Atentamente,

MANUEL FERNANDO BRAVO GIRON
Representante legal

**PLANILLA
REP LEGAL
SEPTIEMBRE**

RAZÓN SOCIAL :	SERVICIOS BIOMEDICOS DE NARINO SAS
IDENTIFICACIÓN:	NI-900599474
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2025-10-07
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-10-17
FECHA DE PAGO:	2025-10-07
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-09
PERÍODO SALUD:	2025-10
NÚMERO PLANILLA:	34975808
TOTAL COTIZANTES:	3
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	34975808
TIPO DE PLANILLA:	E

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	2	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 114.000	\$ 114.000
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 57.000	\$ 57.000
Subtotal Salud		2	3	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 171.000	\$ 171.000
25-14	900336004	COLPENSIONES	2	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 455.600	\$ 455.600
Subtotal Pensión		1	2	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 455.600	\$ 455.600
14-25	800226175	COLMENA	3	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 141.300	\$ 141.300
Subtotal ARL		1	3	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 141.300	\$ 141.300
CCF35	891280008	CCF DE NARINO	2	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 114.000	\$ 114.000
CCF63	891200337	COMFAMILIAR PUTUMAYO	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 57.000	\$ 57.000
Subtotal CCF		2	3	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 171.000	\$ 171.000
Total a pagar				\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 938.900	\$ 938.900

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:

20/11/2025

**PLANILLA
OPERATIVA
OCTUBRE**

RESUMEN PLANILLA PAGADA



DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 900599474	3	SERVICIOS BIOMEDICOS DE NARINO SAS	B	0	COLMENA - 14-25	ÚNICA	4659	Jurídica
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES	
52-1	CR 19 40 04 ED ALTO BELLO		7366869		CONTABILIDAD@SERBIONAR.COM		S	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-10	2025-11	35382272	E	2025-11-14	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	938.900	0	BANCO DAVIVIENDA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
3	35382272	2025-11-20	Pagada							

EMPLEADO		NOVEDADES														DÍAS	PENSIÓN	SALUD	CCF			Actividad Económica											
N.	ID	EMPLEADO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE	Tipo de Cotizante	Subtipo de Cotizante	Exento de Parafiscales	Actividad Económica	
1	CC 13016776	VELASQUEZ HERRERA RICARDO EFRAIN	F																0				0	30	30	30	SINAFP-SINAFP	SANITAS-EPS005	COMFAMILIAR PUTUMAYO-CCF63	01	3	S	3265104
2	CC 94538411	BRAVO GIRON MANUEL FERNANDO	F																0				30	30	30	COLPENSIONES-25-14	SANITAS-EPS005	CCF DE NARINO-CCF35	01	0	S	5711001	
3	CC 1085266781	BRAVO GIRON KAREN SOFIA	F																0				30	30	30	COLPENSIONES-25-14	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	CCF DE NARINO-CCF35	01	0	S	1661901	

RESUMEN PLANILLA PAGADA



DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 900599474	3	SERVICIOS BIOMEDICOS DE NARINO SAS	B	0	COLMENA - 14-25	ÚNICA	4659	Jurídica
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES	
52-1	CR 19 40 04 ED ALTO BELLO		7366869		CONTABILIDAD@SERBIONAR.COM		S	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-10	2025-11	35382272	E	2025-11-14	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	938.900	0	BANCO DAVIVIENDA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
3	35382272	2025-11-20	Pagada							

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				2	455.600	0	0	0	455.600
COLPENSIONES	25-14	900336004	7	2	455.600	0	0	0	455.600
EPS(Administradoras: 2)				3	171.000	0	0	0	171.000
NUEVA E.P.S. S.A.	EPS037	900156264	2	1	57.000	0	0	0	57.000
SANITAS	EPS005	800251440	6	2	114.000	0	0	0	114.000
ARP(Administradoras: 1)				3	141.300	0	0	0	141.300
COLMENA	14-25	800226175	3	3	141.300	0	0	0	141.300
CCF(Administradoras: 2)				3	171.000	0	0	0	171.000
COMFAMILIAR PUTUMAYO	CCF63	891200337	8	1	57.000	0	0	0	57.000
CCF DE NARINO	CCF35	891280008	1	2	114.000	0	0	0	114.000
Gran Total					938.900	0	0	0	938.900

RAZÓN SOCIAL :	SERVICIOS BIOMEDICOS DE NARINO SAS
IDENTIFICACIÓN:	NI-900599474
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2025-11-14
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-11-20
FECHA DE PAGO:	2025-11-14
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-10
PERÍODO SALUD:	2025-11
NÚMERO PLANILLA:	35382272
TOTAL COTIZANTES:	3
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	35382272
TIPO DE PLANILLA:	E

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	2	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 114.000	\$ 114.000
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 57.000	\$ 57.000
Subtotal Salud		2	3	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 171.000	\$ 171.000
25-14	900336004	COLPENSIONES	2	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 455.600	\$ 455.600
Subtotal Pensión		1	2	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 455.600	\$ 455.600
14-25	800226175	COLMENA	3	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 141.300	\$ 141.300
Subtotal ARL		1	3	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 141.300	\$ 141.300
CCF35	891280008	CCF DE NARINO	2	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 114.000	\$ 114.000
CCF63	891200337	COMFAMILIAR PUTUMAYO	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 57.000	\$ 57.000
Subtotal CCF		2	3	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 171.000	\$ 171.000
Total a pagar				\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 938.900	\$ 938.900

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:

17/12/2025

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1085285197	CARLOS ALFONSO TARAPUES ROSERO		MZ E C 6 BARRIO SIMON BOLIVAR	7315604	arcecordez@yaho.es
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			NARIÑO	PASTO	

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	2025-10	I	12/11/2025	91442345	\$504.900	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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	227.800	0	0	0	0	0	0	0	227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	99.100				99.100	0	0	99.100			991	99.100	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	99.100	99.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	504.900	504.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1085285197	CARLOS ALFONSO TARAPUES ROSERO		MZ E C 6 BARRIO SIMÓN BOLÍVAR	7315604	arcecortezm@yahoo.es
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			NARIÑO	PASTO	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD		
					EMPLADOS	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10					\$504.900	

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	1085285197	TARAPUES ROSERO CARLOS ALFONSO	57	0	N																		230301	1.423.501	227.800	0	0	0	0	EPS037	1.423.501	178.000	14-23	1.423.501	5	99.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

RAZÓN SOCIAL :	PAULO GIOVANY SOLARTE ESTRELLA
IDENTIFICACIÓN:	CC-80100556
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-10-30
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-11-14
FECHA DE PAGO:	2025-10-30
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERÍODO PENSIÓN:	2025-10
PERÍODO SALUD:	2025-10
NÚMERO PLANILLA:	8638646300
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8637652567
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 178.000	\$ 178.000
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 227.800	\$ 227.800
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 7.500	\$ 7.500
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 413.300	\$ 413.300

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	12/12/2025
----------------------------------	------------

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900599474
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	SERVICIOS BIOMEDICOS DE NARINO SAS	
CIUDAD/MUNICIPIO:	PASTO DEPARTAMENTO:	NARINO
DIRECCIÓN:	CR 40 19 102 ED ALTO BELLO TELÉFONO:	7366869
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de otros
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7991890623	TIPO DE PLANILLA: E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: octubre	PERIODO COTIZACIÓN MES: noviembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD: AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/11/19	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1940281336

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	3	\$ 486.000
8002248088	230301	230301-PORVENIR	5	\$ 956.800
SUBTOTAL:			8	\$ 1.442.800
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	4	\$ 228.000
9001562642	EPS041	NUEVA EPS CM	1	\$ 11.400
8370000845	EPSIC5	EPSIC5-MALLAMAS EPSI	2	\$ 64.600
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	\$ 57.000
9010215658	ESSC18	ESSC18 - EMSSANAR S.A.S.	1	\$ 57.000
SUBTOTAL:			9	\$ 418.000
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8912800081	CCF35	CCF35-CCF DE NARINO	9	\$ 418.000
SUBTOTAL:			9	\$ 418.000
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002261753	14-25	14-25-COLMENA	9	\$ 372.900
SUBTOTAL:			9	\$ 372.900

VALOR SIN MORA:	\$ 2.651.700
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 2.651.700

**PLANILLA
OPERATIVA
NOVIEMBRE**

RAZÓN SOCIAL :	SERVICIOS BIOMEDICOS DE NARINO SAS
IDENTIFICACIÓN:	NI-900599474
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2025-12-10
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-12-17
FECHA DE PAGO:	2025-12-10
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-11
PERÍODO SALUD:	2025-12
NÚMERO PLANILLA:	35655902
TOTAL COTIZANTES:	3
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	35655902
TIPO DE PLANILLA:	E

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	2	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 114.000	\$ 114.000
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 57.000	\$ 57.000
Subtotal Salud		2	3	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 171.000	\$ 171.000
25-14	900336004	COLPENSIONES	2	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 455.700	\$ 455.700
Subtotal Pensión		1	2	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 455.700	\$ 455.700
14-25	800226175	COLMENA	3	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 139.300	\$ 139.300
Subtotal ARL		1	3	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 139.300	\$ 139.300
CCF35	891280008	CCF DE NARINO	2	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 98.800	\$ 98.800
CCF63	891200337	COMFAMILIAR PUTUMAYO	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 57.000	\$ 57.000
Subtotal CCF		2	3	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 155.800	\$ 155.800
Total a pagar				\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 921.800	\$ 921.800

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	20/01/2026
----------------------------------	------------

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1085285197	CARLOS ALFONSO TARAPUES ROSERO		MZ E C 6 BARRIO SIMON BOLIVAR	7315604	arcecortez@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			NARIÑO	PASTO	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						
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	
2025-11	2025-11	I	22/12/2025	92566362	\$504.900	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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	227.800	0	0	0	0	0	0	0	227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	99.100				99.100	0	0	99.100			991	99.100	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	99.100	99.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	504.900	504.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1085285197	CARLOS ALFONSO TARAPUES ROSERO		MZ E C 6 BARRIO SIMÓN BOLÍVAR	7315604	arcecortezm@yahoo.es
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			NARIÑO	PASTO	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD		
					EMPLADOS	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	22/12/2025	92566362	\$504.900		

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES													
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o 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	1085285197	TARAPUES ROSERO CARLOS ALFONSO	57	0		N																	230301	1.423.501	227.800	0	0	0	0	EPS037	1.423.501	178.000	14-23	1.423.501	5	99.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

RAZÓN SOCIAL :	PAULO GIOVANY SOLARTE ESTRELLA
IDENTIFICACIÓN:	CC-80100556
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-12-23
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-12-23
FECHA DE PAGO:	2025-12-23
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE BOGOTA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-11
PERÍODO SALUD:	2025-11
NÚMERO PLANILLA:	8639425343
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8637652567
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 0	\$ 1.300	\$ 178.000	\$ 179.300
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 0	\$ 1.600	\$ 227.800	\$ 229.400
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 0	\$ 100	\$ 7.500	\$ 7.600
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 3.000	\$ 413.300	\$ 416.300

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	15/01/2026
----------------------------------	------------

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900599474	NÚMERO PLANILLA:	7995763863	TIPO DE PLANILLA:	E-EMPLEADOS
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	PASTO	DEPARTAMENTO:	SERVICIOS BIOMEDICOS DE NARINO SAS	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES noviembre AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES diciembre AÑO 2025
CIUDAD/MUNICIPIO:	CR 40 19 102 ED ALTO BELLO	TELÉFONO:	NARINO	DÍAS DE MORA:	0	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1998833323
DIRECCIÓN:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/12/11		
TIPO APORTANTE:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de otros tipos de maquinari				
TIPO EMPRESA:	ÚNICO						
FORMA DE PRESENTACIÓN:							
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI				

TOTAL APORTES A PENSIÓN															
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES					
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO		
25-14	25-14 COLPENSIONES	3	\$ 683.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 683.400	\$ 0	\$ 0	\$ 683.400		
230301	230301-PORVENIR	5	\$ 1.009.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.009.900	\$ 0	\$ 0	\$ 1.009.900		
SUBTOTALES:										\$ 1.693.300	\$ 0	\$ 0	\$ 1.693.300		

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
EPS041	NUEVA EPS CM	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 26.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 26.600	\$ 0	\$ 0	\$ 26.600
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 57.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 57.000	\$ 0	\$ 0	\$ 57.000
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	4	\$ 0	\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 228.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 228.000	\$ 0	\$ 0	\$ 228.000
ESSC18	ESSC18 - EMSSANAR S.A.S.	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 15.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 15.200	\$ 0	\$ 0	\$ 15.200
EPSIC5	EPSIC5-MALLAMAS EPSI	2	\$ 0	\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 112.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 112.100	\$ 0	\$ 0	\$ 112.100
SUBTOTALES:										\$ 438.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 438.900	

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			
14-25	14-25-COLMENA	9	\$ 0	\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 365.400	\$ 365.400	\$ 0	\$ 0	\$ 365.400			
SUBTOTALES:										\$ 365.400	\$ 0	\$ 0	\$ 365.400		

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR															
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES												
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO										
CCF35	CCF35-CCF DE NARINO	9	\$ 438.900	\$ 0	\$ 438.900										
SUBTOTALES:			\$ 438.900	\$ 0	\$ 438.900										

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																			
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																																									
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	PENSIÓN				SEGURIDAD SOCIAL				SALUD				ARP				PARAFISCALES								
																											ADMIN	IBC	COTIZACIÓN	FSP	APORTES VOLUNTARIOS	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APOORTE	ADMIN	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APOORTE	ADMIN	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APOORTE	ADMIN	TOTAL APOORTE	TOTAL APOORTE	TOTAL APOORTE	TOTAL APOORTE				
1	CC 1004232406	VILLOTA LOPEZ RICHARD ALEXANDER	DEPEND		\$ 1.423.500	FIJO			SI	29																	230301-PORVENIR	29	\$ 1.376.050	\$ 220.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 220.200	EPSIC5-MALLAMA S EPSI	29	\$ 1.376.050	\$ 55.100	\$ 0	\$ 55.100	14-25-COLMENA	29	\$ 59.900	\$ 1.376.050	SCCF35-CCF DE NARINO	\$ 55.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
2	CC 1085271570	MELO TAPIA PABLO ALEJANDRO	DEPEND		\$ 1.423.500	FIJO			SI	14																	230301-PORVENIR	14	\$ 664.300	\$ 106.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 106.300	NUEVA EPS CM	14	\$ 664.300	\$ 26.600	\$ 0	\$ 26.600	14-25-COLMENA	14	\$ 16.200	\$ 664.300	SCCF35-CCF DE NARINO	\$ 26.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
3	CC 1085290055	LOPEZ MARTINEZ PAOLA ANDREA	DEPEND		\$ 1.423.500	FIJO			SI																		230301-PORVENIR	30	\$ 1.423.500	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 227.800	EPS005-SANITAS S.A.	30	\$ 1.423.500	\$ 57.000	\$ 0	\$ 57.000	14-25-COLMENA	30	\$ 34.700	\$ 1.423.500	SCCF35-CCF DE NARINO	\$ 57.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
4	CC 1085326390	GUERRERO RAMIREZ AURA MARCELA	DEPEND		\$ 1.423.500	FIJO			SI																		230301-PORVENIR	30	\$ 1.423.500	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 227.800	EPS005-SANITAS S.A.	30	\$ 1.423.500	\$ 57.000	\$ 0	\$ 57.000	14-25-COLMENA	30	\$ 7.500	\$ 1.423.500	SCCF35-CCF DE NARINO	\$ 57.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
5	CC 1085335885	LOPEZ PASTAS SEBASTIAN HUMBERTO	DEPEND		\$ 1.423.500	FIJO			SI	30																	230301-PORVENIR	30	\$ 1.423.500	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 227.800	EPS005-SANITAS S.A.	30	\$ 1.423.500	\$ 57.000	\$ 0	\$ 57.000	14-25-COLMENA	30	\$ 62.000	\$ 1.423.500	SCCF35-CCF DE NARINO	\$ 57.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
6	CC 12968354	BRAVO ROSAS MANUEL MARIA	DEPEND		\$ 1.423.500	FIJO			SI																		25-14 COLPENSIONES	30	\$ 1.423.500	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 227.800	EPS037-NUEVA EPS	30	\$ 1.423.500	\$ 57.000	\$ 0	\$ 57.000	14-25-COLMENA	30	\$ 34.700	\$ 1.423.500	SCCF35-CCF DE NARINO	\$ 57.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
7	CC 12970875	ALARCON RODRIGUEZ ARMANDO ALBERTO	DEPEND	INDEMN SUST/DEV SALDOS	\$ 1.423.500	FIJO			SI	08																			\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 0	0ESSC18 - EMSSANAR S.A.S.	8	\$ 379.600	\$ 15.200	\$ 0	\$ 15.200	14-25-COLMENA	8	\$ 16.600	\$ 379.600	SCCF35-CCF DE NARINO	\$ 15.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
8	CC 13069464	QUELAL TREJO WILLAM ANDRES	DEPEND		\$ 1.423.500	FIJO			SI																		25-14 COLPENSIONES	30	\$ 1.423.500	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 227.800	EPSIC5-MALLAMA S EPSI	30	\$ 1.423.500	\$ 57.000	\$ 0	\$ 57.000	14-25-COLMENA	30	\$ 34.700	\$ 1.423.500	SCCF35-CCF DE NARINO	\$ 57.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
9	CC 79490877	LOPEZ ARCOBOS JOSE LUIS	DEPEND		\$ 1.423.500	FIJO			SI	30																	25-14 COLPENSIONES	30	\$ 1.423.500	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 227.800	EPS005-SANITAS S.A.	30	\$ 1.423.500	\$ 57.000	\$ 0	\$ 57.000	14-25-COLMENA	30	\$ 99.100	\$ 1.423.500	SCCF35-CCF DE NARINO	\$ 57.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL PAGADO: \$ 2.936.500

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900599474
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	SERVICIOS BIOMEDICOS DE NARINO SAS	
CIUDAD/MUNICIPIO:	PASTO DEPARTAMENTO:	NARINO
DIRECCIÓN:	CR 40 19 102 ED ALTO BELLO TELÉFONO:	7366869
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de otros
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7995763863	TIPO DE PLANILLA: E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: noviembre	PERIODO COTIZACIÓN MES: diciembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD: AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/12/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1998833323

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	3	\$ 683.400
8002248088	230301	230301-PORVENIR	5	\$ 1.009.900
SUBTOTAL:			8	\$ 1.693.300
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	4	\$ 228.000
9001562642	EPS041	NUEVA EPS CM	1	\$ 26.600
8370000845	EPSIC5	EPSIC5-MALLAMAS EPSI	2	\$ 112.100
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	\$ 57.000
9010215658	ESSC18	ESSC18 - EMSSANAR S.A.S.	1	\$ 15.200
SUBTOTAL:			9	\$ 438.900
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8912800081	CCF35	CCF35-CCF DE NARINO	9	\$ 438.900
SUBTOTAL:			9	\$ 438.900
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002261753	14-25	14-25-COLMENA	9	\$ 365.400
SUBTOTAL:			9	\$ 365.400

VALOR SIN MORA:	\$ 2.936.500
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 2.936.500

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA				
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	98325925	NÚMERO PLANILLA:	4634682194		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	PASTO	DEPARTAMENTO:	WILFREDO DELGADO ERAZO	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES	noviembre	AÑO	2025
CIUDAD/MUNICIPIO:	CRA 29 # 16-28	TELÉFONO:	NARINO	DÍAS DE MORA:	6		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES
DIRECCIÓN:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/12/11		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9995074583
TIPO APORTANTE:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.					
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO							
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO							

TOTAL APORTES A PENSIÓN													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 900	\$ 0	\$ 227.800	\$ 900	\$ 0	\$ 228.700
SUBTOTALES:										\$ 227.800	\$ 900	\$ 0	\$ 228.700

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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 178.000	\$ 0	\$ 700	\$ 0	\$ 178.000	\$ 700	\$ 0
SUBTOTALES:										\$ 178.000	\$ 700	\$ 0	\$ 178.700	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 62.000	\$ 62.000	\$ 300	\$ 0	\$ 0	\$ 62.300	
SUBTOTALES:										\$ 62.000	\$ 300	\$ 0	\$ 62.300

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																							
DATOS DEL COTIZANTE														NOVEDADES														SEGURIDAD SOCIAL														PARAFISCALES													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TAE	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				SALUD				ARP				CCF																		
																									ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	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	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE		
1	CC 98325925	DELGADO ERAZO WILFREDO	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		\$ 1.423.500				NO	01															25-14 COLPENSIONES	30	1.423.500	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 227.800	EPS005-SANITAS S.A.	30	1.423.500	\$ 178.000	\$ 0	\$ 178.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	1.423.500	\$ 62.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0			

TOTAL PAGADO: \$ 469.700

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1193201409	NÚMERO PLANILLA:	4634684189	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	PASTO	DEPARTAMENTO:	DANIEL ESTEBAN ACHICANOY ROSERO	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES noviembre AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES noviembre AÑO 2025
CIUDAD/MUNICIPIO:	MAPACHICO CS 13	TELÉFONO:	NARINO 99999999	DÍAS DE MORA:	8	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9995074610
DIRECCIÓN:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/12/11		
TIPO APORTANTE:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.				
TIPO EMPRESA:	ÚNICO						
FORMA DE PRESENTACIÓN:							
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

TOTAL APORTES A PENSIÓN													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.200	\$ 0	\$ 227.800	\$ 1.200	\$ 0	\$ 229.000
SUBTOTALES:										\$ 227.800	\$ 1.200	\$ 0	\$ 229.000

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
ESSC18	ESSC18 - EMSSANAR S.A.S.	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 178.000	\$ 0	\$ 900	\$ 0	\$ 178.000	\$ 900	\$ 0	\$ 178.900
SUBTOTALES:										\$ 178.000	\$ 900	\$ 0	\$ 178.900		

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 62.000	\$ 62.000	\$ 400	\$ 0	\$ 0	\$ 62.400	
SUBTOTALES:										\$ 62.000	\$ 400	\$ 0	\$ 62.400

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																			
DATOS DEL COTIZANTE														NOVEDADES														SEGURIDAD SOCIAL														PARAFISCALES									
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				SALUD				ARP				CCF					SEN	ICBF	ESAP	MINEDU					
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	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
1	CC 1193201409	ACHICANOY ROSERO DANIEL ESTEBAN	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		\$ 1.423.500				NO	01																230201-PROTECCION	30	1.423.500	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 227.800	ESSC18 - EMSSANAR S.A.S.	30	1.423.500	\$ 178.000	\$ 0	\$ 178.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	1.423.500	\$ 119320140	\$ 62.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL PAGADO: \$ 470.300