SOLICITUD PARA AFILIACIÓN DE TRABAJADORES DEPENDIENTES

Proceso: Subsidio y Aportes

comfaboy unidos para crecer

Por medio de la presente solicito a la Caja de Compensación Familiar de Boyacá "COMFABOY" la Afiliación del Trabajador dependiente con beneficiarios.

CIUDAD: SOGAMOSO

FECHA: Día 5 | Mes 8 | Año 2.025

Uso Exclusivo de Comfaboy:
Código Empresa:

I. DATOS DEL EMPLEADOR:

RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA O NOMBRE DEL EMPLEADOR: FABIO DEL JESUS LEMUS SUAREZ

NIT. / C.C. / C.E.: 74372715

II. DATOS DEL TRABAJADOR:

PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRES:	DOCUMENTO: C.C. [x] C.E. [ ] T.I. [ ] P.E.P. [ ] P.P.T. [ ] No.
GONZALEZ	FONSECA	KAROL JUANITA	1057577478

DIRECCIÓN RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA:	DEPARTAMENTO:	FECHA DE NACIMIENTO (Día / Mes / Año)	TELÉFONO FIJO:
VEREDA LA REFORMA	SOGAMOSO	BOYACA	17 / 4 / 2,006	(608) 771-0239

ESTADO CIVIL: SOLTERO [ ] CASADO [ ] UNIÓN LIBRE [ ] SEPARADO [ ] VIUDO [ ] — CELULAR: (311) 775-7914

ORIENTACIÓN SEXUAL: HETEROSEXUAL [ ] HOMOSEXUAL [ ] BISEXUAL [ ] INFORMACIÓN NO DISPONIBLE [ ]

NIVEL ACADÉMICO: BÁSICA PRIMARIA [ ] SECUNDARIA [ ] TÉCNICO [ ] TECNOLÓGICO [ ] PREGRADO [ ] POSTGRADO [ ]

CORREO ELECTRÓNICO: seguridadsocialjohnrosas2022@gmail.com — TIPO DE DISCAPACIDAD: Ninguna

CONTRATO:	FECHA INGRESO (Día)	(Mes)	(Año)	CIUDAD DONDE TRABAJA
INDEFINIDO [x] TÉRMINO FIJO [ ] TIEMPO PARCIAL [ ]	15	7	2,025	SOGAMOSO

INGRESO MENSUAL ($): 1,423,500 — HORAS LABORADAS MES: — ES VENDEDOR: SÍ [ ] NO [x]

ES PROPIETARIO DE: VIVIENDA [ ] LOTE [ ] NINGUNO [ ] ARRIENDO [x] — SU PROPIEDAD ESTÁ UBICADA EN EL SECTOR: URBANO [ ] RURAL [x]

HA RECIBIDO SUBSIDIO DE VIVIENDA DE INTERÉS SOCIAL DE COMFABOY Y/O DE OTRA ENTIDAD? SÍ [ ] NO [x]

III. DATOS OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA "DILIGENCIAR ÚNICAMENTE TRABAJADORES DOMÉSTICOS"

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	NIT	HORAS LABORADAS MES	CAJA DE COMPENSACIÓN POR LA CUAL RECIBE CUOTA MONETARIA	SALARIO MES

IV. DATOS CÓNYUGE O COMPAÑERA(O) ACTUAL

PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRES:	DOCUMENTO: C.C. [ ] C.E. [ ] T.I. [ ] P.E.P. [ ] P.P.T. [ ] No.

DIRECCIÓN	CIUDAD	DEPARTAMENTO	CELULAR

TRABAJA: SÍ [ ] NO [ ] — SI TRABAJA REGISTRE NOMBRE EMPRESA: — SALARIO MENSUAL:

CONVIVE: SÍ [ ] NO [ ] — CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADA(O)

V. DATOS HIJOS, HERMANOS Y PADRES A CARGO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	GÉNERO M	GÉNERO F	DOCUMENTO IDENTIDAD Tipo (1°)	DOCUMENTO IDENTIDAD NÚMERO	FECHA NACIMIENTO Día	FECHA NACIMIENTO Mes	FECHA NACIMIENTO Año	PARENTESCO HIJO	PARENTESCO HIJASTRO	PARENTESCO HERMANO	PARENTESCO PADRE	GRADO ESCOLARIDAD (2°)	NÚMERO DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN PADRE (3°)
						CC									N	
						CC									N	
						CC									N	
						CC									N	

1°. **INDIQUE EL NÚMERO DE DOCUMENTO CON LAS SIGLAS**: CC (Cédula de Ciudadanía) CE (Cédula de Extranjería) TI (Tarjeta de Identidad) PEP (Permiso Especial de Permanencia) NUIP (Número Único de Identificacion Personal)

2°. **INDIQUE GRADO DE ESCOLARIDAD CON LAS SIGLAS**: N (Ninguno), P (Primaria), B (Bachillerato), T(Técnico), PR (Profesional), O(Otro)

3°. **REGISTRE EL NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO DE LOS HIJOS DIFERENTE AL TRABAJADOR APORTANTE.**

SI ES BENEFICIARIO DE CUOTA MONETARIA

ENTIDAD BANCARIA: — No. DE CUENTA — CUENTA DE AHORROS [ ] CUENTA CORRIENTE [ ]

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

La Caja de Compensación Familiar de Boyacá COMFABOY, identificada con el NIT. 891800213-8 domiciliada y ubicada en Tunja - Colombia en la dirección carrera 10 # 16-81, teléfono 608 744 1515 extensión 1220 y página web: www.comfaboy.com.co, declara que como responsable de la información protege los datos suministrados por afiliados, colaboradores, proveedores, terceros, usuarios y otros interesados, en virtud de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, su Decreto reglamentario 1377 de 2013, e informa a éstos que los datos personales serán utilizados en los términos dados en la autorización por su titular.

Autorizo a COMFABOY, sobre la cual manifiesto conocer que cuenta con la prestación de servicios de vivienda, salud, educación y cultura, recreación y turismo, crédito social, aportes y subsidio y mecanismo de protección al cesante, para cumplir con las finalidades y las funciones asignadas establecidas en la normatividad, para que en el desarrollo de las mismas se sirva: recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos que sean suministrados por mí, así como para transferir dichos datos de manera total o parcial a las personas jurídicas en las cuales tengan participación accionaria o de capital o entidades vinculadas, a sus aliados comerciales estratégicos, para que éstos sean incorporados en una base de datos con fines administrativos, comerciales y de mercadeo para el envío de información sobre los diferentes programas y servicios, y en especial para el envío de eventos, campañas, promociones o concursos de carácter comercial y publicitario, evaluar la calidad del servicio, realizar estudios o investigaciones de mercado, realizar la preinscripción o inscripción al listado de proveedores y la comercialización de servicios y productos. Se informa que la base de datos en la que se encuentran sus datos personales es tratada cumpliendo con las medidas de seguridad definidas en la política de tratamiento de datos responsabilidad de COMFABOY. Las anteriores finalidades se podrán realizar a través de medios físicos, electrónicos o telefónicos. Por lo anterior, autorizo el envío de comunicaciones utilizando mis datos de contactos, tales como: Número de teléfono móvil, correo electrónico, redes sociales, dirección de correspondencia, teléfonos fijos, o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología.

Usted podrá consultar la **"Política Tratamiento de Datos Personales" en www.comfaboy.com.co.** Para resolver dudas e inquietudes relacionadas con el tratamiento de los datos, presentar sus solicitudes y/o ejercer sus derechos puede escribirnos al correo **protecciondatos@comfaboy.com.co**, o hacerlo en cualquiera de nuestras sedes. Así mismo, COMFABOY le informa que sus derechos como titular de datos personales son: (I) Acceder en forma gratuita a los datos proporcionados que hayan sido objeto de tratamiento. (II) Conocer, actualizar y rectificar su información frente a datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos cuyo tratamiento esté prohibido o no haya sido autorizado. (III) Solicitar prueba de la autorización otorgada. (IV) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) quejas por infracciones a lo dispuesto en la normatividad vigente. (V) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato, siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos. (VI) Abstenerse de responder las preguntas sobre datos sensibles. Leído lo anterior, declaro ser el titular de la información. Al diligenciar y firmar este formulario autorizo expresamente de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada a COMFABOY, para el tratamiento de los datos personales suministrados por mi persona dentro de las finalidades legales, contractuales, comerciales aquí contempladas, indicando que es completa, confiable, exacta y verídica.

Declaro que la información que se ha condensado en el presente formulario es veraz y se autoriza a la caja de Compensación Familiar de Boyacá – Comfaboy a que verifique la información en cualquier momento y a deducir de mi subsidio familiar en dinero los valores que me hayan dispuesto sin tener derecho a él, por este concepto o por el reporte inoportuno de las novedades.

Le recordamos que los subsidios monetarios puestos a su disposición y no cobrados, prescriben a los tres (3) años (Ley 21 de 1.982 Artículo 6).

El procedimiento de prescripción de cuota monetaria lo podrá consultar en la página web www.Comfaboy.org



FIRMA DEL TRABAJADOR



FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR

ESPACIO RESERVADO PARA COMFABOY

Observaciones: — Cantidad de Folios: — RECIBIDO

VIGILADO SuperSubsidio

DOCUMENTOS REQUERIDOS

- Anexe copias legibles y/o originales de los Documentos requeridos y entréguelos directamente o a través de su Empleador para que este los haga llegar a la oficina de Aportes y Subsidios de COMFABOY, solicite el recibido del formulario.
- No se aceptan documentos con enmendaduras y sin las respectivas firmas y sellos.
- Toda documentación completa que sea presentada antes del día 10, tiene derecho a percibir subsidio por el mes inmediatamente anterior.
- El Patrono debe averiguar precisamente sobre la veracidad de los datos registrados en el formulario; así mismo sobre que los hijos están vivos y dependen económicamente del trabajador.
- La ley establece que no hay derecho al subsidio en fracciones, pero será reconocido al trabajador permanente que haya prestado sus servicios al patrono durante 96 horas al mes y su remuneración sea proporcional a estas y al trabajador que labore el tiempo completo cuya remuneración mensual no sea inferior a un Salario Mínimo Legal Mensual Vigente.

REQUISITOS GENERALES

NOTA: PARA EL PAGO DE LA CUOTA MONETARIA ES INDISPENSABLE EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO " MODALIDAD DE PAGO" Y ANEXARLO A ESTE FORMULARIO

CUANDO EL TRABAJADOR ES CÓNYUGE DEL EMPLEADOR

- Fotocopia del Contrato Laboral debidamente Firmado y demás documentos según sea el caso.

TRABAJADOR SOLTERO:

- Formulario de Afiliación de Trabajadores diligenciado en su totalidad.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del trabajador, a blanco y negro.

CON CÓNYUGE SIN HIJOS:

- Formulario de Afiliación de Trabajadores diligenciado en su totalidad.
- Fotocopia de la cédula del trabajador, a blanco y negro.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del (a) cónyuge o compañero (a), a blanco y negro.
- Constancia laboral del cónyuge, cuando esté afiliado a otra caja de compensación o laborando
- Partida de Matrimonio. Si es unión libre Declaración Conjunta de Convivencia, Utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo, el cual lo podrá descargar en la página web de Comfaboy (link formularios).

CON CÓNYUGE E HIJOS DE LA UNIÓN

- Formulario de Afiliación de Trabajadores diligenciado en su totalidad.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del trabajador, a blanco y negro.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del (a) cónyuge o compañero (a), a blanco y negro.
- Constancia Laboral del Cónyuge, cuando esté afiliado a otra caja de compensación o laborando.
- Partida de Matrimonio. Si es unión libre, Declaración Conjunta de Convivencia. Utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo, el cual lo podrá descargar en la página web de Comfaboy (link formularios).
- Registro Civil de nacimiento de los Hijos, demostrando parentesco y con No. Cédula de Ciudadanía de los Padres, legible y sin autenticar. Además la Tarjeta de identidad para mayores de 7 años, a blanco y negro y Cédula de Ciudadanía para mayores de 18 años, a blanco y negro.
- Certificado de estudio para mayores de 12 años y hasta los 18 años (Los 18 años se consideran hasta antes de cumplir los 19 años). En caso de estudios a distancia o validación anexar copia del carné de la E.P.S. del afiliado. Los certificados de escolaridad se deben renovar cada año, a excepción de los universitarios y técnicos que se renuevan cada seis meses.
- Para hijos con discapacidad: Certificado médico de la EPS donde conste el tipo de discapacidad.

CON CÓNYUGE E HIJASTROS

- Formulario de Afiliación de Trabajadores diligenciado en su totalidad.
- Documento de identificación del trabajador, a blanco y negro.
- Documento de identificación del cónyuge, a blanco y negro.
- Constancia Laboral del cónyuge, cuando esté afiliado a otra caja de compensación o laborando.
- Partida de Matrimonio. Si es unión libre Declaración Conjunta de Convivencia, Utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo, el cual lo podrá descargar en la página web de Comfaboy (link formularios).
- Registro Civil de nacimiento de los Hijastros, demostrando parentesco y con No. Cédula de Ciudadanía de los Padres, legible y sin autenticar. Además, la Tarjeta de identidad para mayores de 7 años , a blanco y negro y Cédula de Ciudadanía para mayores de 18 años, a blanco y negro.
- Certificado de estudio para mayores de 12 años y hasta los 18 años (Los 18 años se consideran hasta antes de cumplir los 19 años). Los certificados de escolaridad se deben renovar cada año, a excepción de los universitarios y técnicos que se renuevan cada seis meses. En caso de estudios a distancia o validación anexar copia del carné de la E.P.S. del afiliado.
- Documento de la custodia legal emitida por la correspondiente entidad competente (I.C.B.F., Comisaría de Familia. Juzgado de Familia).
- Para hijastros con discapacidad: Certificado médico donde conste la discapacidad, indicando tipo de discapacidad.
- Copia de la cédula de ciudadanía, a blanco y negro, de la madre o el padre biológico o número del documento de identidad legible inscrito en el registro civil.
- Dependencia económica de los hijastros: Utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo, el cual podrá descargar en la página web de Comfaboy (link formularios).
- En caso de custodia compartida, certificación laboral de la madre o padre biológicos, según sea el caso, sobre ingresos y certificación si recibe o no subsidio por el mismo hijastro.

TRABAJADOR SOLTERO O SEPARADO CON HIJOS:

- Formulario de Afiliación de Trabajadores diligenciado en su totalidad.
- Documento de identificación del trabajador, a blanco y negro.
- Cédula de ciudadanía de la madre o padre del menor, a blanco y negro.
- Registro Civil de los Hijos, demostrando parentesco y con No. Cédula de Ciudadanía de los Padres, legible y sin autenticar. Además la Tarjeta de identidad para mayores de 7 años, a blanco y negro y Cédula de Ciudadanía para mayores de 18 años, a blanco y negro.
- Certificado de estudio para mayores de 12 años y hasta los 18 años (Los 18 años se consideran hasta antes de cumplir los 19 años). En caso de estudios a distancia o validación anexar copia del carné de la E.P.S. del afiliado. Los certificados de escolaridad se deben renovar cada año, a excepción de los universitarios y técnicos que se renuevan cada seis meses.
- Documento de la custodia legal emitida por la correspondiente entidad competente (I.C.B.F., Comisaría de Familia. Juzgado de Familia).
- Demostrar la separación anexando escritura pública o sentencia judicial de liquidación conyugal. Las uniones maritales cuya duración sea menor de dos años debe presentar la declaración conjunta de los compañeros permanentes, utilizando el formato establecido por el Ministerio de Trabajo, el cual podrá descargar en la página web de Comfaboy (link formularios).
- Para hijos con discapacidad: Certificado médico de la EPS donde conste el tipo de discapacidad.

PADRES:

- Formulario de Afiliación de Trabajadores diligenciado en su totalidad.
- Documento de identificación del trabajador, a blanco y negro.
- Documento de identificación del padre o madre, a blanco y negro.
- Registro Civil de nacimiento del trabajador con parentesco y con No. Cédula de Ciudadanía de los Padres, legible y sin autenticar.
- Manifestación de dependencia económica rendida por el padre o madre, firmado por el trabajador y padres: utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo, el cual podrá descargar en la página web de Comfaboy (link formularios).
- Certificado de EPS donde conste el tipo de afiliación.
- Declaración de no recibir pensión, salario, ni renta, utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo. Padre o Madre deben ser mayores de 60 años, si es menor debe tener capacidad física disminuida y debe probarse mediante Certificado del médico de la EPS donde conste el tipo de discapacidad.
- Los padres no podrán estar afiliados a otra caja de compensación familiar a nivel Nacional. Ley 789 de 2002, Art. 3, parágrafo 1, numeral 3. Sopena de sanciones.

HERMANOS HUÉRFANOS DE PADRES:

- Formulario de Afiliación de Trabajadores diligenciado en su totalidad.
- Documento de identificación del trabajador, a blanco y negro.
- Declaración juramentada donde conste la convivencia y dependencia económica del hermano huérfano de padres, con el trabajador, utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo, el cual podrá descargar en la página web de Comfaboy (link formularios).
- Registro Civil de nacimiento del trabajador con parentesco y con No. Cédula de Ciudadanía de los Padres, legible y sin autenticar.
- Registro Civil de nacimiento del hermano para acreditar parentesco y edad, legible. Además, la Tarjeta de identidad para mayores de 7 años, a blanco y negro y Cédula de Ciudadanía para mayores de 18 años, a blanco y negro.
- Registro Civil de defunción de los padres.
- Certificado de estudio para mayores de 12 años y hasta los 18 años (Los 18 años se consideran hasta antes de cumplir los 19 años). En caso de estudios a distancia o validación anexar copia del carné de la E.P.S. del afiliado. Los certificados de escolaridad se deben renovar cada año, a excepción de los universitarios y técnicos que se renuevan cada seis meses.
- Para hermanos con discapacidad: Certificado médico de la EPS donde conste el tipo de discapacidad.

Para tener derecho al subsidio extraordinario por Muerte del Trabajador o de las personas afiliadas, el trabajador o su cónyuge debe presentar el registro civil de Defunción de la persona fallecida dentro de los 3 años siguientes al fallecimiento, en caso contrario perderá este derecho.

Medellín, 15 de July de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOYACA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1057577478	GONZALEZ FONSECA KAROL JUANITA	16/07/2025		xR59Dr19	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 15/07/2025 16:59:26 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 45.171.182.93, 198.143.41.1, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA


CÉDULA DE CIUDADANÍA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 1.057.577.478
Apellidos
GONZALEZ FONSECA
Nombres
KAROL JUANITA
Nacionalidad
COL
Estatura
1.63
Sexo
F
Fecha de nacimiento
17 ABR 2006
G.S.
O+
Lugar de nacimiento
SOGAMOSO (BOYACA)
Fecha y lugar de expedición
19 ABR 2024, SOGAMOSO
Firma
Fecha de expiración
22 ABR 2034


.CO
045200072
REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo
ICCOL045200072407277<<<<<<<<<<<
0604176F3404229COL1057577478<8
GONZALEZ<FONSECA<<KAROL<JUANIT


CÉDULA DE CIUDADANÍA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 1.057.577.478
Apellidos
GONZALEZ FONSECA
Nombres
KAROL JUANITA
Nacionalidad
COL
Estatura
1.63
Sexo
F
Fecha de nacimiento
17 ABR 2006
G.S.
O+
Lugar de nacimiento
SOGAMOSO (BOYACA)
Fecha y lugar de expedición
19 ABR 2024, SOGAMOSO
Firma
Fecha de expiración
22 ABR 2034


.CO
045200072
REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo
ICCOL045200072407277<<<<<<<<<<<
0604176F3404229COL1057577478<8
GONZALEZ<FONSECA<<KAROL<JUANIT

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

01 B 13278510

SOPORTE DE AFILIACIÓN Y/O REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS - SAT

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

No. de Radicación SAT
014CC1057577478160720251229000002

CÓDIGO ASESOR Y/O PROMOTOR
N0769

AFILIACIÓN

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

1. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Gonzalez	Fonseca	Karol	Juanita

2.TIPO DOCUMENTO	3.DOCUMENTO DE IDENTIDAD	4. SEXO	4. FECHA NACIMIENTO
RC TI (X) CE PA CD SC PE	1.057.577.478	X M	17 04 2006

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO
Sogamoso	Boyaca	311 775 7914.

TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS
311 775 7914	Juanitafonseca.2006@gmail.com	

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

	24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO F M	28. FECHA DE NACIMIENTO DIA MES AÑO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD Tipo	31. DISCAPACIDAD Condición
1								F. N. M.	T. P.
2								F. N. M.	T. P.
3								F. N. M.	T. P.
4								F. N. M.	T. P.

	32. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Lo diligencia la EPS)	34. Nombre y código de la IPS	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO COBERTURA GEOGRÁFICA	UNIFICACIÓN GRUPO FAMILIAR	CUMPLIMIENTO TIEMPO POR CESIÓN	SERVICIO AVALADO POR SNS	NIVEL DE SISBÉN	GRUPO POBLACIONAL
1			R. U.									I. II.	
2			R. U.									I. II.	
3			R. U.									I. II.	
4			R. U.									I. II.	

nueva eps
RECIBIDO PARA ESTUDIO EN LA EPS
FECHA 16-JULIO-25
CODIGO REGIONAL CENTRO ORIENTE

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

35. Nombre o Razón Social	36. Tipo documento de identidad	37. Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
Fabio del Jesus Lemus Suarez	(X) CE PA CD NI PE	74.372.715	2	DEPENDIENTE

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN					
Calle 17 Bis 10-45	Duitama	Boyaca	6087710739	3112778680	fabiolemus18@gmail.com
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	**CARGO**	**SALARIO**			
15 07 2025	Ayudante.	1.423.500			

VIII. FIRMAS

Juanita Gonzalez Fonseca
54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario

Fabio del Jesus Lemus.
55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestación de servicio

VIGILADO Supersalud

Powered by CamScanner

SOLICITUD PARA AFILIACIÓN DE TRABAJADORES DEPENDIENTES

Proceso: Subsidio y Aportes

comfaboy unidos para crecer

Por medio de la presente solicito a la Caja de Compensación Familiar de Boyacá "COMFABOY" la Afiliación del Trabajador dependiente con beneficiarios.

CIUDAD: SOGAMOSO

FECHA: Día 5 | Mes 8 | Año 2.025

Uso Exclusivo de Comfaboy:
Código Empresa:

I. DATOS DEL EMPLEADOR:

RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA O NOMBRE DEL EMPLEADOR: FABIO DEL JESUS LEMUS SUAREZ

NIT. / C.C. / C.E.: 74372715

II. DATOS DEL TRABAJADOR:

PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRES:	DOCUMENTO: C.C. [x] C.E. [ ] T.I. [ ] P.E.P. [ ] P.P.T. [ ] No.
ALVAREZ	MARTINEZ	LUIS ALFREDO	9518924

DIRECCIÓN RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA:	DEPARTAMENTO:	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO FIJO:
VEREDA LA REFORMA	SOGAMOSO	BOYACA	3 / 7 / 1,955	(608) 771-0239

ESTADO CIVIL: SOLTERO [x] CASADO [ ] UNIÓN LIBRE [ ] SEPARADO [ ] VIUDO [ ] — CELULAR: (313) 422-2425

ORIENTACIÓN SEXUAL: HETEROSEXUAL [x] HOMOSEXUAL [ ] BISEXUAL [ ] INFORMACIÓN NO DISPONIBLE [ ]

NIVEL ACADÉMICO: BÁSICA PRIMARIA [x] SECUNDARIA [ ] TÉCNICO [ ] TECNOLÓGICO [ ] PREGRADO [ ] POSTGRADO [ ]

CORREO ELECTRÓNICO: seguridadsocialjohnrosas2022@gmail.com — TIPO DE DISCAPACIDAD: Ninguna

CONTRATO:	FECHA INGRESO	DÍA	MES	AÑO	CIUDAD DONDE TRABAJA
INDEFINIDO [x] TÉRMINO FIJO [ ] TIEMPO PARCIAL [ ]		27	7	2,025	SOGAMOSO

INGRESO MENSUAL ($): 1,423,500 — HORAS LABORADAS MES: — ES VENDEDOR: SÍ [ ] NO [x]

ES PROPIETARIO DE: VIVIENDA [ ] LOTE [ ] NINGUNO [ ] ARRIENDO [x] — SU PROPIEDAD ESTÁ UBICADA EN EL SECTOR: URBANO [ ] RURAL [x]

HA RECIBIDO SUBSIDIO DE VIVIENDA DE INTERÉS SOCIAL DE COMFABOY Y/O DE OTRA ENTIDAD? SÍ [ ] NO [x]

III. DATOS OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA "DILIGENCIAR ÚNICAMENTE TRABAJADORES DOMÉSTICOS"

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	NIT	HORAS LABORADAS MES	CAJA DE COMPENSACIÓN POR LA CUAL RECIBE CUOTA MONETARIA	SALARIO MES

IV. DATOS CÓNYUGE O COMPAÑERA(O) ACTUAL

PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRES:	DOCUMENTO: C.C. [ ] C.E. [ ] T.I. [ ] P.E.P. [ ] P.P.T. [ ] No.

DIRECCIÓN	CIUDAD	DEPARTAMENTO	CELULAR

TRABAJA: SÍ [ ] NO [ ] — SI TRABAJA REGISTRE NOMBRE EMPRESA: — SALARIO MENSUAL:

CONVIVE: SÍ [ ] NO [ ] — CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADA(O)

V. DATOS HIJOS, HERMANOS Y PADRES A CARGO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	GÉNERO M	GÉNERO F	DOCUMENTO IDENTIDAD Tipo (1°)	DOCUMENTO IDENTIDAD NÚMERO	FECHA NACIMIENTO Día	FECHA NACIMIENTO Mes	FECHA NACIMIENTO Año	PARENTESCO HIJO	PARENTESCO HIJASTRO	PARENTESCO HERMANO	PARENTESCO PADRE	GRADO ESCOLARIDAD (2°)	NÚMERO DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN PADRE (3°)
						CC									N	
						CC									N	
						CC									N	
						CC									N	

1°. **INDIQUE EL NÚMERO DE DOCUMENTO CON LAS SIGLAS**: CC (Cédula de Ciudadanía) CE (Cédula de Extranjería) TI (Tarjeta de Identidad) PEP (Permiso Especial de Permanencia) NUIP (Número Único de Identificacion Personal)

2°. **INDIQUE GRADO DE ESCOLARIDAD CON LAS SIGLAS**: N (Ninguno), P (Primaria), B (Bachillerato), T(Técnico), PR (Profesional), O(Otro)

3°. **REGISTRE EL NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO DE LOS HIJOS DIFERENTE AL TRABAJADOR APORTANTE.**

SI ES BENEFICIARIO DE CUOTA MONETARIA

ENTIDAD BANCARIA: — No. DE CUENTA — CUENTA DE AHORROS [ ] CUENTA CORRIENTE [ ]

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

La Caja de Compensación Familiar de Boyacá COMFABOY, identificada con el NIT. 891800213-8 domiciliada y ubicada en Tunja - Colombia en la dirección carrera 10 # 16-81, teléfono 608 744 1515 extensión 1220 y página web: www.comfaboy.com.co, declara que como responsable de la información protege los datos suministrados por afiliados, colaboradores, proveedores, terceros, usuarios y otros interesados, en virtud de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, su Decreto reglamentario 1377 de 2013, e informa a éstos que los datos personales serán utilizados en los términos dados en la autorización por su titular.

Autorizo a COMFABOY, sobre la cual manifiesto conocer que cuenta con la prestación de servicios de vivienda, salud, educación y cultura, recreación y turismo, crédito social, aportes y subsidio y mecanismo de protección al cesante, para cumplir con las finalidades y las funciones asignadas establecidas en la normatividad, para que en el desarrollo de las mismas se sirva: recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos que sean suministrados por mí, así como para transferir dichos datos de manera total o parcial a las personas jurídicas en las cuales tengan participación accionaria o de capital o entidades vinculadas, a sus aliados comerciales estratégicos, para que éstos sean incorporados en una base de datos con fines administrativos, comerciales y de mercadeo para el envío de información sobre los diferentes programas y servicios, y en especial para el envío de eventos, campañas, promociones o concursos de carácter comercial y publicitario, evaluar la calidad del servicio, realizar estudios o investigaciones de mercado, realizar la preinscripción o inscripción al listado de proveedores y la comercialización de servicios y productos. Se informa que la base de datos en la que se encuentran sus datos personales es tratada cumpliendo con las medidas de seguridad definidas en la política de tratamiento de datos responsabilidad de COMFABOY. Las anteriores finalidades se podrán realizar a través de medios físicos, electrónicos o telefónicos. Por lo anterior, autorizo el envío de comunicaciones utilizando mis datos de contactos, tales como: Número de teléfono móvil, correo electrónico, redes sociales, dirección de correspondencia, teléfonos fijos, o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología.

Usted podrá consultar la **"Política Tratamiento de Datos Personales" en www.comfaboy.com.co.** Para resolver dudas e inquietudes relacionadas con el tratamiento de los datos, presentar sus solicitudes y/o ejercer sus derechos puede escribirnos al correo **protecciondatos@comfaboy.com.co**, o hacerlo en cualquiera de nuestras sedes. Así mismo, COMFABOY le informa que sus derechos como titular de datos personales son: (I) Acceder en forma gratuita a los datos proporcionados que hayan sido objeto de tratamiento. (II) Conocer, actualizar y rectificar su información frente a datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos cuyo tratamiento esté prohibido o no haya sido autorizado. (III) Solicitar prueba de la autorización otorgada. (IV) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) quejas por infracciones a lo dispuesto en la normatividad vigente. (V) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato, siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos. (VI) Abstenerse de responder las preguntas sobre datos sensibles. Leído lo anterior, declaro ser el titular de la información. Al diligenciar y firmar este formulario autorizo expresamente de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada a COMFABOY, para el tratamiento de los datos personales suministrados por mi persona dentro de las finalidades legales, contractuales, comerciales aquí contempladas, indicando que es completa, confiable, exacta y verídica.

Declaro que la información que se ha condensado en el presente formulario es veraz y se autoriza a la caja de Compensación Familiar de Boyacá – Comfaboy a que verifique la información en cualquier momento y a deducir de mi subsidio familiar en dinero los valores que me hayan dispuesto sin tener derecho a él, por este concepto o por el reporte inoportuno de las novedades.

Le recordamos que los subsidios monetarios puestos a su disposición y no cobrados, prescriben a los tres (3) años (Ley 21 de 1.982 Artículo 6).

El procedimiento de prescripción de cuota monetaria lo podrá consultar en la página web www.Comfaboy.org

FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR

ESPACIO RESERVADO PARA COMFABOY

Observaciones: — Cantidad de Folios:

RECIBIDO

VIGILADO SuperSubsidio

DOCUMENTOS REQUERIDOS

- Anexe copias legibles y/o originales de los Documentos requeridos y entréguelos directamente o a través de su Empleador para que este los haga llegar a la oficina de Aportes y Subsidios de COMFABOY, solicite el recibido del formulario.
- No se aceptan documentos con enmendaduras y sin las respectivas firmas y sellos.
- Toda documentación completa que sea presentada antes del día 10, tiene derecho a percibir subsidio por el mes inmediatamente anterior.
- El Patrono debe averiguar precisamente sobre la veracidad de los datos registrados en el formulario; así mismo sobre que los hijos están vivos y dependen económicamente del trabajador.
- La ley establece que no hay derecho al subsidio en fracciones, pero será reconocido al trabajador permanente que haya prestado sus servicios al patrono durante 96 horas al mes y su remuneración sea proporcional a estas y al trabajador que labore el tiempo completo cuya remuneración mensual no sea inferior a un Salario Mínimo Legal Mensual Vigente.

REQUISITOS GENERALES

NOTA: PARA EL PAGO DE LA CUOTA MONETARIA ES INDISPENSABLE EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO " MODALIDAD DE PAGO" Y ANEXARLO A ESTE FORMULARIO

CUANDO EL TRABAJADOR ES CÓNYUGE DEL EMPLEADOR

- Fotocopia del Contrato Laboral debidamente Firmado y demás documentos según sea el caso.

TRABAJADOR SOLTERO:

- Formulario de Afiliación de Trabajadores diligenciado en su totalidad.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del trabajador, a blanco y negro.

CON CÓNYUGE SIN HIJOS:

- Formulario de Afiliación de Trabajadores diligenciado en su totalidad.
- Fotocopia de la cédula del trabajador, a blanco y negro.

Y

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del (a) cónyuge o compañero (a), a blanco y negro.
- Constancia laboral del cónyuge, cuando esté afiliado a otra caja de compensación o laborando
- Partida de Matrimonio. Si es unión libre Declaración Conjunta de Convivencia, Utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo, el cual lo podrá descargar en la página web de Comfaboy (link formularios).

CON CÓNYUGE E HIJOS DE LA UNIÓN

- Formulario de Afiliación de Trabajadores diligenciado en su totalidad.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del trabajador, a blanco y negro.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del (a) cónyuge o compañero (a), a blanco y negro.
- Constancia Laboral del Cónyuge, cuando esté afiliado a otra caja de compensación o laborando.
- Partida de Matrimonio. Si es unión libre, Declaración Conjunta de Convivencia. Utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo, el cual lo podrá descargar en la página web de Comfaboy (link formularios).
- Registro Civil de nacimiento de los Hijos, demostrando parentesco y con No. Cédula de Ciudadanía de los Padres, legible y sin autenticar. Además la Tarjeta de identidad para mayores de 7 años, a blanco y negro y Cédula de Ciudadanía para mayores de 18 años, a blanco y negro.
- Certificado de estudio para mayores de 12 años y hasta los 18 años (Los 18 años se consideran hasta antes de cumplir los 19 años). En caso de estudios a distancia o validación anexar copia del carné de la E.P.S. del afiliado. Los certificados de escolaridad se deben renovar cada año, a excepción de los universitarios y técnicos que se renuevan cada seis meses.
- Para hijos con discapacidad: Certificado médico de la EPS donde conste el tipo de discapacidad.

CON CÓNYUGE E HIJASTROS

- Formulario de Afiliación de Trabajadores diligenciado en su totalidad.
- Documento de identificación del trabajador, a blanco y negro.
- Documento de identificación del cónyuge, a blanco y negro.
- Constancia Laboral del cónyuge, cuando esté afiliado a otra caja de compensación o laborando.
- Partida de Matrimonio. Si es unión libre Declaración Conjunta de Convivencia, Utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo, el cual lo podrá descargar en la página web de Comfaboy (link formularios).
- Registro Civil de nacimiento de los Hijastros, demostrando parentesco y con No. Cédula de Ciudadanía de los Padres, legible y sin autenticar. Además, la Tarjeta de identidad para mayores de 7 años , a blanco y negro y Cédula de Ciudadanía para mayores de 18 años, a blanco y negro.
- Certificado de estudio para mayores de 12 años y hasta los 18 años (Los 18 años se consideran hasta antes de cumplir los 19 años). Los certificados de escolaridad se deben renovar cada año, a excepción de los universitarios y técnicos que se renuevan cada seis meses. En caso de estudios a distancia o validación anexar copia del carné de la E.P.S. del afiliado.
- Documento de la custodia legal emitida por la correspondiente entidad competente (I.C.B.F., Comisaría de Familia. Juzgado de Familia).
- Para hijastros con discapacidad: Certificado médico donde conste la discapacidad, indicando tipo de discapacidad.
- Copia de la cédula de ciudadanía, a blanco y negro, de la madre o el padre biológico o número del documento de identidad legible inscrito en el registro civil.
- Dependencia económica de los hijastros: Utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo, el cual podrá descargar en la página web de Comfaboy (link formularios).
- En caso de custodia compartida, certificación laboral de la madre o padre biológicos, según sea el caso, sobre ingresos y certificación si recibe o no subsidio por el mismo hijastro.

TRABAJADOR SOLTERO O SEPARADO CON HIJOS:

- Formulario de Afiliación de Trabajadores diligenciado en su totalidad.
- Documento de identificación del trabajador, a blanco y negro.
- Cédula de ciudadanía de la madre o padre del menor, a blanco y negro.
- Registro Civil de los Hijos, demostrando parentesco y con No. Cédula de Ciudadanía de los Padres, legible y sin autenticar. Además la Tarjeta de identidad para mayores de 7 años, a blanco y negro y Cédula de Ciudadanía para mayores de 18 años, a blanco y negro.
- Certificado de estudio para mayores de 12 años y hasta los 18 años (Los 18 años se consideran hasta antes de cumplir los 19 años). En caso de estudios a distancia o validación anexar copia del carné de la E.P.S. del afiliado. Los certificados de escolaridad se deben renovar cada año, a excepción de los universitarios y técnicos que se renuevan cada seis meses.
- Documento de la custodia legal emitida por la correspondiente entidad competente (I.C.B.F., Comisaría de Familia. Juzgado de Familia).
- Demostrar la separación anexando escritura pública o sentencia judicial de liquidación conyugal. Las uniones maritales cuya duración sea menor de dos años debe presentar la declaración conjunta de los compañeros permanentes, utilizando el formato establecido por el Ministerio de Trabajo, el cual podrá descargar en la página web de Comfaboy (link formularios).
- Para hijos con discapacidad: Certificado médico de la EPS donde conste el tipo de discapacidad.

PADRES:

- Formulario de Afiliación de Trabajadores diligenciado en su totalidad.
- Documento de identificación del trabajador, a blanco y negro.
- Documento de identificación del padre o madre, a blanco y negro.
- Registro Civil de nacimiento del trabajador con parentesco y con No. Cédula de Ciudadanía de los Padres, legible y sin autenticar.
- Manifestación de dependencia económica rendida por el padre o madre, firmado por el trabajador y padres: utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo, el cual podrá descargar en la página web de Comfaboy (link formularios).
- Certificado de EPS donde conste el tipo de afiliación.
- Declaración de no recibir pensión, salario, ni renta, utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo. Padre o Madre deben ser mayores de 60 años, si es menor debe tener capacidad física disminuida y debe probarse mediante Certificado del médico de la EPS donde conste el tipo de discapacidad.
- Los padres no podrán estar afiliados a otra caja de compensación familiar a nivel Nacional. Ley 789 de 2002, Art. 3, parágrafo 1, numeral 3. Sopena de sanciones.

HERMANOS HUÉRFANOS DE PADRES:

- Formulario de Afiliación de Trabajadores diligenciado en su totalidad.
- Documento de identificación del trabajador, a blanco y negro.
- Declaración juramentada donde conste la convivencia y dependencia económica del hermano huérfano de padres, con el trabajador, utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo, el cual podrá descargar en la página web de Comfaboy (link formularios).
- Registro Civil de nacimiento del trabajador con parentesco y con No. Cédula de Ciudadanía de los Padres, legible y sin autenticar.
- Registro Civil de nacimiento del hermano para acreditar parentesco y edad, legible. Además, la Tarjeta de identidad para mayores de 7 años, a blanco y negro y Cédula de Ciudadanía para mayores de 18 años, a blanco y negro.
- Registro Civil de defunción de los padres.
- Certificado de estudio para mayores de 12 años y hasta los 18 años (Los 18 años se consideran hasta antes de cumplir los 19 años). En caso de estudios a distancia o validación anexar copia del carné de la E.P.S. del afiliado. Los certificados de escolaridad se deben renovar cada año, a excepción de los universitarios y técnicos que se renuevan cada seis meses.
- Para hermanos con discapacidad: Certificado médico de la EPS donde conste el tipo de discapacidad.

Para tener derecho al subsidio extraordinario por Muerte del Trabajador o de las personas afiliadas, el trabajador o su cónyuge debe presentar el registro civil de Defunción de la persona fallecida dentro de los 3 años siguientes al fallecimiento, en caso contrario perderá este derecho.

Medellín, 27 de July de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOYACA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C9518924	ALVAREZ MARTINEZ LUIS ALFREDO	28/07/2025		12941401	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 27/07/2025 19:39:46 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.89.82.191, 198.143.41.46, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 9.518.924
ALVAREZ MARTINEZ
APELLIDOS
LUIS ALFREDO
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 03-JUL-1955
TOPAGA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 ESTATURA
B+ G.S. RH
M SEXO
17-ENE-1976 SOGAMOSO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

A-0727700-00132325-M-0009518924-20081130 0007176805A 1 7320014841

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 06/08/2025, el empleador LEMUSSUAREZFABIO DE JESUS identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 74372715 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9129548	06/08/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1057598366	JESUSALEXANDER PEREZ SIERRA	1423500	AYUDANTE DE CONSTRUCCION	2025-07-24
CÉDULA DE CIUDADANÍA	9518924	LUISALFREDO ALVAREZ MARTINEZ	1423500	OFICIAL DE CONSTRUCCION	2025-07-27

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 6 días del mes de Agosto del año 2025.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

SOLICITUD PARA AFILIACIÓN DE TRABAJADORES DEPENDIENTES

Proceso: Subsidio y Aportes

comfaboy unidos para crecer

Por medio de la presente solicito a la Caja de Compensación Familiar de Boyacá "COMFABOY" la Afiliación del Trabajador dependiente con beneficiarios.

CIUDAD: Sogamoso

FECHA: Día 5 | Mes 8 | Año 2.025

Uso Exclusivo de Comfaboy:
Código Empresa:

I. DATOS DEL EMPLEADOR:

RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA O NOMBRE DEL EMPLEADOR:	NIT. / C.C. / C.E.
FABIO DEL JESUS LEMUS SUAREZ	74372715

II. DATOS DEL TRABAJADOR:

PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRES:	DOCUMENTO: C.C. [x] C.E. [ ] T.I. [ ] P.E.P. [ ] P.P.T. [ ] No.
LOPEZ	CARDENAS	WILSON JHOVANI	1058051592

DIRECCIÓN RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA:	DEPARTAMENTO:	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO FIJO:
VEREDA AGUA BLANCA	SOGAMOSO	BOYACA	8 / 2 / 1,983	(608) 771-0239

ESTADO CIVIL: SOLTERO [ ] CASADO [ ] UNIÓN LIBRE [ ] SEPARADO [ ] VIUDO [ ] CELULAR: (322) 291-5334

ORIENTACIÓN SEXUAL: HETEROSEXUAL [ ] HOMOSEXUAL [ ] BISEXUAL [ ] INFORMACIÓN NO DISPONIBLE [ ]

NIVEL ACADÉMICO: BÁSICA PRIMARIA [ ] SECUNDARIA [x] TÉCNICO [ ] TECNOLÓGICO [ ] PREGRADO [ ] POSTGRADO [ ]

CORREO ELECTRÓNICO: seguridadsocialjohnrosas2022@gmail.com | TIPO DE DISCAPACIDAD: Ninguna

CONTRATO:	FECHA INGRESO: DÍA	MES	AÑO	CIUDAD DONDE TRABAJA
INDEFINIDO [x] TÉRMINO FIJO [ ] TIEMPO PARCIAL [ ]	14	7	2,025	SOGAMOSO

INGRESO MENSUAL ($): 1,423,500 | HORAS LABORADAS MES: | ES VENDEDOR: SÍ [ ] NO [x]

ES PROPIETARIO DE: VIVIENDA [ ] LOTE [ ] NINGUNO [ ] ARRIENDO [x] | SU PROPIEDAD ESTÁ UBICADA EN EL SECTOR: URBANO [ ] RURAL [x]

HA RECIBIDO SUBSIDIO DE VIVIENDA DE INTERÉS SOCIAL DE COMFABOY Y/O DE OTRA ENTIDAD? SÍ [ ] NO [x]

III. DATOS OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA "DILIGENCIAR ÚNICAMENTE TRABAJADORES DOMÉSTICOS"

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	NIT	HORAS LABORADAS MES	CAJA DE COMPENSACIÓN POR LA CUAL RECIBE CUOTA MONETARIA	SALARIO MES

IV. DATOS CÓNYUGE O COMPAÑERA(O) ACTUAL

PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRES:	DOCUMENTO: C.C. [ ] C.E. [ ] T.I. [ ] P.E.P. [ ] P.P.T. [ ] No.

DIRECCIÓN	CIUDAD	DEPARTAMENTO	CELULAR

TRABAJA: SÍ [ ] NO [ ] | SI TRABAJA REGISTRE NOMBRE EMPRESA: | SALARIO MENSUAL:

CONVIVE: SÍ [ ] NO [ ] | CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADA(O)

V. DATOS HIJOS, HERMANOS Y PADRES A CARGO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	GÉNERO M	GÉNERO F	DOCUMENTO IDENTIDAD Tipo (1°)	DOCUMENTO IDENTIDAD NÚMERO	FECHA NACIMIENTO Día	FECHA NACIMIENTO Mes	FECHA NACIMIENTO Año	PARENTESCO HIJO	PARENTESCO HIJASTRO	PARENTESCO HERMANO	PARENTESCO PADRE	GRADO ESCOLARIDAD (2°)	NÚMERO DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN PADRE (3°)
						CC									N	
						CC									N	
						CC									N	
						CC									N	

1°. **INDIQUE EL NÚMERO DE DOCUMENTO CON LAS SIGLAS**: CC (Cédula de Ciudadanía) CE (Cédula de Extranjería) TI (Tarjeta de Identidad) PEP (Permiso Especial de Permanencia) NUIP (Número Único de Identificacion Personal)

2°. **INDIQUE GRADO DE ESCOLARIDAD CON LAS SIGLAS**: N (Ninguno), P (Primaria), B (Bachillerato), T(Técnico), PR (Profesional), O(Otro)

3°. **REGISTRE EL NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO DE LOS HIJOS DIFERENTE AL TRABAJADOR APORTANTE.**

SI ES BENEFICIARIO DE CUOTA MONETARIA

ENTIDAD BANCARIA:	No. DE CUENTA	CUENTA DE AHORROS [ ]	CUENTA CORRIENTE [ ]

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

La Caja de Compensación Familiar de Boyacá COMFABOY, identificada con el NIT. 891800213-8 domiciliada y ubicada en Tunja - Colombia en la dirección carrera 10 # 16-81, teléfono 608 744 1515 extensión 1220 y página web: www.comfaboy.com.co, declara que como responsable de la información protege los datos suministrados por afiliados, colaboradores, proveedores, terceros, usuarios y otros interesados, en virtud de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, su Decreto reglamentario 1377 de 2013, e informa a éstos que los datos personales serán utilizados en los términos dados en la autorización por su titular.

Autorizo a COMFABOY, sobre la cual manifiesto conocer que cuenta con la prestación de servicios de vivienda, salud, educación y cultura, recreación y turismo, crédito social, aportes y subsidio y mecanismo de protección al cesante, para cumplir con las finalidades y las funciones asignadas establecidas en la normatividad, para que en el desarrollo de las mismas se sirva: recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos que sean suministrados por mí, así como para transferir dichos datos de manera total o parcial a las personas jurídicas en las cuales tengan participación accionaria o de capital o entidades vinculadas, a sus aliados comerciales estratégicos, para que éstos sean incorporados en una base de datos con fines administrativos, comerciales y de mercadeo para el envío de información sobre los diferentes programas y servicios, y en especial para el envío de eventos, campañas, promociones o concursos de carácter comercial y publicitario, evaluar la calidad del servicio, realizar estudios o investigaciones de mercado, realizar la preinscripción o inscripción al listado de proveedores y la comercialización de servicios y productos. Se informa que la base de datos en la que se encuentran sus datos personales es tratada cumpliendo con las medidas de seguridad definidas en la política de tratamiento de datos responsabilidad de COMFABOY. Las anteriores finalidades se podrán realizar a través de medios físicos, electrónicos o telefónicos. Por lo anterior, autorizo el envío de comunicaciones utilizando mis datos de contactos, tales como: Número de teléfono móvil, correo electrónico, redes sociales, dirección de correspondencia, teléfonos fijos, o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología.

Usted podrá consultar la **"Política Tratamiento de Datos Personales" en www.comfaboy.com.co.** Para resolver dudas e inquietudes relacionadas con el tratamiento de los datos, presentar sus solicitudes y/o ejercer sus derechos puede escribirnos al correo **protecciondatos@comfaboy.com.co**, o hacerlo en cualquiera de nuestras sedes. Así mismo, COMFABOY le informa que sus derechos como titular de datos personales son: (I) Acceder en forma gratuita a los datos proporcionados que hayan sido objeto de tratamiento. (II) Conocer, actualizar y rectificar su información frente a datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos cuyo tratamiento esté prohibido o no haya sido autorizado. (III) Solicitar prueba de la autorización otorgada. (IV) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) quejas por infracciones a lo dispuesto en la normatividad vigente. (V) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato, siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos. (VI) Abstenerse de responder las preguntas sobre datos sensibles. Leído lo anterior, declaro ser el titular de la información. Al diligenciar y firmar este formulario autorizo expresamente de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada a COMFABOY, para el tratamiento de los datos personales suministrados por mi persona dentro de las finalidades legales, contractuales, comerciales aquí contempladas, indicando que es completa, confiable, exacta y verídica.

Declaro que la información que se ha condensado en el presente formulario es veraz y se autoriza a la caja de Compensación Familiar de Boyacá – Comfaboy a que verifique la información en cualquier momento y a deducir de mi subsidio familiar en dinero los valores que me hayan dispuesto sin tener derecho a él, por este concepto o por el reporte inoportuno de las novedades.

Le recordamos que los subsidios monetarios puestos a su disposición y no cobrados, prescriben a los tres (3) años (Ley 21 de 1.982 Artículo 6).

El procedimiento de prescripción de cuota monetaria lo podrá consultar en la página web www.Comfaboy.org

FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR

ESPACIO RESERVADO PARA COMFABOY

Observaciones: | Cantidad de Folios:

RECIBIDO

VIGILADO SuperSubsidio

DOCUMENTOS REQUERIDOS

- Anexe copias legibles y/o originales de los Documentos requeridos y entréguelos directamente o a través de su Empleador para que este los haga llegar a la oficina de Aportes y Subsidios de COMFABOY, solicite el recibido del formulario.
- No se aceptan documentos con enmendaduras y sin las respectivas firmas y sellos.
- Toda documentación completa que sea presentada antes del día 10, tiene derecho a percibir subsidio por el mes inmediatamente anterior.
- El Patrono debe averiguar precisamente sobre la veracidad de los datos registrados en el formulario; así mismo sobre que los hijos están vivos y dependen económicamente del trabajador.
- La ley establece que no hay derecho al subsidio en fracciones, pero será reconocido al trabajador permanente que haya prestado sus servicios al patrono durante 96 horas al mes y su remuneración sea proporcional a estas y al trabajador que labore el tiempo completo cuya remuneración mensual no sea inferior a un Salario Mínimo Legal Mensual Vigente.

REQUISITOS GENERALES

NOTA: PARA EL PAGO DE LA CUOTA MONETARIA ES INDISPENSABLE EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO " MODALIDAD DE PAGO" Y ANEXARLO A ESTE FORMULARIO

CUANDO EL TRABAJADOR ES CÓNYUGE DEL EMPLEADOR

- Fotocopia del Contrato Laboral debidamente Firmado y demás documentos según sea el caso.

TRABAJADOR SOLTERO:

- Formulario de Afiliación de Trabajadores diligenciado en su totalidad.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del trabajador, a blanco y negro.

CON CÓNYUGE SIN HIJOS:

- Formulario de Afiliación de Trabajadores diligenciado en su totalidad.
- Fotocopia de la cédula del trabajador, a blanco y negro.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del (a) cónyuge o compañero (a), a blanco y negro.
- Constancia laboral del cónyuge, cuando esté afiliado a otra caja de compensación o laborando
- Partida de Matrimonio. Si es unión libre Declaración Conjunta de Convivencia, Utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo, el cual lo podrá descargar en la página web de Comfaboy (link formularios).

CON CÓNYUGE E HIJOS DE LA UNIÓN

- Formulario de Afiliación de Trabajadores diligenciado en su totalidad.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del trabajador, a blanco y negro.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del (a) cónyuge o compañero (a), a blanco y negro.
- Constancia Laboral del Cónyuge, cuando esté afiliado a otra caja de compensación o laborando.
- Partida de Matrimonio. Si es unión libre, Declaración Conjunta de Convivencia. Utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo, el cual lo podrá descargar en la página web de Comfaboy (link formularios).
- Registro Civil de nacimiento de los Hijos, demostrando parentesco y con No. Cédula de Ciudadanía de los Padres, legible y sin autenticar. Además la Tarjeta de identidad para mayores de 7 años, a blanco y negro y Cédula de Ciudadanía para mayores de 18 años, a blanco y negro.
- Certificado de estudio para mayores de 12 años y hasta los 18 años (Los 18 años se consideran hasta antes de cumplir los 19 años). En caso de estudios a distancia o validación anexar copia del carné de la E.P.S. del afiliado. Los certificados de escolaridad se deben renovar cada año, a excepción de los universitarios y técnicos que se renuevan cada seis meses.
- Para hijos con discapacidad: Certificado médico de la EPS donde conste el tipo de discapacidad.

CON CÓNYUGE E HIJASTROS

- Formulario de Afiliación de Trabajadores diligenciado en su totalidad.
- Documento de identificación del trabajador, a blanco y negro.
- Documento de identificación del cónyuge, a blanco y negro.
- Constancia Laboral del cónyuge, cuando esté afiliado a otra caja de compensación o laborando.
- Partida de Matrimonio. Si es unión libre Declaración Conjunta de Convivencia, Utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo, el cual lo podrá descargar en la página web de Comfaboy (link formularios).
- Registro Civil de nacimiento de los Hijastros, demostrando parentesco y con No. Cédula de Ciudadanía de los Padres, legible y sin autenticar. Además, la Tarjeta de identidad para mayores de 7 años , a blanco y negro y Cédula de Ciudadanía para mayores de 18 años, a blanco y negro.
- Certificado de estudio para mayores de 12 años y hasta los 18 años (Los 18 años se consideran hasta antes de cumplir los 19 años). Los certificados de escolaridad se deben renovar cada año, a excepción de los universitarios y técnicos que se renuevan cada seis meses. En caso de estudios a distancia o validación anexar copia del carné de la E.P.S. del afiliado.
- Documento de la custodia legal emitida por la correspondiente entidad competente (I.C.B.F., Comisaría de Familia. Juzgado de Familia).
- Para hijastros con discapacidad: Certificado médico donde conste la discapacidad, indicando tipo de discapacidad.
- Copia de la cédula de ciudadanía, a blanco y negro, de la madre o el padre biológico o número del documento de identidad legible inscrito en el registro civil.
- Dependencia económica de los hijastros: Utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo, el cual podrá descargar en la página web de Comfaboy (link formularios).
- En caso de custodia compartida, certificación laboral de la madre o padre biológicos, según sea el caso, sobre ingresos y certificación si recibe o no subsidio por el mismo hijastro.

TRABAJADOR SOLTERO O SEPARADO CON HIJOS:

- Formulario de Afiliación de Trabajadores diligenciado en su totalidad.
- Documento de identificación del trabajador, a blanco y negro.
- Cédula de ciudadanía de la madre o padre del menor, a blanco y negro.
- Registro Civil de los Hijos, demostrando parentesco y con No. Cédula de Ciudadanía de los Padres, legible y sin autenticar. Además la Tarjeta de identidad para mayores de 7 años, a blanco y negro y Cédula de Ciudadanía para mayores de 18 años, a blanco y negro.
- Certificado de estudio para mayores de 12 años y hasta los 18 años (Los 18 años se consideran hasta antes de cumplir los 19 años). En caso de estudios a distancia o validación anexar copia del carné de la E.P.S. del afiliado. Los certificados de escolaridad se deben renovar cada año, a excepción de los universitarios y técnicos que se renuevan cada seis meses.
- Documento de la custodia legal emitida por la correspondiente entidad competente (I.C.B.F., Comisaría de Familia. Juzgado de Familia).
- Demostrar la separación anexando escritura pública o sentencia judicial de liquidación conyugal. Las uniones maritales cuya duración sea menor de dos años debe presentar la declaración conjunta de los compañeros permanentes, utilizando el formato establecido por el Ministerio de Trabajo, el cual podrá descargar en la página web de Comfaboy (link formularios).
- Para hijos con discapacidad: Certificado médico de la EPS donde conste el tipo de discapacidad.

PADRES:

- Formulario de Afiliación de Trabajadores diligenciado en su totalidad.
- Documento de identificación del trabajador, a blanco y negro.
- Documento de identificación del padre o madre, a blanco y negro.
- Registro Civil de nacimiento del trabajador con parentesco y con No. Cédula de Ciudadanía de los Padres, legible y sin autenticar.
- Manifestación de dependencia económica rendida por el padre o madre, firmado por el trabajador y padres: utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo, el cual podrá descargar en la página web de Comfaboy (link formularios).
- Certificado de EPS donde conste el tipo de afiliación.
- Declaración de no recibir pensión, salario, ni renta, utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo. Padre o Madre deben ser mayores de 60 años, si es menor debe tener capacidad física disminuida y debe probarse mediante Certificado del médico de la EPS donde conste el tipo de discapacidad.
- Los padres no podrán estar afiliados a otra caja de compensación familiar a nivel Nacional. Ley 789 de 2002, Art. 3, parágrafo 1, numeral 3. Sopena de sanciones.

HERMANOS HUÉRFANOS DE PADRES:

- Formulario de Afiliación de Trabajadores diligenciado en su totalidad.
- Documento de identificación del trabajador, a blanco y negro.
- Declaración juramentada donde conste la convivencia y dependencia económica del hermano huérfano de padres, con el trabajador, utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo, el cual podrá descargar en la página web de Comfaboy (link formularios).
- Registro Civil de nacimiento del trabajador con parentesco y con No. Cédula de Ciudadanía de los Padres, legible y sin autenticar.
- Registro Civil de nacimiento del hermano para acreditar parentesco y edad, legible. Además, la Tarjeta de identidad para mayores de 7 años, a blanco y negro y Cédula de Ciudadanía para mayores de 18 años, a blanco y negro.
- Registro Civil de defunción de los padres.
- Certificado de estudio para mayores de 12 años y hasta los 18 años (Los 18 años se consideran hasta antes de cumplir los 19 años). En caso de estudios a distancia o validación anexar copia del carné de la E.P.S. del afiliado. Los certificados de escolaridad se deben renovar cada año, a excepción de los universitarios y técnicos que se renuevan cada seis meses.
- Para hermanos con discapacidad: Certificado médico de la EPS donde conste el tipo de discapacidad.

Para tener derecho al subsidio extraordinario por Muerte del Trabajador o de las personas afiliadas, el trabajador o su cónyuge debe presentar el registro civil de Defunción de la persona fallecida dentro de los 3 años siguientes al fallecimiento, en caso contrario perderá este derecho.

SOLICITUD PARA AFILIACIÓN DE TRABAJADORES DEPENDIENTES

Proceso: Subsidio y Aportes

comfaboy unidos para crecer

Por medio de la presente solicito a la Caja de Compensación Familiar de Boyacá "COMFABOY" la Afiliación del Trabajador dependiente con beneficiarios.

CIUDAD: Sogamoso

FECHA: Día 5 | Mes 8 | Año 2.025

Uso Exclusivo de Comfaboy:
Código Empresa:

I. DATOS DEL EMPLEADOR:

RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA O NOMBRE DEL EMPLEADOR: FABIO DEL JESUS LEMUS SUAREZ

NIT. / C.C. / C.E.: 74372715

II. DATOS DEL TRABAJADOR:

PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRES:	DOCUMENTO: C.C. [x] C.E. [ ] T.I. [ ] P.E.P. [ ] P.P.T. [ ] No.
LOPEZ	CARDENAS	WILSON JHOVANI	1058051592

DIRECCIÓN RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA:	DEPARTAMENTO:	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO FIJO:
VEREDA AGUA BLANCA	SOGAMOSO	BOYACA	8 / 2 / 1,983	(608) 771-0239

ESTADO CIVIL: SOLTERO [ ] CASADO [ ] UNIÓN LIBRE [ ] SEPARADO [ ] VIUDO [ ] CELULAR: (322) 291-5334

ORIENTACIÓN SEXUAL: HETEROSEXUAL [ ] HOMOSEXUAL [ ] BISEXUAL [ ] INFORMACIÓN NO DISPONIBLE [ ]

NIVEL ACADÉMICO: BÁSICA PRIMARIA [ ] SECUNDARIA [x] TÉCNICO [ ] TECNOLÓGICO [ ] PREGRADO [ ] POSTGRADO [ ]

CORREO ELECTRÓNICO: seguridadsocialjohnrosas2022@gmail.com TIPO DE DISCAPACIDAD: Ninguna

CONTRATO:	FECHA INGRESO	DÍA	MES	AÑO	CIUDAD DONDE TRABAJA
INDEFINIDO [x] TÉRMINO FIJO [ ] TIEMPO PARCIAL [ ]		14	7	2,025	SOGAMOSO

INGRESO MENSUAL ($): 1,423,500 HORAS LABORADAS MES: ES VENDEDOR: SÍ [ ] NO [x]

ES PROPIETARIO DE: VIVIENDA [ ] LOTE [ ] NINGUNO [ ] ARRIENDO [x] SU PROPIEDAD ESTÁ UBICADA EN EL SECTOR: URBANO [ ] RURAL [x]

HA RECIBIDO SUBSIDIO DE VIVIENDA DE INTERÉS SOCIAL DE COMFABOY Y/O DE OTRA ENTIDAD? SÍ [ ] NO [x]

III. DATOS OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA "DILIGENCIAR ÚNICAMENTE TRABAJADORES DOMÉSTICOS"

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	NIT	HORAS LABORADAS MES	CAJA DE COMPENSACIÓN POR LA CUAL RECIBE CUOTA MONETARIA	SALARIO MES

IV. DATOS CÓNYUGE O COMPAÑERA(O) ACTUAL

PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRES:	DOCUMENTO: C.C. [ ] C.E. [ ] T.I. [ ] P.E.P. [ ] P.P.T. [ ] No.

DIRECCIÓN	CIUDAD	DEPARTAMENTO	CELULAR

TRABAJA: SÍ [ ] NO [ ] SI TRABAJA REGISTRE NOMBRE EMPRESA: SALARIO MENSUAL:

CONVIVE: SÍ [ ] NO [ ] CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADA(O)

V. DATOS HIJOS, HERMANOS Y PADRES A CARGO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	GÉNERO M	GÉNERO F	DOCUMENTO IDENTIDAD Tipo (1°)	DOCUMENTO IDENTIDAD NÚMERO	FECHA NACIMIENTO Día	FECHA NACIMIENTO Mes	FECHA NACIMIENTO Año	PARENTESCO HIJO	PARENTESCO HIJASTRO	PARENTESCO HERMANO	PARENTESCO PADRE	GRADO ESCOLARIDAD (2°)	NÚMERO DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN PADRE (3°)
						CC									N	
						CC									N	
						CC									N	
						CC									N	

1°. **INDIQUE EL NÚMERO DE DOCUMENTO CON LAS SIGLAS**: CC (Cédula de Ciudadanía) CE (Cédula de Extranjería) TI (Tarjeta de Identidad) PEP (Permiso Especial de Permanencia) NUIP (Número Único de Identificacion Personal)

2°. **INDIQUE GRADO DE ESCOLARIDAD CON LAS SIGLAS**: N (Ninguno), P (Primaria), B (Bachillerato), T(Técnico), PR (Profesional), O(Otro)

3°. **REGISTRE EL NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO DE LOS HIJOS DIFERENTE AL TRABAJADOR APORTANTE.**

SI ES BENEFICIARIO DE CUOTA MONETARIA

ENTIDAD BANCARIA: No. DE CUENTA CUENTA DE AHORROS [ ] CUENTA CORRIENTE [ ]

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

La Caja de Compensación Familiar de Boyacá COMFABOY, identificada con el NIT. 891800213-8 domiciliada y ubicada en Tunja - Colombia en la dirección carrera 10 # 16-81, teléfono 608 744 1515 extensión 1220 y página web: www.comfaboy.com.co, declara que como responsable de la información protege los datos suministrados por afiliados, colaboradores, proveedores, terceros, usuarios y otros interesados, en virtud de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, su Decreto reglamentario 1377 de 2013, e informa a éstos que los datos personales serán utilizados en los términos dados en la autorización por su titular.

Autorizo a COMFABOY, sobre la cual manifiesto conocer que cuenta con la prestación de servicios de vivienda, salud, educación y cultura, recreación y turismo, crédito social, aportes y subsidio y mecanismo de protección al cesante, para cumplir con las finalidades y las funciones asignadas establecidas en la normatividad, para que en el desarrollo de las mismas se sirva: recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos que sean suministrados por mí, así como para transferir dichos datos de manera total o parcial a las personas jurídicas en las cuales tengan participación accionaria o de capital o entidades vinculadas, a sus aliados comerciales estratégicos, para que éstos sean incorporados en una base de datos con fines administrativos, comerciales y de mercadeo para el envío de información sobre los diferentes programas y servicios, y en especial para el envío de eventos, campañas, promociones o concursos de carácter comercial y publicitario, evaluar la calidad del servicio, realizar estudios o investigaciones de mercado, realizar la preinscripción o inscripción al listado de proveedores y la comercialización de servicios y productos. Se informa que la base de datos en la que se encuentran sus datos personales es tratada cumpliendo con las medidas de seguridad definidas en la política de tratamiento de datos responsabilidad de COMFABOY. Las anteriores finalidades se podrán realizar a través de medios físicos, electrónicos o telefónicos. Por lo anterior, autorizo el envío de comunicaciones utilizando mis datos de contactos, tales como: Número de teléfono móvil, correo electrónico, redes sociales, dirección de correspondencia, teléfonos fijos, o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología.

Usted podrá consultar la **"Política Tratamiento de Datos Personales" en www.comfaboy.com.co.** Para resolver dudas e inquietudes relacionadas con el tratamiento de los datos, presentar sus solicitudes y/o ejercer sus derechos puede escribirnos al correo **protecciondatos@comfaboy.com.co**, o hacerlo en cualquiera de nuestras sedes. Así mismo, COMFABOY le informa que sus derechos como titular de datos personales son: (I) Acceder en forma gratuita a los datos proporcionados que hayan sido objeto de tratamiento. (II) Conocer, actualizar y rectificar su información frente a datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos cuyo tratamiento esté prohibido o no haya sido autorizado. (III) Solicitar prueba de la autorización otorgada. (IV) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) quejas por infracciones a lo dispuesto en la normatividad vigente. (V) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato, siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos. (VI) Abstenerse de responder las preguntas sobre datos sensibles. Leído lo anterior, declaro ser el titular de la información. Al diligenciar y firmar este formulario autorizo expresamente de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada a COMFABOY, para el tratamiento de los datos personales suministrados por mi persona dentro de las finalidades legales, contractuales, comerciales aquí contempladas, indicando que es completa, confiable, exacta y verídica.

Declaro que la información que se ha condensado en el presente formulario es veraz y se autoriza a la caja de Compensación Familiar de Boyacá – Comfaboy a que verifique la información en cualquier momento y a deducir de mi subsidio familiar en dinero los valores que me hayan dispuesto sin tener derecho a él, por este concepto o por el reporte inoportuno de las novedades.

Le recordamos que los subsidios monetarios puestos a su disposición y no cobrados, prescriben a los tres (3) años (Ley 21 de 1.982 Artículo 6).

El procedimiento de prescripción de cuota monetaria lo podrá consultar en la página web www.Comfaboy.org

FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR

ESPACIO RESERVADO PARA COMFABOY

Observaciones: Cantidad de Folios:

RECIBIDO

VIGILADO SuperSubsidio

DOCUMENTOS REQUERIDOS

- Anexe copias legibles y/o originales de los Documentos requeridos y entréguelos directamente o a través de su Empleador para que este los haga llegar a la oficina de Aportes y Subsidios de COMFABOY, solicite el recibido del formulario.
- No se aceptan documentos con enmendaduras y sin las respectivas firmas y sellos.
- Toda documentación completa que sea presentada antes del día 10, tiene derecho a percibir subsidio por el mes inmediatamente anterior.
- El Patrono debe averiguar precisamente sobre la veracidad de los datos registrados en el formulario; así mismo sobre que los hijos están vivos y dependen económicamente del trabajador.
- La ley establece que no hay derecho al subsidio en fracciones, pero será reconocido al trabajador permanente que haya prestado sus servicios al patrono durante 96 horas al mes y su remuneración sea proporcional a estas y al trabajador que labore el tiempo completo cuya remuneración mensual no sea inferior a un Salario Mínimo Legal Mensual Vigente.

REQUISITOS GENERALES

NOTA: PARA EL PAGO DE LA CUOTA MONETARIA ES INDISPENSABLE EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO " MODALIDAD DE PAGO" Y ANEXARLO A ESTE FORMULARIO

CUANDO EL TRABAJADOR ES CÓNYUGE DEL EMPLEADOR

- Fotocopia del Contrato Laboral debidamente Firmado y demás documentos según sea el caso.

TRABAJADOR SOLTERO:

- Formulario de Afiliación de Trabajadores diligenciado en su totalidad.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del trabajador, a blanco y negro.

CON CÓNYUGE SIN HIJOS:

- Formulario de Afiliación de Trabajadores diligenciado en su totalidad.
- Fotocopia de la cédula del trabajador, a blanco y negro.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del (a) cónyuge o compañero (a), a blanco y negro.
- Constancia laboral del cónyuge, cuando esté afiliado a otra caja de compensación o laborando
- Partida de Matrimonio. Si es unión libre Declaración Conjunta de Convivencia, Utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo, el cual lo podrá descargar en la página web de Comfaboy (link formularios).

CON CÓNYUGE E HIJOS DE LA UNIÓN

- Formulario de Afiliación de Trabajadores diligenciado en su totalidad.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del trabajador, a blanco y negro.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del (a) cónyuge o compañero (a), a blanco y negro.
- Constancia Laboral del Cónyuge, cuando esté afiliado a otra caja de compensación o laborando.
- Partida de Matrimonio. Si es unión libre, Declaración Conjunta de Convivencia. Utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo, el cual lo podrá descargar en la página web de Comfaboy (link formularios).
- Registro Civil de nacimiento de los Hijos, demostrando parentesco y con No. Cédula de Ciudadanía de los Padres, legible y sin autenticar. Además la Tarjeta de identidad para mayores de 7 años, a blanco y negro y Cédula de Ciudadanía para mayores de 18 años, a blanco y negro.
- Certificado de estudio para mayores de 12 años y hasta los 18 años (Los 18 años se consideran hasta antes de cumplir los 19 años). En caso de estudios a distancia o validación anexar copia del carné de la E.P.S. del afiliado. Los certificados de escolaridad se deben renovar cada año, a excepción de los universitarios y técnicos que se renuevan cada seis meses.
- Para hijos con discapacidad: Certificado médico de la EPS donde conste el tipo de discapacidad.

CON CÓNYUGE E HIJASTROS

- Formulario de Afiliación de Trabajadores diligenciado en su totalidad.
- Documento de identificación del trabajador, a blanco y negro.
- Documento de identificación del cónyuge, a blanco y negro.
- Constancia Laboral del cónyuge, cuando esté afiliado a otra caja de compensación o laborando.
- Partida de Matrimonio. Si es unión libre Declaración Conjunta de Convivencia, Utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo, el cual lo podrá descargar en la página web de Comfaboy (link formularios).
- Registro Civil de nacimiento de los Hijastros, demostrando parentesco y con No. Cédula de Ciudadanía de los Padres, legible y sin autenticar. Además, la Tarjeta de identidad para mayores de 7 años , a blanco y negro y Cédula de Ciudadanía para mayores de 18 años, a blanco y negro.
- Certificado de estudio para mayores de 12 años y hasta los 18 años (Los 18 años se consideran hasta antes de cumplir los 19 años). Los certificados de escolaridad se deben renovar cada año, a excepción de los universitarios y técnicos que se renuevan cada seis meses. En caso de estudios a distancia o validación anexar copia del carné de la E.P.S. del afiliado.
- Documento de la custodia legal emitida por la correspondiente entidad competente (I.C.B.F., Comisaría de Familia. Juzgado de Familia).
- Para hijastros con discapacidad: Certificado médico donde conste la discapacidad, indicando tipo de discapacidad.
- Copia de la cédula de ciudadanía, a blanco y negro, de la madre o el padre biológico o número del documento de identidad legible inscrito en el registro civil.
- Dependencia económica de los hijastros: Utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo, el cual podrá descargar en la página web de Comfaboy (link formularios).
- En caso de custodia compartida, certificación laboral de la madre o padre biológicos, según sea el caso, sobre ingresos y certificación si recibe o no subsidio por el mismo hijastro.

TRABAJADOR SOLTERO O SEPARADO CON HIJOS:

- Formulario de Afiliación de Trabajadores diligenciado en su totalidad.
- Documento de identificación del trabajador, a blanco y negro.
- Cédula de ciudadanía de la madre o padre del menor, a blanco y negro.
- Registro Civil de los Hijos, demostrando parentesco y con No. Cédula de Ciudadanía de los Padres, legible y sin autenticar. Además la Tarjeta de identidad para mayores de 7 años, a blanco y negro y Cédula de Ciudadanía para mayores de 18 años, a blanco y negro.
- Certificado de estudio para mayores de 12 años y hasta los 18 años (Los 18 años se consideran hasta antes de cumplir los 19 años). En caso de estudios a distancia o validación anexar copia del carné de la E.P.S. del afiliado. Los certificados de escolaridad se deben renovar cada año, a excepción de los universitarios y técnicos que se renuevan cada seis meses.
- Documento de la custodia legal emitida por la correspondiente entidad competente (I.C.B.F., Comisaría de Familia. Juzgado de Familia).
- Demostrar la separación anexando escritura pública o sentencia judicial de liquidación conyugal. Las uniones maritales cuya duración sea menor de dos años debe presentar la declaración conjunta de los compañeros permanentes, utilizando el formato establecido por el Ministerio de Trabajo, el cual podrá descargar en la página web de Comfaboy (link formularios).
- Para hijos con discapacidad: Certificado médico de la EPS donde conste el tipo de discapacidad.

PADRES:

- Formulario de Afiliación de Trabajadores diligenciado en su totalidad.
- Documento de identificación del trabajador, a blanco y negro.
- Documento de identificación del padre o madre, a blanco y negro.
- Registro Civil de nacimiento del trabajador con parentesco y con No. Cédula de Ciudadanía de los Padres, legible y sin autenticar.
- Manifestación de dependencia económica rendida por el padre o madre, firmado por el trabajador y padres: utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo, el cual podrá descargar en la página web de Comfaboy (link formularios).
- Certificado de EPS donde conste el tipo de afiliación.
- Declaración de no recibir pensión, salario, ni renta, utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo. Padre o Madre deben ser mayores de 60 años, si es menor debe tener capacidad física disminuida y debe probarse mediante Certificado del médico de la EPS donde conste el tipo de discapacidad.
- Los padres no podrán estar afiliados a otra caja de compensación familiar a nivel Nacional. Ley 789 de 2002, Art. 3, parágrafo 1, numeral 3. Sopena de sanciones.

HERMANOS HUÉRFANOS DE PADRES:

- Formulario de Afiliación de Trabajadores diligenciado en su totalidad.
- Documento de identificación del trabajador, a blanco y negro.
- Declaración juramentada donde conste la convivencia y dependencia económica del hermano huérfano de padres, con el trabajador, utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo, el cual podrá descargar en la página web de Comfaboy (link formularios).
- Registro Civil de nacimiento del trabajador con parentesco y con No. Cédula de Ciudadanía de los Padres, legible y sin autenticar.
- Registro Civil de nacimiento del hermano para acreditar parentesco y edad, legible. Además, la Tarjeta de identidad para mayores de 7 años, a blanco y negro y Cédula de Ciudadanía para mayores de 18 años, a blanco y negro.
- Registro Civil de defunción de los padres.
- Certificado de estudio para mayores de 12 años y hasta los 18 años (Los 18 años se consideran hasta antes de cumplir los 19 años). En caso de estudios a distancia o validación anexar copia del carné de la E.P.S. del afiliado. Los certificados de escolaridad se deben renovar cada año, a excepción de los universitarios y técnicos que se renuevan cada seis meses.
- Para hermanos con discapacidad: Certificado médico de la EPS donde conste el tipo de discapacidad.

Para tener derecho al subsidio extraordinario por Muerte del Trabajador o de las personas afiliadas, el trabajador o su cónyuge debe presentar el registro civil de Defunción de la persona fallecida dentro de los 3 años siguientes al fallecimiento, en caso contrario perderá este derecho.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **WILSON JHOVANI LOPEZ CARDENAS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1058051592,** se encuentra afiliado/a desde **20/06/2007** 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 16 de julio 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

Medellín, 14 de July de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOYACA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1058051592	LOPEZ CARDENAS WILSON JHOVANI	15/07/2025		62206233	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 14/07/2025 15:30:52 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.121.145.185, 192.230.104.12, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.058.051.592
NUMERO
LOPEZ CARDENAS
APELLIDOS
WILSON JHOVANI
NOMBRES
Wilson López Cardenas
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 08-FEB-1983
SOGAMOSO
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.64
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
30-JUL-2004 SOGAMOSO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ
P-0727700-34129571-M-1058051592-20040913
0555204257A 02 147391985


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.058.051.592
NUMERO
LOPEZ CARDENAS
APELLIDOS
WILSON JHOVANI
NOMBRES
Wilson López Cardenas
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 08-FEB-1983
SOGAMOSO
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.64
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
30-JUL-2004 SOGAMOSO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ
P-0727700-34129571-M-1058051592-20040913
0555204257A 02 147391985

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
"Código Únicamente para dependientes y afiliacionos al Réglmen Subsidiado"

01 B 13278510

SOPORTE DE AFILIACIÓN Y/O REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS - SAT

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

No. de Radicación SAT
014CC1058051592160720251101000002

CÓDIGO ASESOR Y/O PROMOTOR
N0769

AFILIACIÓN

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

1. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Lopez	Cardenas	Wilson	Jhovani

2.TIPO DOCUMENTO	RC	TI	CC	CE	PA	CD	SC	PE	3.DOCUMENTO DE IDENTIDAD	4. SEXO	F	M	4. FECHA NACIMIENTO	DD	MM	AAAA
			X						1.058.051.592			x		08	02	1983

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO
Sogamoso-CL 8 NO 10-21	Boyaca	

TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS
322 2915334	Seguridadsocialjohnrosas2022@gmail.com	

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

	24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO F	M	28. FECHA DE NACIMIENTO DIA	MES	AÑO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD Tipo	Condición
1											F. N. M.	T. P.
2											F. N. M.	T. P.
3											F. N. M.	T. P.
4											F. N. M.	T. P.

	32. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Lo diligencia la EPS)	34. Nombre y código de la IPS	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO COBERTURA GEOGRÁFICA	UNIFICACIÓN GRUPO FAMILIAR	CUMPLIMIENTO TIEMPO POR CESIÓN	SERVICIO AVALADO POR SNS	NIVEL DE SISBÉN	GRUPO POBLACIONAL
1			R. U.									I. II.	
2			R. U.									I. II.	
3			R. U.									I. II.	
4			R. U.									I. II.	

nueva eps
RECIBIDO PARA ESTUDIO EN LA EPS
FECHA 16-JUL-25
CODIGO REGIONAL CENTRO ORIENTE

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

35. Nombre o Razón Social	36. Tipo documento de Identidad	37. Número documento de Identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
Fabio del Jesus Lemus Suarez	CC	74.372.715	2	DEPENDIENTE

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN					
Calle 17 Bis 10 - 45	Duitama	Boyaca	6087710239	3112773630	fabio.lemus18@gmail.com

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO	SALARIO
14 / 07 / 2025	Ayudante de obra	1.423.500

VIII. FIRMAS

54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestación de servicio
Wilson Lopez Cardenas	Fabio del Jesus Lemus

VIGILADO Supersalud

Powered by CamScanner

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 74372715	0	LEMUS SUAREZ FABIO DE JESUS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	FABIO	CL 17 BIS 1D 45	DUITAMA-BOYACA	7700944	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-08	1730566721	9490968584	E	2025/08/06	2025/08/27	BANCO DE BOGOTA	21	$1,370,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS		PARAFISCALES	
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	Codigo	Días	Codigo	Días	Codigo	Días	Días	Exonerado SENA e ICBF
1	CC	9518924	ALVAREZ MARTINEZ LUIS ALFREDO	X																		0	EPS041	4	CCF10	4	14-11	4	4	Si
2	CC	46376054	CORREDOR PEREZ ANA YANIN	X																	230301	8	EPS017	8	CCF10	8	14-11	8	8	Si
3	CC	1054283864	GARCIA GUTIERREZ FERNEY DARIO	X																	25-14	17	EPS005	17	CCF10	17	14-11	17	17	Si
4	CC	1057577478	GONZALEZ FONSECA KAROL JUANITA	X																	25-14	16	EPS037	16	CCF10	16	14-11	16	16	Si
5	CC	1058051592	LOPEZ CARDENAS WILSON JHOVANI	X																	25-14	17	EPS037	17	CCF10	17	14-11	17	17	Si
6	CC	1057574918	MONTAÑA DUARTE DIANA CAROLINA	X	X																230301	8	EPS017	8	CCF10	8	14-11	8	8	Si
7	CC	1057598366	PEREZ SIERRA JESUS ALEXANDER	X																	230301	7	EPS037	7	CCF10	7	14-11	7	7	Si
8	CC	9530903	SANCHEZ CARDENAS BAUDILIO	X																	25-14	17	EPS037	17	CCF10	17	14-11	17	17	Si
Total	**Afiliados(8)**																													

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 74372715	0	LEMUS SUAREZ FABIO DE JESUS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	FABIO	CL 17 BIS 1D 45	DUITAMA-BOYACA	7700944	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-08	1730566721	9490968584	E	2025/08/06	2025/08/27	BANCO DE BOGOTA	21	$1,370,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				7	$683,600	$9,200	$0	$692,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	4	$508,800	$6,800	$0	$515,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	3	$174,800	$2,400	$0	$177,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				8	$311,000	$4,200	$0	$315,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	8	$311,000	$4,200	$0	$315,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				8	$178,600	$2,400	$0	$181,000
COMFABOY	CCF10	891,800,213	8	8	$178,600	$2,400	$0	$181,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 4)				8	$178,600	$2,700	$0	$181,300
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	2	$30,400	$500	$0	$30,900
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	4	$108,300	$1,500	$0	$109,800
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$7,600	$200	$0	$7,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$32,300	$500	$0	$32,800
TOTAL				**8**	**$1,351,800**	**$18,500**	**$0**	**$1,370,300**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	74372715
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			FABIO LEMUS
CIUDAD/MUNICIPIO:	DUITAMA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CL 17 BIS 1D 45	TELÉFONO:	7700944
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7979689432**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES julio AÑO 2025			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES julio AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	15				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/08/21			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1717917938

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.200	$ 0	$ 227.800	$ 2.200	$ 230.000
SUBTOTALES:										**$ 227.800**	**$ 2.200**	**$ 230.000**

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	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 1.700	$ 0	$ 178.000	$ 1.700	$ 0	$ 179.700
SUBTOTALES:													**$ 178.000**	**$ 1.700**	**$ 0**	**$ 179.700**

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
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 99.100	$ 99.100	$ 1.000	$ 0	$ 100.100
SUBTOTALES:									**$ 99.100**	**$ 1.000**	**$ 0**	**$ 100.100**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF10	CCF10-COMFABOY	1	$ 28.500	$ 300	$ 28.800
SUBTOTALES:			**$ 28.500**	**$ 300**	**$ 28.800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES									
																										PENSIÓN									SALUD						ARP																	
																													FSP		APORTES VOLUNTARIOS																											
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
1	CC 74372715	LEMUS SUAREZ FABIO DE JESUS	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		$ 1.423.500				NO																		25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500	74372715	$ 99.100	30	$ 1.423.500	CCF10-COMFABOY	$ 28.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 538.600

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	9533851
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JAIME BARRERA OJEDA
CIUDAD/MUNICIPIO:	SOGAMOSO	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CARRERA 12 6 22 PISO 3	TELÉFONO:	7710139
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7979685100**		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	julio AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES julio AÑO 2025
DÍAS DE MORA:		7			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/08/21		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1717898380

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 800	$ 0	$ 178.000	$ 800	$ 0	$ 178.800
SUBTOTALES:													**$ 178.000**	**$ 800**	**$ 0**	**$ 178.800**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 99.100	$ 99.100	$ 500	$ 0	$ 99.600
SUBTOTALES:									**$ 99.100**	**$ 500**	**$ 0**	**$ 99.600**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES												
																												PENSIÓN									SALUD							ARP																						
																															FSP		APORTES VOLUNTARIOS																																		
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	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	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 9533851	BARRERA OJEDA JAIME	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES	NO OBLIG COT PENSIÓN	$ 1.423.500				NO																			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	9533851	$ 99.100		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 278.400

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1007413791
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JOHAN ANDRES LOPEZ MOLANO
CIUDAD/MUNICIPIO:	SOGAMOSO	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CALLE 1C SUR 1E 06	TELÉFONO:	7710239
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	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

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7984049670**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES julio AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES julio AÑO	2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/08/22	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1720162279

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 182.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 182.300	$ 0	$ 182.300
SUBTOTALES:										**$ 182.300**	**$ 0**	**$ 182.300**

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	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 142.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 142.400	$ 0	$ 0	$ 142.400
SUBTOTALES:													**$ 142.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 142.400**

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
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 79.300	$ 79.300	$ 0	$ 0	$ 79.300
SUBTOTALES:									**$ 79.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 79.300**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1007413791	LOPEZ MOLANO JOHAN ANDRES	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		$ 1.423.500				NO	07																	25-14 COLPENSIONES	24	$ 1.138.800	$ 182.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 182.300	EPS037-NUEVA EPS	24	$ 1.138.800	$ 142.400	$ 0	$ 142.400	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	24	$ 1.138.800	100741379	$ 79.300		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 404.000

Planilla Pagada

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-08-20, 10:46:20 AM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 79245479

Periodo Cotización: julio de 2025 **Periodo Servicio:** agosto de 2025

PAGADO 15/08/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JOHN EMERSON ROSAS		
Documento	CC74081029	**Dirección**	CR 12 NORTE #6 - 22 TERCER PISO
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	7724190
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	SOGAMOSO	**Departamento**	BOYACA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	10	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1010054640	JUAN FELIPE GUERRERO ARAQUE	01	00		X															0	12	12	12	12	(230301) PORVENIR	$ 569.400	$ 91.200	(EPS005) EPS SANITAS	$ 569.400	$ 22.800	6,960	$ 569.400	$ 39.700	(CCF10) COMFABOY	$ 569.400	$ 22.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 176.500
CC 1020752084	JOHANA CAROLINA PATIÑO FONSECA	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.423.500	$ 57.000	6,960	$ 1.423.500	$ 99.100	(CCF10) COMFABOY	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.900
CC 1051589941	JAIRO ALONSO ROSAS CRISTANCHO	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS037) NUEVA EPS	$ 1.423.500	$ 57.000	6,960	$ 1.423.500	$ 99.100	(CCF10) COMFABOY	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.900
CC 1057580427	SHAMPIER STIVENT LEMUS PINEDA	01	00		X															0	5	5	5	5	(25-14) COLPENSIONES	$ 237.250	$ 38.000	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 237.250	$ 9.500	6,960	$ 237.250	$ 16.600	(CCF10) COMFABOY	$ 237.250	$ 9.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 73.600
CC 1058051592	WILSON JHOVANI LOPEZ CARDENAS	01	00	X	X															0	3	3	3	3	(25-14) COLPENSIONES	$ 142.350	$ 22.800	(EPS037) NUEVA EPS	$ 142.350	$ 5.700	6,960	$ 142.350	$ 10.000	(CCF10) COMFABOY	$ 142.350	$ 5.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 44.200
CC 1118549653	CESAR AUGUSTO MENDOZA ALARCON	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS037) NUEVA EPS	$ 1.423.500	$ 57.000	6,960	$ 1.423.500	$ 99.100	(CCF10) COMFABOY	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.900
CC 74185842	ROBERTO DE LOS ANGELES LOPEZ CARDENAS	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS037) NUEVA EPS	$ 1.423.500	$ 57.000	6,960	$ 1.423.500	$ 99.100	(CCF10) COMFABOY	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.900
CC 79758384	EDUIN AMED CANIZALES BELTRAN	01	00	X	X															0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 1.423.500	$ 57.000	6,960	$ 1.423.500	$ 99.100	(CCF10) COMFABOY	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.900
CC 79768987	NEYLER CUBILLOS BARRIOS	01	00	X	X															0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.423.500	$ 57.000	6,960	$ 1.423.500	$ 99.100	(CCF10) COMFABOY	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.900
CC 80065375	WILLIAM AMID CANIZALES BELTRAN	01	00	X	X															0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS037) NUEVA EPS	$ 1.423.500	$ 57.000	6,960	$ 1.423.500	$ 99.100	(CCF10) COMFABOY	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.900

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 10.913.500	$ 10.913.500	$ 10.913.500	$ 10.913.500	$ 1.746.600	$ 437.000	$ 760.000	$ 437.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.380.600	$ 17.600	$ 3.398.200

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-07-17, 04:23:16 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 79243411

Periodo Cotización: julio de 2025 **Periodo Servicio:** julio de 2025

PAGADO 16/07/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JOHN EMERSON ROSAS		
Documento	CC74081029	**Dirección**	CR 12 NORTE #6 - 22 TERCER PISO
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	7724190
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	SOGAMOSO	**Departamento**	BOYACA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 74081029	JOHN EMERSON ROSAS MESA	57	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 4.100.000	$ 656.000	(EPS005) EPS SANITAS	$ 4.100.000	$ 512.500	6,960	$ 4.100.000	$ 285.400	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.453.900

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 4.100.000	$ 4.100.000	$ 4.100.000	$ 0	$ 656.000	$ 512.500	$ 285.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.453.900	$ 0	$ 1.453.900

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1057590407
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			KAREN LISSETH CELY PENA
CIUDAD/MUNICIPIO:	SOGAMOSO	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CALLE 9B 2A 26	TELÉFONO:	7700944
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7979686891**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES julio AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES julio AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	17		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/08/21	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1717907747

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.500	$ 0	$ 227.800	$ 2.500	$ 230.300
SUBTOTALES:										**$ 227.800**	**$ 2.500**	**$ 230.300**

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	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 2.000	$ 0	$ 178.000	$ 2.000	$ 0	$ 180.000
SUBTOTALES:													**$ 178.000**	**$ 2.000**	**$ 0**	**$ 180.000**

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
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 99.100	$ 99.100	$ 1.100	$ 0	$ 100.200
SUBTOTALES:									**$ 99.100**	**$ 1.100**	**$ 0**	**$ 100.200**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES														SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES									
																								PENSIÓN									SALUD						ARP																	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1057590407	CELY PEÑA KAREN LISSETH	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		$ 1.423.500				NO		30																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	105759040	$ 99.100		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 510.500

SOI Planilla Pagada

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

CIUDAD:	SOGAMOSO	**FECHA:**	**DÍA:**	23	**MES:**	JULIO		**AÑO:**		2025	
NOMBRES Y APELLIDOS:	ANA YANIN CORREDOR PEREZ										
TIPO DI.: CC TI CE PAS	**No. ID.:**	46376054	**EDAD:**	49	Años.	**SEXO**	**M**	X	**F**		
EMPRESA:	JOHN EMERSON ROSAS MESA						**NIT. No.**		74081029		
CARGO:	CONTROLADORA DE TRAFICO										

TIPO DE EXAMEN:	**INGRESO**	**EGRESO**	**PERIÓDICO PROGRAMADO**	**CAMBIO DE OCUPACIÓN**	**POSINCAPACIDAD**	**DE BASE**
	X					

Hacemos constar que en la fecha hemos realizado el Examen de Salud Ocupacional al Trabajador Suscrito, teniendo como apoyo las pruebas complementarias del Sistema de Gestión de la Empresa Respectiva y que se especifican a continuación:

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS SISTEMA DE GESTIÓN

PRUEBA	OBSERVACIÓN	PRUEBA	OBSERVACIÓN
MEDICINA OCUPACIONAL	SI	TAMIZAJE VISUAL	SI
OSTEOMUSCULAR	SI	VISIOMETRÍA	NO
OPTOMETRÍA	NO	ELECTROCARDIOGRAMA	NO
LABORATORIOS	NO	RX. COL. LUMBO-SACRA	NO
ESPIROMETRÍA	NO	PSICOLOGÍA	NO
AUDIOMETRÍA	NO	OTRO	NO

RESULTADOS DE LA VALORACIÓN

1	APTO PARA EL CARGO QUE ASPIRA	SI	6	REQUIERE NUEVA VALORACIÓN	-
2	APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS	-	7	REQUIERE EVALUAR REUBICACIÓN LABORAL	-
3	APTO PARA ESPACIOS CONFINADOS	-	8	NO APTO PARA EL CARGO QUE ASPIRA	-
4	APTO PARA CONTINUAR EN EL CARGO	-	9	PUEDE EGRESAR	-
5	APLAZADO	-	10		

RECOMENDACIONES – OBSERVACIONES

1. Uso de Elementos de Protección Personal (EPP), de acuerdo al cargo y funciones específicas			**SI**
2. Control periódico en su EPS de primer nivel: Medicina y Odontología general, Optometría, Programas de Promoción y Prevención, etc.			**SI**
3. Hábitos de vida saludable. Pausas activas. Alternar uso de manos			**SI**
4. No puede realizar actividades como conducir, alturas, manipular armas de fuego, herramientas de corte y precisión, etc.			
5. Evitar conducir de noche, en condiciones medio-ambientales adversas: llovizna, niebla, etc.			
6. Valoración optometría		**19.** Prótesis auditiva	
7. Visión lejana con corrección		**20.** Higiene de columna vertebral	
8. Corrección esfuerzo visual: computador, lectura, etc.		**21.** No cargas pesadas superiores a kg. Bimanual	
9. Visión cercana con corrección		**22.** Evitar movimientos bruscos	
10. Actualizar fórmula optométrica		**23.** Evitar movimientos repetitivos y prolongados	
11. Filtro ocular solar, computador, etc.		**24.** Uso medias antiváricos	
12. Fórmula optométrica con filtros especiales		**25.** Toma de niveles de Hepatitis B posvacunación	
13. Dieta y ejercicio		**26.** Toma paraclínicos para manipulador de alimentos	
14. Filtro solar facial		**27.** Protección naso – bucal con filtros adecuados	
15. Uso de guantes antialérgicos		**28.** Evitar jornadas largas y extenuantes de trabajo	
16. Doble protección auditiva		**29.** Seguimiento en EPS-ARL para determinar origen	
17. Evitar ambientes ruidosos		**30.** Otros	
18. Conducir con ventanilla cerrada			

REMISIÓN – VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

1. Remisión	NO	
2. Vigilancia Epidemiológica		ERGONÓMICO ____. AUDITIVO ____. VISUAL ____. CARDIOVASCULAR ____. RESPIRATORIO ____. OTRO _____ ____.



NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

FIRMA TRABAJADOR

NOTA: Al firmar como **TRABAJADOR AUTORIZO** expresamente a suministrar la información de este Certificado Médico de Aptitud Laboral al Empleador. De igual forma, al Médico **A REALIZAR** la historia clínica y el examen físico (procedimientos que me explicaron ampliamente y aclaré dudas) de acuerdo a los parámetros de la Semiología Médica. Entiendo que: **1. SI NO INFORMO** adecuadamente y con la verdad todos los datos necesarios, se pueden ocasionar confusiones en el diagnóstico o errores en la selección de las conductas y tratamientos, sin que estos resultados sean atribuibles al Médico. **2. NO TRAMITO** las remisiones, no realizó los paraclínicos ordenados, no cumplo los tratamientos ordenados y/o no aceptó las intervenciones, pueden presentarse inconvenientes con mi salud y/o reacciones adversas, ajenas al actuar del Médico.

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

CIUDAD:	SOGAMOSO	**FECHA:**	**DÍA:**	14	**MES:**	JULIO		**AÑO:**		2025		
NOMBRES Y APELLIDOS:	BAUDILIO SANCHEZ CARDENAS											
TIPO DI.: CC TI CE PAS	**No. ID.:**	9530903	**EDAD:**	58	Años.	**SEXO**	**M**	X	**F**			
EMPRESA:	JOHN EMERSON ROSAS MESA							**NIT. No.**		74081029		
CARGO:	AYUDANTE DE CONSTRUCCION											
TIPO DE EXAMEN:	**INGRESO**	**EGRESO**	**PERIÓDICO PROGRAMADO**		**CAMBIO DE OCUPACIÓN**		**POSINCAPACIDAD**		**DE BASE**			
	X											

Hacemos constar que en la fecha hemos realizado el Examen de Salud Ocupacional al Trabajador Suscrito, teniendo como apoyo las pruebas complementarias del Sistema de Gestión de la Empresa Respectiva y que se especifican a continuación:

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS SISTEMA DE GESTIÓN

PRUEBA	OBSERVACIÓN	PRUEBA	OBSERVACIÓN
MEDICINA OCUPACIONAL	SI	TAMIZAJE VISUAL	SI
OSTEOMUSCULAR	SI	VISIOMETRÍA	NO
OPTOMETRÍA	NO	ELECTROCARDIOGRAMA	NO
LABORATORIOS	NO	RX. COL. LUMBO-SACRA	NO
ESPIROMETRÍA	NO	PSICOLOGÍA	NO
AUDIOMETRÍA	NO	OTRO	NO

RESULTADOS DE LA VALORACIÓN

1	APTO PARA EL CARGO QUE ASPIRA	SI	6	REQUIERE NUEVA VALORACIÓN	-
2	APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS	-	7	REQUIERE EVALUAR REUBICACIÓN LABORAL	-
3	APTO PARA ESPACIOS CONFINADOS	-	8	NO APTO PARA EL CARGO QUE ASPIRA	-
4	APTO PARA CONTINUAR EN EL CARGO	-	9	PUEDE EGRESAR	-
5	APLAZADO	-	10		

RECOMENDACIONES – OBSERVACIONES

1. Uso de Elementos de Protección Personal (EPP), de acuerdo al cargo y funciones específicas			**SI**
2. Control periódico en su EPS de primer nivel: Medicina y Odontología general, Optometría, Programas de Promoción y Prevención, etc.			**SI**
3. Hábitos de vida saludable. Pausas activas. Alternar uso de manos			**SI**
4. No puede realizar actividades como conducir, alturas, manipular armas de fuego, herramientas de corte y precisión, etc.			
5. Evitar conducir de noche, en condiciones medio-ambientales adversas: llovizna, niebla, etc.			
6. Valoración optometría		**19.** Prótesis auditiva	
7. Visión lejana con corrección		**20.** Higiene de columna vertebral	
8. Corrección esfuerzo visual: computador, lectura, etc.		**21.** No cargas pesadas superiores a kg. Bimanual	
9. Visión cercana con corrección		**22.** Evitar movimientos bruscos	
10. Actualizar fórmula optométrica		**23.** Evitar movimientos repetitivos y prolongados	
11. Filtro ocular solar, computador, etc.		**24.** Uso medias antivárices	
12. Fórmula optométrica con filtros especiales		**25.** Toma de niveles de Hepatitis B posvacunación	
13. Dieta y ejercicio		**26.** Toma paraclínicos para manipulador de alimentos	
14. Filtro solar facial		**27.** Protección naso – bucal con filtros adecuados	
15. Uso de guantes antialérgicos		**28.** Evitar jornadas largas y extenuantes de trabajo	
16. Doble protección auditiva		**29.** Seguimiento en EPS-ARL para determinar origen	
17. Evitar ambientes ruidosos		**30.** Otros	
18. Conducir con ventanilla cerrada			

REMISIÓN – VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

1. Remisión	NO	
2. Vigilancia Epidemiológica		ERGONÓMICO ____. AUDITIVO ____. VISUAL ____. CARDIOVASCULAR ____. RESPIRATORIO ____. OTRO _____ ____.



NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

FIRMA TRABAJADOR

NOTA: Al firmar como **TRABAJADOR AUTORIZO** expresamente a suministrar la información de este Certificado Médico de Aptitud Laboral al Empleador. De igual forma, al Médico **A REALIZAR** la historia clínica y el examen físico (procedimientos que me explicaron ampliamente y aclaré dudas) de acuerdo a los parámetros de la Semiología Médica. Entiendo que: **1. SI NO INFORMO** adecuadamente y con la verdad todos los datos necesarios, se pueden ocasionar confusiones en el diagnóstico o errores en la selección de las conductas y tratamientos, sin que estos resultados sean atribuibles al Médico. **2. NO TRAMITO** las remisiones, no realizó los paraclínicos ordenados, no cumplo los tratamientos ordenados y/o no aceptó las intervenciones, pueden presentarse inconvenientes con mi salud y/o reacciones adversas, ajenas al actuar del Médico.

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

CIUDAD:	SOGAMOSO	**FECHA:**	**DÍA:**	24	**MES:**	JULIO		**AÑO:**	2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	FERNEY DARIO GARCIA GUTIERREZ											
TIPO DI.:	CC TI CE PAS	**No. ID.:**	1054283864	**EDAD:**	19	Años.	**SEXO**	**M**	X	**F**		
EMPRESA:	JOHN EMERSON ROSAS MESA							**NIT. No.**	74081029			
CARGO:	AYUDANTE DE CONSTRUCCION											

TIPO DE EXAMEN:	**INGRESO**	**EGRESO**	**PERIÓDICO PROGRAMADO**	**CAMBIO DE OCUPACIÓN**	**POSINCAPACIDAD**	**DE BASE**
	X					

Hacemos constar que en la fecha hemos realizado el Examen de Salud Ocupacional al Trabajador Suscrito, teniendo como apoyo las pruebas complementarias del Sistema de Gestión de la Empresa Respectiva y que se especifican a continuación:

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS SISTEMA DE GESTIÓN

PRUEBA	OBSERVACIÓN	PRUEBA	OBSERVACIÓN
MEDICINA OCUPACIONAL	SI	TAMIZAJE VISUAL	SI
OSTEOMUSCULAR	SI	VISIOMETRÍA	NO
OPTOMETRÍA	NO	ELECTROCARDIOGRAMA	NO
LABORATORIOS	NO	RX. COL. LUMBO-SACRA	NO
ESPIROMETRÍA	NO	PSICOLOGÍA	NO
AUDIOMETRÍA	NO	OTRO	NO

RESULTADOS DE LA VALORACIÓN

1	APTO PARA EL CARGO QUE ASPIRA	SI	6	REQUIERE NUEVA VALORACIÓN	-
2	APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS	-	7	REQUIERE EVALUAR REUBICACIÓN LABORAL	-
3	APTO PARA ESPACIOS CONFINADOS	-	8	NO APTO PARA EL CARGO QUE ASPIRA	-
4	APTO PARA CONTINUAR EN EL CARGO	-	9	PUEDE EGRESAR	-
5	APLAZADO	-	10		

RECOMENDACIONES – OBSERVACIONES

1. Uso de Elementos de Protección Personal (EPP), de acuerdo al cargo y funciones específicas			**SI**
2. Control periódico en su EPS de primer nivel: Medicina y Odontología general, Optometría, Programas de Promoción y Prevención, etc.			**SI**
3. Hábitos de vida saludable. Pausas activas. Alternar uso de manos			**SI**
4. No puede realizar actividades como conducir, alturas, manipular armas de fuego, herramientas de corte y precisión, etc.			
5. Evitar conducir de noche, en condiciones medio-ambientales adversas: llovizna, niebla, etc.			
6. Valoración optometría		**19.** Prótesis auditiva	
7. Visión lejana con corrección		**20.** Higiene de columna vertebral	
8. Corrección esfuerzo visual: computador, lectura, etc.		**21.** No cargas pesadas superiores a kg. Bimanual	
9. Visión cercana con corrección		**22.** Evitar movimientos bruscos	
10. Actualizar fórmula optométrica		**23.** Evitar movimientos repetitivos y prolongados	
11. Filtro ocular solar, computador, etc.		**24.** Uso medias antivárices	
12. Fórmula optométrica con filtros especiales		**25.** Toma de niveles de Hepatitis B posvacunación	
13. Dieta y ejercicio		**26.** Toma paraclínicos para manipulador de alimentos	
14. Filtro solar facial		**27.** Protección naso – bucal con filtros adecuados	
15. Uso de guantes antialérgicos		**28.** Evitar jornadas largas y extenuantes de trabajo	
16. Doble protección auditiva		**29.** Seguimiento en EPS-ARL para determinar origen	
17. Evitar ambientes ruidosos		**30.** Otros	
18. Conducir con ventanilla cerrada			

REMISIÓN – VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

1. Remisión	NO	
2. Vigilancia Epidemiológica		ERGONÓMICO ____. AUDITIVO ____. VISUAL ____. CARDIOVASCULAR ____. RESPIRATORIO ____. OTRO _____ ____.



NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

FIRMA TRABAJADOR

NOTA: Al firmar como **TRABAJADOR AUTORIZO** expresamente a suministrar la información de este Certificado Médico de Aptitud Laboral al Empleador. De igual forma, al Médico **A REALIZAR** la historia clínica y el examen físico (procedimientos que me explicaron ampliamente y aclaré dudas) de acuerdo a los parámetros de la Semiología Médica. Entiendo que: **1. SI NO INFORMO** adecuadamente y con la verdad todos los datos necesarios, se pueden ocasionar confusiones en el diagnóstico o errores en la selección de las conductas y tratamientos, sin que estos resultados sean atribuibles al Médico. **2. NO TRAMITO** las remisiones, no realizó los paraclínicos ordenados, no cumplo los tratamientos ordenados y/o no aceptó las intervenciones, pueden presentarse inconvenientes con mi salud y/o reacciones adversas, ajenas al actuar del Médico.

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

CIUDAD:	SOGAMOSO	**FECHA:**	**DÍA:**	24	**MES:**	JULIO		**AÑO:**	2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	JESUS ALEXANDER PEREZ SANABRIA											
TIPO DI.:	CC TI CE PAS	**No. ID.:**	1057598366	**EDAD:**	27	Años.	**SEXO**	**M**	X	**F**		
EMPRESA:	JOHN EMERSON ROSAS MESA							**NIT. No.**	74081029			
CARGO:	AYUDANTE DE CONSTRUCCION											

TIPO DE EXAMEN:	**INGRESO**	**EGRESO**	**PERIÓDICO PROGRAMADO**	**CAMBIO DE OCUPACIÓN**	**POSINCAPACIDAD**	**DE BASE**
	X					

Hacemos constar que en la fecha hemos realizado el Examen de Salud Ocupacional al Trabajador Suscrito, teniendo como apoyo las pruebas complementarias del Sistema de Gestión de la Empresa Respectiva y que se especifican a continuación:

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS SISTEMA DE GESTIÓN

PRUEBA	OBSERVACIÓN	PRUEBA	OBSERVACIÓN
MEDICINA OCUPACIONAL	SI	TAMIZAJE VISUAL	SI
OSTEOMUSCULAR	SI	VISIOMETRÍA	NO
OPTOMETRÍA	NO	ELECTROCARDIOGRAMA	NO
LABORATORIOS	NO	RX. COL. LUMBO-SACRA	NO
ESPIROMETRÍA	NO	PSICOLOGÍA	NO
AUDIOMETRÍA	NO	OTRO	NO

RESULTADOS DE LA VALORACIÓN

1	APTO PARA EL CARGO QUE ASPIRA	SI	6	REQUIERE NUEVA VALORACIÓN	-
2	APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS	-	7	REQUIERE EVALUAR REUBICACIÓN LABORAL	-
3	APTO PARA ESPACIOS CONFINADOS	-	8	NO APTO PARA EL CARGO QUE ASPIRA	-
4	APTO PARA CONTINUAR EN EL CARGO	-	9	PUEDE EGRESAR	-
5	APLAZADO	-	10		

RECOMENDACIONES – OBSERVACIONES

1. Uso de Elementos de Protección Personal (EPP), de acuerdo al cargo y funciones específicas			**SI**
2. Control periódico en su EPS de primer nivel: Medicina y Odontología general, Optometría, Programas de Promoción y Prevención, etc.			**SI**
3. Hábitos de vida saludable. Pausas activas. Alternar uso de manos			**SI**
4. No puede realizar actividades como conducir, alturas, manipular armas de fuego, herramientas de corte y precisión, etc.			
5. Evitar conducir de noche, en condiciones medio-ambientales adversas: llovizna, niebla, etc.			
6. Valoración optometría		**19.** Prótesis auditiva	
7. Visión lejana con corrección		**20.** Higiene de columna vertebral	
8. Corrección esfuerzo visual: computador, lectura, etc.		**21.** No cargas pesadas superiores a kg. Bimanual	
9. Visión cercana con corrección		**22.** Evitar movimientos bruscos	
10. Actualizar fórmula optométrica		**23.** Evitar movimientos repetitivos y prolongados	
11. Filtro ocular solar, computador, etc.		**24.** Uso medias antiváricos	
12. Fórmula optométrica con filtros especiales		**25.** Toma de niveles de Hepatitis B posvacunación	
13. Dieta y ejercicio		**26.** Toma paraclínicos para manipulador de alimentos	
14. Filtro solar facial		**27.** Protección naso – bucal con filtros adecuados	
15. Uso de guantes antialérgicos		**28.** Evitar jornadas largas y extenuantes de trabajo	
16. Doble protección auditiva		**29.** Seguimiento en EPS-ARL para determinar origen	
17. Evitar ambientes ruidosos		**30.** Otros	
18. Conducir con ventanilla cerrada			

REMISIÓN – VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

1. Remisión	NO	
2. Vigilancia Epidemiológica		ERGONÓMICO ____. AUDITIVO ____. VISUAL ____. CARDIOVASCULAR ____. RESPIRATORIO ____. OTRO _____ ____.



NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

FIRMA TRABAJADOR

NOTA: Al firmar como **TRABAJADOR AUTORIZO** expresamente a suministrar la información de este Certificado Médico de Aptitud Laboral al Empleador. De igual forma, al Médico **A REALIZAR** la historia clínica y el examen físico (procedimientos que me explicaron ampliamente y aclaré dudas) de acuerdo a los parámetros de la Semiología Médica. Entiendo que: **1. SI NO INFORMO** adecuadamente y con la verdad todos los datos necesarios, se pueden ocasionar confusiones en el diagnóstico o errores en la selección de las conductas y tratamientos, sin que estos resultados sean atribuibles al Médico. **2. NO TRAMITO** las remisiones, no realizó los paraclínicos ordenados, no cumplo los tratamientos ordenados y/o no aceptó las intervenciones, pueden presentarse inconvenientes con mi salud y/o reacciones adversas, ajenas al actuar del Médico.

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

CIUDAD:	SOGAMOSO	**FECHA:**	**DÍA:**	07	**MES:**	JULIO		**AÑO:**		2025	
NOMBRES Y APELLIDOS:	JOHAN ANDRES LOPEZ MOLANO										
TIPO DI.: CC TI CE PAS	**No. ID.:**	1007413791	**EDAD:**	24	Años.	**SEXO**	**M**	X	**F**		
EMPRESA:	PARTICULAR						**NIT. No.**				
CARGO:	OPERADOR MINICARGADOR										

TIPO DE EXAMEN:	**INGRESO**	**EGRESO**	**PERIÓDICO PROGRAMADO**	**CAMBIO DE OCUPACIÓN**	**POSINCAPACIDAD**	**DE BASE**
	X					

Hacemos constar que en la fecha hemos realizado el Examen de Salud Ocupacional al Trabajador Suscrito, teniendo como apoyo las pruebas complementarias del Sistema de Gestión de la Empresa Respectiva y que se especifican a continuación:

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS SISTEMA DE GESTIÓN

PRUEBA	OBSERVACIÓN	PRUEBA	OBSERVACIÓN
MEDICINA OCUPACIONAL	SI	TAMIZAJE VISUAL	SI
OSTEOMUSCULAR	SI	VISIOMETRÍA	NO
OPTOMETRÍA	NO	ELECTROCARDIOGRAMA	NO
LABORATORIOS	NO	RX. COL. LUMBO-SACRA	NO
ESPIROMETRÍA	NO	PSICOLOGÍA	NO
AUDIOMETRÍA	NO	OTRO	NO

RESULTADOS DE LA VALORACIÓN

1	APTO PARA EL CARGO QUE ASPIRA	SI	6	REQUIERE NUEVA VALORACIÓN	-
2	APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS	-	7	REQUIERE EVALUAR REUBICACIÓN LABORAL	-
3	APTO PARA ESPACIOS CONFINADOS	-	8	NO APTO PARA EL CARGO QUE ASPIRA	-
4	APTO PARA CONTINUAR EN EL CARGO	-	9	PUEDE EGRESAR	-
5	APLAZADO	-	10		

RECOMENDACIONES – OBSERVACIONES

1. Uso de Elementos de Protección Personal (EPP), de acuerdo al cargo y funciones específicas			**SI**
2. Control periódico en su EPS de primer nivel: Medicina y Odontología general, Optometría, Programas de Promoción y Prevención, etc.			**SI**
3. Hábitos de vida saludable. Pausas activas. Alternar uso de manos			**SI**
4. No puede realizar actividades como conducir, alturas, manipular armas de fuego, herramientas de corte y precisión, etc.			
5. Evitar conducir de noche, en condiciones medio-ambientales adversas: llovizna, niebla, etc.			
6. Valoración optometría		**19.** Prótesis auditiva	
7. Visión lejana con corrección		**20.** Higiene de columna vertebral	
8. Corrección esfuerzo visual: computador, lectura, etc.		**21.** No cargas pesadas superiores a kg. Bimanual	
9. Visión cercana con corrección		**22.** Evitar movimientos bruscos	
10. Actualizar fórmula optométrica		**23.** Evitar movimientos repetitivos y prolongados	
11. Filtro ocular solar, computador, etc.		**24.** Uso medias antiváricos	
12. Fórmula optométrica con filtros especiales		**25.** Toma de niveles de Hepatitis B posvacunación	
13. Dieta y ejercicio		**26.** Toma paraclínicos para manipulador de alimentos	
14. Filtro solar facial		**27.** Protección naso – bucal con filtros adecuados	
15. Uso de guantes antialérgicos		**28.** Evitar jornadas largas y extenuantes de trabajo	
16. Doble protección auditiva		**29.** Seguimiento en EPS-ARL para determinar origen	
17. Evitar ambientes ruidosos		**30.** Otros	
18. Conducir con ventanilla cerrada			

REMISIÓN – VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

1. Remisión	NO	
2. Vigilancia Epidemiológica		ERGONÓMICO ____. AUDITIVO ____. VISUAL ____. CARDIOVASCULAR ____. RESPIRATORIO ____. OTRO _____ ____.



NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

FIRMA TRABAJADOR

NOTA: Al firmar como **TRABAJADOR AUTORIZO** expresamente a suministrar la información de este Certificado Médico de Aptitud Laboral al Empleador. De igual forma, al Médico **A REALIZAR** la historia clínica y el examen físico (procedimientos que me explicaron ampliamente y aclaré dudas) de acuerdo a los parámetros de la Semiología Médica. Entiendo que: **1. SI NO INFORMO** adecuadamente y con la verdad todos los datos necesarios, se pueden ocasionar confusiones en el diagnóstico o errores en la selección de las conductas y tratamientos, sin que estos resultados sean atribuibles al Médico. **2. NO TRAMITO** las remisiones, no realizó los paraclínicos ordenados, no cumplo los tratamientos ordenados y/o no aceptó las intervenciones, pueden presentarse inconvenientes con mi salud y/o reacciones adversas, ajenas al actuar del Médico.

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

CIUDAD:	SOGAMOSO	**FECHA:**	**DÍA:**	15	**MES:**	JULIO		**AÑO:**		2025	
NOMBRES Y APELLIDOS:	KAROL JUANITA GONZALEZ FONSECA										
TIPO DI.: CC TI CE PAS	**No. ID.:** 1057577478		**EDAD:**	19	Años.	**SEXO**	**M**		**F**	X	
EMPRESA:	JOHN EMERSON ROSAS MESA						**NIT. No.**		74081029		
CARGO:	CONTROLADORA DE TRAFICO										

TIPO DE EXAMEN:	**INGRESO**	**EGRESO**	**PERIÓDICO PROGRAMADO**	**CAMBIO DE OCUPACIÓN**	**POSINCAPACIDAD**	**DE BASE**
	X					

Hacemos constar que en la fecha hemos realizado el Examen de Salud Ocupacional al Trabajador Suscrito, teniendo como apoyo las pruebas complementarias del Sistema de Gestión de la Empresa Respectiva y que se especifican a continuación:

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS SISTEMA DE GESTIÓN

PRUEBA	OBSERVACIÓN	PRUEBA	OBSERVACIÓN
MEDICINA OCUPACIONAL	SI	TAMIZAJE VISUAL	SI
OSTEOMUSCULAR	SI	VISIOMETRÍA	NO
OPTOMETRÍA	NO	ELECTROCARDIOGRAMA	NO
LABORATORIOS	NO	RX. COL. LUMBO-SACRA	NO
ESPIROMETRÍA	NO	PSICOLOGÍA	NO
AUDIOMETRÍA	NO	OTRO	NO

RESULTADOS DE LA VALORACIÓN

1	APTO PARA EL CARGO QUE ASPIRA	SI	6	REQUIERE NUEVA VALORACIÓN	-
2	APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS	-	7	REQUIERE EVALUAR REUBICACIÓN LABORAL	-
3	APTO PARA ESPACIOS CONFINADOS	-	8	NO APTO PARA EL CARGO QUE ASPIRA	-
4	APTO PARA CONTINUAR EN EL CARGO	-	9	PUEDE EGRESAR	-
5	APLAZADO	-	10		

RECOMENDACIONES – OBSERVACIONES

1. Uso de Elementos de Protección Personal (EPP), de acuerdo al cargo y funciones específicas			**SI**
2. Control periódico en su EPS de primer nivel: Medicina y Odontología general, Optometría, Programas de Promoción y Prevención, etc.			**SI**
3. Hábitos de vida saludable. Pausas activas. Alternar uso de manos			**SI**
4. No puede realizar actividades como conducir, alturas, manipular armas de fuego, herramientas de corte y precisión, etc.			
5. Evitar conducir de noche, en condiciones medio-ambientales adversas: llovizna, niebla, etc.			
6. Valoración optometría		**19.** Prótesis auditiva	
7. Visión lejana con corrección		**20.** Higiene de columna vertebral	
8. Corrección esfuerzo visual: computador, lectura, etc.		**21.** No cargas pesadas superiores a kg. Bimanual	
9. Visión cercana con corrección		**22.** Evitar movimientos bruscos	
10. Actualizar fórmula optométrica		**23.** Evitar movimientos repetitivos y prolongados	
11. Filtro ocular solar, computador, etc.		**24.** Uso medias antiváricos	
12. Fórmula optométrica con filtros especiales		**25.** Toma de niveles de Hepatitis B posvacunación	
13. Dieta y ejercicio		**26.** Toma paraclínicos para manipulador de alimentos	
14. Filtro solar facial		**27.** Protección naso – bucal con filtros adecuados	
15. Uso de guantes antialérgicos		**28.** Evitar jornadas largas y extenuantes de trabajo	
16. Doble protección auditiva		**29.** Seguimiento en EPS-ARL para determinar origen	
17. Evitar ambientes ruidosos		**30.** Otros	
18. Conducir con ventanilla cerrada			

REMISIÓN – VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

1. Remisión	NO	
2. Vigilancia Epidemiológica		ERGONÓMICO ____. AUDITIVO ____. VISUAL ____. CARDIOVASCULAR ____. RESPIRATORIO ____. OTRO _____ ____.



NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

FIRMA TRABAJADOR

NOTA: Al firmar como **TRABAJADOR AUTORIZO** expresamente a suministrar la información de este Certificado Médico de Aptitud Laboral al Empleador. De igual forma, al Médico **A REALIZAR** la historia clínica y el examen físico (procedimientos que me explicaron ampliamente y aclaré dudas) de acuerdo a los parámetros de la Semiología Médica. Entiendo que: **1. SI NO INFORMO** adecuadamente y con la verdad todos los datos necesarios, se pueden ocasionar confusiones en el diagnóstico o errores en la selección de las conductas y tratamientos, sin que estos resultados sean atribuibles al Médico. **2. NO TRAMITO** las remisiones, no realizó los paraclínicos ordenados, no cumplo los tratamientos ordenados y/o no aceptó las intervenciones, pueden presentarse inconvenientes con mi salud y/o reacciones adversas, ajenas al actuar del Médico.

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

CIUDAD:	SOGAMOSO	**FECHA:**	**DÍA:**	28	**MES:**	JULIO		**AÑO:**		2025	
NOMBRES Y APELLIDOS:	LUIS ALFREDO ALVAREZ MARTINEZ										
TIPO DI.: CC TI CE PAS	**No. ID.:**	9518924	**EDAD:**	70	Años.	**SEXO**	**M**		**F**	X	
EMPRESA:	JOHN EMERSON ROSAS MESA							**NIT. No.**		74081029	
CARGO:	OFICIAL DE CONSTRUCCION										

TIPO DE EXAMEN:	**INGRESO**	**EGRESO**	**PERIÓDICO PROGRAMADO**	**CAMBIO DE OCUPACIÓN**	**POSINCAPACIDAD**	**DE BASE**
	X					

Hacemos constar que en la fecha hemos realizado el Examen de Salud Ocupacional al Trabajador Suscrito, teniendo como apoyo las pruebas complementarias del Sistema de Gestión de la Empresa Respectiva y que se especifican a continuación:

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS SISTEMA DE GESTIÓN

PRUEBA	OBSERVACIÓN	PRUEBA	OBSERVACIÓN
MEDICINA OCUPACIONAL	SI	TAMIZAJE VISUAL	SI
OSTEOMUSCULAR	SI	VISIOMETRÍA	NO
OPTOMETRÍA	NO	ELECTROCARDIOGRAMA	NO
LABORATORIOS	NO	RX. COL. LUMBO-SACRA	NO
ESPIROMETRÍA	NO	PSICOLOGÍA	NO
AUDIOMETRÍA	NO	OTRO	NO

RESULTADOS DE LA VALORACIÓN

1	APTO PARA EL CARGO QUE ASPIRA	SI	6	REQUIERE NUEVA VALORACIÓN	-
2	APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS	-	7	REQUIERE EVALUAR REUBICACIÓN LABORAL	-
3	APTO PARA ESPACIOS CONFINADOS	-	8	NO APTO PARA EL CARGO QUE ASPIRA	-
4	APTO PARA CONTINUAR EN EL CARGO	-	9	PUEDE EGRESAR	-
5	APLAZADO	-	10		

RECOMENDACIONES – OBSERVACIONES

1. Uso de Elementos de Protección Personal (EPP), de acuerdo al cargo y funciones específicas			**SI**
2. Control periódico en su EPS de primer nivel: Medicina y Odontología general, Optometría, Programas de Promoción y Prevención, etc.			**SI**
3. Hábitos de vida saludable. Pausas activas. Alternar uso de manos			**SI**
4. No puede realizar actividades como conducir, alturas, manipular armas de fuego, herramientas de corte y precisión, etc.			
5. Evitar conducir de noche, en condiciones medio-ambientales adversas: llovizna, niebla, etc.			
6. Valoración optometría		**19.** Prótesis auditiva	
7. Visión lejana con corrección		**20.** Higiene de columna vertebral	
8. Corrección esfuerzo visual: computador, lectura, etc.		**21.** No cargas pesadas superiores a kg. Bimanual	
9. Visión cercana con corrección		**22.** Evitar movimientos bruscos	
10. Actualizar fórmula optométrica		**23.** Evitar movimientos repetitivos y prolongados	
11. Filtro ocular solar, computador, etc.		**24.** Uso medias antiváricos	
12. Fórmula optométrica con filtros especiales		**25.** Toma de niveles de Hepatitis B posvacunación	
13. Dieta y ejercicio		**26.** Toma paraclínicos para manipulador de alimentos	
14. Filtro solar facial		**27.** Protección naso – bucal con filtros adecuados	
15. Uso de guantes antialérgicos		**28.** Evitar jornadas largas y extenuantes de trabajo	
16. Doble protección auditiva		**29.** Seguimiento en EPS-ARL para determinar origen	
17. Evitar ambientes ruidosos		**30.** Otros	
18. Conducir con ventanilla cerrada			

REMISIÓN – VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

1. Remisión	NO	
2. Vigilancia Epidemiológica		ERGONÓMICO ____. AUDITIVO ____. VISUAL ____. CARDIOVASCULAR ____. RESPIRATORIO ____. OTRO _____ ____.



NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

FIRMA TRABAJADOR

NOTA: Al firmar como **TRABAJADOR AUTORIZO** expresamente a suministrar la información de este Certificado Médico de Aptitud Laboral al Empleador. De igual forma, al Médico **A REALIZAR** la historia clínica y el examen físico (procedimientos que me explicaron ampliamente y aclaré dudas) de acuerdo a los parámetros de la Semiología Médica. Entiendo que: **1. SI NO INFORMO** adecuadamente y con la verdad todos los datos necesarios, se pueden ocasionar confusiones en el diagnóstico o errores en la selección de las conductas y tratamientos, sin que estos resultados sean atribuibles al Médico. **2. NO TRAMITO** las remisiones, no realizó los paraclínicos ordenados, no cumplo los tratamientos ordenados y/o no aceptó las intervenciones, pueden presentarse inconvenientes con mi salud y/o reacciones adversas, ajenas al actuar del Médico.

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

CIUDAD:	SOGAMOSO	**FECHA:**	**DÍA:**	14	**MES:**	JUNIO		**AÑO:**		2025		
NOMBRES Y APELLIDOS:	WILSON JHOVANI LOPEZ CARDENAS											
TIPO DI.: CC TI CE PAS	**No. ID.:**	1058051592	**EDAD:**	42	Años.	**SEXO**	**M**	X	**F**			
EMPRESA:	JOHN EMERSON ROSAS MESA							**NIT. No.**		74081029		
CARGO:	AYUDANTE DE CONSTRUCCION											

TIPO DE EXAMEN:	**INGRESO**	**EGRESO**	**PERIÓDICO PROGRAMADO**	**CAMBIO DE OCUPACIÓN**	**POSINCAPACIDAD**	**DE BASE**
	X					

Hacemos constar que en la fecha hemos realizado el Examen de Salud Ocupacional al Trabajador Suscrito, teniendo como apoyo las pruebas complementarias del Sistema de Gestión de la Empresa Respectiva y que se especifican a continuación:

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS SISTEMA DE GESTIÓN

PRUEBA	OBSERVACIÓN	PRUEBA	OBSERVACIÓN
MEDICINA OCUPACIONAL	SI	TAMIZAJE VISUAL	SI
OSTEOMUSCULAR	SI	VISIOMETRÍA	NO
OPTOMETRÍA	NO	ELECTROCARDIOGRAMA	NO
LABORATORIOS	NO	RX. COL. LUMBO-SACRA	NO
ESPIROMETRÍA	NO	PSICOLOGÍA	NO
AUDIOMETRÍA	NO	OTRO	NO

RESULTADOS DE LA VALORACIÓN

1	APTO PARA EL CARGO QUE ASPIRA	SI	6	REQUIERE NUEVA VALORACIÓN	-
2	APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS	-	7	REQUIERE EVALUAR REUBICACIÓN LABORAL	-
3	APTO PARA ESPACIOS CONFINADOS	-	8	NO APTO PARA EL CARGO QUE ASPIRA	-
4	APTO PARA CONTINUAR EN EL CARGO	-	9	PUEDE EGRESAR	-
5	APLAZADO	-	10		

RECOMENDACIONES – OBSERVACIONES

1. Uso de Elementos de Protección Personal (EPP), de acuerdo al cargo y funciones específicas			**SI**
2. Control periódico en su EPS de primer nivel: Medicina y Odontología general, Optometría, Programas de Promoción y Prevención, etc.			**SI**
3. Hábitos de vida saludable. Pausas activas. Alternar uso de manos			**SI**
4. No puede realizar actividades como conducir, alturas, manipular armas de fuego, herramientas de corte y precisión, etc.			
5. Evitar conducir de noche, en condiciones medio-ambientales adversas: llovizna, niebla, etc.			
6. Valoración optometría		**19.** Prótesis auditiva	
7. Visión lejana con corrección		**20.** Higiene de columna vertebral	
8. Corrección esfuerzo visual: computador, lectura, etc.		**21.** No cargas pesadas superiores a kg. Bimanual	
9. Visión cercana con corrección		**22.** Evitar movimientos bruscos	
10. Actualizar fórmula optométrica		**23.** Evitar movimientos repetitivos y prolongados	
11. Filtro ocular solar, computador, etc.		**24.** Uso medias antiváricos	
12. Fórmula optométrica con filtros especiales		**25.** Toma de niveles de Hepatitis B posvacunación	
13. Dieta y ejercicio		**26.** Toma paraclínicos para manipulador de alimentos	
14. Filtro solar facial		**27.** Protección naso – bucal con filtros adecuados	
15. Uso de guantes antialérgicos		**28.** Evitar jornadas largas y extenuantes de trabajo	
16. Doble protección auditiva		**29.** Seguimiento en EPS-ARL para determinar origen	
17. Evitar ambientes ruidosos		**30.** Otros	
18. Conducir con ventanilla cerrada			

REMISIÓN – VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

1. Remisión	NO	
2. Vigilancia Epidemiológica		ERGONÓMICO ____. AUDITIVO ____. VISUAL ____. CARDIOVASCULAR ____. RESPIRATORIO ____. OTRO _____ ____.



NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

FIRMA TRABAJADOR

NOTA: Al firmar como **TRABAJADOR AUTORIZO** expresamente a suministrar la información de este Certificado Médico de Aptitud Laboral al Empleador. De igual forma, al Médico **A REALIZAR** la historia clínica y el examen físico (procedimientos que me explicaron ampliamente y aclaré dudas) de acuerdo a los parámetros de la Semiología Médica. Entiendo que: **1. SI NO INFORMO** adecuadamente y con la verdad todos los datos necesarios, se pueden ocasionar confusiones en el diagnóstico o errores en la selección de las conductas y tratamientos, sin que estos resultados sean atribuibles al Médico. **2. NO TRAMITO** las remisiones, no realizó los paraclínicos ordenados, no cumplo los tratamientos ordenados y/o no aceptó las intervenciones, pueden presentarse inconvenientes con mi salud y/o reacciones adversas, ajenas al actuar del Médico.

	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS)	Código:	FT-SG-SST- 68
		Versión:	1
		Fecha:	nov-23

Proyecto : Construccion red alcantarillado sanitario pluvial y acueducto		Ubicación donde se realiza el trabajo:	Secta Retama.
Fecha de realización del Trabajo: Julio 2025	Lugar de Trabajo: Vereda Monguira Sector Retama		
Hora de Inicio (a.m./p.m.): 07:00 am	Hora de Finalización (a.m./p.m.): 05:00 pm		

Descripción de la tarea a realizar: Excavacion. instalacion de tuberia.

El trabajo a realizar incluye: Trabajos en altura ☐ Trabajo en caliente ☐ Trabajos en lineas de alta tension ☐ Trabajos en espacios confinados ☐ Otro; cual ? ☒
excavacion.

EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL				EQUIPOS A USAR	HERRAMIENTAS A USAR
Casco	☒	Orejeras	☐	Apisonador	Picas, palas, Aceclar.
Gafas de seguridad	☒	Guantes	☒	Mezcladora concreto	Barras. Carretillas
Protector respiratorio	☒	Botas de seguridad	☒	poldora	
Protector auditivo	☒				
Otro epps	☐	Cual?			

N°	PASOS DE LA TAREA	PELIGRO (Fuente o situacion)	CONSECUENCIA	CONTROLES	RESPONSABLE
1	ALISTAMIENTO DE HERRAMIENTA	**Biologico:** Mordeduras De Animales, Picaduras De Insectos	Mordeduras De Perros, Picaduras De Insectos, Sancudos, Avejas, Avispas	Uso de los elemetos de proteccion personal.	Residente siso, residente de obra y trabajadores
		Locativo: Caidas al mismo nivel - piso resbaloso	Golpes, Heridas, Torceduras	Charlas de seguridad, orden y aseo y uso de epp	Residente siso, residente de obra y trabajadores
		Mecanico: maquinaria en mal estado	Daño a la propiedad, contaminacion del aire y suelo	Inspeccion preoperacional, y mantenimiento preventivo de la maquina y uso de epp	Residente de obra y operador
		Diversas Condiciones Climaticas -	Insolacion,Resfriados,Dolor De Cabeza, deshidratacion	Uso de epp, bloqueador solar, punto de hidratacion , suspender actividades en caso de lluvia y uso de ropa de invierno.	Residente siso, residente de obra y trabajadores
2	INGRESO A LA OBRA	**Biologico:** Mordeduras De Animales, Picaduras De Insectos	Mordeduras De Perros, Picaduras De Insectos, Sancudos, Avejas, Avispas	Uso de los elementos de proteccion personal	Residente siso, residente de obra y trabajadores
		Locativo: Caidas al mismo nivel - piso resbaloso	Golpes, Heridas, Torceduras	Inspeccion previa de la zona de trabajo Charlas de seguridad, orden y aseo y uso de epp	Residente siso, residente de obra y trabajadores
3	CORTE , REMOCION DE LA SECCION DE PAVIMENTO Y EXCAVACION	**Locativo:** Caidas al mismo nivel - piso resbaloso	Golpes, Heridas, Torceduras	Charlas de seguridad, orden y aseo	Residente siso, residente de obra y trabajadores
		Mecanico: Mal posicionamiento de la maquina	Volcamiento , Heridas Atrapamientos	Realizar una buena ubicación de la maquina, selaizacion y demarcacion de las areas y uso de epp	Residente de obra, residente siso y trabajadores
		Mecanico: Transito de personas dentro del radio de giro o de accion de la maquina	Atropellamientos, golpes, heridas y contusiones	Señalizacion y demarcacion de las areas , sendero peatonal, Distanciamiento en el area de operación y uso de epp	Residente de obra, residente siso y trabajadores
		Psicosocial: Estado animico del operador	Estrés Por Monotonia O Por Presion De Cumplimiento De Tareas	Pausas activas, charlas de seguridad y uso de epp	Residente de obra, residente siso y trabajadores
		Locativo: Desprendiemientos de material - tierras	Sepultamientos, asfixia, heridas y fracturas.	Instalacion de entivado, señalizacion y demarcacion de las areas a intervenir, uso de elementos de proteccion personal.	Residente de obra, residente siso y trabajadores
		Locativo: Terreno inestable	Volcamiento de la maquina, desprendiemiento de material, sepultamientos	Instalacion de entibado , Ubicación de material de excavacion de 60cm a 1 m del borde de la excavacion y uso de epp	Residente de obra, residente siso y trabajadores
		Locativo: Caidas al mismo nivel - piso resbaloso	Caidas Del Mismo Y Diferente Nivel, Golpes, Heridas, Torceduras	Charlas de seguridad, orden y aseo y uso de epp	Residente de obra, residente siso y trabajadores
		Locativo: Caidas de personal al interior de la excavacion	Caidas Del Mismo Y Diferente Nivel, Golpes, Heridas, Torceduras	Señalizacion y demarcacion de las areas , charla de seguridad y uso de epp	Residente de obra, residente siso y trabajadores
		Diversas Condiciones Climaticas -	Insolacion,Resfriados,Dolor De Cabeza, deshidratacion	Uso de epp, montera, y dotacion de invierno punto de hidratacion , suspender actividades en caso de lluvia	Residente de obra, residente siso y trabajadores
		Fenomenos Naturales: Inundaciones	Desestabilizacion del terreno, caidas, torceduras	Extraccion del agua manualmente, uso de epp	Residente de obra, residente siso y trabajadores
4	TRANSPORTE DEL MATERIAL DE EXCAVACION	**Fisico:** Exposicion a ruido	Estrés , Dificultad para dormir, Hipoacusia, tinitus	Uso de epps, pausas activas, no exceder el tiempo de exposicion	Residente de obra, residente siso y trabajadores
		Psicosocial: Estado animico del conductor	Acoso laboral derivado de la mala organización del trabajo, estrés derivado de los altos ritmos de trabajo y de exceso de jornada, fatiga mental	Pausas Activas, organizar las tareas, charlas de concientizacion y uso de epps	Residente de obra, residente siso y trabajadores
		Biomecanico: Posturas (Prolongada, Mantenida, Forzada, Antigravitacional).	Alteraciones Osteomusculares De Espalda Y Extremidades.	Pausas activas, charlas de seguridad y uso de epp	Residente de obra, residente siso y trabajadores
		Locativo: Caidas a mismo y diferente nivel	Caidas Del Mismo Y Diferente Nivel, Golpes, Heridas, Torceduras	charla sobre tecnica de autocuidado, orden y aseo y uso de epps.	Residente de obra, residente siso y trabajadores
		Condiciones de seguridad: Accidente de transito	Golpes, Heridas, fracturas y Lesiones traumaticas graves	Usar el cinturón de seguridad, No usar el telefono cuando el vehiculo este en movimiento, reduccion de la velocidad capacitacion en seguridad vial	Conductor
5	ATRAQUE EN MATERIAL TRITURADO, INSTALACION DE TUBERIA Y RELLENO EN MATERIAL TRITURADO	**Biologico:** Exposicion a virus	Infecciones gastrointestinales y respiratorias	Uso de tapabocas, lavado de manos, charlas de seguridad e autocuidado y uso de epps	Residente de obra, residente siso y trabajadores
		Fisico: Ruido	Estrés , Dificultad para dormir, Hipoacusia, tinitus	Uso de epps, pausas activas, no exceder el tiempo de exposicion y rotacion de puesto de trabajo.	Residente de obra, residente siso y trabajadores
		Fisico: Temperaturas extremas (frio y calor)	Insolacion,Resfriados,Dolor De Cabeza, deshidratacion	Uso de epp, montera, y dotacion de invierno punto de hidratacion , suspender actividades en caso de lluvia	Residente de obra, residente siso y trabajadores
		Quimico: exposicion a material particulado	sintomas respiratorios aumentados, como irritación en las vias respiratorias, tos o dificultad para respirar.	Uso de epp, charlas de seguridad,	Residente de obra, residente siso y trabajadores
		Psicosocial: Gestion organizacional - estilo de mando	Estrés, conductas agresivas, comportamiento hostiles , alto nivel de rotacion del personal	Capacitacion en comuinicacion asertiva, toma de desiciones democraticamente	Residente de obra, residente siso y trabajadores
		Biomecanico: Manipulacion manual de cargas	Lumbalgias, hernias, daños en columna vertebral	No exceder los limites d epeso a levantar, trabajo en equipo para repartir el peso a levantar , tecnicas de levantamiento manual de cargas, uso epps y charlas de seguridad	Residente de obra, residente siso y trabajadores
		Condiciones de seguridad: Maquinaria en movimiento y Transito de personas dentro del radio de giro o de accion de la maquina	Atropellamientos, golpes, heridas y contusiones	Señalizacion y demarcacion de las areas , sendero peatonal Distanciamiento en el area de operación y uso de epp	Residente de obra, residente siso y trabajadores
		Condiciones de seguridad: locativo caidas a mismo y diferente nivel	Golpes, torceduras, laceraciones, luxaciones, contusiones, esguinces y fracturas.	Inspeccion visual del area a intervenir, señalizacion del area, orden y aseo, charlas de seguridad y uso epps	Residente de obra, residente siso y trabajadores
6	RELLENO EN MATERIAL AFIRMADO Y COMPACTACION EN CAPAS	**Biologico:** Exposicion a virus	Infecciones gastrointestinales y respiratorias	Uso de tapabocas, lavado de manos, charlas de seguridad e autocuidado y uso de epps	Residente de obra, residente siso y trabajadores
		Fisico: Ruido	Estrés , Dificultad para dormir, Hipoacusia, tinitus	Uso de epps, pausas activas, no exceder el tiempo de exposicion y rotacion de puesto de trabajo.	Residente de obra, residente siso y trabajadores
		Fisico: Temperaturas extremas (frio y calor)	Insolacion,Resfriados,Dolor De Cabeza, deshidratacion	Uso de epp, montera, y dotacion de invierno punto de hidratacion , suspender actividades en caso de lluvia	Residente de obra, residente siso y trabajadores
		Quimico: exposicion a material particulado	Sintomas respiratorios aumentados, como irritación en las vias respiratorias, tos o dificultad para respirar.	Uso de epp, charlas de seguridad,	Residente de obra, residente siso y trabajadores
		Psicosocial: Gestion organizacional - estilo de mando	Estrés, conductas agresivas, comportamiento hostiles , alto nivel de rotacion del personal	Capacitacion en comuinicacion asertiva, toma de desiciones democraticamente	Residente de obra, residente siso y trabajadores
		Biomecanico: Manipulacion manual de cargas	Lumbalgias, hernias, daños en columna vertebral	No exceder los limites d epeso a levantar, trabajo en equipo para repartir el peso a levantar , tecnicas de levantamiento manual de cargas, uso epps y charlas de seguridad	Residente de obra, residente siso y trabajadores
		Condiciones de seguridad: Maquinaria en movimiento y Transito de personas dentro del radio de giro o de accion de la maquina	Atropellamientos, golpes, heridas y contusiones	Señalizacion y demarcacion de las areas , sendero peatonal Distanciamiento en el area de operación y uso de epp	Residente de obra, residente siso y trabajadores
		Condiciones de seguridad: locativo caidas a mismo y diferente nivel	Golpes, torceduras, laceraciones, luxaciones, contusiones, esguinces y fracturas.	Inspeccion visual del area a intervenir, señalizacion del area, orden y aseo, charlas de seguridad y uso epps	Residente de obra, residente siso y trabajadores

Preguntas para considerar antes del inicar el trabajo

Este trabajo esta autorizado ?	Si ✓	NO	NA	Hay orden y aseo en el area de trabajo?	Si ✓	NO	NA
He sido entrenado para este trabajo	Si ✓	NO	NA	La iluminacion permite hacer un trabajo seguro?	Si ✓	NO	NA
Estoy calificado para realizar este trabajo?	Si ✓	NO	NA	El clima permite hacer un trabajo seguro?	Si ✓	NO	
Conozco los riesgos de este trabajo?	Si ✓	NO	NA	Identifico y conozco los insumos quimicos?	Si	NO	NA ✓
Tengo los EPP requeridos?	Si ✓	NO	NA	Este trabajo se a comunicado a quien pueda afectar ?	Si ✓	NO	NA
Tengo los equipos y herramientas mecesarias?	Si ✓	NO	NA	Me siento bien de salud para realizar este trabajo?	Si ✓	NO	NA
He revisado el area de trabajo?	Si ✓	NO	NA	Estoy libre del efecto de alguna sustancia psicoactiva?	Si ✓	NO	NA
Cuenta con la señalizacion necesaria?	Si ✓	NO	NA	Fue identificado el peligro mas critico de la actividad?	Si ✓	NO	NA
Conozco el procedimiento en caso de emergencia?	Si ✓	NO	NA	Se aseguro dar respuesta a todas las preguntas del ATS?	Si ✓	NO	NA

VALIDACION Y APROBACION			
NOMBRE Y APELLIDOS	**N° DE CEDULA**	**CARGO**	**FIRMA**
KAREN LISETH CELY	1057590407	Residente de obra	
JOHANA CAROLINA PATIÑO	1020752084	Residente siso	

SE AUTORIZA LA ACTIVIDAD **SI** [X] **NO** [ ]

TRABAJDORES EJECUTORES

FECHA : 07 al 12 de julio de 2025

ITEM	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA N°	CARGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
1	Fabio Lemus	74372715	Maestro	Fabio Lemus	Fabio Lemus	Fabio Lemus	Fabio Lemus	Fabio Lemus	Fabio Lemus
2	Cesar Mendoza	1118549653	Ayudante	Cesar men.	Cesar M.	Cesar M.	Cesar M	Cesar M	Cesar M
3	Roberto Lopez Cardenas	74185842	Ayudante	Roberto	Roberto	Roberto	Roberto	Roberto	Roberto
4	Juan Felipe Guerrero	1010054640	Ayudante	Juan G. A	Juan G A	Juan G A	Juan G A	Juan G A	Juan G A
5	Johan Lopez	1007413791	Ayudante	Johan A. lopez	Johan A lopez	Johan lopez	Johan lopez	Johan lopez	Johan lopez
6	Jaime Barrera	9533851	Ayudante	wilson lopez	wilson lopez	wilson lopez	wilson lopez	wilson lopez	wilson lopez
Fecha: 14 al 19 de julio de 2025									
1	Fabio Lemus	74372715	Maestro	Fabio Lemus	Fabio Lemus	Fabio Lemus	Fabio Lemus	Fabio Lemus	Fabio Lemus
2	Cesar Mendoza	1118549653	Ayudante	Cesar M	Cesar M	Cesar M	Cesar M	Cesar M	Cesar M
3	Roberto Lopez Cardenas	74185842	Ayudante	Roberto	Roberto	Roberto	Roberto	Roberto	Roberto
4	Wilson Jhovani Lopez	1058051592	Ayudante	wilson lopez	wilson lopez	wilson lopez	wilson lopez	wilson lopez	wilson lopez
5	Baudilo Sanchez Cardenas	9530903	Ayudante	Baudilo Sanchez	Baudilo Sanchez	Baudilo Sanchez	Baudilo Sanchez	Baudilo Sanchez	Baudilo Sanchez
6	Johan Lopez	1007413791	Operador	Johan lopez	Johan lopez	Johan lopez	Johan lopez	Johan lopez	Johan lopez
7	Jaime Barrera	9533851	Operador	Jaime Barrera	Jaime Barrera	Jaime Barrera	Jaime Barrera	Jaime Barrera	Jaime Barrera
Fecha: 21 al 26 de julio de 2025									
1	Fabio Lemus	74372715	Maestro	Fabio Lemus	Fabio Lemus	Fabio Lemus	Fabio Lemus	Fabio Lemus	Fabio Lemus
2	Cesar Mendoza	1118549653	Ayudante	Cesar M	Cesar M	Cesar M	Cesar M	Cesar M	Cesar M
3	Roberto Lopez Cardenas	74185842	Ayudante	Roberto	Roberto	Roberto	Roberto	Roberto	Roberto
4	Wilson Jhovani Lopez	1058051592	Ayudante	wilson lopez	wilson lopez	wilson lopez	wilson lopez	wilson lopez	wilson lopez
5	Baudilo Sanchez Cardenas	9530903	Ayudante	Baudilo Sanchez	Baudilo Sanchez	Baudilo Sanchez	Baudilo Sanchez	Baudilo Sanchez	Baudilo Sanchez
6	Johan Lopez	1007413791	Operador	Johan lopez	Johan lopez	Johan lopez	Johan lopez	Johan lopez	Johan lopez
7	Jaime Barrera	9533851	Operador	Jaime Barrera	Jaime Barrera	Jaime Barrera	Jaime Barrera	Jaime Barrera	Jaime Barrera
8	Ferney Dario Garcia	1054283864	Ayudante				Ferney Dario	Ferney Dario	Ferney Dario

9	Alexander Perez Sierra	1057598366	Ayudante	Alexander Perez	Alexander Perez	Alexander Perez	Alexander Perez	Alexander Perez	Alexander Per
Fecha: 28 de julio al 02 de agosto 2025									
1	Fabio Lemus	74372715	Maestro	Fabio Lemus.	Fabio Lemus.	Fabio Lemus.	Fabio Lemus.	Fabio Lemus.	Fabio Lemus.
2	Cesar Mendoza	1118549653	Ayudante	Cesar M	Cesar M	Cesar M	Cesar M	Cesar M	Cesar M
3	Roberto Lopez Cardenas	74185842	Ayudante						
4	Wilson Jhovani Lopez	1058051592	Ayudante	wilson lopez	wilson lopez	wilson lopez	wilson lopez	wilson lopez	wilson lopez
5	Baudilo Sanchez Cardenas	9530903	Ayudante	Baudilo Sanchez	Baudilo Sanchez	Baudilo Sanchez	Baudilo Sanchez	Baudilo Sanchez	Baudilo Sanchez
6	Johan Lopez	1007413791	Operador	Johan lopez	Johan lopez	Johan lopez	Johan lopez	Johan lopez	Johan lopez
7	Jaime Barrera	9533851	Operador	Jaime Barr	Jaime Barr	Jaime Barr	Jaime Barr	Jaime Barr	Jaime Barr
8	Ferney Dario Garcia	1054283864	Ayudante						
9	Alexander Perez Sierra	1057598366	Ayudante	Alexander Perez	Alexander Perez	Alexander Perez	Alexander Perez	Alexander Perez	Alexander Perez
10	Luis Alfredo Alvarez	9518924	Oficial	Luis A Alvar	Luis A Alvar	Luis A Alvar	Luis A Alvar	Luis A Alvar	Luis A Alvar

FECHA	12/07/2024	**FRENTE / CONTRATISTA**	**REALIZADA POR**	**NOMBRE**	Johana Patiño
PROYECTO	Construccion red de alcantarillado sanitario, pluvial y de acueducto de la vereda monquira sector la reforma de sogamoso	JOHN EMERSON ROSAS MESA		**CÉDULA**	1020752084
				EMPRESA	John Emerson Rosas.
TEMA	Manejo de estres y comunicación asertiva.			**FIRMA**	

N°	NOMBRE	CÉDULA	CARGO	FIRMA
1	John Emerson Rosas Mesa	74081029	Director de Obra	
2	Karen Liseth Cely	1057590407	Residente de obra	
3	Johana Carolina Patiño	1020752084	Sst	
4	Jairo Alonso Rosas	1051589941	Conductor	
5	Jaime Barrera	9.533.851	Operador retro	
6	Fabio del Jesus Lemus	74372715	Mestro	
7	Cesar Augusto Mendoza	1118549653	Ayudante	
8	Roberto de los Angeles Lopez	74185842	Oficial	
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				

OBSERVACIONES: Capacitacion realizada sin ninguna novedad.

Powered by CamScanner

JOHN EMERSON ROSAS
Nit. 74.081.029-9

CONTROL DE ASISTENCIA

Código: FT-SG-SST-31

version 2

FECHA	19/07/2025	**FRENTE / CONTRATISTA**	**REALIZADA POR**	**NOMBRE**	Johana Patiño
PROYECTO	Construccion red de alcantarillado sanitario, pluvial y de acueducto de la vereda monquira sector la reforma de sogamoso	JOHN EMERSON ROSAS MESA		**CÉDULA**	1020752084.
				EMPRESA	John Emerson Rosas
TEMA	Peligros en obras de construcción.			**FIRMA**	

N°	NOMBRE	CÉDULA	CARGO	FIRMA
1	John Emerson Rosas Mesa	74081029	Director de Obra	
2	Karen Liseth Cely	1057590407	Residente de obra	
3	Johana Carolina Patiño	1020752084	Sst	
4	Jairo Alonso Rosas	1051589941	Conductor	
5	Jaime Barrera	9.533.851	Operador retro	
6	Fabio del Jesus Lemus	74372715	Maestro General	
7	Cesar Augusto Mendoza	1118549653	Ayudante	Cesar Mendoza.
8	Roberto de los Angeles Lopez	74185842	Oficial	
9	Wilson Jhovani Lopez	1058051592	Ayudante	Wilson Lopez
10	Baudilio Sanchez	9530903	Ayudante	
11	Karol Juanita Gonzalez	1057577478	Controladora	Karol Juanita G.
12	Johan Andres Lopez	1007413791	Operador minicargador	Johan D. Lopez
13	Diana Carolina Montaña	1057574918	Controladora	
14				
15				
16				

OBSERVACIONES: Actividad Realizada sin ninguna novedad.

Powered by CamScanner

JOHN EMERSON ROSAS
NIT. 74.081.029-9

CONTROL DE ASISTENCIA

Código: FT-SG-SST-31

version 2

FECHA	28/07/2025	FRENTE / CONTRATISTA	REALIZADA POR	NOMBRE	Johana Cpatiño
PROYECTO	Construccion red de alcantarillado sanitario, pluvial y de acueducto de la vereda monquira sector la reforma de sogamoso	JOHN EMERSON ROSAS MESA		CÉDULA	1070452084
				EMPRESA	John Emerson Rosas
TEMA	Induccion SST			FIRMA	

Nº	NOMBRE	CÉDULA	CARGO	FIRMA
1	Wilson Jhovani Lopez	1058051592	Ayudante	Wilson Lopez
2	Baudilio Sanchez	9530903	Ayudante	Baudilio Sanchez
3	Karol Juanita Gonzalez	1057577478	Controladora	Karol Juanita G
4	Johan Andres Lopez	1007413791	Operador minicargador	Johan Lopez
5	Ana Yanin Corredor Perez	46376054	Controladora	Ana Yanin Corredor
6	Ferney Dario Garcia	1054283864	Ayudante	
7	Jesus Alexander Perez	1057598366	Ayudante	Alexander Perez
8	Luis Alfredo Martinez	9518924	Oficial	Luis Al Martinez.
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				

OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

FECHA	12/07/2024	**FRENTE / CONTRATISTA**	**REALIZADA POR**	**NOMBRE**	Johana Patiño
PROYECTO	Construccion red de alcantarillado sanitario, pluvial y de acueducto de la vereda monquira sector la reforma de sogamoso	JOHN EMERSON ROSAS MESA		**CÉDULA**	1020752084
				EMPRESA	John Emerson Rosas.
TEMA	Manejo de estres y comunicación asertiva.			**FIRMA**	

N°	NOMBRE	CÉDULA	CARGO	FIRMA
1	John Emerson Rosas Mesa	74081029	Director de Obra	
2	Karen Liseth Cely	1057590407	Residente de obra	
3	Johana Carolina Patiño	1020752084	Sst	
4	Jairo Alonso Rosas	1051589941	Conductor	
5	Jaime Barrera	9.533.851	Operador retro	
6	Fabio del Jesus Lemus	74372715	Mestro	
7	Cesar Augusto Mendoza	1118549653	Ayudante	
8	Roberto de los Angeles Lopez	74185842	Oficial	
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				

OBSERVACIONES: Capacitacion realizada sin ninguna novedad.

JOHN EMERSON ROSAS
Nit. 74.081.029-9

CONTROL DE ASISTENCIA

Código: FT-SG-SST-31

version 2

FECHA	19/07/2025	**FRENTE / CONTRATISTA**	**REALIZADA POR**	**NOMBRE**	Johana Patiño
PROYECTO	Construccion red de alcantarillado sanitario, pluvial y de acueducto de la vereda monquira sector la reforma de sogamoso	JOHN EMERSON ROSAS MESA		**CÉDULA**	1020752084.
				EMPRESA	John Emerson Rosas
TEMA	Peligros en obras de construcción.			**FIRMA**	

N°	NOMBRE	CÉDULA	CARGO	FIRMA
1	John Emerson Rosas Mesa	74081029	Director de Obra	
2	Karen Liseth Cely	1057590407	Residente de obra	
3	Johana Carolina Patiño	1020752084	Sst	
4	Jairo Alonso Rosas	1051589941	Conductor	
5	Jaime Barrera	9.533.851	Operador retro	
6	Fabio del Jesus Lemus	74372715	Maestro General	
7	Cesar Augusto Mendoza	1118549653	Ayudante	
8	Roberto de los Angeles Lopez	74185842	Oficial	
9	Wilson Jhovani Lopez	1058051592	Ayudante	
10	Baudilio Sanchez	9530903	Ayudante	
11	Karol Juanita Gonzalez	1057577478	Controladora	
12	Johan Andres Lopez	1007413791	Operador minicargador	
13	Diana Carolina Montaña	1057574918	Controladora	
14				
15				
16				

OBSERVACIONES: Actividad Realizada sin ninguna novedad.

JOHN EMERSON ROSAS
Nit. 74.081.029-9

CONTROL DE ASISTENCIA

Código: FT-SG-SST-31

version 2

FECHA	28/07/2025	**FRENTE / CONTRATISTA**	**REALIZADA POR**	**NOMBRE**	Johana Patiño
PROYECTO	Construccion red de alcantarillado sanitario, pluvial y de acueducto de la vereda monquira sector la reforma de sogamoso	JOHN EMERSON ROSAS MESA		**CÉDULA**	1020752084
				EMPRESA	John Emerson Rosas
TEMA	Induccion SST			**FIRMA**	

N°	NOMBRE	CÉDULA	CARGO	FIRMA
1	Wilson Jhovani Lopez	1058051592	Ayudante	Wilson Lopez
2	Baudilio Sanchez	9530903	Ayudante	Baudilio Sanchez
3	Karol Juanita Gonzalez	1057577478	Controladora	Karol Juanita G
4	Johan Andres Lopez	1007413791	Operador minicargador	Johan Lopez
5	Ana Yanin Corredor Perez	46376054	Controladora	Ana Yanin Corredor
6	Ferney Dario Garcia	1054283864	Ayudante	
7	Jesus Alexander Perez	1057598366	Ayudante	Alexander Perez
8	Luis Alfredo Martinez	9518924	Oficial	Luis A. Martinez.
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				

OBSERVACIONES:

JOHN EMERSON ROSAS Nit. 74.081.029-9	**REGISTRO DE ASISTENCIA**	**Codigo: FT-SG-SST-74** **Version: 01** **Fecha de aprovacion: Enero 2023**

Proyecto
Construccion red de alcantarillado Pluvial de acueducto de la vereda monguirra la reforma Sogamoso
Responsable
Johana Carolina Patiño Fonseca
FECHA Semana del 07/07/2025 al 12/07/2025

Nº	**Temas**	**Nº**	**Temas**
1	Proteccion Para la cabeza	4	orden y aseo en el puesto de trabajo
2	Agotamiento por Calor.	5	Señalizacion area de trabajo
3	Mantenimiento y sostitucion de los epp.	6	la importancia de la proteccion auditiva

Nº	**Nombres y apellidos del trabajador**	**Tema Nº**		**1**	**Tema Nº**		**2**	**Tema Nº**		**3**	**Tema Nº**		**4**	**Tema Nº**		**5**	**Tema Nº**		**6**
		día	**mes**	**año**	**día**	**mes**	**año**	**día**	**mes**	**año**	**día**	**mes**	**año**	**día**	**mes**	**año**	**día**	**mes**	**año**
		07	07	2025	08	07	2025	09	07	2025	10	07	2025	11	07	2025	12	07	2025
1	Juan Felipe Guerrero	Juan G.			Juan F G.			Juan GF			Juan G. A			Juan G. A			Juan G. A		
2	Fabio del Jesus Lemos	Fabio Lemos			Fabio Lemos			Fabio Lemos			Fabio Lemos.			Fabio Lemos			Fabio Lemos.		
3	Roberto Lopez	Roberto			Roberto			Roberto			Roberto			Roberto			Roberto		
4	Cesar Mendoza	Cesar Mendoza			Cesar Mendoza			Cesar Mendoza			Cesar Mendoza			Cesar Mendoza			Cesar Mendoza		
5	wilson Jhovani Lopez	wilson López			wilson López			wilson López			wilson López			wilson López			wilson López		
6	Johan Lopez				Johan Andres Lopez M.			Johan Andres Lopez			Johan Andres Lopez			Johan Andres Lopez			Johan Andres Lopez		
7	Jaime Barrera.	Jaime Barrera			Jaime Barrera			Jaime Barrera			Jaime Barrera.								
8																			
9																			
10																			

OBSERVACIONES:

JOHN EMERSON ROSAS Nit. 74.081.029-9	**REGISTRO DE ASISTENCIA**	**Codigo: FT-SG-SST-74** **Version: 01** **Fecha de aprovacion: Enero 2023**

Proyecto
Construcción red de alcantarillado Pluvial de acueducto de la vereda Mouquira la reforma Sogamoso
Responsable
Johana Carolina Patiño Fonseca
FECHA Semana del 14 al 19 Julio 2025

Nº	**Temas**	**Nº**	**Temas**
1	Prevencion de Caidas a mismo nivel	4	Peligros en las excavaciones
2	Uso de los EPP.	5	Socializacion de la Politica. Tabaco alcohol y sustancias psicoactivas
3	Manejo Seguro de Herramientas	6	Cuidado con los transeuntes

Nº	**Nombres y apellidos del trabajador**	**Tema Nº**		**1**	**Tema Nº**		**2**	**Tema Nº**		**3**	**Tema Nº**		**4**	**Tema Nº**		**5**	**Tema Nº**		**6**
		día	**mes**	**año**	**día**	**mes**	**año**	**día**	**mes**	**año**	**día**	**mes**	**año**	**día**	**mes**	**año**	**día**	**mes**	**año**
		14	07	2025	15	07	2025	16	07	2025	17	07	2025	18	07	2025	19	07	2025
1	Baudilio Sanchez Cardenas				Baudilio Sanchez			Baudilio Sanchez			Baudilio Sanchez			Baudilio Sanchez			Baudilio Sanchez		
2	Roberto Lopez																		
3	Fabio del Jesus Lemos	Fabulces			Fabulces			Fabulces			Fabulces			Fabulces			Fabulces		
4	Cesar Mendoza	Cesar mendoza			Cesar mendoza			Cesar mendoza			Cesar mendoza			Cesar mendoza			Cesar Mendoza		
5	Wilson Jhovani Lopez	Wilson López			Wilson López			Wilson López			Wilson López			Wilson López			Wilson López		
6	Jaime Barrera													Jaime Barrera			Jaime Barrera		
7	Johan Lopez	Johan Andrés López			Johan Andrés López			Johan Andrés López			Johan Andrés López			Johan Andrés López			Johan Andrés López		
8																			
9																			
10																			

OBSERVACIONES:

JOHN EMERSON ROSAS Nit 74.081.029-9	**REGISTRO DE ASISTENCIA**	**Codigo: FT-SG-SST-74** **Version: 01** **Fecha de aprovacion: Enero 2023**

Proyecto
Construcción red de alcantarillado Pluvial de acuerdo de la vereda Guayabal la reforma- Sogamoso
Responsable
Johana Carolina Patiño Fonseca
FECHA Semana del 21 al 26 Julio 2025

Nº	**Temas**	**Nº**	**Temas**
1	Socializacion normas de Seguridad en SST	4	Prevencion de las lesiones de columna
2	Puntos ciegos en la operacion de maquinaria Pesada.	5	Peligros en la manipulacion de la Perdora
3	Almacenamiento y Mantenimiento Herramientas	6	Actos y condiciones inseguras

Nº	**Nombres y apellidos del trabajador**	**Tema Nº**		**1**	**Tema Nº**		**2**	**Tema Nº**		**3**	**Tema Nº**		**4**	**Tema Nº**		**5**	**Tema Nº**		**6**
		día	**mes**	**año**	**día**	**mes**	**año**	**día**	**mes**	**año**	**día**	**mes**	**año**	**día**	**mes**	**año**	**día**	**mes**	**año**
		21	07	2025	22	07	2025	23	07	2025	24	07	2025	25	07	2025	26	07	2025
1	Roberto Lopez.																		
2	Wilson Lopez	Wilson López			Wilson López			Wilson López			Wilson López			Wilson López			Wilson López		
3	Fabio Jaimes.																		
4	Cesar Mendoza	Cesar Mendoza			Cesar Mendoza			Cesar Mendoza			Cesar Mendoza			Cesar Mendoza			Cesar Mendoza		
5	Bacdilo Sanchez	Bacdilio Sanchez			Bacdilio Sanchez			Bacdilio Sanchez			Bacdilio Sanchez			Bacdilo Sanchez			Bacdilio Sanchez		
6	Alexander Perez S	Alexander Perez			Alexander Perez			Alexander Perez			Alexander Perez			~~Alexander Perez~~			~~Alexander Perez~~		
7	Dario Garay																		
8	Johan Lopez.	Johan Andrés López			Johan Andrés López			Johan Andrés López			Johan Andrés López			Johan Andrés López			Johan Andrés López		
9	Jaime Barrera																		
10																			

OBSERVACIONES:

JOHN EMERSON ROSAS Nit. 74.081.029-9	**REGISTRO DE ASISTENCIA**	**Codigo: FT-SG-SST-74** **Version: 01** **Fecha de aprovacion: Enero 2023**

Proyecto
Construcción red de alcantarillado Pluvial de acueducto de la vereda Mauquira - Sogamoso
Responsable
Johana Carolina Patiño Fonseca
FECHA Semana del 28 de Julio al 02 de Agosto 2025

Nº	Temas	Nº	Temas
1	Manejo y disposicion residuos solidos	4	Normas de autocuidado
2	Inspeccion Preoperacional Herramientas	5	operar equipos solo si esta autorizado
3	Investigacion de Accidentes ✓	6	los casi accidentes son Advertencias

Nº	Nombres y apellidos del trabajador	Tema Nº	1		Tema Nº	2		Tema Nº	3		Tema Nº	4		Tema Nº	5		Tema Nº	6	
		día	mes	año	día	mes	año	día	mes	año	día	mes	año	día	mes	año	día	mes	año
		28	07	2025	29	07	2025	30	07	2025	31	07	2025	01	08	2025	02	08	2025
1	Dario Garcia																		
2	Alexander Peret																		
3	Fabio Lemos																		
4	Roberto Lopez																		
5	Baudilio Sanchez																		
6	Cesar Mendoza																		
7	wilson Lopez																		
8	Luis Alfredo Alvarez																		
9	Jaime Barrera.																		
10	Johan Lopez																		

OBSERVACIONES:

	ENTREGA DE ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN	CÓDIGO	FT-SG-SST-45
		VERSIÓN	2
		FECHA	23/01/2023

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA			
NOMBRE	John Emerson Rosero Mesa	CEDULA No.	14.081.029
CARGO	Director de obra	AREA	Administrativa - Operativa

ITEM	ELEMENTO	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco de seguridad dielectrico	1	7/06/2025	
2	Protector respiratorio desechable	1	7/06/2025	
3	Guante de nitrilo reforzado	1	7/06/2025	
4	Gafas de seguridad lente oscuro	1	7/06/2025	
5	Protector auditivo de insercion	1	7/06/2025	
6	Camisa manga larga	1	7/06/2025	
7	Pantalon en Jean	1	7/06/2025	
8	Botas de seguridad dielectricas	1	7/06/2025	
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				

FIRMA QUIEN ENTREGA: Johana Carolina Patiño	FIRMA QUIEN RECIBE:
CEDULA: 1020752084	CEDULA: 14.081.029

	ENTREGA DE ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN	CÓDIGO	FT-SG-SST-45
		VERSIÓN	2
		FECHA	23/01/2023

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA			
NOMBRE	Karen Liseth Cely	CEDULA No.	1057590407
CARGO	Residente Obra	AREA	Operativa - Administrativa

ITEM	ELEMENTO	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco de seguridad dielectrico	1	7/06/2025	
2	Protector respiratorio desechable	1	7/06/2025	
3	Guante de nitrilo reforzado	1	7/06/2025	
4	Gafas de seguridad lente oscuro	1	7/06/2025	
5	Protector auditivo de insercion	1	7/06/2025	
6	sombrero zafari en dril	1	7/06/2025	
7	Camisa manga larga	1	7/06/2025	
8	Pantalon en Jean	1	7/06/2025	
9	Botas de seguridad dielectricas	1	7/06/2025	
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				

FIRMA QUIEN ENTREGA: Carolina Patiño	FIRMA QUIEN RECIBE: Karen Cely R.
CEDULA: 1010752084	CEDULA: 1057590407

	ENTREGA DE ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN	CÓDIGO	FT-SG-SST-45
		VERSIÓN	2
		FECHA	23/01/2023

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA			
NOMBRE	Johana Carolina Patiño T	CEDULA No.	1.020.752.084
CARGO	SST	AREA	Administrativa - Operativa

ITEM	ELEMENTO	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco de seguridad dielectrico	1	7/06/2025	Carolina Patiño
2	Protector respiratorio desechable	1	7/06/2025	Carolina Patiño
3	Guante de nitrilo reforzado	1	7/06/2025	Carolina Patiño
4	Gafas de seguridad lente oscuro	1	7/06/2025	Carolina Patiño
5	Protector auditivo de insercion	1	7/06/2025	Carolina Patiño
6	sombrero zafari en dril	1	7/06/2025	Carolina Patiño
7	Camisa manga larga	1	7/06/2025	Carolina Patiño
8	Pantalon en Jean	1	7/06/2025	Carolina Patiño
9	Botas de seguridad dielectricas	1	7/06/2025	Carolina Patiño
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				

FIRMA QUIEN ENTREGA:	FIRMA QUIEN RECIBE:
CEDULA: 1020752084	CEDULA: 1020752084

JOHN EMERSON ROSAS Nit. 74.081.029-9	ENTREGA DE ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN	CÓDIGO	FT-SG-SST-45
		VERSIÓN	2
		FECHA	23/01/2023

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA			
NOMBRE	Jairo Alonso Rosas Mesa	CEDULA No.	1.051.589.941
CARGO	Conductor - Apoyo a Residente	AREA	operativa - Administrativa

ITEM	ELEMENTO	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco de seguridad dielectrico	1	9/06/2025	
2	Protector respiratorio desechable	1	9/06/2025	
3	Camisa manga larga oxford	1	9/06/2025	
4	pantalosn en jean	1	9/06/2025	
5	Guante de nitrilo reforzado	1	9/06/2025	
6	Botas de seguridad	1	9/06/2025	
7	Ropa de Invierno	1	24/06/25	
8	Guantes de nitrilo reforzado	1	02/07/25	
9	Gafas de Seguridad lente oscuro	1	02/07/25	
10	Protector Respiratorio desechable	1	02/07/25	
11	Protector Auditivo de Insercion	1	02/07/25	
12	Nomtera en dril	1	02/07/25	
13	Guantes de nitrilo Reforzado	1	15/07/25	
14	Protector Respiratorio Desechable	1	15/07/25	
15	Guantes de nitrilo Reforzado	1	28/07/25	
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				

FIRMA QUIEN ENTREGA:	FIRMA QUIEN RECIBE:
CEDULA: 1020752084 Bog.	CEDULA: 1051589941

JOHN EMERSON ROSAS No. 74.081.029-9	ENTREGA DE ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN	CÓDIGO	FT-SG-SST-45
		VERSIÓN	2
		FECHA	23/01/2023

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA			
NOMBRE	Jaime Barrera	CEDULA No.	9.533 851
CARGO	Operada Retro	AREA	Operativa

ITEM	ELEMENTO	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco de seguridad dielectrico	1	09/06/25	Jaime Barrera
2	Protector respiratorio desechable	1	09/06/25	Jaime Barrera
3	Guante tejido recubierto de hule	1	09/06/25	Jaime Barrera
4	Camisa manga larga oxford	1	09/06/25	Jaime Barrera
5	pantalon en jean	1	09/06/25	Jaime Barrera
6	Botas de seguridad	1	09/06/25	Jaime Barrera
7	Ropa de invierno	1	24/06/25	Jaime Barrera
8	Goggles de nitrilo Reforzado	1	02/07/25	Jaime Barrera
9	Protector Respiratorio Desechable	1	02/07/25	Jaime Barrera
10	Gafas de Seguridad lente oxoro	1	02/07/25	Jaime Barrera
11	Protector Auditivo de insercion	1	02/07/25	Jaime Barrera
12	Protector Respiratorio Desechable	2	07/07/25	Jaime Barrera
13	Protector Respiratorio Desechable.	2	11/07/25	Jaime Barrera
14	protector Respiratorio Desechable	2	14/07/25	Jaime Barrera
15	Protector Respiratorio Desechable	2	16/07/25	Jaime Barrera
16	Guantes de nitrilo Reforzado	1	16/07/25	Jaime Barrera
17	Protecta Respiratorio Desechable	2	21/07/25	Jaime Barrera
18	Protecta Respiratorio Desechable	2	24/07/25	Jaime Barrera
19	protector Respiratorio Desechable	2	28/07/25	Jaime Barrera
20	Protector Auditivo de insercion	1	28/07/25	Jaime Barrera
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				

FIRMA QUIEN ENTREGA:	FIRMA QUIEN RECIBE:
CEDULA: 1020752084	CEDULA: 9 531 855

CO-80 NAVIO 1x0

JOHN EMERSON ROSAS Nit. 74.081.029-9	ENTREGA DE ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN	CÓDIGO	FT-SG-SST-45
		VERSIÓN	2
		FECHA	23/01/2023

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA			
NOMBRE	Johan Andres Lopez Molano	CEDULA No.	1.007.413.791
CARGO	Operador Rargador.	AREA	Operativa

ITEM	ELEMENTO	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco de Seguridad	1	11-07 25	Johan Andres Lopez
2	Gafas de Seguridad lente oscuro	1	11-07-25	Johan Andres Lopez.
3	Protector Auditivo de insercion.	1	11-07-25	Johan Andres Lopez
4	Protector Respiratorio Desechable	3	11-07-25	Johan Andres Lopez
5	Guantes de nitrilo Reforzado	1	11-07-25	Johan Andres Lopez.
6	Protector Auditivo de copa	1	11-07-25	Johan Andres Lopez
7	Camisa manga larga en Jean	1	11-07-25	Johan Andres Lopez
8	Pantalon en Jean	1	11-07-25.	Johan Andres Lopez
9	Protector Respiratorio Desechable	3	16-07-25	Johan Andres Lopez
10	Protector Respiratorio Desechable	3	24-07-25	Johan Andres Lopez
11	Protector Respiratorio Desechable	1	29-07-25	Johan Andres Lopez
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				

FIRMA QUIEN ENTREGA:	FIRMA QUIEN RECIBE: Johan Andrés Lopez Molano
CEDULA: 1010757084 BOG.	CEDULA: 1007413791

JOHN EMERSON ROSAS Nit. 74.081.029-9	ENTREGA DE ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN	CÓDIGO	FT-SG-SST-45
		VERSIÓN	2
		FECHA	23/01/2023

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA			
NOMBRE	Fabio del JESUS Lemus	CEDULA No.	74 372 715
CARGO	Maestro	AREA	OPERCHIVO

ITEM	ELEMENTO	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco de seguridad dielectrico	1	09/06/2025	Fabulens.
2	Protector respiratorio desechable	1	09/06/2025	Fabulens.
3	Guante tejido recubierto de hule	1	09/06/2025	Fabulens.
4	Camisa manga larga oxford	1	09/06/2025	Fabulens
5	pantalon en jean	1	09/06/2025	Fabulens.
6	Botas de seguridad	1	09/06/2025	Fabulens.
7	Ropa de invierno	1	24/06/2025	Fabulens.
8	Protector Respiratorio desechable	1	02/07/25	Fabulens.
9	Protector Auditivo de insercion	1	02/07/25	Fabulens.
10	Gafas de Seguridad lente Negro	1	02/07/25	Fabulens.
11	Guantes de nitrilo reforzado	1	02/07/25	Fabulens.
12	Tapabocas Desechable Negro	1	18/07/25	Fabulens.
13	Guantes de nitrilo reforzado	1	18/07/25	Fabulens.
14	Guantes de nitrilo Reforzado	1	23/07/25	Fabulens.
15	Protector respiratorio Desechable	1	26/07/25	Fabulens
16	Guante de nitrilo Reforzado	1	26/07/25	Fabulens.
17	Protector Respiratorio Desechable	1	28/07/25	Fabulens.
18	Guante de nitrilo Reforzado	1	28/07/25	Fabulens.
19	Protector Auditivo de insercion.	1	28/07/25	Fabulens.
20	Gorritos de Caucho calibre 35	1	29/07/25	Fabulens
21	Protector Respiratorio Desechable	2	29/07/25	Fabulens.
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				

FIRMA QUIEN ENTREGA:	FIRMA QUIEN RECIBE: Fabulens
CEDULA: 1020752084 Bog	CEDULA: 74. 372. 715

JOHN EMERSON ROSAS No. 74.081.029-9	ENTREGA DE ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN	CÓDIGO	FT-SG-SST-45
		VERSIÓN	2
		FECHA	23/01/2023

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA			
NOMBRE	Cesar Augusto Mendoza	CEDULA No.	1.058.549.653
CARGO	Ayudante	AREA	operativa

ITEM	ELEMENTO	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco de seguridad dielectrico	1	18/06/25	Cesar mendoza
2	Protector respiratorio desechable	1	18/06/25	Cesar mendoza
3	Guante tejido recubierto de hule	1	18/06/25	Cesar mendoza
4	Botas de caucho worman	1	18/06/25	Cesar mendoza
5	Ropa de invierno	1	24/06/25	Cesar mendoza
6	Protector Respiratorio desechable	1	02/07/25	Cesar mendoza
7	Protector Aditivo de inserción.	1	02/07/25	cesar mendoza
8	Guantes de nitrilo reforzado	1	02/07/25	cesar mendoza
9	Gafas de seguridad lente oscuro	1	02/07/25	cesar mendoza
10	Camisa en Jean manga larga	1	11/07/25	Cesar mendoza
11	Pantalon en Jean	1	11/07/25	cesar mendoza
12	Protector Respiratorio Desechable	1	18/07/25	cesar mendoza
13	Guantes de nitrilo Reforzado	1	18/07/25	cesar mendoza
14	Guantes de nitrilo Reforzado	1	23/07/25	Cesar mendoza
15	Protector Respiratorio Desechable	1	23/07/25	cesar mendoza
16	Protector Respiratorio Desechable.	1	26/07/25	cesar mendoza
17	Guantes de nitrilo Reforzado	1	26/07/25	cesar mendoza
18	Protector Respiratorio Desechable	1	28/07/25	cesar mendoza
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				

FIRMA QUIEN ENTREGA:	FIRMA QUIEN RECIBE: Cesar mendoza.
CEDULA: 1020-752-984	CEDULA: 1118 549 653

V°B°
YENIA O.
INT

JOHN EMERSON ROSAS Nit. 74.081.029-9	ENTREGA DE ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN	CÓDIGO	FT-SG-SST-45
		VERSIÓN	2
		FECHA	23/01/2023

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA			
NOMBRE	Roberto de bot Lopez	CEDULA No.	74.185.842
CARGO	Ayudante.	AREA	Operativa

ITEM	ELEMENTO	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco de seguridad dielectrico	1		24/06/25
2	Protector respiratorio desechable	1		24/06/25
3	Guante tejido recubierto de hule	1		24/06/25
4	Botas de caucho worman	1		24/06/25
5	Ropa de invierno	1		24/06/25
6	Guantes de nitrilo Reforzado	1	02/07/24	
7	Protector Auditivo de insercion	1	02/07/24	
8	Gafas de seguridad lente oscuro	1	02/07/24	
9	Protector Respiratorio Desechable	1	02/07/24	
10	Tapabocas Desechable Negro	1	18/07/25	
11	Guantes de nitrilo Reforzado	1	18/07/25	
12	Guantes de nitrilo Reforzado	1	23/07/25	
13	Protector Auditivo insercion	1	23/07/25	
14	Protector Respiratorio Desechable	1	23/07/25.	
15	Protector Respiratorio Desechable	1	26/07/25	
16	Guantes de Nitrilo Reforzado	1	26/07/25	
17	Protector Respiratorio Desechable	1	28/07/25	
18	Guantes de Caucho calibre 35	1	29/07/25	
19	Protector Respiratorio Desechable	1	31/07/25.	
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				

FIRMA QUIEN ENTREGA:	FIRMA QUIEN RECIBE:
CEDULA: 1020752084	CEDULA: 74.185842

VoBo Yayra O INT.

JOHN EMERSON ROSAS Nit. 74.081.029-9	ENTREGA DE ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN	CÓDIGO	FT-SG-SST-45
		VERSIÓN	2
		FECHA	23/01/2023

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA			
NOMBRE	wilson Jhovani Lopez Cardenas	CEDULA No.	1.058.057.592
CARGO	Ayudante	AREA	operativa.

ITEM	ELEMENTO	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco de seguridad dielectrico	1	7/07/2025	wilson lopez
2	Protector respiratorio desechable	1	7/07/2025	wilson lopez
3	Guante de nitrilo reforzado	1	7/07/2025	wilson lopez
4	Gafas de seguridad lente oscuro	1	7/07/2025	wilson lopez
5	Protector auditivo de insercion	1	7/07/2025	wilson lopez
6	Botas de seguridad worman	1	7/07/2025	wilson lopez
7	Camisa en jean manga larga	1	18/07/2025	wilson lopez
8	Pantalon en jean	1	18/07/2025	wilson lopez
9	Tapabocas desechable Negro	1	18/07/2025	wilson lopez
10	Guantes de nitrilo Reforzado	1	18/07/2025	wilson lopez
11	Guantes de nitrilo Reforzado	1	23/07/2025	wilson lopez
12	Protector Respiratorio Desechable	1	23/07/25	wilson lopez
13	Protecta Respiratorio Desechable	1	26/07/25	wilson lopez
14	Protector Respiratorio Desechable	1	28/07/25	wilson lopez
15	Protector Auditivo de insercion.	1	28/07/25	wilson lopez
16	Protector Auditivo de copa	1	28/07/25	wilson lopez
17	Guantes de nitrilo Reforzado	1	28/07/25	wilson lopez
18	Guantes de Caucho calibre 35	1	29/07/25	wilson lopez
19	Protector Respiratorio Desechable	1	29/07/25	wilson lopez
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				

FIRMA QUIEN ENTREGA:	FIRMA QUIEN RECIBE: wilson lopez
CEDULA:	CEDULA: 1058057 592

JOHN EMERSON ROSAS Nit. 74.081.029-9	ENTREGA DE ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN	CÓDIGO	FT-SG-SST-45
		VERSIÓN	2
		FECHA	23/01/2023

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA			
NOMBRE	Baudilio Sanchez Cardenas	CEDULA No.	9.530.903
CARGO	Ayudante construcción.	AREA	Operativa

ITEM	ELEMENTO	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Botas de Caucho worcian	1	15/07/25	Baudilio Sanchez
2	Gafas de seguridad lente oscuro	1	15/07/25	Baudilio Sanchez
3	Casco dielectrico	1	15/07/25	Baudilio Sanchez
4	Protector Auditivo de insercion	1	15/07/25	Baudilio Sánchez
5	Protector Respiratorio Desechable	1	15/07/25	Baudilio Sanchez
6	Guantes de nitrilo Reforzado	1	15/07/25	Baudilio Sanchez
7	Camisa manga larga Jean	1	21/07/25	Baudilio Sanchez
8	Pantalon en Jean	1	21/07/25	Baudilio Sanchez
9	Guantes de nitrilo Reforzado	1	23/07/25	Baudilio Sanchez
10	Protector Respiratorio Desechable	2	26/07/25	Baudilio Sanchez
11	protector Respiratorio Desechable	2	28/07/25	Baudilio Sanchez
12	Guantes de nitrilo Reforzado	2	28/07/25	Baudilio Sanchez
13	Guantes de Caucho calibre 35	1	29/07/25	Baudilio Sanchez
14	Protector respiratorio Desechable	2	31/07/25	Baudilio Sanchez
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				

FIRMA QUIEN ENTREGA:	FIRMA QUIEN RECIBE: Baudilio Sanchez C.
CEDULA:	CEDULA: 9.530.903

JOHN EMERSON ROSAS Nit. 74.081.029-9	ENTREGA DE ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN	CÓDIGO	FT-SG-SST-45
		VERSIÓN	2
		FECHA	23/01/2023

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA			
NOMBRE	Jesus Alexander Perez Sierra	CEDULA No.	1.057. 598. 366
CARGO	Ayudante	AREA	Operativa

ITEM	ELEMENTO	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco de Seguridad	1	24/07/25	Alexander Perez
2	Protector Auditivo de insercion	1	24/07/25	Alexander Perez
3	Gafas de Seguridad lente oscuro	1	24/07/25	Alexander Perez
4	Guantes de nitrilo Reforzado	1	24/07/25	Alexander Perez
5	Protector Respiratorio Desechable	3	24/07/25	Alexander Perez
6	Guantes de nitrilo Reforzado	1	29/07/25	Alexander Perez
7	Guantes de Caucho calibre 35	1	29/07/25	Alexander Perez
8	Protector Respiratorio Desechable	3	29/07/25	Alexander Perez
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				

FIRMA QUIEN ENTREGA:	FIRMA QUIEN RECIBE: Alexander Perez
CEDULA:	CEDULA: 1057 598 366

JOHN EMERSON ROSAS NIt. 74.081.029-9	ENTREGA DE ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN	CÓDIGO	FT-SG-SST-45
		VERSIÓN	2
		FECHA	23/01/2023

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA			
NOMBRE	Ferney Dario Garcia Gutierrez	CEDULA No.	1.054.283.864
CARGO	Ayudante	AREA	Operativa.

ITEM	ELEMENTO	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco de Seguridad	1	24/07/25	
2	Protector Auditivo de insercion	1	24/07/25	
3	Gafas de Seguridad lente oscuro	1	24/07/25	
4	Guantes de nitrilo Reforzado	1	24/07/25	
5	Protector Respiratorio Desechable	1	24/07/25	
6	Guantes de nitrilo Reforzado	1	29/07/25	
7	Guantes de Cuero calibre 35	1	29/07/25	
8	Protector Respiratorio Desechable	3	29/07/25	
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				

FIRMA QUIEN ENTREGA:	FIRMA QUIEN RECIBE:
CEDULA:	CEDULA: 1054283864

JOHN EMERSON ROSAS Nit. 74.081.029-9	ENTREGA DE ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN	CÓDIGO	FT-SG-SST-45
		VERSIÓN	2
		FECHA	23/01/2023

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA			
NOMBRE	Luis Alfredo Alvarez Martinez	CEDULA No.	9.518.924
CARGO	Oficial de construccion.	AREA	Operativa

ITEM	ELEMENTO	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco de Seguridad	1	24/07/25	Luis A Alvarez.
2	Protector Auditivo de insercion	1	27/07/25	Luis A Alvarez
3	Gafas de Seguridad lente oscuro	1	27/07/25	Luis Alfre. Alvar
4	Guantes de nitrilo reforzado	1	27/07/25	Luis A Alvarez
5	Protector Respiratorio Desechable.	3	27/07/25.	Luis A Alvarez
6	Guantes de Caucho Calibre 35	1	29/07/25	Luis A Alvarez
7	Protector Respiratorio Desechable	3	31/07/25	Luis A Alvarez
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				

FIRMA QUIEN ENTREGA:	FIRMA QUIEN RECIBE: Luis Alfredo Alvarez
CEDULA:	CEDULA: 9518924 Sogamoso

CONTRATO DE COMPRAVENTA MINICARGADOR USADO, MARCA CATERPILLAR, MODELO 262B, NUMERO DE REGISTRO MC047312, AÑO DE FRABRICACION 2006, SERIE CAT0262BHPDTO3898, MOTOR NO. CJS28356, HORAS 6000 APROX.

Entre los suscritos: **NELSON ARIEL ESPITIA QUIROGA**, mayor de edad, domiciliado y residenciado en el municipio de Aguazul Dpto Casanare, identificada con cédula de ciudadanía **No. 91.258.153** de Bucaramanga dpto de Santander, quien obra en nombre y representación de la sociedad **INDEQ S.A.S.** Identificada con el número de **NIT: 844.000.956-8** , quien para efectos de este contrato se denominará **EL VENDEDOR y JOHN EMERSON ROSAS MESA**, igualmente mayor de edad, domiciliado y residenciado en el municipio de Sogamoso dpto Boyaca, identificado con cédula de ciudadanía **No. 74.081.029** de Sogamoso dpto Boyacá, quien para efectos de este contrato se denominará **EL COMPRADOR**, hemos celebrado el presente contrato de compraventa que se rige por las siguientes clausulas: **CLÁUSULA PRIMERA – OBJETO. EL VENDEDOR** da en venta a **EL COMPRADOR**, a título de venta, y éste así lo acepta, **EL MINICARGADOR** de propiedad exclusiva del **VENDEDOR,** con las siguientes características: **MINICARGADOR USADO, MARCA CATERPILLAR, MODELO 262B, NUMERO DE REGISTRO MC047312, AÑO DE FRABRICACION 2006, SERIE CAT0262BHPDTO3898, MOTOR No. CJS28356, HORAS 6000 APROX** Tipo de Maquinaria Construcción, Color Amarillo - Negro, el cual de ahora en adelante se le denominará **EL MINICARGADOR.**

CLÁUSULA SEGUNDA – PRECIO. El precio del objeto del presente contrato según lo acordado por las partes es la suma de SECENTA MILLONES DE PESOS MCT ($60.000.000), los cuales serán cancelados en su totalidad estricto contado.

CLÁUSULA TERCERA - FORMA DE PAGO. El COMPRADOR pagará la suma indicada en la cláusula segunda mediante transferencia electrónica a la cuenta corriente que el comprador designe e informe al vendedor

CLAUSULA CUARTA. Obligaciones de EL VENDEDOR: EL VENDEDOR se obliga a hacer entrega del equipo de acuerdo con el estado y condiciones actuales de EL MINICARGADOR, libre de gravámenes embargos, multas, impuestos, cualquiera otra circunstancia que afecte el libre comercio del bien objeto del presente contrato.

CLAUSULA QUINTA – GASTOS. los gastos como impuestos, multas y demás que recaigan sobre el equipo corren por cuenta de EL VENDEDOR. Los gastos de registro serán cubiertos en su totalidad por EL COMPRADOR, excepto la Retención en la Fuente a título de impuesto de renta que corre por cuenta de EL VENDEDOR, si aplica.

CLAUSULA SEXTA – ENTREGA. EL MINICARGADOR será entregado en las instalaciones del VENDEDOR mediante un acta de entrega y cuando el VENDEDOR certifique el pago total acordado según las cláusulas segunda y tercera. EL COMPRADOR conoce y acepta el equipo en las condiciones y estado actual como se hace la entrega, no se aceptan reclamaciones sobre el mismo a EL VENDEDOR.

CLAUSULA SEPTIMA - CLÁUSULA COMPROMISORIA. Toda controversia o diferencia relativa a este contrato, su ejecución y liquidación se resolverá por un mecanismo alternativo de justicia como un Tribunal de Arbitramento o un Centro de Arbitraje o Conciliación, si no existe arreglo por este medio, se agotará esta etapa y se podrá acudir a la Justicia Ordinaria.

CLAUSULA OCTAVA - TERMINO DE EJECUCIÓN. El presente contrato tendrá un término de treinta (30) días hábiles para su ejecución, contados a partir de su fecha de suscripción, término dentro del cual EL VENDEDOR se obliga a hacer el trámite directamente ante el organismo de tránsito para el traslado de propiedad a favor de EL COMPRADOR.

CLAUSULA NOVENA - PENAL PECUNIARIA. En caso de que cualquiera de las partes no cumpla con sus obligaciones contractuales en el tiempo y forma debidos, la parte incumplida se sujeta a la pena de pagar a la parte cumplida, una suma equivalente al diez por ciento (10%) del valor total del contrato. El pago de esta suma se considerará como pago parcial, pero no definitivo de los perjuicios causados. Para todos los efectos legales

y contractuales las partes limitan su responsabilidad en materia de daños directos o emergentes hasta por el cincuenta por ciento (50%) del valor del presente contrato y excluyen expresamente sus responsabilidades en materia de daños indirectos o emergentes.

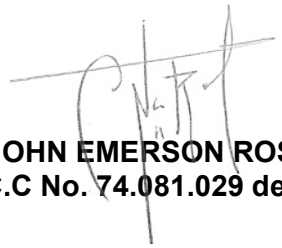
Esta contrato de compraventa se firma en dos (2) ejemplares iguales, en municipio Aguazul Dpto Casanare y Sogamoso Dpto Boyaca a los (16) Dieciséis dias, del mes de Mayo del año 2025.

VENDEDOR



R/L NELSON ARIEL ESPITIA QUIROGA
C.C No. 91.258.153 de B/manga dept Sant
INDEQ SAS Nit 844.000.956-8

COMPRADOR



JOHN EMERSON ROSAS MESA
C.C No. 74.081.029 de Sogamoso dpto Boyacá



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

Libertad y Orden

No. 74082261

NOMBRE

JOSE GREGORIO RODRIGUEZ BONILLA

FECHA DE NACIMIENTO

16-09-1983

SANGRE-RH

O+

FECHA DE EXPEDICIÓN

20-08-2024

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

CONDUCIR CON LENTES

ORGANISMO DE TRANSITO EXPEDIDOR

INST TTOyTTE MCPAL SOGAMOSO



CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
A2	MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE.	20-08-2023	PARTICULAR
B2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS.	20-08-2034	PARTICULAR
C2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS.	20-08-2027	PUBLICO

ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC02006285802

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

Libertad y Orden

RUNT

CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 182749377

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CENTRO DE DIAGNOSTICO AUTOMOTRIZ NO. 1

NIT: 826002941

No. de Certificado de Acreditación: 09-OIN-050-001

Fecha de expedición: 2025/07/24

Fecha de vencimiento: 2026/07/24

DATOS VEHÍCULO

PLACA: JGA762

CLASE: VOLQUETA

MARCA: DODGE

MODELO: 1979

SERVICIO: Público

COMBUSTIBLE: DIESEL

CILINDRAJE: 6000

NRO. MOTOR: 468GM2U0658437

NRO. CHASIS: DT901601

VIN:

LÍNEA: D 600 157

COLOR: VERDE

NOMBRE PROPIETARIO: ROSA M. RODRIGUEZ B.

FIRMA DEL RESPONSABLE

LUCIO CHAPARRO VARGAS

SOAT

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

PREVISORA SEGUROS

FECHA DE EXPEDICIÓN (AÑO / MES / DÍA)	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL (AÑO / MES / DÍA)	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL (AÑO / MES / DÍA)
2025-07-28	2025-07-29	2026-07-28

No. DE PÓLIZA.	PLACA No.	CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
0408004842694000	JGA762	CARGA O MIXTO	PUBLICO	6000	1979

PASAJEROS	MARCA	LÍNEA VEHICULO	CARROCERÍA
2	DODGE	D 600 157	PLATON

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
468GM2U0658437	DT901601		7.00

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
RODRIGUEZ BONILLA, ROSA MILENA	*******666	CC	1057571018	SOGAMOSO

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
AT1324	4	13840	0	CALI

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
320	$ 839200	$ 436300	$ 2400

TOTAL A PAGAR

$ 1277900

FIRMA AUTORIZADA

AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRURGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS	263,13 [1] 701,68 [2]	UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT)
B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	8,77	
C. INCAPACIDAD PERMANENTE	HASTA 180	SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES
D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750	

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

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

RECUERDE QUE:

•Es obligatorio portar la póliza de SOAT sin importar el medio de entrega escogido ante La Previsora S.A.
•La autoridad de transito podrá requerir la póliza en cualquier momento, usted podrá presentarla en los siguientes medios: impresión física en papel de seguridad; impresión física en papel común tamaño carta con código QR; en formato PDF con código QR, el cual se puede descargar del correo electrónico y/o el mensaje de texto con el link de consulta, enviado por La Previsora S.A.
•En caso de tener inquietudes sobre el proceso, marque desde su teléfono móvil al #345, para recibir la asesoría necesaria.

Se debe imprimir la póliza, que se envía a su correo electrónico como respaldo a la información guardada en su teléfono móvil, esto con el fin de evitar inconvenientes con la autoridad de tránsito.

Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

•Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.
•Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.
•Esté atento al momento en que deba renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el cobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.
•Adquiera su SOAT en lugares autorizados.

En caso de accidente de tránsito:

•Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
•Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
•Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.
•Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

Clausula de Coexistencia de Pólizas:

En concordancia con lo dispuesto en la Circular Externa 021 de 2017, emitida por la Superintendencia Financiera de Colombia, LA PREVISORA S.A. podrá de manera unilateral y exclusivamente a favor del consumidor, modificar la vigencia de la póliza, cuando al momento de registrar la misma en el RUNT, se corrobore que existe una póliza vigente. En estos casos, LA PREVISORA S.A., modificará la vigencia en su fecha de inicio, teniendo como referente la fecha de vencimiento de la póliza que se encuentra vigente. Dicha modificación deberá ser informada por LA PREVISORA S.A. al tomador del seguro.

Habeas Data:

Declaro que de forma previa, al momento de la emisión de esta póliza, he autorizado a LA PREVISORA S.A. Compañía de seguros, para que consulte, almacene, administre, transfiera la información personal suministrada durante el proceso de emisión de esta póliza, directamente o por medio de terceros o aliados comerciales, para registrarme en sus bases de datos, informarme por medios escritos, correo electrónico, llamadas telefónicas, envío de mensajes de texto y/o utilizando aplicaciones de mensajería instantánea, todo lo relacionado con la emisión, modificación, o anulación de la(s) póliza(s) que he adquirido, todo lo relacionado con este contrato, para estudios estadísticos internos de la compañía de seguros, gestionar campañas de mercadeo y/o comerciales relacionados con la(s) póliza(s) que adquiero, así como de otros ramos de seguros que maneje LA PREVISORA S.A. enviarme información derivada de todas las funciones que directa o indirectamente se les haya otorgado a las aseguradoras o se les otorguen en el futuro, así como novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato, el cual conozco y declaro aceptar en todas sus partes.
Declaro que se me ha informado que, como Titular de información tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de autorización que he otorgado para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC por infracción a la ley, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos una vez al mes, que podré ejercerlos en la calle 57 # 9-07 en la ciudad de Bogotá, por medio del teléfono 3487555, y que para más información sobre el tratamiento de mis datos es posible acceder a la Política de Tratamiento de información en la página de internet www.previsora.gov.co

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
LA PREVISORA S.A., Compañía de Seguros

#VALUE!	RELACION DETALLADA DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES LABORALES	Código: FT+B2:AB13-SG-SST-25
		Versión: 1
		Fecha de Aprobación:
		Noviembre de 2018
		Pagina 1 de 1

AÑO:	2025	DILIGENCIADO POR:	JOHANA CAROLINA PATIÑO	FECHA DE ACTUALIZACION:	11/30/2025

DATOS BASICOS					ACCIDENTE DE TRABAJO										ENFERMEDAD LABORAL						INFORMACION DE ATEL					
N°	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NOMBRE COMPLETO	CARGO	FECHA DE INGRESO	FECHA DEL ACCIDENTE	LUGAR DONDE OCURRIÓ	JORNADA EN LA QUE SUCEDE	TIPO DE ACCIDENTE	SITIO	TIPO DE LESIÓN	PARTE DEL CUERPO APARENTE/ AFECTADA	AGENTE DEL ACCIDENTE	MECANISMO DEL ACCIDENTE	¿GENERÓ MUERTE?	DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICO	FECHA DIAGNÓSTICO	FECHA EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL INGRESO	¿ASOCIA PATOLOGÍA RELACIONADA?	FECHA ÚLTIMO EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO	¿ASOCIA PATOLOGÍA RELACIONADA?	¿GENERÓ DÍAS DE INCAPACIDAD?	DÍAS TOTALES INCAPACIDAD	DESCRIPCIÓN INCAPACIDAD	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO	ORIGEN	OBSERVACIONES
1																										
2																										
3																										
4																										
5																										
6																										
7																										
8																										
9																										
10																										

OBSERVACONES: A la fecha de actualizacion no se han presentado accidentes laborales ni se han reportado enfermedades de origuen laboral.

JOHN EMERSON ROSAS MESA No. 74.081.029-9	**INSPECCIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y/O DOTACIÓN**	**Código: FT-SG-SST-15** **Versión**: 1 **Fecha de Aprobación:** Noviembre de 2023 **Pagina 1 de 1**

Fecha Inspección: 29/07/2025
Nombre del Trabajador: John Emerson Rosas Mesa
Documento de Identidad: 74.081.029
Responsable de la Inspección: Johana Cardina Patiño

Obra/proyecto: Construccion alcantarillado Sanitario Pluvial de acueducto - Segovia - Bolaca.
Cargo del Trabajador: Director de obra
Teléfono: 3103120770
Cargo: SST.

N°	ELEMENTO	TIPO		FECHA DE ENTREGA	CONOCIMIENTO			ESTADO			USO			TIEMPO DE USO		
		EPP	Dotación		1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
1	Casco de seguridad con barbuquejo	X		07/06/25			X			X			X			X
2	Gafas de proteccion lente oscuro	X		07/06/25.			X			X			X			X
3	Protector respiratorio desechable	X		07/06/25			X			X			X			X
4	Protector auditivo de insercion	X		07/06/25			X			X			X			X
5	Guantes de Nitrilo	X		07/06/25			X			X			X			X
6	Montera	—	—	—												
7	Camisa Manga larga		X	07/06/25			X			X			X			X
8	Pantalon Jeans		X	07/06/25			X			X			X			X
9	Botas de seguridad con Puntera		X	07/06/25			X			X			X			X
10	Ropa de Invierno															
11	Botas de caucho															
12																
13																
14																
15																
16																
17																

CONOCIMIENTO
1= No conoce el EPP / Dotación
2= Conoce el EPP / Dotación, pero no la importancia de su uso.
3= Conoce el EPP / Dotación, lo limpia y almacena adecuadamente

ESTADO
1= No cuenta con el EPP / Dotación
2= Requiere reemplazo u otro EPP / Dotación
3= Cuenta con el EPP / Dotación

USO
1= No usa el EPP / Dotación
2= Usa de forma inadecuada el EPP / Dotación
3= Usa adecuadamente el EPP / Dotación

TIEMPO DE USO
1= No usa el EPP / Dotación durante el tiempo requerido de la actividad
2= El trabajador refiere que algunas veces usa el EPP / Dotación
3= Usa el EPP / Dotación durante el tiempo requerido para la actividad

Actividad ejecutada durante la inspección:

Motivo de la inspección: Verificacion uso y mantenimiento epps.

Observaciones: Inspeccion realizada sin ninguna novedad

Firma del Trabajador

Firma del Responsable de la Inspección

Bo.Vo. Ingeniero Residente

JOHN EMERSON ROSAS MESA Nit. 74.081.029-9	**INSPECCIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y/O DOTACIÓN**	**Código: FT-SG-SST-15** **Versión**: 1 **Fecha de Aprobación:** Noviembre de 2023 **Pagina 1 de 1**

Fecha Inspección: 29/07/2025
Nombre del Trabajador: Karen Liseth Cely
Documento de Identidad: 1.057.590.407
Responsable de la Inspección: Johana Carolina Patiño

Obra/proyecto: Construcción alcantarillado sanitario pluvial, y de acueducto segunda fase - Macanal.
Cargo del Trabajador: Residente SST
Teléfono: 321 448 6909
Cargo: SST

N°	ELEMENTO	TIPO		FECHA DE ENTREGA	CONOCIMIENTO			ESTADO			USO			TIEMPO DE USO		
		EPP	Dotación		1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
1	Casco de seguridad con barbuquejo	X		07/06/25			X			X			X			X
2	Gafas de proteccion lente oscuro	X		07/06/25			X			X			X			X
3	Protector respiratorio desechable	X		07/06/25			X			X			X			X
4	Protector auditivo de insercion	X		07/06/25			X			X			X			X
5	Guantes de Nitrilo	X		07/06/25			X			X			X			X
6	Montera -Sombrero safari	X		07/06/25			X			X			X			X
7	Camisa Manga larga		X	07/06/25			X			X			X			X
8	Pantalon Jeans		X	07/06/25			X			X			X			X
9	Botas de seguridad con Puntera		X	07/06/25			X			X			X			X
10	Ropa de Invierno															
11	Botas de caucho															
12																
13																
14																
15																
16																
17																

CONOCIMIENTO
1= No conoce el EPP / Dotación
2= Conoce el EPP / Dotación, pero no la importancia de su uso.
3= Conoce el EPP / Dotación, lo limpia y almacena adecuadamente

ESTADO
1= No cuenta con el EPP / Dotación
2= Requiere reemplazo u otro EPP / Dotación
3= Cuenta con el EPP / Dotación

USO
1= No usa el EPP / Dotación
2= Usa de forma inadecuada el EPP / Dotación
3= Usa adecuadamente el EPP / Dotación

TIEMPO DE USO
1= No usa el EPP / Dotación durante el tiempo requerido de la actividad
2= El trabajador refiere que algunas veces usa el EPP / Dotación
3= Usa el EPP / Dotación durante el tiempo requerido para la actividad

Actividad ejecutada durante la inspección:

Motivo de la inspección: Verificacion uso y mantenimiento de los epps

Observaciones: Inspeccion sin ninguna novedad.

Karen Cely
Firma del Trabajador

Firma del Responsable de la Inspección

Karen Cely
Bo.Vo. Ingeniero Residente

JOHN EMERSON ROSAS MESA No. 74.081.029-9	**INSPECCIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y/O DOTACIÓN**	**Código: FT-SG-SST-15** **Versión**: 1 **Fecha de Aprobación:** Noviembre de 2023 **Pagina 1 de 1**

Fecha Inspección: 29/07/2025
Nombre del Trabajador: Johana Catalina Patiño F
Documento de Identidad: 1.020.722.084.
Responsable de la Inspección: Johana Catalina Patiño

Obra/proyecto: Construccion alcantarillado pluvial de acueducto - Sogamoso - Boyaca.
Cargo del Trabajador: SST
Teléfono: 3105969777.
Cargo: SST

Nº	ELEMENTO	TIPO		FECHA DE ENTREGA	CONOCIMIENTO			ESTADO			USO			TIEMPO DE USO		
		EPP	Dotación		1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
1	Casco de seguridad con barbuquejo	X		07/06/25			X			X			X			X
2	Gafas de proteccion lente oscuro	X		07/06/25			X			X			X			X
3	Protector respiratorio desechable	X		07/06/25			X			X			X			X
4	Protector auditivo de insercion	X		07/06/25			X			X			X			X
5	Guantes de Nitrilo	X		07/06/25			X			X			X			X
6	Montera - Sombrero safari	X		07/06/25			X			X			X			X
7	Camisa Manga larga		X	07/06/25			X			X			X			X
8	Pantalon Jeans		X	07/06/25			X			X			X			X
9	Botas de seguridad con Puntera		X	07/06/25			X			X			X			X
10	Ropa de Invierno															
11	Botas de caucho															
12																
13																
14																
15																
16																
17																

CONOCIMIENTO
1= No conoce el EPP / Dotación
2= Conoce el EPP / Dotación, pero no la importancia de su uso.
3= Conoce el EPP / Dotación, lo limpia y almacena adecuadamente

ESTADO
1= No cuenta con el EPP / Dotación
2= Requiere reemplazo u otro EPP / Dotación
3= Cuenta con el EPP / Dotación

USO
1= No usa el EPP / Dotación
2= Usa de forma inadecuada el EPP / Dotación
3= Usa adecuadamente el EPP / Dotación

TIEMPO DE USO
1= No usa el EPP / Dotación durante el tiempo requerido de la actividad
2= El trabajador refiere que algunas veces usa el EPP / Dotación
3= Usa el EPP / Dotación durante el tiempo requerido para la actividad

Actividad ejecutada durante la inspección:

Motivo de la inspección: Verificacion uso y mantenimiento epp.

Observaciones: Inspeccion sin ninguna novedad.

Firma del Trabajador

Firma del Responsable de la Inspección

Bo.Vo. Ingeniero Residente

JOHN EMERSON ROSAS MESA No. 74.081.029-9	**INSPECCIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y/O DOTACIÓN**	**Código: FT-SG-SST-15** **Versión**: 1 **Fecha de Aprobación:** Noviembre de 2023 **Pagina 1 de 1**

Fecha Inspección: 29/07/2025.
Nombre del Trabajador: Jairo Rocco Mesa Cristancho
Documento de Identidad: 1.051.589.941
Responsable de la Inspección: Johanna Carolina Patiño F

Obra/proyecto: Construccion alcantarillado sanitario pluvial. y de acueducto sogamoso. mongoira.
Cargo del Trabajador: Conductor.
Teléfono: 321 278 14 73
Cargo: SST.

N°	ELEMENTO	TIPO		FECHA DE ENTREGA	CONOCIMIENTO			ESTADO			USO			TIEMPO DE USO		
		EPP	Dotación		1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
1	Casco de seguridad con barbuquejo			09/06/25			X			X			X			X
2	Gafas de proteccion lente oscuro	—	—	—												
3	Protector respiratorio desechable			15/07/25			X			X			X			X
4	Protector auditivo de insercion			02/07/25			X			X			X			X
5	Guantes de Nitrilo			28/07/25			X			X			X			X
6	Montera			02/07/25			X			X			X			X
7	Camisa Manga larga			09/06/25			X			X			X			X
8	Pantalon Jeans			09/06/25			X			X			X			X
9	Botas de seguridad con Puntera			09/06/25			X			X			X			X
10	Ropa de Invierno	—	—	—												
11	Botas de caucho	—	—	—												
12																
13																
14																
15																
16																
17																

CONOCIMIENTO
1= No conoce el EPP / Dotación
2= Conoce el EPP / Dotación, pero no la importancia de su uso.
3= Conoce el EPP / Dotación, lo limpia y almacena adecuadamente

ESTADO
1= No cuenta con el EPP / Dotación
2= Requiere reemplazo u otro EPP / Dotación
3= Cuenta con el EPP / Dotación

USO
1= No usa el EPP / Dotación
2= Usa de forma inadecuada el EPP / Dotación
3= Usa adecuadamente el EPP / Dotación

TIEMPO DE USO
1= No usa el EPP / Dotación durante el tiempo requerido de la actividad
2= El trabajador refiere que algunas veces usa el EPP / Dotación
3= Usa el EPP / Dotación durante el tiempo requerido para la actividad

Actividad ejecutada durante la inspección:

Motivo de la inspección: Verificacion uso y mantenimiento epps

Observaciones: Inspeccion sin ninguna novedad.

Firma del Trabajador

Firma del Responsable de la Inspección

Bo.Vo. Ingeniero Residente

JOHN EMERSON ROSAS MESA No. 74.081.029-9	**INSPECCIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y/O DOTACIÓN**	**Código: FT-SG-SST-15** **Versión**: 1 **Fecha de Aprobación:** Noviembre de 2023 **Pagina 1 de 1**

Fecha Inspección: 29 de Julio 2025
Nombre del Trabajador: Jaime Barrera ojeda
Documento de Identidad: 9. 533. 851
Responsable de la Inspección: Johana cardua Patiño

Obra/proyecto: Construccion oficinas sanitario area. 4 de acuerdo Sogamoso - Monquira.
Cargo del Trabajador: operador maquina amarilla.
Teléfono: 314 282 3987.
Cargo: SST

N°	ELEMENTO	TIPO		FECHA DE ENTREGA	CONOCIMIENTO			ESTADO			USO			TIEMPO DE USO		
		EPP	Dotación		1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
1	Casco de seguridad con barbuquejo	X		09/06/25			X			X			X			X
2	Gafas de proteccion lente oscuro	—	—	—												
3	Protector respiratorio desechable	X		28/07/25			X			X			X			X
4	Protector auditivo de insercion	X		02/07/25			X			X			X			X
5	Guantes de Nitrilo	X		16/07/25			X			X			X			X
6	Montera	—	—	—												
7	Camisa Manga larga		X	09/06/25			X			X			X			X
8	Pantalon Jeans		X	09/06/25			X			X			X			X
9	Botas de seguridad con Puntera		X	09/06/25			X			X			X			X
10	Ropa de Invierno			24/06/25			X			X			X			X
11	Botas de caucho															
12																
13																
14																
15																
16																
17																

CONOCIMIENTO
1= No conoce el EPP / Dotación
2= Conoce el EPP / Dotación, pero no la importancia de su uso.
3= Conoce el EPP / Dotación, lo limpia y almacena adecuadamente

ESTADO
1= No cuenta con el EPP / Dotación
2= Requiere reemplazo u otro EPP / Dotación
3= Cuenta con el EPP / Dotación

USO
1= No usa el EPP / Dotación
2= Usa de forma inadecuada el EPP / Dotación
3= Usa adecuadamente el EPP / Dotación

TIEMPO DE USO
1= No usa el EPP / Dotación durante el tiempo requerido de la actividad
2= El trabajador refiere que algunas veces usa el EPP / Dotación
3= Usa el EPP / Dotación durante el tiempo requerido para la actividad

Actividad ejecutada durante la inspección:

Motivo de la inspección: Verificacion uso y mantenimiento epps

Observaciones: Inspeccion sin ninguna novedad.

Jaime Barrera.
Firma del Trabajador

Firma del Responsable de la Inspección

Bo.Vo. Ingeniero Residente

JOHN EMERSON ROSAS MESA Nit. 74.081.029-9	**INSPECCIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y/O DOTACIÓN**	**Código: FT-SG-SST-15** **Versión**: 1 **Fecha de Aprobación:** Noviembre de 2023 **Pagina 1 de 1**

Fecha Inspección: 29-Julio 2025
Nombre del Trabajador: Johan Andres Lopez
Documento de Identidad: 1.007.413.791
Responsable de la Inspección: Johanna Carolina Patiño

Obra/proyecto: Construccion alcantarillado Sanitario Pluvial. y de acueducto Soquicuba
Cargo del Trabajador: operador cucharon.
Teléfono: 310 369 83 78
Cargo: SST

N°	ELEMENTO	TIPO		FECHA DE ENTREGA	CONOCIMIENTO			ESTADO			USO			TIEMPO DE USO		
		EPP	Dotación		1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
1	Casco de seguridad con barbuquejo	X		11-07-25			X			X			X			X
2	Gafas de proteccion lente oscuro	X		11-07-25			X			X			X			X
3	Protector respiratorio desechable	X		29-07-25			X			X			X			X
4	Protector auditivo de insercion	X		11-07-25			X			X			X			X
5	Guantes de Nitrilo	X		11-07-25			X			X			X			X
6	Montera	X		11-07-25			X			X			X			X
7	Camisa Manga larga		X	11-07-25			X			X			X			X
8	Pantalon Jeans		X	11-07-25			X			X			X			X
9	Botas de seguridad con Puntera		X	11-07-25			X			X			X			X
10	Ropa de Invierno															
11	Botas de caucho															
12	Protector Auditivo copa	X		11-07-25			X			X			X			X
13																
14																
15																
16																
17																

CONOCIMIENTO
1= No conoce el EPP / Dotación
2= Conoce el EPP / Dotación, pero no la importancia de su uso.
3= Conoce el EPP / Dotación, lo limpia y almacena adecuadamente

ESTADO
1= No cuenta con el EPP / Dotación
2= Requiere reemplazo u otro EPP / Dotación
3= Cuenta con el EPP / Dotación

USO
1= No usa el EPP / Dotación
2= Usa de forma inadecuada el EPP / Dotación
3= Usa adecuadamente el EPP / Dotación

TIEMPO DE USO
1= No usa el EPP / Dotación durante el tiempo requerido de la actividad
2= El trabajador refiere que algunas veces usa el EPP / Dotación
3= Usa el EPP / Dotación durante el tiempo requerido para la actividad

Actividad ejecutada durante la inspección:

Motivo de la inspección: Uso y mantenimiento de los epps

Observaciones: Inspeccion realizada sin ninguna novedad.

Johan Andrés López Malaver
Firma del Trabajador

Firma del Responsable de la Inspección

Karen Vely.
Bo.Vo. Ingeniero Residente

JOHN EMERSON ROSAS MESA No. 74.081.029-9	**INSPECCIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y/O DOTACIÓN**	**Código: FT-SG-SST-15** **Versión**: 1 **Fecha de Aprobación:** Noviembre de 2023 **Pagina 1 de 1**

Fecha Inspección: 29/07/2025

Nombre del Trabajador: Fabio del Jesus Lemos

Documento de Identidad: 74. 372 715

Responsable de la Inspección: Johana Carolina Patiño

Obra/proyecto: Construcción alcantarillado sanitario pluvial y de acueducto Soledad - Malambo

Cargo del Trabajador: Maestro General

Teléfono: 3208752837

Cargo: SST

N°	ELEMENTO	TIPO		FECHA DE ENTREGA	CONOCIMIENTO			ESTADO			USO			TIEMPO DE USO		
		EPP	Dotación		1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
1	Casco de seguridad con barbuquejo	X		09/06/25			X			X			X			X
2	Gafas de proteccion lente oscuro	X		02/07/25			X			X			X			X
3	Protector respiratorio desechable	X		29/07/25			X			X			X			X
4	Protector auditivo de insercion	X		28/07/25			X			X			X			X
5	Guantes de Nitrilo	X		28/07/25			X			X			X			X
6	Montera			24/06/25			X			X			X			X
7	Camisa Manga larga		X	09/06/25			X			X			X			X
8	Pantalon Jeans		X	09/06/25			X			X			X			X
9	Botas de seguridad con Puntera			—												
10	Ropa de Invierno		X	24/06/25			X			X			X			X
11	Botas de caucho	X		09/06/25			X			X			X			X
12																
13																
14																
15																
16																
17																

CONOCIMIENTO
1= No conoce el EPP / Dotación
2= Conoce el EPP / Dotación, pero no la importancia de su uso.
3= Conoce el EPP / Dotación, lo limpia y almacena adecuadamente

ESTADO
1= No cuenta con el EPP / Dotación
2= Requiere reemplazo u otro EPP / Dotación
3= Cuenta con el EPP / Dotación

USO
1= No usa el EPP / Dotación
2= Usa de forma inadecuada el EPP / Dotación
3= Usa adecuadamente el EPP / Dotación

TIEMPO DE USO
1= No usa el EPP / Dotación durante el tiempo requerido de la actividad
2= El trabajador refiere que algunas veces usa el EPP / Dotación
3= Usa el EPP / Dotación durante el tiempo requerido para la actividad

Actividad ejecutada durante la inspección:

Motivo de la inspección: Verificacion uso y mantenimiento EPPS

Observaciones: Inspeccion sin ninguna novedad

Firma del Trabajador

Firma del Responsable de la Inspección

Bo.Vo. Ingeniero Residente

JOHN EMERSON ROSAS MESA Nit. 74.081.029-9	**INSPECCIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y/O DOTACIÓN**	**Código: FT-SG-SST-15** **Versión**: 1 **Fecha de Aprobación:** Noviembre de 2023 **Pagina 1 de 1**

Fecha Inspección: 29-07-2025
Nombre del Trabajador: Cesar Augusto Mendoza
Documento de Identidad: 1.118.549.653
Responsable de la Inspección: Johana Carolina Patiño

Obra/proyecto: Construcción alcantarillado sanitario pluvial y adecuación sogamoso - mangoira
Cargo del Trabajador: Ayudante de obra
Teléfono: 324 509 44 02
Cargo: SST

N°	ELEMENTO	TIPO		FECHA DE ENTREGA	CONOCIMIENTO			ESTADO			USO			TIEMPO DE USO		
		EPP	Dotación		1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
1	Casco de seguridad con barbuquejo	X		18/06/25			X			X			X			X
2	Gafas de proteccion lente oscuro	X		18/06/25			X			X			X			X
3	Protector respiratorio desechable	X		28/07/25			X			X			X			X
4	Protector auditivo de insercion	X		02/07/25			X			X			X			X
5	Guantes de Nitrilo	X		26/07/25			X			X			X			X
6	Montera	X		18/06/25			X			X			X			X
7	Camisa Manga larga		X	11/07/25			X			X			X			X
8	Pantalon Jeans		X	11/07/25			X			X			X			X
9	Botas de seguridad con Puntera			—												
10	Ropa de Invierno		X	24/06/25			X			X			X			X
11	Botas de caucho		X	18/06/25			X			X			X			X
12	Guantes de Caucho Pol 35	X		29/07/25			X			X			X			X
13																
14																
15																
16																
17																

CONOCIMIENTO
1= No conoce el EPP / Dotación
2= Conoce el EPP / Dotación, pero no la importancia de su uso.
3= Conoce el EPP / Dotación, lo limpia y almacena adecuadamente

ESTADO
1= No cuenta con el EPP / Dotación
2= Requiere reemplazo u otro EPP / Dotación
3= Cuenta con el EPP / Dotación

USO
1= No usa el EPP / Dotación
2= Usa de forma inadecuada el EPP / Dotación
3= Usa adecuadamente el EPP / Dotación

TIEMPO DE USO
1= No usa el EPP / Dotación durante el tiempo requerido de la actividad
2= El trabajador refiere que algunas veces usa el EPP / Dotación
3= Usa el EPP / Dotación durante el tiempo requerido para la actividad

Actividad ejecutada durante la inspección:

Motivo de la inspección: Verificacion uso y mantenimiento epps

Observaciones: Inspeccion sin ninguna novedad.

Cesar Mendoza
Firma del Trabajador

Firma del Responsable de la Inspección

Karen Vela M.
Bo.Vo. Ingeniero Residente

JOHN EMERSON ROJAS MESA Nit. 74.081.029-9	**INSPECCIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y/O DOTACIÓN**	**Código: FT-SG-SST-15** **Versión**: 1 **Fecha de Aprobación:** Noviembre de 2023 **Pagina 1 de 1**

Fecha Inspección: 29-07-2025
Nombre del Trabajador: Roberto de los Angeles Lopez
Documento de Identidad: 74. 185. 842
Responsable de la Inspección: Johana Carolina Pchuro

Obra/proyecto: Construccion alcantarillado Sanitario Pluvial y de acueducto sequeruso - aranguara.
Cargo del Trabajador: Ayudante de obra
Teléfono: 320 875 28 37
Cargo: SST

N°	ELEMENTO	TIPO		FECHA DE ENTREGA	CONOCIMIENTO			ESTADO			USO			TIEMPO DE USO		
		EPP	Dotación		1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
1	Casco de seguridad con barbuquejo			24/06/25			X			X			X			X
2	Gafas de proteccion lente oscuro			02/07/25			X			X			X			X
3	Protector respiratorio desechable			28/07/25			X			X			X			X
4	Protector auditivo de insercion			23/07/25			X			X			X			X
5	Guantes de Nitrilo			26/07/25			X			X			X			X
6	Montera			—												
7	Camisa Manga larga			24/06/25			X			X			X			X
8	Pantalon Jeans			24/06/25			X			X			X			
9	Botas de seguridad con Puntera			24/06/25			X			X			X			X
10	Ropa de Invierno			24/06/25			X			X			X			X
11	Botas de caucho															
12	Guantes de Caucho cal. 35			29/07/25			X			X			X			X
13																
14																
15																
16																
17																

CONOCIMIENTO
1= No conoce el EPP / Dotación
2= Conoce el EPP / Dotación, pero no la importancia de su uso.
3= Conoce el EPP / Dotación, lo limpia y almacena adecuadamente

ESTADO
1= No cuenta con el EPP / Dotación
2= Requiere reemplazo u otro EPP / Dotación
3= Cuenta con el EPP / Dotación

USO
1= No usa el EPP / Dotación
2= Usa de forma inadecuada el EPP / Dotación
3= Usa adecuadamente el EPP / Dotación

TIEMPO DE USO
1= No usa el EPP / Dotación durante el tiempo requerido de la actividad
2= El trabajador refiere que algunas veces usa el EPP / Dotación
3= Usa el EPP / Dotación durante el tiempo requerido para la actividad

Actividad ejecutada durante la inspección:

Motivo de la inspección: Uso y mantenimiento de los epps

Observaciones: Inspeccion realizada sin ninguna novedad.

Firma del Trabajador | **Firma del Responsable de la Inspección** | **Bo.Vo. Ingeniero Residente**

JOHN EMERSON ROSAS MESA Nit. 74.081.029-9	**INSPECCIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y/O DOTACIÓN**	**Código: FT-SG-SST-15** **Versión**: 1 **Fecha de Aprobación:** Noviembre de 2023 **Pagina 1 de 1**

Fecha Inspección: 29-07-2025
Nombre del Trabajador: Wilson Jhavani Lopez
Documento de Identidad: 1.058.051.592
Responsable de la Inspección: Johanna Carolina Patiño

Obra/proyecto: Construccion alcantarillado Sanitario, pluvial y de acueducto solucioso
Cargo del Trabajador: Ayudante de obra.
Teléfono: 322·2915334
Cargo: SST

N°	ELEMENTO	TIPO		FECHA DE ENTREGA	CONOCIMIENTO			ESTADO			USO			TIEMPO DE USO		
		EPP	Dotación		1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
1	Casco de seguridad con barbuquejo	X		07/07/25			X			X			X			X
2	Gafas de proteccion lente oscuro	X		07/07/25			X			X			X			X
3	Protector respiratorio desechable	X		29/07/25			X			X			X			X
4	Protector auditivo de insercion	X		28-07/25			X			X			X			X
5	Guantes de Nitrilo	X		28/07/25			X			X			X			X
6	Montera	X		07/07/25			X			X			X			X
7	Camisa Manga larga		X	18/07/25			X			X			X			X
8	Pantalon Jeans		X	18/07/25			X			X			X			X
9	Botas de seguridad con Puntera															
10	Ropa de Invierno															
11	Botas de caucho		X	07/07/25			X			X			X			X
12	Guantes de caucho C/.35	X		29/07/25			X			X			X			X
13	Protector Auditivo de copa	X		28/07/25			X			X			X			X
14																
15																
16																
17																

CONOCIMIENTO
1= No conoce el EPP / Dotación
2= Conoce el EPP / Dotación, pero no la importancia de su uso.
3= Conoce el EPP / Dotación, lo limpia y almacena adecuadamente

ESTADO
1= No cuenta con el EPP / Dotación
2= Requiere reemplazo u otro EPP / Dotación
3= Cuenta con el EPP / Dotación

USO
1= No usa el EPP / Dotación
2= Usa de forma inadecuada el EPP / Dotación
3= Usa adecuadamente el EPP / Dotación

TIEMPO DE USO
1= No usa el EPP / Dotación durante el tiempo requerido de la actividad
2= El trabajador refiere que algunas veces usa el EPP / Dotación
3= Usa el EPP / Dotación durante el tiempo requerido para la actividad

Actividad ejecutada durante la inspección:

Motivo de la inspección: Uso y mantenimiento de los epps

Observaciones: Inspeccion realizada sin ninguna novedad

Wilson López
Firma del Trabajador

Firma del Responsable de la Inspección

Bo.Vo. Ingeniero Residente

JOHN EMERSON ROSAS MESA Nit. 74.081.029-9	**INSPECCIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y/O DOTACIÓN**	**Código: FT-SG-SST-15** **Versión**: 1 **Fecha de Aprobación:** Noviembre de 2023 **Pagina 1 de 1**

Fecha Inspección: 29-07-2025
Nombre del Trabajador: Baudilio Sanchez Cardenas
Documento de Identidad: 9.530.903
Responsable de la Inspección: Johana Carolina Pativo

Obra/proyecto: Construcción alcantarillado Sanitario Provincial y acueducto Sogamoso - Mariquita.
Cargo del Trabajador: Ayudante de obra
Teléfono: 322 260 2897
Cargo: SST

Nº	ELEMENTO	TIPO		FECHA DE ENTREGA	CONOCIMIENTO			ESTADO			USO			TIEMPO DE USO		
		EPP	Dotación		1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
1	Casco de seguridad con barbuquejo	X		15/07/25			X			X			X			X
2	Gafas de proteccion lente oscuro	X		15/07/25			X			X			X			X
3	Protector respiratorio desechable	X		28/07/25			X			X			X			X
4	Protector auditivo de insercion	X		15/07/25			X			X			X			X
5	Guantes de Nitrilo			28/07/25			X			X			X			X
6	Montera			—												
7	Camisa Manga larga		X	21/07/25			X			X			X			X
8	Pantalon Jeans		X	21/07/25			X			X			X			X
9	Botas de seguridad con Puntera			—												
10	Ropa de Invierno			—												
11	Botas de caucho		X	15/07/25			X			X			X			X
12	Guantes de Caucho cal 30	X		29/07/25			X			X			X			X
13																
14																
15																
16																
17																

CONOCIMIENTO
1= No conoce el EPP / Dotación
2= Conoce el EPP / Dotación, pero no la importancia de su uso.
3= Conoce el EPP / Dotación, lo limpia y almacena adecuadamente

ESTADO
1= No cuenta con el EPP / Dotación
2= Requiere reemplazo u otro EPP / Dotación
3= Cuenta con el EPP / Dotación

USO
1= No usa el EPP / Dotación
2= Usa de forma inadecuada el EPP / Dotación
3= Usa adecuadamente el EPP / Dotación

TIEMPO DE USO
1= No usa el EPP / Dotación durante el tiempo requerido de la actividad
2= El trabajador refiere que algunas veces usa el EPP / Dotación
3= Usa el EPP / Dotación durante el tiempo requerido para la actividad

Actividad ejecutada durante la inspección:

Motivo de la inspección: Verificacion uso y mantenimiento epps

Observaciones: Inspeccion sin ninguna novedad

Baudilio Sanchez.
Firma del Trabajador

Firma del Responsable de la Inspección

Bo.Vo. Ingeniero Residente

JOHN EMERSON ROSAS MESA Nit. 74.081.029-9	**INSPECCIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y/O DOTACIÓN**	**Código: FT-SG-SST-15** **Versión**: 1 **Fecha de Aprobación:** Noviembre de 2023 **Pagina 1 de 1**

Fecha Inspección: 29-07-2025
Nombre del Trabajador: Ferney Dario Garcia
Documento de Identidad: 1.054.283.864
Responsable de la Inspección: Johana Catalina Patiño

Obra/proyecto: Construccion alcantarillado sanitario pluvial, y de acueducto Sogamoso - Mongoira.
Cargo del Trabajador: Ayudante obra
Teléfono: 310 476 88 28
Cargo: SST

N°	ELEMENTO	TIPO		FECHA DE ENTREGA	CONOCIMIENTO			ESTADO			USO			TIEMPO DE USO		
		EPP	Dotación		1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
1	Casco de seguridad con barbuquejo	x		24/07/25			x			x			x			x
2	Gafas de proteccion lente oscuro	x		29/07/25			x			x			x			x
3	Protector respiratorio desechable	x		29/07/25			x			x			x			x
4	Protector auditivo de insercion	x		29/07/25			x			x			x			x
5	Guantes de Nitrilo	x		29/07/25			x			x			x			x
6	Montera			—												
7	Camisa Manga larga			—												
8	Pantalon Jeans			—												
9	Botas de seguridad con Puntera															
10	Ropa de Invierno															
11	Botas de caucho															
12	Gafas de Policarbonato con 35	x		29/07/25			x			x			x			x
13																
14																
15																
16																
17																

CONOCIMIENTO
1= No conoce el EPP / Dotación
2= Conoce el EPP / Dotación, pero no la importancia de su uso.
3= Conoce el EPP / Dotación, lo limpia y almacena adecuadamente

ESTADO
1= No cuenta con el EPP / Dotación
2= Requiere reemplazo u otro EPP / Dotación
3= Cuenta con el EPP / Dotación

USO
1= No usa el EPP / Dotación
2= Usa de forma inadecuada el EPP / Dotación
3= Usa adecuadamente el EPP / Dotación

TIEMPO DE USO
1= No usa el EPP / Dotación durante el tiempo requerido de la actividad
2= El trabajador refiere que algunas veces usa el EPP / Dotación
3= Usa el EPP / Dotación durante el tiempo requerido para la actividad

Actividad ejecutada durante la inspección:

Motivo de la inspección: Verificacion uso y mantenimiento de los epps

Observaciones: Inspeccion realizada sin ninguna novedad. Pendiente entrega de dotacion.

Ferney Dario Garcia
Firma del Trabajador

Johana Catalina Patiño
Firma del Responsable de la Inspección

Karen Vera
Bo.Vo. Ingeniero Residente

JOHN EMERSON ROSAS MESA Nit. 74.081.029-9	**INSPECCIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y/O DOTACIÓN**	**Código: FT-SG-SST-15** **Versión**: 1 **Fecha de Aprobación:** Noviembre de 2023 **Pagina 1 de 1**

Fecha Inspección: 29-07-2025
Nombre del Trabajador: Jesus Alexander Perez S.
Documento de Identidad: 1.057.598.366
Responsable de la Inspección: Juliana Carolina Patiño

Obra/proyecto: Construcción alcantarillado Sanitario y Pluvial de acueducto - Socialuroso - Manguira
Cargo del Trabajador: Ayudante
Teléfono: 323 281 7731
Cargo: SST

N°	ELEMENTO	TIPO		FECHA DE ENTREGA	CONOCIMIENTO			ESTADO			USO			TIEMPO DE USO		
		EPP	Dotación		1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
1	Casco de seguridad con barbuquejo	x		24/07/25			x			x			x			x
2	Gafas de proteccion lente oscuro	x		24/07/25			x			x			x			x
3	Protector respiratorio desechable	x		29/07/25			x			x			x			x
4	Protector auditivo de insercion	x		24/07/25			x			x			x			x
5	Guantes de Nitrilo	x		29/07/25			x			x			x			x
6	Montera	—	—	—												
7	Camisa Manga larga	—	—	—												
8	Pantalon Jeans	—	—	—												
9	Botas de seguridad con Puntera	—	—	—												
10	Ropa de Invierno	—	—	—												
11	Botas de caucho	—	—	—												
12	Guantes de Caucho cal 35	x		29/07/25			x			x			x			x
13																
14																
15																
16																
17																

CONOCIMIENTO
1= No conoce el EPP / Dotación
2= Conoce el EPP / Dotación, pero no la importancia de su uso.
3= Conoce el EPP / Dotación, lo limpia y almacena adecuadamente

ESTADO
1= No cuenta con el EPP / Dotación
2= Requiere reemplazo u otro EPP / Dotación
3= Cuenta con el EPP / Dotación

USO
1= No usa el EPP / Dotación
2= Usa de forma inadecuada el EPP / Dotación
3= Usa adecuadamente el EPP / Dotación

TIEMPO DE USO
1= No usa el EPP / Dotación durante el tiempo requerido de la actividad
2= El trabajador refiere que algunas veces usa el EPP / Dotación
3= Usa el EPP / Dotación durante el tiempo requerido para la actividad

Actividad ejecutada durante la inspección:

Motivo de la inspección: Mantenimiento EPPS

Observaciones: Pendiente entrega de dotacion inspeccion sin ninguna novedad.

Jesus Alexander Perez
Firma del Trabajador

Firma del Responsable de la Inspección

Bo.Vo. Ingeniero Residente

JOHN EMERSON ROSAS MESA No. 74.001.029-9	**INSPECCIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y/O DOTACIÓN**	**Código: FT-SG-SST-15** **Versión**: 1 **Fecha de Aprobación:** Noviembre de 2023 **Pagina 1 de 1**

Fecha Inspección: 29 de Julio 2025
Nombre del Trabajador: Luis Alfredo Alvarez
Documento de Identidad: 9.518.924
Responsable de la Inspección: Johana Carolina Patiño

Obra/proyecto: Construccion alcantarillado sanitario, pluvial y de acueducto - Sogamoso - Cundinamarca.
Cargo del Trabajador: Oficial de obra
Teléfono: 313 442 24 25
Cargo: SST

N°	ELEMENTO	TIPO		FECHA DE ENTREGA	CONOCIMIENTO			ESTADO			USO			TIEMPO DE USO		
		EPP	Dotación		1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
1	Casco de seguridad con barbuquejo			27/07/25			X			X			X			X
2	Gafas de proteccion lente oscuro			27/07/25			X			X			X			X
3	Protector respiratorio desechable			27/07/25			X			X			X			X
4	Protector auditivo de insercion			27/07/25			X			X			X			X
5	Guantes de Nitrilo			27/07/25			X			X			X			X
6	Montera			—												
7	Camisa Manga larga			—												
8	Pantalon Jeans			—												
9	Botas de seguridad con Puntera			—												
10	Ropa de Invierno			—												
11	Botas de caucho			—												
12	Guantes de Caucho cal 35			29/07/25			X			X			X			X
13																
14																
15																
16																
17																

CONOCIMIENTO
1= No conoce el EPP / Dotación
2= Conoce el EPP / Dotación, pero no la importancia de su uso.
3= Conoce el EPP / Dotación, lo limpia y almacena adecuadamente

ESTADO
1= No cuenta con el EPP / Dotación
2= Requiere reemplazo u otro EPP / Dotación
3= Cuenta con el EPP / Dotación

USO
1= No usa el EPP / Dotación
2= Usa de forma inadecuada el EPP / Dotación
3= Usa adecuadamente el EPP / Dotación

TIEMPO DE USO
1= No usa el EPP / Dotación durante el tiempo requerido de la actividad
2= El trabajador refiere que algunas veces usa el EPP / Dotación
3= Usa el EPP / Dotación durante el tiempo requerido para la actividad

Actividad ejecutada durante la inspección:

Motivo de la inspección: Uso y mantenimiento de epps

Observaciones: Inspeccion realizada sin ninguna novedad pendiente entrega de dotacion.

Luis Alfredo Alvarez
Firma del Trabajador

Firma del Responsable de la Inspección

Bo.Vo. Ingeniero Residente

JOHN EMERSON BOVIS MESA Nit: 74.081.029-9	**INSPECCIÓN DE INSTALACIONES LOCATIVAS**	**Código**: FT-SG-SST-14 **Versión**: 1 **Fecha de Aprobación:** Noviembre de 2018 **Pagina 1 de 1**

Fecha: 16-07-2025 **Responsable:** J. Carolina Patiño **Obra / Proyecto:** Construccion red de alcantarillado Sanitario y Pluvial y de acueducto fase 1. de la vereda Guaquira.

ASPECTO A EVALUAR	ESTADO			OBSERVACIONES
	Cumple	No Cumple	No Aplica	
LOCATIVOS				
El piso se encuentra limpio, seco y sin desperdicios.	X			
Están los estantes en buenas condiciones y sin sobrecarga	X			
Están limpias y ordenadas todas las áreas de trabajo	X			
Estado de muros (Grietas, humedad, goteras)	X			
Escaleras (barandas seguras antideslizante, estabilidad)	X			
Pisos (estado, baldosa)	X			
Ventanas, puertas (manijas, chapas)	X			
Techos	X			
Columnas (Si son visibles)	X			
Pasillos	X			
Estado de luminarias y número suficiente para la iluminación	X			
Ventilación	X			
Ruido	X			
Temperatura	X			
Otros	X			
El estado de las sillas es optimo. Indique cuales no	X			
Persianas o telones para el sol en buen estado. Especifique si hay algún puesto con reflejos	X			
UNIDADES SANITARIAS				
Dispone de baños (1 por cada 15 trabajadores y diferente para hombres y mujeres)	X			
Servicios higiénicos en buen estado y limpieza	X			
Estado de iluminacion de los baños	X			
El (los) inodoro (s) y (los) lavamanos presentan buen funcionamiento	X			
Disponibilidad de elementos de aseo (papel higiénico, jabón, cesto de la basura, etc.)	X			
No hay escapes de agua	X			
Desagües en buen estado	X			
ELÉCTRICOS				
Cables sueltos en el piso	X			
Empalmes defectuosos	X			
Cajas sobrecargadas	X			
Cables en buen estado	X			
Tomas e interruptores buenos, cubiertas	X			
Circuitos identificados	X			
Tableros sin obstruir	X			
Otros				
AREAS GENERALES DE LA OBRA O PROYECTO				
Se cuenta con un espacio adecuado para almacenar los materiales de la obra	X			
Todos los materiales de la obra se encuentran estibados para evitar deterioro	X			El Cemento
Los equipos utilizados cuentan con sistema puesta a tierra	X			
Todos los materiales estan protegidos o cubiertos para evitar su deterioro	X			
Los materiales petreos son cubiertos o tapados para evitar escorrentia y emisiones de material particulado	X			

Firma Responsable

JOHN EMERSON ROSAS MESA No. 74.081.029.9	**INSPECCIÓN GESTIÓN DE RESIDUOS**	**Código**: FT-SG-SST-16 **Versión**: 1 **Fecha de Aprobación:** Noviembre de 2023 **Pagina 1 de 1**

Fecha: 16-07-2025 **Responsable:** Johanar Patiño **Obra / Proyecto:** Construcción red de alcantarillado sanitario y pluvial y de acueducto -fase 1. de la vereda monguira sector la reforma

ITEMS	ESTADO			OBSERVACIONES
	Cumple	No Cumple	No Aplica	
Se cuenta con punto(s) ecológico(s) como lugar de almacenamiento temporal de los residuos generados en el sitio	X			Canecas con tapas en buen estado.
El número de recipientes disponibles para realizar la separación de residuos es suficiente	X			
Se conoce y aplica criterios claros para el manejo, almacenamiento y tratamiento de residuos	X			
Se han generado actividades de capacitación e informativas relativas a la Gestión de Residuos				
Residuos Ordinarios				
El proceso de separación en la fuente de residuos ordinarios está conforme al código de colores establecido por la GTC 24	X			Se realiza conforme al codigo de colores Resolucion 2184/2019
Los recipientes que contienen residuos ordinarios se encuentran señalizados				
Residuos Reciclables				
El proceso de separación en la fuente de residuos reciclables está conforme al código de colores establecido por la GTC 24	X			El plastico se regala a la Sra reciclera.
Los recipientes que contienen residuos reciclables se encuentran señalizados	X			
Se lleva un registro de los residuos reciclables aprovechados			X	
Residuos Peligrosos				
El proceso de separación en la fuente de residuos peligrosos está conforme al código de colores establecido por la GTC 24.			X	No hay generacion de residuos peligrosos
Los recipientes que contienen residuos peligrosos se encuentran rotulados			X	
Se lleva un registro de los residuos peligrosos generados en sitio y que se le han dado disposición final			X	

Firma Responsable

JOHN EMERSON ROSAS MESA Nit. 74.081.029-9	**INSPECCION PUNTOS ECOLOGICOS**	**Código**: FT-SG-SST-18 **Versión**: 1 **Fecha de Aprobación:** Noviembre de 2023 **Pagina 1 de 1**

Fecha: 16/07/2025 **Responsable:** Johana Carolina Patiño **Obra / Proyecto:** Construcción red de alcantarillado Sanitario y Pluvial y de acueducto fase 1. vereda Cuaiquira Sector la reforma Sogamoso

	ASPECTOS A EVALUAR	ESTADO			OBSERVACIONES
		Bien	Regular	Mal	
1	La selección en la fuente es adecuada	X			
2	Cuenta con señalizacion y rotulados	X			
3	Las canecas se encuentran en buenas condiciones	X			
4	Su ubicación no genera molestias a la comunidad y contratistas	X			
5	Se encuentran en condiciones que evita l acceso a presencia de vectores(insectos, roedores, de los residuos generados)	X			
6	El espacio permite su facil limpieza.	X			
7	El espacio de almacenamiento temporal y sus contenedores son suficientes para la disposicion de los residuos generados.	X			
8	El material almacenado cumple con las condiciones de entrega al gestor externo	X			
9	Se tienen contenedores para la separacion de residuos aprovechables	X			
10	Cuenta con punto de agua cercano	X			
11	Cuenta con elementos contra incendios	X			
12	El espacio se encuentra limpio, organizado y en condiciones adecuadas de aseo	X			

La inspeccion se debe realizar de forma mensual, establecer las acciones a seguir en caso de que no cumpla algunos de los items mencionados anteriormente

Responsable de la inspeccion

JOHN EMERSON ROSAS MESA
Nit: 74.081.029-9

INSPECCIÓN DE ORDEN Y ASEO

Código: FT-SG-SST-13	
Pagina 1 de 1	
Versión: 1	
Fecha de Aprobación:	
Noviembre de 2023	
Pagina 1 de 1	

Fecha: 16-09-2025 **Responsable:** J.carolina Patiño F **Obra / Proyecto:** Construcción red de alcantarillado sanitario y pluvial y de acueducto - fase 1 de la vereda Manguira

ASPECTOS A EVALUAR	ESTADO			OBSERVACIONES
	Cumple	No Cumple	No Aplica	
ÁREAS ADMINISTRATIVAS				
Piso, paredes y techo limpios y en buen estado	X			
Posee buena iluminación	X			
Posee recipientes para los diferentes tipos de residuos y su tamaño es adecuado	X			
Se encuentran señalizadas las área	X			
El cableado eléctrico se encuentra en buenas condiciones	X			
Los enchufes, interruptores, tomas se encuentra en buen estado	X			
Disponibilidad de extintores de contraincendios	X			ABC - 20 libras.
Botiquín en un lugar adecuado	X			TIPO A
Los puestos de trabajo se encuentran organizados y limpios	X			
Los corredores y pasillos se encuentran libres de obstáculos	X			
Funcionamiento de equipos de comunicación (telefónica)	X			
ÁREA DE DISPOSICIÓN DE RESIDUOS SOLIDOS				
Están plenamente identificada el áreas de residuos sólidos	X			
Poseen recipientes para los diferentes tipos de residuos sólidos	X			Canecas tapadas y señalizadas.
Los residuos se encuentran debidamente almacenados y separados	X			
Están en condiciones seguras para su disposición final	X			
Se lleva registro de la disposición de los residuos	X			
Especificaciones de código de colores	X			Resolucion 2184/2019.
AREAS DE ALMACENAMIENTO				
El piso se encuentra limpio, seco y sin desperdicios.	X			
Corredores libres de obstáculos		X		orden y aseo
Los elementos almacenados se encuentran organizados	X			
Posee buena iluminación	X			
Los elementos de aseo se encuentran marcados	X			
Posee buena ventilación	X			
BAÑOS UNIDADES SANITARIAS PORTATILES				
No se usa para almacenamiento de diferentes materiales			X	No contamos con unidades
El piso se encuentra limpio, seco y sin desperdicios.			X	sanitarios portatiles
El (los) inodoro (s) y (los) lavamanos presentan buen funcionamiento			X	se hace de unidad sanit
Las zonas aledañas se encuentran limpias y libre de materiales innecesarios			X	forma de la casa de la Sra
Posee buena iluminación			X	
Disponibilidad de elementos de aseo (papel higiénico, jabón, cesto de la basura, etc.)			X	
No se evidencian escapes de agua.			X	
Corredores libres de obstáculos			X	

Firma Responsable

JOHN EMERSON ROSAS MESA Nit. 74.081.029-9	**INSPECCIÓN DE CAMILLA**	**Código**: FT-SG-SST-17 **Versión**: 1 **Fecha de Aprobación:** Noviembre de 2023 **Pagina 1 de 1**

Fecha: 16/01/2025 **Responsable:** Johana Cardina Puentes **Obra / Proyecto:** Construcción red de alcantarillado Sanitario y Pluvial y de acueducto fase I de la vereda cuaiquira sector la reforma.

CAMILLA N°: 1.					
ASPECTOS A EVALUAR		**ESTADO**			**OBSERVACIONES**
		Bien	**Regular**	**Mal**	
1	Se mantienen libres las vías de acceso a la camilla	X			
2	La camilla se encuentra en un lugar visible y libre de obstáculos	X			
3	La camilla se encuentra señalizada y demarcada de forma adecuada	X			
4	El estado del arnés / correas de seguridad se encuentran en buenas condiciones	X			
5	El estado del soporte de instalación es adecuado	X			
6	La limpieza general de la camilla es adecuada	X			
7	La camilla cuenta con inmovilizador cervical o de cuello	X			
8	La camilla cuenta con inmovilizadores de extremidades superiores	X			
9	La camilla cuenta con inmovilizadores de extremidades inferiores	X			
10	El estado del soporte de descanso se encuentra en buen estado	X			

Responsable de la inspeccion

JOHN EDERSON ROJAS MESA Nit 74.081.029-9	**INSPECCIÓN BOTIQUIN DE PRIMEROS AUXILIOS**	**Código**: FT-SG-SST-12 **Versión**: 1 **Fecha de Aprobación:** Noviembre 2023 **Pagina 1 de 1**

Fecha: 16/07/25 **Responsable:** Johana Carolina Patiño **Obra / Proyecto:** Construccion red de alcantarillado Sanitario y Pluvial y de acueducto Vereda Reforma.

BOTIQUÍN N° 1

ELEMENTO	¿EXIST Si	¿EXIST No	Cantidad Recomendada	Presentación Recomendada	CANTIDAD EXISTENTE	ESTADO Bien	ESTADO Regular	ESTADO Mal	FECHA DE VENCIMIENTO	OBSERVACIONES
Alcohol al 120ml	X		1	Frasco	1	X			03-2027	Frasco x 350ml
Baja Lenguas	X		10	Unidad	10	X				Paquete x 20 unidades
Curas	X		20	Unidad	20	X			10-2029	
Esparadrapo de Tela en Rollo	X		1	Unidad	1	X			10-2029	
Gasas Pre cortadas	X		5	unidades	12 U	X			09-2029	
Guantes Desechables de Látex	X		10	Pares	10	X			09-2026	
Yodo-povidona	X		1	Frasco	1	X			03-2028	
Jeringas	X		2	Unidad	2	X			04-2029	
Linterna		X	1	Unidad						
Micropore en rollo ancho	X		1	Unidad	1	X			10-2029	
Pito o silbato	X		2	Unidad	1	X				
Solucion salina 250 ml	X		2	Frasco	1	X			06-2027	de 500 ml
Protector facial desechable	X		5	Unidad	5	X				
Termómetro	X		1	Unidad	1	X				Mercurio.
Tijeras	X		1	Unidad	1	X				
Apósito Desechable (Toallas Higiénicas)	X		3	Unidad	4	X			05-2028	
Vendaje Elástico	X		1	5" x 5"	1	X			12-2029	
Vendaje Elástico	X		1	2" x 5"	1	X			10-2029	
Inmovilizador de cuello	X		1	Unidad	1	X				
Otro:										

ASPECTO DEL BOTIQUÍN A EVALUAR	REVISIÓN DE Bien	REVISIÓN DE Regular	REVISIÓN DE Mal	OBSERVACIONES
Ubicación en lugar visible y libre de obstáculos	X			
Señalización	X			
Limpieza	X			

OBSERVACIONES GENERALES

Botiquin tipo A, ubicado en la cabina de la Retro-excavadora. inspeccion sin ninguna novedad.

Firma Responsable

JOHN EMERSON ROJAS MESA	**INSPECCIÓN BOTIQUIN DE PRIMEROS AUXILIOS**	**Código**: FT-SG-SST-12 **Versión**: 1 **Fecha de Aprobación:** Noviembre 2023 **Pagina 1 de 1**

Fecha: 16/07/25 **Responsable:** Johana Carolina Patiño **Obra / Proyecto:** Construcción red de alcantarillado sanitario tanto pluvial y de acueducto vereda Retama.

BOTIQUÍN N° 2

ELEMENTO	¿EXIST Si	¿EXIST No	Cantidad Recomendada	Presentación Recomendada	CANTIDAD EXISTENTE	ESTADO Bien	ESTADO Regular	ESTADO Mal	FECHA DE VENCIMIENTO	OBSERVACIONES
Alcohol al 120ml	X		1	Frasco	1	X			03 - 2027	
Baja Lenguas	X		10	Unidad	10	X				
Curas	X		20	Unidad	20	X			10-2029	
Esparadrapo de Tela en Rollo	X		1	Unidad	1	X			10-2029	
Gasas Pre cortadas	X		5	unidades	12	X			09-2029	
Guantes Desechables de Látex	X		10	Pares	10	X			09-2026	
Yodo-povidona	X		1	Frasco	1	X			03-2028	
Jeringas	X		2	Unidad	2	X			04-2029	
Linterna		X	1	Unidad	—		—		—	—
Micropore en rollo ancho	X		1	Unidad	1	X			10-2029	
Pito o silbato	X		2	Unidad	1	X				
Solucion salina 250 ml	X		2	Frasco	1	X			06-2027	de 500 ml
Protector facial desechable	X		5	Unidad	5	X				
Termómetro	X		1	Unidad	1	X				Mercurio
Tijeras	X		1	Unidad	1	X				
Apósito Desechable (Toallas Higiénicas)	X		3	Unidad	4	X			05-2028	
Vendaje Elástico	X		1	5" x 5"	1	X			12-2029	
Vendaje Elástico	X		1	2" x 5"	1	X			10-2029	
Inmovilizador de cuello	X		1	Unidad	1	X				
Otro:										

ASPECTO DEL BOTIQUÍN A EVALUAR	REVISIÓN DE Bien	REVISIÓN DE Regular	REVISIÓN DE Mal	OBSERVACIONES
Ubicación en lugar visible y libre de obstáculos	X			
Señalización	X			
Limpieza	X			

OBSERVACIONES GENERALES
Botiquin Tipo A; Ubicado en la cabina de la camioneta Hilux; Inspeccion realizada sin ninguna novedad.

Firma Responsable

JOHN EMERSON BONAVIDES	**INSPECCIÓN BOTIQUIN DE PRIMEROS AUXILIOS**	**Código**: FT-SG-SST-12 **Versión**: 1 **Fecha de Aprobación:** Noviembre 2023 **Pagina 1 de 1**

Fecha: 16/07/25 **Responsable:** Johana Carolina Patiño **Obra / Proyecto:** Construccion red de alcantarillado Sanitario y Pluvial y de acueducto Joaquin

BOTIQUÍN N° 3

ELEMENTO	¿EXIST Si	¿EXIST No	Cantidad Recomendada	Presentación Recomendada	CANTIDAD EXISTENTE	ESTADO Bien	ESTADO Regular	ESTADO Mal	FECHA DE VENCIMIENTO	OBSERVACIONES
Alcohol al 120ml	X		1	Frasco	1	X			03-2027	
Baja Lenguas	X		10	Unidad	10	X				
Curas	X		20	Unidad	20	X			10-2029	
Esparadrapo de Tela en Rollo	X		1	Unidad	1	X			10-2029	
Gasas Pre cortadas	X		5	unidades	12	X			09-2029	
Guantes Desechables de Látex	X		10	Pares	10	X			09-2026	
Yodo-povidona	X		1	Frasco	1	X			03-2028	
Jeringas	X		2	Unidad	2	X			04-2024	
Linterna		X	1	Unidad	—	—	—	—	—	—
Micropore en rollo ancho	X		1	Unidad	1	X			10-2029	
Pito o silbato	X		2	Unidad	1	X				
Solucion salina 250 ml	X		2	Frasco	1	X			06-2022	de 500 ml
Protector facial desechable	X		5	Unidad	5	X				
Termómetro	X		1	Unidad	1	X				Mercurio
Tijeras	X		1	Unidad	1	X				
Apósito Desechable (Toallas Higiénicas)	X		3	Unidad	4	X			05-2028	
Vendaje Elástico	X		1	5" x 5"	1	X			12-2029	
Vendaje Elástico	X		1	2" x 5"	1	X			10-2029	
Inmovilizador de cuello	X		1	Unidad	1	X				
Otro:										

ASPECTO DEL BOTIQUÍN A EVALUAR	REVISIÓN DE Bien	REVISIÓN DE Regular	REVISIÓN DE Mal	OBSERVACIONES
Ubicación en lugar visible y libre de obstáculos	X			
Señalización	X			
Limpieza	X			

OBSERVACIONES GENERALES

Botiquin TIPO A; Ubicado en el area administrativa. Inspeccion sin ninguna novedad.

Firma Responsable

JOHN EMERSON ROSAS MESA	**INSPECCIÓN BOTIQUIN DE PRIMEROS AUXILIOS**	**Código**: FT-SG-SST-12 **Versión**: 1 **Fecha de Aprobación:** Noviembre 2023 **Pagina 1 de 1**

Fecha: 16/07/2025 **Responsable:** Johana Carolina Patiño **Obra / Proyecto:** Construccion red de alcantarillado Sanitario y Pluvial y de acueducto vereda Reforma

BOTIQUÍN N° 4

ELEMENTO	¿EXIST Si	¿EXIST No	Cantidad Recomendada	Presentación Recomendada	CANTIDAD EXISTENTE	ESTADO Bien	ESTADO Regular	ESTADO Mal	FECHA DE VENCIMIENTO	OBSERVACIONES
Alcohol al 120ml	X		1	Frasco	1	X			03-2027	
Baja Lenguas	X		10	Unidad	10	X				
Curas	X		20	Unidad	20	X			10-2029	
Esparadrapo de Tela en Rollo	X		1	Unidad	1	X			10-2029	
Gasas Pre cortadas	X		5	unidades	12 U	X			09-2029	
Guantes Desechables de Látex	X		10	Pares	10	X			09-2026	
Yodo-povidona	X		1	Frasco	1	X			03-2028	
Jeringas	X		2	Unidad	2	X			04-2029	
Linterna		X	1	Unidad	—	—	—	—	—	—
Micropore en rollo ancho	X		1	Unidad	1	X			10-2029	
Pito o silbato	X		2	Unidad	1	X				
Solucion salina 250 ml	X		2	Frasco	1	X			06-2027	de 500 ml
Protector facial desechable	X		5	Unidad	5	X				
Termómetro	X		1	Unidad	1	X				Mercurio
Tijeras	X		1	Unidad	1	X				
Apósito Desechable (Toallas Higiénicas)	X		3	Unidad	4	X			05-2028	
Vendaje Elástico	X		1	5" x 5"	1	X			12-2029	
Vendaje Elástico	X		1	2" x 5"	1	X			10-2029	
Inmovilizador de cuello	X		1	Unidad	1	X				
Otro:										

ASPECTO DEL BOTIQUÍN A EVALUAR	REVISIÓN DE Bien	REVISIÓN DE Regular	REVISIÓN DE Mal	OBSERVACIONES
Ubicación en lugar visible y libre de obstáculos	X			
Señalización	X			
Limpieza	X			

OBSERVACIONES GENERALES

Botiquin tipo A, ubicado en la cabina del cumi-cargador; inspeccion sin ninguna novedad.

Firma Responsable

JOHN EMERSON ROSAS MESA Nit. 74.081.029-9	**INSPECCIÓN DE EXTINTORES**	**Código**: FT-SG-SST-11 **Versión**: 1 **Fecha de Aprobación:** Noviembre 2023 **Pagina 1 de 1**

Fecha: 16-07-2025 **Responsable:** Johana Carolina Patiño **Obra / Proyecto:** Construcción red de alcantarillado sanitario y pluvial y de acueducto - fase 1. de la vereda. Monguira - Sector la Reforma.

INFORMACIÓN GENERAL							ESTADO DEL EXTINTOR (B = Bueno; M = Malo y NA = No Aplica)								CONDICIONES DE LA UBICACIÓN (B = Bueno; M = Malo y NA = No Aplica)				
					Soporte													Señalización	
N°	Tipo	Ubicación	Capacidad (Lb)	Fecha de Última Recarga	Anclado	Sobre Base	Lámina	Pintura	Válvula	Manguera	Sello de Seguridad	Pasador	Manómetro	Limpieza	Altura Anclado (min 80-120 cm) Sobre Base (min 10 cm)	Acceso sin Obstáculos	Demarcación en el Piso	Extintor (min 180 cm)	Agente Extintor
1	ABC	Cabina retro-excavadora	5 lb.	10-2024	NO		B	B	B	N/A	B	B	B	B	N/A	SI	N/A	N/A	Polvo Químico Seco
2	ABC	cabina camioneta kia	5 lb.	10-2024	NO		B	B	B	N/A	B	B	B	B	N/A.	SI	N/A	N/A	Polvo Químico Seco
3	ABC	Cabina vibro compactador	10 lb.		SI		B	B	B	N/A	B	B	B	B	N/A	SI	N/A	N/A.	Polvo Químico Seco
4	ABC	Campamento	20 Lb.	05-2025	NO		B	B	B	N/A	B	B	B	B	N/A	SI	N/A	SI	Polvo Químico Seco
5	ABC	oficina	20 Lb.	08-2025	NO	SI	B	B	B	N/A	B	B	B	B	SI	SI	N/A	SI	Polvo Químico Seco

OBSERVACIONES: Inspeccion realizada sin ninguna novedad

Firma del Responsable

JOHN EMERSON ROSAS MESA
Nit. 74.081.029-9

INSPECCION DE RETROEXCAVADORA

Código: FT-SG-SST-19	
Versión: 2	
Fecha de Aprobación:	
Marzo del 2024	
Paginas: 1 de 2	

AREA /PROYECTO	Construccion red de alcantarillado Pluvial de acueducto de la vereda Mongoira Sector la reforma del municipio de Sogamoso	**MES/ AÑO**	Agosto 2025

VERIFIQUE Y MARQUE: B : BUENO M: MALA N/A: NO APLICA

Si constata alguna anormalidad o alguna condición no conforme, detallarla en el formato FT-SG-SST 20 Informe de inspeccion, para realizar la acción y seguimineto de la corrección.

ITEM	VERIFICAR	ASPECTO A INSPECCIONAR	DIAS																													
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1	NIVELES DE ACEITE EN EL MOTOR	Verifique que los niveles este dentro de la cuadricula de la varilla medidora	B	B																												
2	NIVELES DE ACEITE HIDRÁULICO	Verifique que los niveles este dentro de las dos líneas de la mirilla	B	B																												
3	NIVEL DE REFRIGERANTE	Verifique que los niveles este dentro de las dos líneas de la mirilla	B	B																												
4	NIVEL ACEITE MANDOS FINALES	Verifique que los niveles este dentro del nivel del tapón.	B	B																												
5	LUBRICACIÓN PUNTOS DE MOVIMIENTO	Realice lubricación en articulaciones de equipo	B	B																												
6	COMBUSTIBLE	Verifique que el nivel de combustible este dentro del indicador de reserva y full	B	B																												
7	LLANTAS	Verifique que los espárragos no estén sueltos	B	B																												
8	FILTRO DE AIRE	Verifique que no estén sucios	B	B																												

ITEM	HERRAMIENTA	ASPECTO A INSPECCIONAR	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
9	CABINA DE OPERACIÓN	Cinturón de seguridad,extintor,indicadores de tablero de control maquina, controles completos y funcionando, ASEO, pitos.	B	B																													
10	CONTROLES Y LUCES	Que las luces prendan y apaguen correctamente, que los controles funcionen correctamente.	B	B																													
11	HOROMETRO	Que funcione para controlar operación y mantenimiento	B	B																													
12	ESTADO GENERAL ESTRUCTURA Y GUARDAS	Verificar que las guardas estén completas, que no hayan fisuras en la estructura del equipo	B	B																													
13	REALIZAR INSPECCIÓN GENERAL DE FUGAS, REVISIÓN ENTORNO	Verifique que no tenga fugas y la maquina no tenga golpes.	B	B																													
FIRMA DE OPERADOR RECOMENDACIONES: Ejecutar la inspección con la frecuencia o para equipos de uso esporádico cuando se use. operar el equipo solamente después de ejecutar la inspección de preuso informe al supervisor de la sección cualquier condición de riesgo en el equipo. utilice siempre los epp para utilizar el equipo	**Operador**	Jaya Bueno -	Jaya Bueno																														

JOHN EMERSON ROSAS Nit. 74.081.029-9	**INSPECCION DE RETROEXCAVADORA**	**Código:** FT-SG-SST-19 **Versión:** 2 **Fecha de Aprobación:** Marzo del 2024 **Paginas:** 1 de 2

AREA /PROYECTO	Construccion red de alcantarillado Pluvial de acueducto de la vereda Quequina Sede la Reforma del municipio de Sogamoso	**MES/ AÑO**	Julio 2025

VERIFIQUE Y MARQUE: B : BUENO M: MALA N/A: NO APLICA

Si constata alguna anormalidad o alguna condición no conforme, detallarla en el formato FT-SG-SST 20 Informe de inspeccion, para realizar la acción y seguimineto de la corrección.

ITEM	VERIFICAR	ASPECTO A INSPECCIONAR	DIAS																												
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1	NIVELES DE ACEITE EN EL MOTOR	Verifique que los niveles este dentro de la cuadricula de la varilla medidora	B	B	B	B	B		B	B	B	B								B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
2	NIVELES DE ACEITE HIDRÁULICO	Verifique que los niveles este dentro de las dos líneas de la mirilla	B	B	B	B	B		B	B	B	B								B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
3	NIVEL DE REFRIGERANTE	Verifique que los niveles este dentro de las dos líneas de la mirilla	B	B	B	B	B		B	B	B	B								B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
4	NIVEL ACEITE MANDOS FINALES	Verifique que los niveles este dentro del nivel del tapón.	B	B	B	B	B		B	B	B	B								B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
5	LUBRICACIÓN PUNTOS DE MOVIMIENTO	Realice lubricación en articulaciones de equipo	B	B	B	B	B		B	B	B	B								B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
6	COMBUSTIBLE	Verifique que el nivel de combustible este dentro del indicador de reserva y full	B	B	B	B	B		B	B	B	B								B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
7	LLANTAS	Verifique que los espárragos no estén sueltos	B	B	B	B	B		B	B	B	B								B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
8	FILTRO DE AIRE	Verifique que no estén sucios	B	B	B	B	B		B	B	B	B								B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B

ITEM	HERRAMIENTA	ASPECTO A INSPECCIONAR	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
9	CABINA DE OPERACIÓN	Cinturón de seguridad,extintor,indicadores de tablero de control maquina, controles completos y funcionando, ASEO, pitos.	B	B	B	B	B		B	B	B	B								B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
10	CONTROLES Y LUCES	Que las luces prendan y apaguen correctamente, que los controles funcionen correctamente.	B	B	B	B	B		B	B	B	B								B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
11	HOROMETRO	Que funcione para controlar operación y mantenimiento	B	B	B	B	B		B	B	B	B								B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
12	ESTADO GENERAL ESTRUCTURA Y GUARDAS	Verificar que las guardas estén completas, que no hayan fisuras en la estructura del equipo	B	B	B	B	B		B	B	B	B								B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
13	REALIZAR INSPECCIÓN GENERAL DE FUGAS, REVISIÓN ENTORNO	Verifique que no tenga fugas y la maquina no tenga golpes.	B	B	B	B	B		B	B	B	B								B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
FIRMA DE OPERADOR RECOMENDACIONES: Ejecutar la inspección con la frecuencia o para equipos de uso esporádico cuando se use. operar el equipo solamente después de ejecutar la inspección de preuso informe al supervisor de la sección cualquier condición de riesgo en el equipo. utilice siempre los epp para utilizar el equipo	**Operador**	Jaime Barrera	Jaime Barrera	Jaime Barrera	Jaime Barrera			Jaime Barrera	Jaime Barrera	Jaime Barrera	Jaime Barrera								Jaime Barrera	Jaime Barrera		Jaime Barrera	Jaime Barrera	Jaime Barrera	Jaime Barrera	Jaime Barrera	Jaime Barrera		Jaime Barrera	Jaime Barrera	Jaime Barrera	Jaime Barrera

Inspeccion realizada Por Jaime Barrera operador
Recibido: 01/08/25 - Carolina Patiño - SST

JOHN EMERSON ROSAS MESA
Nit. 74.081.029-9

INSPECCION PREOPERACIONAL CANGURO DE COMPACTACIÓN

Código: FT-SG-SST-31	
Versión: 2	
Fecha de Aprobación:	
Marzo del 2024	
Paginas: 1 de 1	

AREA /PROYECTO Construcción red de alcantarillado, pluvial y de acueducto vereda Guayabita Sector la reforma de Jogüicuco. **MES/ AÑO** Agosto 2025

VERIFIQUE Y MARQUE: B : BUENO M: MALA N/A: NO APLICA

Si constata alguna anormalidad o alguna condición no conforme, detallarla en el formato FT-SG-SST 20 Informe de inspeccion, para realizar la acción y seguimineto de la corrección.

ITEM	ASPECTO A INSPECCIONAR	DIAS																													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1	Estado del nivel de aceptacion del motor	B	B																													
2	Estado del nivel del combustible	B	B																													
3	Estado del nivel de la caja de cambios	B	B																													
4	Estado de las correas	B	B																													
5	Estado de los comandos en direccion	B	B																													
6	Revision general del pasqador	B	B																													
7	Estado de las ruedas	B	B																													
8	Estado de la manivela	B	B																													
9	Estado de las guayas	B	B																													
10	Estado de los balnearios	B	B																													
11	Estado de los guardias de seguridad	B	B																													
FIRMA DE OPERADOR RECOMENDACIONES: Ejecutar la inspección con la frecuencia o para equipos de uso esporádico cuando se use. operar el equipo solamente después de ejecutar la inspección de preuso informe al supervisor de la sección cualquier condición de riesgo en el equipo. utilice siempre los epp para utilizar el equipo		Wilson Lopez	Wilson Lopez																													

JOHN EMERSON ROSAS Nit. 74.081.029-9	**INSPECCION PREOPERACIONAL CANGURO DE COMPACTACIÓN**	**Código:** FT-SG-SST-31
		Versión: 2
		Fecha de Aprobación:
		Marzo del 2024
		Paginas: 1 de 1

AREA /PROYECTO	Construcción red de alcantarillado - Plan 4 de acueducto vereda Guaipura Sector la Hermosa Sogamoso	**MES/ AÑO**	Julio 2025

VERIFIQUE Y MARQUE: B : BUENO M: MALA N/A: NO APLICA

Si constata alguna anormalidad o alguna condición no conforme, detallarla en el formato FT-SG-SST 20 Informe de inspeccion, para realizar la acción y seguimineto de la corrección.

ITEM	ASPECTO A INSPECCIONAR	DIAS																													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1	Estado del nivel de aceptacion del motor	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
2	Estado del nivel del combustible	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
3	Estado del nivel de la caja de cambios	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
4	Estado de las correas	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
5	Estado de los comandos en direccion	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	D	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
6	Revision general del pasqador	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
7	Estado de las ruedas	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
8	Estado de la manivela	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
9	Estado de las guayas	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
10	Estado de los balnearios	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
11	Estado de los guardias de seguridad	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
FIRMA DE OPERADOR RECOMENDACIONES: Ejecutar la inspección con la frecuencia o para equipos de uso esporádico cuando se use. operar el equipo solamente después de ejecutar la inspección de preuso informe al supervisor de la sección cualquier condición de riesgo en el equipo. utilice siempre los epp para utilizar el equipo								Shampier Idrus.	Wilson lópez	Wilson lópez	Wilson lópez	Wilson lópez			Wilson lópez	Wilson lópez	Wilson lópez	Wilson lópez	Wilson lópez	Wilson lópez		Wilson lópez	Wilson lópez	Wilson lópez	Wilson lópez	Wilson lópez	Wilson lópez		Wilson lópez	Wilson lópez	Wilson lópez	Wilson lópez

Inspección realizada por Shampier Idrus y Wilson lopez Ayudantes - operador.

Recibido: 01/08/25 - Carolina Patiño - SST

JOHN EMERSON ROSAS MESA
N.t. 74.081.029-9

INSPECCION DE HERRAMIENTA MANUAL

Paginas: 1 de 2	
Versión: 2	
Fecha de Aprobación:	
Marzo del 2024	
Paginas: 1 de 2	

AREA /PROYECTO	CONSTRUCCIÓN RED DE ALCANTARILLADO SANITARIO Y PLUVIAL Y DE ACUEDUCTO FASE 1 DE LA VEREDA MONQUIRA SECTOR LA REFORMA DEL MUNICIPIO DE SOGAMOSO"	**MES/ AÑO**	Agosto 2025

VERIFIQUE Y MARQUE: B : BUENO M: MALA N/A: NO APLICA

Si constata alguna anormalidad o alguna condición no conforme, detallarla en el formato FT-SG-SST 20 Informe de inspeccion, para realizar la acción y seguimineto de la corrección.

ITEM	HERRAMIENTA	ASPECTO A INSPECCIONAR	DIAS																														
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1	Flexometros	Carcaza, seguro, cinta en buen estado	B	B																													
2	Palas	Mango (ajuste, quebrado, astillado, flojo) pala (rota)	B	B																													
3	Picas	Mango (ajuste, quebrado, astillado, flojo), puntas desgastadas	B	B																													
4	Barras	Mango (ajuste, quebrado, astillado, flojo)	B	B																													
5	Alicates	Aislamiento, mandíbulas no enfrentadas correctamente, mellas, estrías desgastadas	B	B																													
7	Macetas o martillos	Mango (ajuste, quebrado, astillado, flojo), caras, bordes en buen estado	B	B																													
8	Porras	Mango (ajuste, quebrado, astillado, flojo), caras, bordes en buen estado	B	B																													
10	Serruchos	Marco, hoja	B	B																													
11	Limas	Cabo, cuerpo (fisuras, grietas, remiendos)	B	B																													
12	Plaustres	Cabo y hoja sueltos, rotos o fisurados	B	B																													
13	Seguetas	Marco, hoja	B	B																													
14	Machetes	Cabo hoja (fisuras, grietas, remiendos)	B	B																													
15	Niveles	Libre de fisuras, grietas o remiendos	B	B																													

ITEM	HERRAMIENTA	ASPECTO A INSPECCIONAR	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
16	Llanas	Mango y hoja ajustados (fisuras, grietas, remiendos).	B	B																													
17	Plomadas	Elementos ajustados y en buen estado.	B	B																													
18	Destornilladores	Mango (floJo, suelto), punta (desgastada), doblado.	B	B																													
19	Llaves Expansivas	Estado (grietas, fisuras, remiendos), dientes (desgastados).	B	B																													
20	Llaves de tubo	Estado (grietas, fisuras, remiendos), dientes (desgastados).	B	B																													
21	Carretillas	Armazón (fuerte y recto), valde, llanta, mangos, ruedas (asegurada al armazón).	B	B																													
22	Hombresolos	Mordazas, tornillo de ajuste, cortacables, muelle, azas y palanca en buen estado.	B	B																													
23	Punteros	Cuerpo en buen estado	B	B																													
FIRMA DE OPERADOR RECOMENDACIONES: Ejecutar la inspección con la frecuencia o para equipos de uso esporádico cuando se use. operar el equipo solamente después de ejecutar la inspección de preuso informe al supervisor de la sección cualquier condición de riesgo en el equipo. utilice siempre los epp para utilizar el equipo	**Operario 1**		Cesar Mendoza	Cesar Mendoza																													

JOHN EMERSON ROSAS Nit. 74.081.029-9	**INSPECCION DE HERRAMIENTA MANUAL**	**Código: FT-SG-SST-27** **Versión:** 2 **Fecha de Aprobación:** Marzo del 2024 **Paginas:** 1 de 2

AREA /PROYECTO	Construccion Red de alcantarillado y pluvial de acueducto vereda Mouquira Sector la reforma Soquamoso	**MES/ AÑO**	Julio 2025

VERIFIQUE Y MARQUE: B : BUENO M: MALA N/A: NO APLICA

Si constata alguna anormalidad o alguna condición no conforme, detallarla en el formato FT-SG-SST 20 Informe de inspeccion, para realizar la acción y seguimineto de la corrección.

ITEM	HERRAMIENTA	ASPECTO A INSPECCIONAR	DIAS																														
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1	Flexometros	Carcaza, seguro, cinta en buen estado	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	D	B	B		B	B	B	B
2	Palas	Mango (ajuste, quebrado, astillado, flojo) pala (rota)	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
3	Picas	Mango (ajuste, quebrado, astillado, flojo), puntas desgastadas	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
4	Barras	Mango (ajuste, quebrado, astillado, flojo)	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	D	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
5	Alicates	Aislamiento, mandíbulas no enfrentadas correctamente, mellas, estrías desgastadas	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
7	Macetas o martillos	Mango (ajuste, quebrado, astillado, flojo), caras, bordes en buen estado	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
8	Porras	Mango (ajuste, quebrado, astillado, flojo), caras, bordes en buen estado	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
10	Serruchos	Marco, hoja	N/A	N/A	N/A																												
11	Limas - Escofina	Cabo, cuerpo (fisuras, grietas, remiendos)	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
12	Plaustres	Cabo y hoja sueltos, rotos o fisurados	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
13	Seguetas	Marco, hoja	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
14	Machetes	Cabo hoja (fisuras, grietas, remiendos)	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
15	Niveles	Libre de fisuras, grietas o remiendos	N/A	N/A	N/A																												

V°B°
Alvaro
SST

ITEM	HERRAMIENTA	ASPECTO A INSPECCIONAR	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
16	Llanas	Mango y hoja ajustados (fisuras, grietas, remiendos).	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
17	Plomadas	Elementos ajustados y en buen estado.	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																										
18	Destornilladores	Mango (floJo, suelto), punta (desgastada), doblado.	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																										
19	Llaves Expansivas	Estado (grietas, fisuras, remiendos), dientes (desgastados).	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
20	Llaves de tubo	Estado (grietas, fisuras, remiendos), dientes (desgastados).	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
21	Carretillas	Armazón (fuerte y recto), valde, llanta, mangos, ruedas (asegurada al armazón).	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
22	Hombresolos	Mordazas, tornillo de ajuste, cortacables, muelle, azas y palanca en buen estado.	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																										
23	Punteros	Cuerpo en buen estado	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B

FIRMA DE OPERADOR RECOMENDACIONES:
Ejecutar la inspección con la frecuencia o para equipos de uso esporádico cuando se use.
operar el equipo solamente después de ejecutar la inspección de preuso informe al supervisor de la sección cualquier condición de riesgo en el equipo.
utilice siempre los epp para utilizar el equipo

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Operario 1	Juan G.A	Juan G.A	Juan G.A	Juan G.A	Juan G.A		Juan G.A	Juan G.A	Juan G.A	Juan G.A	Juan G.A	Juan G.A		Cesar M.	Cesar M.	Cesar M.	Cesar M.	Cesar M.	Cesar M.		Cesar M.	Cesar M.	Cesar M.	Cesar M.	Cesar M.	Cesar M.		Cesar M.	Cesar M.	Cesar M.	Cesar M.

Inspeccion realizada por Juan Guerrero y cesar Mendoza. -Ayudantes de obra
Recibida: 01/08/25. Carolina Patiño -SST.

JOHN EMERSON ROSAS MESA
Nit. 74.081.029-9

INSPECCION PREOPERACIONAL MINICARGADOR

Código: FT-SG-SST-35

Versión: 1

Fecha de Aprobación: ENERO 22

AREA /PROYECTO	Construcción red de alcantarillado pluvial de acueducto de la vereda uvouquira sector la reforma del municipio de Togaviuoso	**MES/ AÑO**	Agosto 2025

VERIFIQUE Y MARQUE: B : BUENO M: MALA N/A: NO APLICA

Si constata alguna anormalidad o alguna condición no conforme, detallarla en el formato FT-SG-SST 20 Informe de inspeccion, para realizar la acción y seguimineto de la corrección.

ITEM	VERIFICAR	DIAS																													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
LUCES	De trabajo delanteras	B	B																												
	de trabajo traseras	B	B																												
	Direccionales	B	B																												
	De parqueo	B	B																												
CABINA	Proteccion antivuelco	B	B																												
	Cinturon de seguridad	B	B																												
	Extintor de incendios 10 libras	B	B																												
	Indicadores de (hidraulico, temperatura motor, corriente, horometro, aceite - motor)	B	B																												
	Control de ingreso de humo (tubo de escape)	B	B																												
	Asiento en buen estado	B	B																												
	Estado de la Malla lateral	B	B																												
	Alarma de retroceso y pito	B	B																												
	Apoyos de acceso	B	B																												
	Espejos laterales y central	B	B																												
	Palancas de mando en buen estado	B	B																												
	pedales en buen estado	B	B																												
	Frenos de emergencia	B	B																												

ITEM	VERIFICAR	DIAS																													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
ESTADO MECANICO	Control de fugas hidraulicas y de aceite	B	B																												
	Direccion (sin juego, vibracion, ruidos raros)	B	B																												
	Estado del balde (- pasadores, dientes, operación)	B	B																												
	Estado de los gatos de estabilizacion	B	B																												
	Frenos (balde, brazo, compactador, taladro)	B	B																												
	Mandos de levante del brazo	B	B																												
	Estado (balde, brazo, compactador, taladro)	B	B																												
	Brazoos del cucharon (pasadores,cilindros)	B	B																												
	Operación del cucharon	B	B																												
	Freno del brazo y del cucharon	B	B																												
LLANTAS	Estado (sin abultamientos, cortadas, lisas)	B	B																												
	Huellas en buen estado > 5mm	B	B																												
FIRMA DE OPERARIO RECOMENDACIONES: Ejecutar la inspección con la frecuencia o para equipos de uso esporádico cuando se use. operar el equipo solamente después de ejecutar la inspección de preuso informe al supervisor de la sección cualquier condición de riesgo en el equipo. utilice siempre los epp para utilizar el equipo	Edwin Lopez	Edwin Lopez.																													

JOHN EMERSON ROSAS Nit. 74.081.029-9	**INSPECCION PREOPERACIONAL MINICARGADOR**	**Código:** FT-SG-SST-35 **Versión:** 1 **Fecha de Aprobación: ENERO 22**
AREA /PROYECTO	Construccion red de alcantarillado Aguas de vivienda de interes social de la vereda Mocoquita Sector la reforma del municipio de Socorro Santander	**MES/ AÑO** Julio 2025

VERIFIQUE Y MARQUE: B : BUENO M: MALA N/A: NO APLICA

Si constata alguna anormalidad o alguna condición no conforme, detallarla en el formato FT-SG-SST 20 Informe de inspeccion, para realizar la acción y seguimineto de la corrección.

ITEM	VERIFICAR	DIAS																														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
LUCES	De trabajo delanteras								B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
	de trabajo traseras								B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
	Direccionales								B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
	De parqueo								B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B		B	B	B		B	B	B	B
CABINA	Proteccion antivuelco								B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
	Cinturon de seguridad								B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
	Extintor de incendios 10 libras								B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
	Indicadores de (hidraulico, temperatura motor, corriente, horometro, aceite - motor)								B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
	Control de ingreso de humo (tubo de escape)								B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
	Asiento en buen estado								B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
	Estado de la Malla lateral								B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
	Alarma de retroceso								B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
	Pito								B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
	Apoyos de acceso								B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
	Espejos laterales y central								B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
	Palancas de mando en buen estado								B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
	pedales en buen estado								B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
	Frenos de emergencia								B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B

ITEM	VERIFICAR	DIAS																													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
ESTADO MECANICO	Control de fugas hidraulicas y de aceite								B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
	Direccion (sin juego, vibracion, ruidos raros)								B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
	Estado del balde (- pasadores, dientes, operación)								B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
	Estado de los gatos de estabilizacion								B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
	Frenos (balde, brazo, compactador, taladro)								B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
	Mandos de levante del brazo								B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
	Estado (balde, brazo, compactador, taladro)								B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
	Brazoos del cucharon (pasadores,cilindros)								B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
	Operación del cucharon								B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
	Freno del brazo y del cucharon								B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
LLANTAS	Estado (sin abultamientos, cortadas, lisas)								B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
	Huellas en buen estado > 5mm								B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B
FIRMA DE OPERARIO RECOMENDACIONES: Ejecutar la inspección con la frecuencia o para equipos de uso esporádico cuando se use. operar el equipo solamente después de ejecutar la inspección de preuso informe al supervisor de la sección cualquier condición de riesgo en el equipo. utilice siempre los epp para utilizar el equipo									Johan Lopez	Johan Lopez	Johan Lopez	Johan Lopez	Johan Lopez		Johan Lopez	Johan Lopez	Johan Lopez	Johan Lopez	Johan Lopez	Johan Lopez		Johan Lopez	Johan Lopez	Johan Lopez	Johan Lopez	Johan Lopez	Johan Lopez		Johan Lopez	Johan Lopez	Johan Lopez	Johan Lopez

Inspeccion realizada por: Johan Lopez operador
Recibido: 01/08/2025 Candida Patino-SST

JOHN EMERSON ROSAS
Nit. 74.081.029-9

INSPECCION PREOPERACIONAL PULIDORA

Código: FT-SG-SST-36	
Versión: 2	
Fecha de Aprobación:	
Marzo del 2024	
Paginas: 1 de 1	

AREA /PROYECTO Construcción red alcantarillado Pluvial circuito **MES/ AÑO** JUNIO.

VERIFIQUE Y MARQUE: B : BUENO M: MALA N/A: NO APLICA

Si constata alguna anormalidad o alguna condición no conforme, detallarla en el formato FT-SG-SST 20 Informe de inspeccion, para realizar la acción y seguimineto de la corrección.

ITEM	VERIFICAR	DIAS																													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1	Puntos de fijacion de la empuñadura auxiliar; Roscas de ka empuñadura y del equipo sin desgastes, asegurando la empuñadura.															B	B					B							B			
2	Perno de traba; de facil accionamiento y disco para soltarlo.															B	B					B							B			
3	Interruptor de encendido y apagado; Funcionamiento correcto, accionamiento suave y en optimo estado.															B	B					B							B			
4	Empuñadura auxiliar; Buen ajuste y buen agarre, no rota.															B	B					B							B			
5	Disco de desbaste/ corte; Sin grietas, con diametros apropiados para realizar el trabajo y giro del disco sin vaiven.															B	B					B							B			
6	Tuerca de fijacion / tuerca de fijacion rapida sds; Agujeros de fijacion completos y sin desgaste y que permitan empalme facil con los pines de la llave de fijacion o espiga.															B	B					B							B			
7	Guarda de seguridad; Cubrimiento minimo la mitad del disco, sin golpes ni gietas, debidamente instalada y fija a la pulidora.															B	B					B							B			
8	Abrazadera de la guarda de seguridad; Debidamente instalada y que asegure correctamente la guarda.															B	B					B							B			
9	Llave de espiga; Original con sus pines completos, sin desgaste y de facil ubicación (a la mano).															B	B					B							B			
10	Carcasa general; Sin grietas ni rupturas, sin piezas sueltas.															B	B					B							B			

ITEM	VERIFICAR	DIAS																													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
11	Cable electrico y enchufe (o clavija); sim empalmes, en optimas condiciones y conexión al equipo en perfecto estado.															B	B					B							B			
	FIRMA DE OPERADOR RECOMENDACIONES: Ejecutar la inspección con la frecuencia o para equipos de uso esporádico cuando se use. operar el equipo solamente después de ejecutar la inspección de preuso informe al supervisor de la sección cualquier condición de riesgo en el equipo. utilice siempre los epp para utilizar el equipo															Fabio Lemos	Fabio Lemos.					Fabio Lemos.							Fabio Lemos.			

Inspeccion realizada Por Fabio Lemos - Maestro General.
Recibido: 31/08/2025 - Carolina Patiño SST

JOHN EMERSON ROSAS Nit. 74.081.029-9	**INSPECCION PREOPERACIONAL TALADRO DEMOLEDOR**	**Código:** FT-SG-SST-30 **Versión**: 2 **Fecha de Aprobación:** ene-22 **Paginas:** 1 de 1
AREA /PROYECTO	Rehabilitación red de alcantarillado sanitario y pluvial y de acueducto fase 1 de la vereda Guayacuira Sector reforma.	**MES/ AÑO** Julio 2025

VERIFIQUE Y MARQUE: B : BUENO M: MALA N/A: NO APLICA

Si constata alguna anormalidad o alguna condición no conforme, detallarla en el formato FT-SG-SST 20 Informe de inspeccion, para realizar la acción y seguimineto de la corrección.

ITEM	ASPECTO A INSPECCIONAR	DIAS																													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1	Estado de conexiones electricas (cableado, extensiones, tomas electricas)										B	B																B	B		
2	Interruptor de gatillo										B	B																B	B		
3	Acoples adecuados para los accesorios										B	B																B	B		
4	Estado del mango										B	B																B	B		
5	Estado del interruptor de encendido y su seguro										B	B																B	B		
6	Mango auxiliar										B	B																B	B		
7	Mango principal										B	B																B	B		
8	Estado general del equipo (fisuras, ropturas, aseo, entre otras)										B	B																B	B		
9	Se utilizan adecuadamente los EPP para la labor										B	B																B	B		
10	Se han instalado barrerras y/o alistamientos apropiados para la tarea										B	B																B	B		
11	Estado de la guia										B	B																B	B		
12	Estado de las brocas										B	B																B	B		
FIRMA DE OPERADOR RECOMENDACIONES: Ejecutar la inspección con la frecuencia o para equipos de uso esporádico cuando se use. operar el equipo solamente después de ejecutar la inspección de preuso informe al supervisor de la sección cualquier condición de riesgo en el equipo. utilice siempre los epp para utilizar el equipo											Fabio Lemus	Fabio Lemus																Fabio Lemus	Fabio Lemus		

Inspección realizada por Fabio Lemus Maestro general
Recibido: 01/08/25 - Carolina Patiño - SST

JOHN EMERSON ROSAS MESA Nit. 74.081.029-9	**INSPECCION PREOPERACIONAL VEHICULOS**	**Código:** FT-SG-SST-29 **Versión:** 2 **Fecha de Aprobación:** Marzo del 2024 **Paginas:** 1 de 1

AREA /PROYECTO	Construcción red de alcantarillado, pluvial y de acueducto vereda Mocoguira sector la reforma sogamoso	**MES/ AÑO**	Agosto 2025

VERIFIQUE Y MARQUE: B : BUENO M: MALA N/A: NO APLICA

Si constata alguna anormalidad o alguna condición no conforme, detallarla en el formato FT-SG-SST 20 Informe de inspeccion, para realizar la acción y seguimineto de la corrección.

ITEM	VERIFICAR	DIAS																													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1	Frontales	B	B																													
2	traseras de trabajo (reflector)	B	B																													
3	Direccionales delanteras de parqueo (Giro)	B	B																													
4	Direccionales traseras de parqueo (Giro)	B	B																													
5	De Stop y señal trasera	B	B																													
6	Espejos laterales	B	B																													
7	Alarma de retroceso	B	B																													
8	Pito	B	B																													
9	Freno de servicio	B	B																													
10	Freno de emergencia	B	B																													
11	Dirección/suspensión (Terminales)	B	B																													
12	Cinturón de seguridad	B	B																													
13	Vidrio frontal (en buen estado)	B	B																													
14	Extintor de incendios (10 lbs) PQS	B	B																													
15	Asiento en buena condición	B	B																													
16	Indicadores (hidráulico-voltimetro)	B	B																													
17	Limpia brisas	B	B																													
18	Motor-refrigerante-orometro, aire)	B	B																													
19	Bateria y cables	B	B																													

ITEM	VERIFICAR	DIAS																													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
20	Sin cortaduras progundas y sin abultamientos	B	B																												
21	Control de fugas hidráulicas	B	B																												
22	Pasadores, suspensión	B	B																												
23	Control fugas de aire	B	B																												
24	Grapas y anclaje de chasis	B	B																												
25	Cadena del cardam	B	B																												
26	Acoples rapidos	B	B																												
27	Mangueras	B	B																												
28	Estado general del volco	B	B																												
29	Gato de levante del volco	B	B																												
30	Estado de la compuerta	B	B																												
31	Tanque de combustible(Abrasaderas,Soporte)	B	B																												
32	Motor de bomba	B	B																												
FIRMA DE OPERARIO RECOMENDACIONES: Ejecutar la inspección con la frecuencia o para equipos de uso esporádico cuando se use. operar el equipo solamente después de ejecutar la inspección de preuso informe al supervisor de la sección cualquier condición de riesgo en el equipo. utilice siempre los epp para utilizar el equipo																															

JOHN EMERSON ROSAS Nit. 74.081.029-9	**INSPECCION PREOPERACIONAL VEHICULOS**	**Código:** FT-SG-SST-29 **Versión:** 2 **Fecha de Aprobación:** Marzo del 2024 **Paginas:** 1 de 1

AREA /PROYECTO	Construccion red de alcantarillado, pluvial y de acueducto vereda Tuta-quira sector la reforma Socialuzo.	**MES/ AÑO**	Julio 2025

VERIFIQUE Y MARQUE: B : BUENO M: MALA N/A: NO APLICA

Si constata alguna anormalidad o alguna condición no conforme, detallarla en el formato FT-SG-SST 20 Informe de inspeccion, para realizar la acción y seguimineto de la corrección.

ITEM	VERIFICAR	DIAS																														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1	Frontales	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B			B	B	B	
2	traseras de trabajo (reflector)	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B			B	B	B	
3	Direccionales delanteras de parqueo (Giro)	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B			B	B	B	
4	Direccionales traseras de parqueo (Giro)	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	D			B	B	B	
5	De Stop y señal trasera	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B			B	B	B	
6	Espejos laterales	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B			B	B	B	
7	Alarma de retroceso	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B			B	B	B	
8	Pito	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B			B	B	B	
9	Freno de servicio	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B			B	B	B	
10	Freno de emergencia	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B			B	B	B	
11	Dirección/suspensión (Terminales)	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B			B	B	B	
12	Cinturón de seguridad	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B			B	B	B	
13	Vidrio frontal (en buen estado)	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B			B	B	B	
14	Extintor de incendios (10 lbs) PQS	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B			B	B	B	
15	Asiento en buena condición	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B			B	B	B	
16	Indicadores (hidráulico-voltimetro)	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B			B	B	B	
17	Limpia brisas	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B			B	B	B	
18	Motor-refrigerante-orometro, aire)	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B			B	B	B	
19	Bateria y cables	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B		B	B	B	B	B	B			B	B	B	

ITEM	VERIFICAR	DIAS																														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
20	Sin cortaduras progundas y sin abultamientos																															
21	Control de fugas hidráulicas																															
22	Pasadores, suspensión																															
23	Control fugas de aire																															
24	Grapas y anclaje de chasis																															
25	Cadena del cardam																															
26	Acoples rapidos																															
27	Mangueras																															
28	Estado general del volco																															
29	Gato de levante del volco																															
30	Estado de la compuerta																															
31	Tanque de combustible(Abrasaderas,Soporte)																															
32	Motor de bomba																															
FIRMA DE OPERARIO RECOMENDACIONES: Ejecutar la inspección con la frecuencia o para equipos de uso esporádico cuando se use. operar el equipo solamente después de ejecutar la inspección de preuso informe al supervisor de la sección cualquier condición de riesgo en el equipo. utilice siempre los epp para utilizar el equipo																																

Inspeccion realizada por Jairo Rosas – conductor

Recibido: 01/08/25 Carolina Patiño – SST

JOHN EMERSON ROSAS Nit. 74.081.029-9	**INSPECCION PREOPERACIONAL CORTADORA DE CONCRETO**	**Código:** FT-SG-SST-33 **Versión**: 2 **Fecha de Aprobación:** Marzo del 2024 **Paginas:** 1 de 1

AREA /PROYECTO	Construccion red de alcantarillado Pluvial y de acueducto vereda cuaiquira Sector La Reforma Sogamoso	**MES/ AÑO**	Julio 2025.

VERIFIQUE Y MARQUE: B : BUENO M: MALA N/A: NO APLICA

Si constata alguna anormalidad o alguna condición no conforme, detallarla en el formato FT-SG-SST 20 Informe de inspeccion, para realizar la acción y seguimineto de la corrección.

ITEM	ASPECTO A INSPECCIONAR	DIAS																													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1	Soporte de ruedas delanteras/ traseras										B																				
2	Chasis y carcaza del disco.										B																				
3	Sistema de agua										B																				
4	Manija de ascenso y descenso										B																				
5	Motor de gasolina										B																				
6	Tapa de tanque de gasolina										B																				
7	Palanca de acelerador										B																				
8	Boton de on/off del motor										B																				
9	Planaca de ahogamiento										B																				
10	Filtro de aire y bujia										B																				
11	Silenciador										B																				
12	Polea retractil										B																				
13	Palanca de la valvula de la gasolina										B																				
14	Tanque de gasolina										B																				
15	Nivel de aceite del motor										B																				
16	Disco de diamante										B																				
17	Tuerca del disco										B																				
18	Plato exterior/ interior del disco										B																				
19	Perno de bloqueo del disco										B																				
FIRMA DE OPERADOR RECOMENDACIONES: Ejecutar la inspección con la frecuencia o para equipos de uso esporádico cuando se use. Operar el equipo solamente después de ejecutar la inspección de preuso informe al supervisor de la sección cualquier condición de riesgo en el equipo. Utilice siempre los epp para utilizar el equipo.											Fabio.																				

Inspeccion realizada por Fabio Lemus - Auxiliar Gerencia
Recibido: 01/08/25 - Carolina Patiño - SST