CONSORCIO SUBA MT

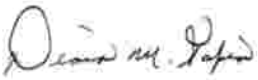
INFORME DE GESTIÓN No. 2. COMPONENTE DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO – SST

CONTRATO DE OBRA PÚBLICA NO. FDLS-1013-2024-LP
(119224) "EJECUTAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA Y ESPACIO PÚBLICO (GRUPO 1) EN LA LOCALIDAD DE SUBA EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C Y LAS DEMÁS ACTIVIDADES QUE SE DETALLAN EN EL ANEXO TÉCNICO"

1 DE MAYO AL 31 DE MAYO DE 2025

BOGOTÁ D.C

CONTROL DE DOCUMENTOS

ESTADO REVISIÓN Y APROBACIÓN	NOMBRE	CARGO	FIRMA	FECHA
ELABORÓ	YASMIN CATERINE BURBANO NARVAEZ	RESIDENTES SST CONSORCIO SUBA MT		Mayo 2025
APROBÓ	OSCAR JULIAN MORENO CARRAZCO	REPRESENTANTE LEGAL CONSORCIO SUBA MT		Mayo 2025
REVISÓ	DIANA TAPIA	RESIDENTE SST CONSORCIO MALLA VIAL SUBA		Mayo 2025

MODIFICACIONES

FECHA	VERSIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN
31/05/2025	01	Versión Inicial
5/06/2025	02	Se atienden observaciones de interventoría

Contenido

1. INTRODUCCIÓN 6
2. OBJETIVOS 6
2.1. Objetivo general 6
2.2. Objetivos específicos 6
3. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO 7
3.1. INFORMACIÓN DEL PROYECTO – CONTRATISTA CONSORCIO SUBA MT 7
3.2. ÁREA DE INFLUENCIA DIRECTA 8
4. COMPONENTE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO 10
4.1. Actividades de Inicio de Proyecto 11
4.1.1. Personal del Proyecto 11
4.1.2. Afiliación al Sistema De Seguridad Social 13
4.2. Descripción sociodemográfica 16
5. Capacitaciones SST 16
6. SUBPROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO 18
6.1. Exámenes Médicos 18
6.2. Ausentismos e indicadores 19
7. SUBPROGRAMA DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL 19
7.1. Saneamiento básico y campamentos 19
7.2. Elementos De Protección Personal 20
7.3. Plan de emergencia y contingencia 21
7.4. Inspecciones planeadas 21
7.5. Seguimiento incidentes y accidentes de trabajo 21
7.6. Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo 22
7.7. Comité de Convivencia Laboral – CCL 22
7. MAQUINARIA Y EQUIPOS 22

8. PLAN DE SEÑALIZACION 23
9. SEGUIMIENTO AL PLAN DE TRABAJO 24
10. INDICADORES MÍNIMOS DE SG-SST 24
11. CONSCLUSIONES 26

LISTADO DE ANEXOS

Anexo 1. Planillas de seguridad social
Anexo 2. Descripción sociodemográfica
Anexo 3. Plan de trabajo
Anexo 4. Exámenes médicos
Anexo 5. Inducciones
Anexo 6. Entrega de EPP
Anexo 7. Indicadores
Anexo 8. Notificación de riesgos
Anexo 9. Plan de emergencias
Anexo 10. Comités
Anexo 11. Certificados de accidentalidad
Anexo 12. Registro fotográfico
Anexo 13. Maquinaria y equipos

1. INTRODUCCIÓN

El presente informe contiene la evidencia de la gestión realizada en el área de Seguridad y Salud en el Trabajo, adelantada por CONSORCIO SUBA MT en la Etapa de preliminares, durante el periodo comprendido del 1 al 31 de mayo de 2025.

Lo anterior de acuerdo con lo establecido en el contrato de obra pública NO. FDLS-1013-2024-LP (119224) “ejecutar a precios unitarios fijos las actividades para la construcción de la malla vial local e intermedia y espacio público (grupo 1) en la localidad de suba en la ciudad de Bogotá D.C y las demás actividades que se detallen en el anexo técnico”

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

- Dar a conocer la gestión y/o las actividades en materia de seguridad y salud en el trabajo adelantadas por CONSORCIO SUBA MT para el NO. FDLS-1013-2024-LP (119224), con el fin de prevenir accidentes de trabajo y enfermedades laborales, reducir los riesgos presentes en la zona de trabajo durante el desarrollo del mencionado contrato.

2.2. Objetivos específicos

- Garantizar el cumplimiento de los requisitos legales vigentes en materia de seguridad y salud en el trabajo que apliquen a la empresa y al proyecto en desarrollo.
- Asegurar la identificación, evaluación e intervención de los diferentes factores de riesgo y peligros significativos para la salud de los trabajadores durante la ejecución del contrato.

3. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

3.1. INFORMACIÓN DEL PROYECTO – CONTRATISTA CONSORCIO SUBA MT

Tabla 1. Información del Proyecto

CONTRATO	contrato de obra pública NO. FDLS-1013-2024-LP (119224)
OBJETO DEL CONTRATO	"Ejecutar a precios unitarios fijos las actividades para la construcción de la malla vial local e intermedia y espacio público (grupo 1) en la localidad de suba en la ciudad de Bogotá D.C y las demás actividades que se detallen en el anexo técnico"
CONTRATISTA	CONSORCIO SUBA MT
NIT	901902679-1
PLAZO	(10) DIEZ MESES
FECHA DE INICIO	1/04/2025
FECHA DE TERMINACIÓN	31/01/2026
VALOR	Nueve mil quinientos dieciocho millones setecientos setenta y nueve mil quinientos sesenta y tres pesos ($9.518.779.563m/cte)
CIUDAD	Bogotá D.C
REPRESENTANTE LEGAL	Oscar Julián Moreno
OFICINA PRINCIPAL	Calle 34 # 3 41
TELÉFONO	3125861487
CORREO	Consorciosubamt@gmail.com

Fuente: CONSORCIO SUBA MT, 2025

Tabla 2 Información Contratista

CONTRATISTA	**CONSORCIO SUBA MT**
REPRESENTANTE LEGAL	OSCAR JULIAN MORENO
DIRECTOR DE OBRA	OSCAR JULIAN MORENO
INGENIERO RESIDENTE DE OBRA - 1	DANIEL FAJARDO CASTAÑEDA
INGENIERO RESIDENTE DE OBRA - 2	EYNNY ZULAY ESLAVA
RESIDENTE AMBIENTAL	ALFONSO BUSTOS
RESIDENTE SST	YASMIN CATERINE BURBANO
RESIDENTE SOCIAL	PAOLA COPABAN RICO

Fuente: CONSORCIO SUBA MT, 2025

3.2. ÁREA DE INFLUENCIA DIRECTA

El proyecto comprende la ejecución de los trabajos necesarios para el cumplimiento del objeto contractual "EJECUTAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA Y ESPACIO PÚBLICO (GRUPO 1) EN LA LOCALIDAD DE SUBA EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C Y LAS DEMÁS ACTIVIDADES QUE SE DETALLEN EN EL ANEXO TÉCNICO"

Las acciones a desarrollar en el presente proyecto se encuentran en la localidad de Suba, a continuación, el listado de CIV priorizados:

Tabla 3. Listado de CIV priorizados por anexo técnico

FASE	MVICIV	CIV	TRAMO	DESDE	HASTA
1	11002883	11002883	CRA 149 C	CLL 138	DG 138 F
1	11003330	11003330	CRA 148 A	CLL 134 A	CLL 137
1	11003377	11003377	CLL 136 A	CRA 150 B	CRA 150C
1	11003393	11003393	CRA 154 B	CLL 138 B	CLL 138 C
1	11003575	11003575	CRA 154 B	CLL 138 A	CLL 138
1	11003639	11003639	CRA 155	CLL 138 A	CLL 138
1	11004038	11004038	CLL 137	CRA 157	CRA 158 B
1	11004209	11004209	CLL 136 D	CRA 157 A	CRA 158 B

1	11004274	11004274	CLL 136 C	CRA 158	CRA 158 B
Pdte	11002907	11002907	CRA 150 A	CLL 138	DG 138 F
Pdte	11003276	11003276	CRA 154 B	CLL 138 C	CLL 138 D
Pdte	11003331	11003331	CRA 150B	CL 136A	CL 137
Pdte	11003363	11003363	CLL 138 B	CRA 159 B	CRA 159 A
Pdte	11003400	11003400	CLL 138 B	CRA 159 A	CRA 159
Pdte	11003432	11003432	CLL 138 B	CRA 159	CRA 158 B
Pdte	11003453	11003453	CRA 155	CLL 138 C	CLL 138 B
Pdte	11003461	11003461	CRA 159 A	CLL 138 A	CLL 138 B
Pdte	11003471	11003471	CRA 154 B	CLL 138 A	CLL 138 B
Pdte	11003507	11003507	CLL 135 A	CRA 150 B	CRA 151
Pdte	11003529	11003529	CLL 138 B	CRA 157	CRA 155
Pdte	11003530	11003530	CLL 138 B	CRA 157	CRA 18b
Pdte	11003541	11003541	CRA 155	CLL 138 B	CLL 138 A
Pdte	11003572	11003572	CRA 159 A	CLL 138	CLL 138 A
Pdte	11003577	11003577	CRA 148 B	CLL 132 D	CLL 133
Pdte	11003637	11003637	CRA 150 D	CLL 134	CLL 134 A
Pdte	11003641	11003641	CLL 138 A	CRA 155	CRA 157
Pdte	11003796	11003796	CRA 150 D	CLL 132 D	CLL 133
Pdte	11003901	11003901	CRA 150 D	CLL 132 A	CLL 132 D
Pdte	11003951	11003951	CRA 159 A	CLL 136 F	CLL 138
Pdte	11004208	11004208	CLL 136 A	CRA 157	CRA 157 A
Pdte	11004245	11004245	CLL 136 A	CRA 157 A	CRA 157 B
Pdte	11004273	11004273	CLL 136 A	CRA 157 B	CRA 158
Pdte	11004313	11004313	CLL 136 A	CRA 158	CRA 158 A
Pdte	11004333	11004333	CLL 136 A	CRA 158 A	CRA 158 B
Pdte	11004592	11004592	CRA 159 A	CLL 136	CLL 136 A
Pdte	11005556	11005556	CLL 129 D	CRA 158 A	CRA 159 A
Pdte	11006787	11006787	CLL 131 B	CRA 95 A BIS	CRA 95 B

Fuente: CONSORCIO SUBA MT, 2025

La intervención de los civ se realizará distribuido en 3 fases, según se relaciona y se identifica en la tabla anterior.

Ilustración 1. Localización



Fuente: Anexo técnico

4. COMPONENTE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Para la ejecución del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo se debe contar con una adecuada planeación de objetivos, metas, políticas, sistemas de evaluación, personal responsable, cronograma con fechas de cumplimiento, elaboración de panorama de riesgos, elaboración de normas y procedimientos, programas de inducción, entrenamiento y disponibilidad de recursos, siendo parte importante la divulgación, motivación y registros. Así como también la evaluación periódica a través de indicadores.

Teniendo en cuenta lo anterior y dando cumplimiento a los requerimientos establecidos para el proyecto, y en la cual se definen los parámetros que en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo se deben desarrollar durante las actividades constructivas que demanda la ejecución de las obras, a continuación, se describen las actividades que en esta materia se desarrollaron por CONSORCIO SUBA MT para el periodo comprendido del 1 al 31 de mayo del 2025.

Para este periodo CONSORCIO SUBA MT en calidad de contratista desarrolló actividades de campo para reconocimiento de zonas a intervenir y adelantó actividades administrativas para elaboración del documento Sistema de Gestión de Seguridad Salud en el trabajo, aplicable al proyecto en su etapa constructiva, el cual deberá cumplir con lo estipulado en el anexo técnico y la normatividad aplicable para aprobación por interventoría y entidad contratante.

4.1. Actividades de Inicio de Proyecto

4.1.1. Frentes de obra

Durante el periodo se encuentran en intervención los siguientes tramos viales

Tabla 4. CVI en intervención

FASE	MVICIV	CIV	TRAMO	DESDE	HASTA	ESTADO
1	11004274	11004274	CLL 136 C	CRA 158	CRA 158 B	EJECUCION
1	11004209	11004209	CLL 136 D	CRA 157 A	CRA 158 B	EJECUCION

Fuente: CONSORCIO SUBA MT, 2025

4.1.2. Personal del Proyecto

A continuación, se relaciona el personal mínimo requerido para la ejecución del contrato, y se especifica si participó en etapa preliminar:

Tabla 5. Personal mínimo requerido

CARGO	DEDICACIÓN	PROFESIONAL	CEDULA
Director de Obra y Especialista en Geotecnia	35%	Oscar Julián Moreno	1.032.727.77
Ingeniero Residente de Obra - 1	100%.	Daniel Fajardo Castañeda	1.018.476.072
Ingeniero Residente de Obra - 2	100%.	Eynny Zulay Eslava	1.052.383.452
Especialista en Diseño Y Especialista en Pavimentos	20 %	Mao Sebastián Bermeo	1.001.197.750
Especialista en Urbanismo y Espacio Publico	20 %	Jimmy Alberto Cendales Mora	80.038.149

CARGO	DEDICACIÓN	PROFESIONAL	CEDULA
Arquitecto de apoyo en Diseño Urbano / Profesional en presupuesto y programación	30 %	Dayana Liceth Medina Rojas	1.016.066.905
Especialista en Redes Hidrosanitarias	10 %	Iván Camilo Andrade Santana	1.013.603.357
Especialista en Estructuras	5 %	Julián Darío Fajardo Núñez	1.016.075.257
Profesional en Redes Secas	10 %	Daniel Fernando Gómez Sánchez	1.030.582.469
Ingeniero Forestal	10 %	Alexander Castillo Sierra	1.010.192.576
Residente SST	100 %	Yasmin Caterine Burbano Narváez	1.123.325.183
Residente de maquinaria y equipo de obra	100 %	Alejandra Garzón Bustamante	1.010.201.650
Residente Ambiental	20 %	Alfonso Cipriano Bustos	87.717.804
Residente Social	100 %	Paola Andrea Copaban Rico	52.335.172
Especialista en tránsito y transporte	15 %	Ana Milena Pulido Sora	1.049.626.439
Residente en tránsito y transporte	100 %	Javier Alexander Ramírez	80.051.643
Auxiliar de ingeniería	N/A	Erick Santiago Gómez Soto	1.001.174.776
Técnico – Inspector	N/A	Wilmer Andrés Molina Rojas	1.022.940.379
Topógrafo - Inspector	N/A	Carlos Javier Bejarano Ávila	1016008993
Cadenero 1	N/A	Luzmila Luengas Peña	51.964.259
Cadenero 2	N/A	Nancy Esperanza Gómez romero	65.769.815

CARGO	DEDICACIÓN	PROFESIONAL	CEDULA
Laboratorista - Inspector	N/A	Paola Cristina Morales Colorado	1.017.243.738
Conductor	N/A	Carlos Nicolay Vargas	80.150.914
Almacenista	N/A	Fabio Alexander Salazar	80.759.438

Fuente: CONSORCIO SUBA MT, 2025

4.1.3. Afiliación al Sistema De Seguridad Social

CONSORCIO SUBA MT., en su condición de directo empleador y para dar cumplimiento a la normatividad legal vigente, elaboró y radicó las afiliaciones, efectuando los pagos por aportes en forma oportuna al Sistema General de Seguridad Social Integral (Salud, Pensión y Riesgos Laborales).

Seguridad Social: Salud 12.5%, Pensión: 16% y ARL: 6.96% para el personal en obra (Clase V). Todo personal al ingresar fue afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales. Su compromiso es cumplir con los parámetros establecidos en el Sistema de gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.

En el Anexo 1, se remite relación de personal, copia de Planillas de Pago al Sistema General de Seguridad Social.

Tabla 6. Personal vinculado en el periodo

NOMBRE	CÉDULA	CARGO	INGRESO	RETIRO
NUEVO				
Luisa Fernanda Moreno Otavo	1110580807	Inspector SST - MA	23/04/2025	NA
Erick Santiago Gómez Soto	1.001.174.776	Auxiliar de ingeniería	04/05/2025	NA
Lauren Viviana Bojacá	1.233.506.640	Técnico - inspector 1	22/05/2025	NA
Wilmer Andrés Molina Rojas	1.022.940.379	técnico - inspector 1	23/05/2025	NA
Carlos Javier Bejarano Ávila	1.016.008.993	topógrafo inspector	5/05/2025	NA

Marco Antonio Macias Velásquez	1.023.874.707	topógrafo inspector	04/05/2025	NA
Fabio Alexander Salazar	80.759.438	almacenista	04/05/2025	NA
Luzmila Luengas Peña	51.964.259	cadenero 1	04/05/2025	NA
Nancy Esperanza Gómez romero	65.769.815	cadenero 1	04/05/2025	NA
Paola Cristina Morales Colorado	1.017.243.738	laboratorista inspector	04/05/2025	NA
Carlos Nicolay Vargas	80.150.914	conductor	04/05/2025	NA
Anderson Duván Rubiano	1.023.903.332	Conductor	16/05/2025	NA
Angie Vanessa Arévalo	1.014.736.681	Axiliar Social	22/05/2025	NA
Alfonso Cipriano Bustos	87.717.804	Residente Ambiental	22//05/2025	NA
Keren Manuela Ojeda Pineda	1.104.938.008	Auxiliar Administrativa	01/04/2025	NA
Yuly Paulin Jaramillo	32.907.266	Especialista En Tránsito Y Transporte	10/05/2025	NA
William Andrés Miranda Muñoz	1.117.552.197	Ayudante De Obra	16/05/2025	NA
Edwin Antonio Herrera	1.044.906.637	Ayudante De Obra	22/05/2025	NA
Jesús Daniel García Hernández	1.085.042.995	Ayudante De Obra	22/05/2025	NA
Wylinton Linares	1.073.696.732	Aperador	27/05//2025	NA
Norberto Urrego	74.324.850	Operador	27/5/2025	NA
Edwin Fabian Rubiano Santos	1.023.888.276	Ayudante De Obra	28/5/2025	NA
Luis Eduardo Acuña Medina	9.197.514	Operador	29/5/2025	NA
Mao Sebastián Bermeo	1.001.197.750	Especialista en Diseño Y Especialista en Pavimentos	30/05/2025	NA
ANTIGUO				

Oscar Julián Moreno	1.032.727.77	Director de obra y Especialista en Geotecnia	01/04/2025	N/A
Daniel Fajardo Castañeda	1.018.476.072	Ingeniero Residente de Obra - 1	01/04/2025	N/A
Iván Camilo Andrade Santana	1.013.603.357	Especialista en Redes Hidrosanitarias	01/04/2025	N/A
Daniel Fernando Gómez Sánchez	1.030.582.469	Profesional en Redes Secas	01/04/2025	N/A
Yasmin Caterine Burbano	1.123.325.183	Residente SST	01/04/2025	N/A
Dayana Liceth Medina Rojas	1.016.066.905	Arquitecto de apoyo en Diseño Urbano Y Profesional en presupuesto y programación	01/04/2025	N/A
Eynny Zulay Eslava	1.052.383.452	Ingeniero Residente de Obra - 2	01/04/2025	N/A
Yeison Daniel Sosa	80.250.145	Oficial De Obra	01/04/2025	N/A
Tito Isidro Murillo	19.461.616	Ayudante De Obra	01/04/2025	N/A
Yeison Capuano	1.045.421.614	Ayudante De Obra	01/04/2025	N/A
Jimmy Alberto Cendales Mora	80.038.149	Especialista en Urbanismo y Espacio Publico	01/04/2025	N/A
Julián Darío Fajardo Núñez	1.016.075.257	Especialista en Estructuras	01/04/2025	N/A
Jorge Eliecer Rodríguez Paredes	80.793.394	Especialista en SIG-CAD	01/04/2025	N/A
Alejandra Garzón Bustamante	1.010.201.650	Residente de maquinaria y equipo de obra	01/04/2025	N/A
Paola Copaban Rico	52.335.172	Residente social	01/04/2025	N/A
Javier Alexander Ramírez	80.051.643	Residente en tránsito y transporte	01/04/2025	N/A
Alexander Castillo Sierra	1.010.192.576	Ingeniero Forestal	01/04/2025	N/A

RETIROS				
Ana Milena Pulido Sora	1.049.626.439	Especialista en tránsito y transporte	01/04/2025	30/04/2025
Néstor Javier Jiménez	3.212.354	Oficial	22/05/2025	26/05/2025
Francy Lorena Alonzo Nore	1.057.591.204	Residente Ambiental	01/04/2025	30/04/2025
Maidy Nilaydi Combita Bosiga	1.033.739.248	Especialista en Diseño Geométrico Y Especialista en Pavimentos	01/04/2025	30/04/2025

Para el presente periodo, se realiza cambio de afiliación en razón social de Yeison Daniel Sosa, Tito Isidro Murillo y Yeison Capuano, por lo que se presenta planilla de retiro (RAMIRO OSPINA), carpeta con soportes de afiliación (CONSORCIO SUBA MT) y exámenes médicos.

4.2. Descripción sociodemográfica

CONSORCIO SUBA MT realiza encuesta sociodemográfica al personal vinculado con el fin de conocer de primera mano datos básicos y condiciones de salud de cada colaborador.

Ver anexo 2. Descripción Sociodemográfica

5. Capacitaciones SST

Durante el periodo se elabora un cronograma de actividades ambiental y SST el cual será ejecutado durante el desarrollo de las actividades constructivas y las que aplique durante la etapa preliminar.

Se realizó proceso de inducción el cual está dirigida a todo el personal que participa en el proyecto donde se le informa de los siguientes temas:

Generalidades de la empresa y proyecto.

Aspectos generales, legales SST, derechos y deberes del Sistema de Riesgos Profesionales.

Política Integrada SST, Política Alcohol y No Drogas.

COPASST (conformación, Integrantes, funciones).

Plan de emergencias (MEDEVAC, ruta de evacuación, punto de encuentro, reporte de incidentes).

Conceptos: Accidentalidad, actos y condiciones subestándar.

Factores de riesgo inherentes al cargo y sus controles. (Notificación de riesgos y controles).

Aspectos e impactos ambientales.

Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea.

Objetivos SST

Aspectos Legales.

Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial.

Derechos y Deberes.

Evaluación de inducción

Ver anexo 3. Plan de trabajo - Inducciones

Tabla 7. Relación de capacitaciones

TEMA	FECHA	No. ASITENTES	RESPONSABLE
Actos y condiciones inseguras	13-5-2025	3	Yasmin Burbano
Uso inadecuado de las herramientas	16-5-2025	3	Yasmin Burbano
Primeros Auxilios	23-05-2025	20	Yasmin Burbano
Funciones de la brigada	29-5-2025	3	Yasmin Burbano

Fuente. CONSORCIO SUBA MT, 2025

6. SUBPROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO

6.1. Exámenes Médicos

Dentro del programa de Medicina Preventiva y del Trabajo se realizan las siguientes actividades:

Examen médico ocupacional de ingreso: CONSORCIO SUBA MT, controla y garantiza que el personal que ingresa al contrato se les realice los exámenes médicos de ingreso de acuerdo con los factores de riesgos a los que está expuesto en su sitio de trabajo el empleado, se realiza: visiometria, espirometría, audiometría y examen médico general.

Examen médico laboral post incapacidad: Se realizará a los trabajadores que han estado ausentes de su trabajo por un periodo prolongado debido a un Accidente de Trabajo, Enfermedad Laboral, Accidente Común u otros problemas de salud.

Exámenes de retiro: CONSORCIO SUBA MT, a fin de determinar las condiciones de salud al trabajador se le programa un examen médico en el momento del retiro en el que se realizan los mismos exámenes del ingreso.

Ver anexo 4. Exámenes y recomendaciones médicos

Durante el periodo se presentan los siguientes exámenes médicos de ingresos.

Tabla 8. Relación de exámenes médicos

No.	NOMBRE	FECHA
1	Luisa Fernanda Moreno Octavo	17/5/2025
2	Erick Santiago Gómez Soto	8/4/2025
3	Lauren Viviana Bojacá	20/5/2025
4	Wilmer Andrés Molina Rojas	21/5/2025
5	Carlos Javier Bejarano	1/02/2025
6	Marco Antonio Macias Velásquez	30/4/2025
7	Fabio Alexander Salazar	4/05/2025
8	Luzmila Luengas Peña	29/3/2025
9	Nancy Esperanza Gómez romero	1/2/2025
10	Paola Cristina Morales Colorado	23/5/2025
11	Carlos Nicolay Vargas	9/1/2025
12	Anderson Duván Rubiano	14/5/2025
13	Angie Vanessa Arévalo	15/5/2025
14	Alfonso Cipriano Bustos	15/5/2025

No.	NOMBRE	FECHA
15	keren Manuela Ojeda Pineda	31/8/2024
16	Yuly Paulin Jaramillo	28/04//2025
17	William Andrés Miranda Muñoz	15/5/2025
18	Edwin Antonio Herrera	21/5/2025
19	Jesús Daniel García Hernández	21/5/2025
20	Wylinton Linares	13/6/2024
21	Norbarto Urrego	9/5/2025
22	Edwin Fabian Rubiano Santos	24/5/2025
23	Luis Eduardo Acuña Medina	30/1/2025
24	Mao Sebastián Bermeo	1/02/2025

6.2. Ausentismos e indicadores

Durante el periodo del 1 al 31 de mayo de 2025, se presentó 1 caso de ausentismo por enfermedad común la trabajadora notificó de manera oportuna su situación médica y presentó el certificado de incapacidad dentro de los tiempos establecidos.

Anexo 7. Indicadores – control incapacidades

7. SUBPROGRAMA DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL

Dentro del programa de Higiene y Seguridad Industrial se realizan los siguientes planes de trabajo:

Desarrollo de los análisis de riesgos de acuerdo con las actividades que se vayan a realizar e identificar los agentes de riesgo, físicos, químicos, biológicos, psico-sociales, ergonómicos, mecánicos, locativos entre otros agentes.

Durante el periodo se realiza socialización y notificación de riesgos al personal vinculado.

Ver anexo 8. Notificación de riesgos

7.1. Saneamiento básico y campamentos

En el periodo se cuenta con oficinas y campamento en la ubicada en la Cll 133 No. 92 - 41, donde se han desarrollado las actividades administrativas y operativas del contrato, estas instalaciones

cuentan con los servicios de aseo básicos como son: agua, energía, baños y elementos necesarios para el bienestar de los colaboradores.

Hidratación: Se garantiza al personal operativo y administrativo, agua potable para suministro durante el desarrollo de las actividades.

Sanitarios: Se contó en el periodo con 2 sanitarios en el campamento, ya que durante el periodo se desarrollaron actividades preliminares de obra

Dotaciones: El campamento se encuentra dotado con señalización preventiva, elementos de emergencia como son, camilla, botiquín tipo A y extintor multipropósito de 10 libras.

En el periodo se cuenta con un campamento en la obra CIV 29 con el código: 11004209 ubicada en la dirección Calle 136D entre Cra 157ª- Cra 158B, donde se han desarrollado actividades operativas del contrato, se cuenta con los servicios de aseo básicos como: agua, energía, baños, Vestier elementos necesarios para el bienestar de los colaboradores.

Hidratación: Se garantiza al personal operativo, agua potable para suministro durante el desarrollo de las actividades.

Sanitarios: Se contó en el periodo con 1 sanitario en el campamento, y un vestier para los colaboradores.

Dotaciones: El campamento se encuentra dotado con señalización preventiva, elementos de emergencia como son, camilla, botiquín tipo A y extintor multipropósito de 10 libras.

Ver anexo 12. Registro fotográfico

7.2. Elementos De Protección Personal

A Todo el personal de CONSORCIO SUBA MT, se le suministra la dotación de los elementos básicos y adicionales de protección personal de acuerdo con las especificaciones y normas vigentes, contempladas.

Se dispuso de EPP de acuerdo con la matriz de dotación y elementos de protección personal de la compañía.

Para el personal de operadores de maquinaria no se presentan soportes de entrega de EPP, ya que ingresan con los EPP suministrados por su empleador, sin embargo, se realiza inspección de estos.

Ver anexo 6. Entrega de EPP

7.3. Plan de emergencia y contingencia

Durante el periodo reportado, se llevó a cabo la conformación oficial de la Brigada de Emergencia en la obra, en cumplimiento con los lineamientos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) y la normativa vigente. La brigada fue integrada por personal voluntario del proyecto, seleccionado de acuerdo con sus competencias y disposición, distribuidos en los diferentes roles: primeros auxilios, evacuación, control de incendios y comunicaciones. Esta brigada tiene como objetivo actuar de manera oportuna y eficaz ante cualquier eventualidad que comprometa la seguridad de los trabajadores en la obra.

Ver anexo 9. Plan de emergencias

7.4. Inspecciones planeadas

CONSORCIO SUBA MT cuenta con un procedimiento de inspecciones de seguridad, el mismo es divulgado y se contempla con las especificaciones y normas vigentes contempladas. Durante el periodo se realizaron inspecciones de las áreas y elementos de las oficinas.

Tabla 9. Inspecciones del periodo

INSPECCIONES	FECHAS
Inspección locativa	21-05-2025
Inspección de botiquín y camilla	16-05-2025
Inspección extintores	16-05-2025
Inspección epps	5-5-2025

Fuente. CONSORCIO SUBA MT, 2025

Ver anexo 3. Plan de trabajo – inspecciones

7.5. Seguimiento incidentes y accidentes de trabajo

CONSORCIO SUBA MT, elaboró procedimiento de investigación de incidentes y accidentes de trabajo, el cual establece lineamientos de reporte ante las entidades pertinentes y los registros a implementar en caso de algún evento.

Durante el periodo del 01 al 31 de mayo no se presentaron incidentes ni accidentes de trabajo.

Anexo 11. Certificado de accidentalidad

7.6. Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo

Durante el periodo, el día 23 de mayo se llevó a cabo la conformación del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST). Se realizó el proceso de elección de los representantes de los trabajadores por votación y la designación de los representantes del empleador. El comité quedó oficialmente conformado mediante acta en cumplimiento de la Resolución 2013 de 1986.

Ver anexo 10. Comités

7.7. Comité de Convivencia Laboral – CCL

Durante el periodo, el día 20 de mayo se realizó la conformación del Comité de Convivencia Laboral (COCOLA) conforme a lo establecido en la Resolución 652 de 2012. El proceso incluyó la convocatoria, elección y designación de los integrantes, así como el acta de conformación. Este comité tiene como función principal promover el buen trato, la prevención del acoso laboral y el fortalecimiento de las relaciones laborales dentro de la obra.

Ver anexo 10. Comités

7. MAQUINARIA Y EQUIPOS

Para el desarrollo del contrato, se cuenta con la aprobación del ingreso de la siguiente maquinaria, sin embargo, se especifica la vinculada y requerida en el periodo.

Tabla 10. Relación de maquinaria

No.	Maquina	Marca	Ref / serie	Modelo	Manifiesto de importación	Tarjeta de propiedad	ACTIVO SI/NO
1	Retrocargador	SHANTUI	SE75	2021	352021000168055-7	81798	SI
2	Minicargador	BOBCAT	763	2000	062007100338489	101889	SI
	Minicargador	Caterpilar	236D	2017	4820170000422700	64559	NO
3	Vibro compactador	INGERSOL	DD24	2002	07085260485315	N/A	NO
4	Pavimentador	Cedarapids	CR 351 B284170	2012	4820140000110620	58215	NO
5	CARGADOR	JCB	1CX	2012	482012000232923	41289	NO

Fuente: CONSORCIO ICOBY, 2025

Ver anexo 13. Maquinaria y equipos

8. PLAN DE SEÑALIZACION

Los espacios de la obra fueron señalizados como medida preventiva, informando a la comunidad que es un espacio de obra, que por seguridad no permite el paso de personal ajeno, señalando el sendero peatonal; indicación al personal de obra, el uso de elementos de protección personal, la prohibición de consumo de cigarrillo dentro del área, advertencia sobre la presencia de excavaciones y trabajos sobre la vía, ubicación campamento, punto ecológico, salidas de emergencia, rutas de evacuación, señalización.

Para el desarrollo constructivo en cada CIV se implementa los Plan de Manejo de Tránsito - PMT, los cuales se registran en el informe técnico con sus respectivas vigencias y registros fotográficos.

Ver anexo 12. Registro fotográfico

9. SEGUIMIENTO AL PLAN DE TRABAJO

Para el desarrollo del contrato se propuso un plan de trabajo el cual contiene actividades generales y capacitaciones, durante el periodo se dio cumplimiento al 100% de las actividades programadas. El día 23 de mayo se llevó a cabo la capacitación “Manejo de emergencias en la obra, conformación de brigada” dirigida a todo el personal administrativo y operativo. Durante la jornada se abordaron temas relacionados con la prevención, respuestas y control de situaciones de emergencia en obra. Así mismo se realizó la conformación oficial de la brigada de emergencias integrando a los colaboradores con el fin de garantizar una respuesta oportuna y organizada ante cualquier eventualidad y se llevó a cabo el cumplimiento con los lineamientos establecidos en el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo.

Ver anexo 7. Indicador

10. INDICADORES MÍNIMOS DE SG-SST

A partir del año 2019, la empresa anualmente lleva un registro de los indicadores de SST, entre los cuales se determina: frecuencia de accidentalidad, severidad de accidentalidad, proporción de accidentes de trabajo mortales, prevalencia de la enfermedad laboral, incidencia de la enfermedad laboral y ausentismo por causa médica.

Tabla 11. Indicadores

Nombre	Definición	Fórmula	interpretación	Periodicidad	Meta
Frecuencia de accidentalidad	Número de veces que ocurre un accidente de trabajo en el mes	(Número de accidentes de trabajo que se presentaron en el mes / Número de trabajadores en el mes) * 100 (MENSUAL)	Por cada cien (100) trabajadores que laboraron en el mes, se presentaron (0) accidentes de trabajo 0/41*100= 0%	Mensual	0%
Severidad de accidentalidad	Número de días perdidos por accidentes de trabajo en el mes	(Número de días de incapacidad por accidente de trabajo en el mes + número de días cargados en el mes / Número de	Por cada cien (100) trabajadores que laboraron en el mes, se perdieron (0) días por	Mensual	0%

Nombre	Definición	Fórmula	interpretación	Periodicidad	Meta
		trabajadores en el mes) * 100 (MENSUAL)	accidente de trabajo 0/41*100 = 0%		
Proporción de accidentes de trabajo mortales	Número de accidentes de trabajo mortales en el año	(No. De accidente de trabajo mortales que se presentaron en el año/total de accidentes de trabajo que se presentaron en el año) *100 (ANUAL)	En el año, el 0% de accidentes de trabajo fueron mortales 0/0*100= 0%	Anual	0%
Prevalencia de la enfermedad laboral	Número de casos de enfermedad laboral presentes en una población en un periodo de tiempo	(Número de casos nuevos y antiguos de enfermedad laboral en el periodo Z / promedio de trabajadores en el periodo Z) *100.000	Por cada 100.000 trabajadores existen 0 casos de enfermedad laboral en el periodo 2024 0/0*100 = 0%	Anual	0%
Incidencia de enfermedad laboral	Número de casos nuevos de enfermedad laboral en una población determinada en un período de tiempo	(No. De casos nuevos de enfermedad laboral en el periodo Z / promedio de trabajadores en el periodo Z) *100.000	Por cada 100.000 trabajadores existen 0 casos nuevos de enfermedad laboral en el periodo 2024 0/41*100 = 0%	Anual	0%
Ausentismo por causa médica	Ausentismo es la no asistencia al trabajo, con incapacidad médica	Número de días por incapacidad laboral o común en el mes/No. De días de trabajo	En el mes se perdió X% de días programados de trabajo por incapacidad médica	Mensual	0%

Nombre	Definición	Fórmula	interpretación	Periodicidad	Meta
		programadas en el mes) *100	0/26=0%		

Fuente. CONSORCIO SUBA MT, 2025

11. CONSCLUSIONES

- Durante el periodo del presente informe se implementan actividades dando cumplimiento a lo establecidos en el SG-SST
- Durante el periodo se presentan los soportes en cumplimiento legal a afiliaciones al sistema de seguridad social, exámenes médicos laborales, inducción inicial, notificación de riesgos y entrega de EPP, del personal vinculado al contrato.
- En las actividades desarrolladas no se presentaron incidentes ni accidentes de trabajo.
- Se realizaron visitas de campo y recorridos de obra junto con interventoría y supervisión.
- Durante el periodo se llevo a cabo la conformación de la brigada de emergencias.
- Durante el periodo se llevo a cabo la conformación del Copasst y el Cocola

LUISA MORENO

CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE

Certificamos que OUTSOURCING DF SAS con documento NIT 901879303, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) LUISA FERNANDA MORENO OTAVO con documento CC 1110580807, como se detalla a continuación:

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número de Planilla	7969582095	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotizado Otros	ABRIL/2025	Periodo Cotización Salud	MAYO/2025
Fecha Pago	2025/05/07	Número de Autorización	1464749118

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	230301 - PORVENIR
Días	8	Tarifa	16,000 %
Indicador tarifa especial	Normal		

SALUD		Administradora	EPS002 - SALUD TOTAL
Días	8	Tarifa	4,000 %

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-11 - ARL SURA
Días	8	Tarifa	6,960 %
Clase de Riesgo	5		

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES		
Administradora	Días Cotizados	Tarifa
CCF22 - COLSUBSIDIO	8	4,000 %

Cotizante exonerado pago aportes salud, SENA e ICBF (Reforma Tributaria): SI

Planilla Pagada
Planilla Pagada

ERICK GOMEZ

Medellín, 28 de Mayo de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1001174776	GOMEZ SOTO ERICK SANTIAGO	10/01/2025		191k8157	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10223454422514838392

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 28/05/2025 10:39:52 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.61.246.54, 198.143.41.18, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE

Certificamos que OUTSOURCING DF SAS con documento NIT 901879303, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) ERICK SANTIAGO GOMEZ SOTO con documento CC 1001174776, como se detalla a continuación:

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número de Planilla	7969582095	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotizado Otros	ABRIL/2025	Periodo Cotización Salud	MAYO/2025
Fecha Pago	2025/05/07	Número de Autorización	1464749118

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	230201- PROTECCION
Días	30	Tarifa	16,000 %
Indicador tarifa especial	Normal		

SALUD		Administradora	EPS005 - SANITAS S.A.
Días	30	Tarifa	4,000 %

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-11 - ARL SURA
Días	30	Tarifa	0,522 %
Clase de Riesgo	1		

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES		
Administradora	Días Cotizados	Tarifa
CCF22 - COLSUBSIDIO	30	4,000 %

Cotizante exonerado pago aportes salud, SENA e ICBF (Reforma Tributaria): SI

Planilla Pagada
Planilla Pagada



ICOD CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS SAS

CARLOS JAVIER BEJARANO

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901172605-1	ICOD CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS SAS	CALLE 18 4 91	3134561668	anyumilena@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	ADMINISTRATIVA	ADM	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-04	E	07/05/2025	86416365	$3.759.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	100.000	0		0		0	2	200	0	100.200	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	225.000	0		0		0	2	300	0	225.300	2
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	160.000	0		0		0	2	300	0	160.300	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	1.267.800	0	0	0	0	2	1.700	0	1.269.500	3
25-14	Colpensiones	900336004-7	672.000	0	0	0	0	2	900	0	672.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	843.900				843.900	2	1.200	845.100			8.439	845.100	4

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	485.000	2	700	485.700	4

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	3	485.000	485.800
Pensión	2	1.939.800	1.942.400
Riesgos Laborales	1	843.900	845.100
CCF	1	485.000	485.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	7	3.753.700	3.759.000

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901172605-1	ICOD CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS SAS		CALLE 18 4 91	3134561668	anyumilena@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	ADMINISTRATIVA	ADM	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-04	E	07/05/2025	86416365	$3.759.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1016008993	BEJARANO AVILA CARLOS JAVIER	1	0			S	X																230301	4.000.000	640.000	0	0	0	0	EPS017	4.000.000	160.000	14-4	4.000.000	5	278.400	CCF24	4.000.000	160.000	0	0	0	0	0
2	CC	1030605839	MEDINA GOMEZ DIANA CAROLINA	1	0			S	X																25-14	4.200.000	672.000	0	0	0	0	EPS008	4.200.000	168.000	14-4	4.200.000	5	292.400	CCF24	4.200.000	168.000	0	0	0	0	0
3	CC	80759438	SALAZAR CACERES FABIO ALEXANDER	1	0			S	X																230301	2.500.000	400.000	0	0	0	0	EPS002	2.500.000	100.000	14-4	2.500.000	5	174.000	CCF24	2.500.000	100.000	0	0	0	0	0
4	CC	1104938008	OJEDA PINEDA KEREN MANUELA	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	57.000	14-4	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

MARCO ANTONIO MACIAS VELASQUEZ

Certificado de Aportes

Se certifica que MARCO ANTONIO MACIAS VELASQUEZ identificado(a) con CC 1023874707 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

CONSORCIO SUBA MT NI 901902678

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2025-04	2025-05	1469804166	9485874774	E	2025-05-09	X																

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	COLFONDOS	7	16%	$933,334	$149,400
ARL	ARL SURA	7	4.35%	$933,334	$40,700
CCF	COMPENSAR	7	4%	$933,334	$37,400
EPS	FAMISANAR	7	4%	$933,334	$37,400

Este certificado se expide el día 2025-05-21 a las 01:50.

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901902678	2	CONSORCIO SUBA MT	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	Principal	CRA 36 3 41 OFICINA 1503	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7111111	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-05	1469804166	9485874774	E	2025/05/20	2025/05/09	BANCO CAJA SOCIAL	0	$1,408,500

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	Dias	Codigo	Días	Codigo	Días	Tarifa	Días	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: Principal (3 Afiliados)																														
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (3 Afiliados)																														
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (3 Afiliados)																														
1	CC	1022952246	GARCIA MAYORGA MANUEL ALFONSO	X																230301	30	EPS037	30	CCF24	30	14-11	30	4.350%	30	Si
2	CC	1023874707	MACIAS VELASQUEZ MARCO ANTONIO	X																231001	7	EPS017	7	CCF24	7	14-11	7	4.350%	7	Si
3	CC	1013619811	MORENO VALENCIA BRAYAN CAMILO	X																25-14	27	EPS008	27	CCF24	27	14-11	27	4.350%	27	Si
Total			**Afiliados(3)**																											

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901902678	2	CONSORCIO SUBA MT	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	Principal	CRA 36 3 41 OFICINA 1503	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7111111	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-05	1469804166	9485874774	E	2025/05/20	2025/05/09	BANCO CAJA SOCIAL	0	$1,408,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				3	$850,500	$0	$0	$850,500
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$149,400	$0	$0	$149,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$333,100	$0	$0	$333,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$368,000	$0	$0	$368,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$196,600	$0	$0	$196,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	3	$196,600	$0	$0	$196,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$180,700	$0	$0	$180,700
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	3	$180,700	$0	$0	$180,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 3)				3	$180,700	$0	$0	$180,700
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$51,300	$0	$0	$51,300
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$37,400	$0	$0	$37,400
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$92,000	$0	$0	$92,000
TOTAL				**3**	**$1,408,500**	**$0**	**$0**	**$1,408,500**

FABIO ALEXANDER SALAZAR

AXA COLPATRIA

TRASLADO DE EMPLEADOS

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de identificación:	NIT
Número de identificación:	901172605
Número de afiliación:	9003485
Razón social:	ICOD CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS SAS

DATOS DEL TRASLADO DEL EMPLEADO

Tipo Documento:	CÉDULA
Número de documento:	80759438
Primer nombre:	FABIO
Segundo Nombre:	AALEXANDER
Primer Apellido:	SALAZAR
Segundo Apellido:	CACERES
Empresa en misión:	ICOD CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS SAS
Sucursal:	BOGOTA
Centro de trabajo:	RIESGO 5
Tasa de riesgo:	6.96

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **ICOD CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS SAS**, identificada con **NI** número **901172605**, aportó por **FABIO ALEXANDER SALAZAR CACERES** identificado(a) con **CC** número **80759438** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 04 - 2025 y 05 - 2025 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1	X														0		30	$2,500,000	0.04000	$100,000	$0	$0	Abril - 2025	86416365	07/05/2025	Si
230301	Porvenir	1	X														0		30	$2,500,000	0.16000	$400,000	$0	$0	Abril - 2025	86416365	07/05/2025	Si
EPS002	Salud Total EPS	1	X														0		30	$2,500,000	0.04000	$100,000	$0	$0	Mayo - 2025	86416365	07/05/2025	Si
14-4	Seguros de Vida Colpatria S.A.	1	X														0		30	$2,500,000	0.06960	$174,000	$0	$0	Abril - 2025	86416365	07/05/2025	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **21** días del mes **Mayo** de **2025**

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

LUZMILA LUENGAS

Medellín, 28 de Mayo de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C51964259	LUENGAS PEÑA LUZMILA	01/04/2025	30/06/2025	qzO19222	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10223454422514838813

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 28/05/2025 10:46:53 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.61.246.54, 198.143.41.18, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE

Certificamos que OUTSOURCING DF SAS con documento NIT 901879303, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) LUZMILA LUENGAS PENA con documento CC 51964259, como se detalla a continuación:

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número de Planilla	7969582095	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotizado Otros	ABRIL/2025	Periodo Cotización Salud	MAYO/2025
Fecha Pago	2025/05/07	Número de Autorización	1464749118

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	25-14 COLPENSIONES
Días	30	Tarifa	16,000 %
Indicador tarifa especial	Normal		

SALUD		Administradora	EPS005 - SANITAS S.A.
Días	30	Tarifa	4,000 %

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-11 - ARL SURA
Días	30	Tarifa	0,522 %
Clase de Riesgo	1		

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES		
Administradora	Días Cotizados	Tarifa
CCF22 - COLSUBSIDIO	30	4,000 %

Cotizante exonerado pago aportes salud, SENA e ICBF (Reforma Tributaria): SI

Planilla Pagada
Planilla Pagada

NANCY GÓMEZ

Medellín, 28 de Mayo de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C65769815	GOMEZ ROMERO NANCY ESPERANZA	26/02/2025	16/02/2026	20444a16	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10223454422514838731

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 28/05/2025 10:45:31 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.61.246.54, 198.143.41.18, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE

Certificamos que OUTSOURCING DF SAS con documento NIT 901879303, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) NANCY ESPERANZA GOMEZ ROMERO con documento CC 65769815, como se detalla a continuación:

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número de Planilla	7969582095	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotizado Otros	ABRIL/2025	Periodo Cotización Salud	MAYO/2025
Fecha Pago	2025/05/07	Número de Autorización	1464749118

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	230201- PROTECCION
Días	30	Tarifa	16,000 %
Indicador tarifa especial	Normal		

SALUD		Administradora	EPS005 - SANITAS S.A.
Días	30	Tarifa	4,000 %

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-11 - ARL SURA
Días	30	Tarifa	0,522 %
Clase de Riesgo	1		

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES		
Administradora	Días Cotizados	Tarifa
CCF22 - COLSUBSIDIO	30	4,000 %

Cotizante exonerado pago aportes salud, SENA e ICBF (Reforma Tributaria): SI

Planilla Pagada
Planilla Pagada

PAOLA MORALES

Medellín, 28 de Mayo de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1017243738	MORALES COLORADO PAOLA CRISTINA	26/03/2025	16/03/2026	36201642	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10223454422514838898

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 28/05/2025 10:48:18 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.61.246.54, 198.143.41.18, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE

Certificamos que OUTSOURCING DF SAS con documento NIT 901879303, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) PAOLA CRISTINA MORALES COLORADO con documento CC 1017243738, como se detalla a continuación:

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número de Planilla	7969582095	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotizado Otros	ABRIL/2025	Periodo Cotización Salud	MAYO/2025
Fecha Pago	2025/05/07	Número de Autorización	1464749118

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	230301 - PORVENIR
Días	30	Tarifa	16,000 %
Indicador tarifa especial	Normal		

SALUD		Administradora	EPS010 - SURAMERICANA DE
Días	30	Tarifa	4,000 %

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-11 - ARL SURA
Días	30	Tarifa	0,522 %
Clase de Riesgo	1		

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES		
Administradora	Días Cotizados	Tarifa
CCF22 - COLSUBSIDIO	30	4,000 %

Cotizante exonerado pago aportes salud, SENA e ICBF (Reforma Tributaria): SI

Planilla Pagada
Planilla Pagada

CARLOS NICOLAY VARGAS

CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE

Certificamos que OUTSOURCING DF SAS con documento NIT 901879303, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) CARLOS NICOLAY VARGAS SUAREZ con documento CC 80150914, como se detalla a continuación:

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número de Planilla	7969582095	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotizado Otros	ABRIL/2025	Periodo Cotización Salud	MAYO/2025
Fecha Pago	2025/05/07	Número de Autorización	1464749118

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	25-14 COLPENSIONES
Días	30	Tarifa	16,000 %
Indicador tarifa especial	Normal		

SALUD		Administradora	MIN002 - ADRES - RÉGIMEN
Días	30	Tarifa	4,000 %

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-11 - ARL SURA
Días	30	Tarifa	6,960 %
Clase de Riesgo	5		

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES		
Administradora	Días Cotizados	Tarifa
CCF22 - COLSUBSIDIO	30	4,000 %

Cotizante exonerado pago aportes salud, SENA e ICBF (Reforma Tributaria): SI

Planilla Pagada
Planilla Pagada

KEREN OJEDA

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901172605-1	ICOD CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS SAS	CALLE 18 4 91	3134561668	anyumilena@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	ADMINISTRATIVA	ADM	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-04	E	07/05/2025	86416365	$3.759.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	100.000	0		0		0	2	200	0	100.200	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	225.000	0		0		0	2	300	0	225.300	2
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	160.000	0		0		0	2	300	0	160.300	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	1.267.800	0	0	0	0	2	1.700	0	1.269.500	3
25-14	Colpensiones	900336004-7	672.000	0	0	0	0	2	900	0	672.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	843.900				843.900	2	1.200	845.100			8.439	845.100	4

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	485.000	2	700	485.700	4

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	3	485.000	485.800
Pensión	2	1.939.800	1.942.400
Riesgos Laborales	1	843.900	845.100
CCF	1	485.000	485.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	7	3.753.700	3.759.000

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901172605-1	ICOD CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS SAS		CALLE 18 4 91	3134561668	anyumilena@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	ADMINISTRATIVA	ADM	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-04	E	07/05/2025	86416365	$3.759.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1016008993	BEJARANO AVILA CARLOS JAVIER	1	0			S	X																230301	4.000.000	640.000	0	0	0	0	EPS017	4.000.000	160.000	14-4	4.000.000	5	278.400	CCF24	4.000.000	160.000	0	0	0	0	0
2	CC	1030605839	MEDINA GOMEZ DIANA CAROLINA	1	0			S	X																25-14	4.200.000	672.000	0	0	0	0	EPS008	4.200.000	168.000	14-4	4.200.000	5	292.400	CCF24	4.200.000	168.000	0	0	0	0	0
3	CC	80759438	SALAZAR CACERES FABIO ALEXANDER	1	0			S	X																230301	2.500.000	400.000	0	0	0	0	EPS002	2.500.000	100.000	14-4	2.500.000	5	174.000	CCF24	2.500.000	100.000	0	0	0	0	0
4	CC	1104938008	OJEDA PINEDA KEREN MANUELA	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	57.000	14-4	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

YULY JARAMILLO

Medellín, 03 de june de 2025

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que YULY JARAMILLO BOLAÑO identificado(a) con cédula de ciudadanía 32907266 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 04/06/2025 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

CONSORCIO SUBA MT N901902678

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5429001 - CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN, CONSERVACIÓN Y REPARACIÓN DE INSTALACIONES INDUSTRIALES (EXCEPTO EDIFICIOS) COMO REFINERÍAS, FÁBRICAS DE PRODUCTOS QUÍMICOS, VÍAS DE NAVEGACIÓN, OBRAS PORTUARIAS Y FLUVIALES, PUERTOS DEPORTIVOS, INSTALACIONES DEPORTIVAS O DE ESPARCIMIENTO, ESCLUSAS, REPRESAS Y DIQUES, SUBDIVISIÓN DE TERRENOS CON MEJORA

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000002 - OBRA

CLASE: 5 **PORCENTAJE:** 6.96% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
5429001 - CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN, CONSERVACIÓN Y REPARACIÓN DE INSTALACIONES INDUSTRIALES (EXCEPTO EDIFICIOS) COMO REFINERÍAS, FÁBRICAS DE PRODUCTOS QUÍMICOS, VÍAS DE NAVEGACIÓN, OBRAS PORTUARIAS Y FLUVIALES, PUERTOS DEPORTIVOS, INSTALACIONES DEPORTIVAS O DE ESPARCIMIENTO, ESCLUSAS, REPRESAS Y DIQUES, SUBDIVISIÓN DE TERRENOS CON MEJORA

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5429001 - CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN, CONSERVACIÓN Y REPARACIÓN DE INSTALACIONES INDUSTRIALES (EXCEPTO EDIFICIOS) COMO REFINERÍAS, FÁBRICAS DE PRODUCTOS QUÍMICOS, VÍAS DE NAVEGACIÓN, OBRAS PORTUARIAS Y FLUVIALES, PUERTOS DEPORTIVOS, INSTALACIONES DEPORTIVAS O DE ESPARCIMIENTO, ESCLUSAS, REPRESAS Y DIQUES, SUBDIVISIÓN DE TERRENOS CON MEJORA

CODIGO DE ACTIVIDAD: 5429001

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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: 03/06/2025 1.30 PM

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-05-02, 12:46:10 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1071833050

Periodo Cotización 202504 **Periodo Servicio** 202504

Cliente:

PAGADA 2025-05-02

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	YULI PAOLIN JARAMILLO				
Documento	CC 32907266	**Dirección**	CR 96B #17 A - 10		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3003554713		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 32907266		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	03	00					JARAMILLO BOLAÑO YULY PAULIN	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																						Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	0	0			$ 1.423.500	230201		16 %	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	EPS010		12,5 %	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	NIN-AR		0,000 %	$ 0	$ 0	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PROTECCION	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SURA	NINGUNA ARP	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 405.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!



LUIS ACUÑA

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900171853
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ALFA DEMOLICION SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 189 # 8-24 INT 28	TELÉFONO:	4661890
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Demolición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7971520196**			TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	mayo	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/05/13			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1478046364		

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	3	$ 683.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 683.400	$ 0	$ 683.400
230201	230201- PROTECCION	2	$ 455.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 455.600	$ 0	$ 455.600
230301	230301-PORVENIR	9	$ 2.278.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.278.000	$ 0	$ 2.278.000
SUBTOTALES:										**$ 3.417.000**	**$ 0**	**$ 3.417.000**

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	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 114.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 114.000	$ 0	$ 0	$ 114.000
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 113.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 113.900	$ 0	$ 0	$ 113.900
EPS008	EPS008-COMPENSAR	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 114.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 114.000	$ 0	$ 0	$ 114.000
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 171.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 171.000	$ 0	$ 0	$ 171.000
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 57.000
EPS017	EPS017-FAMISANAR	5		$ 0		$ 0		$ 0	$ 285.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 285.000	$ 0	$ 0	$ 285.000
SUBTOTALES:													**$ 854.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 854.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	14		$ 0	$ 0		$ 0	$ 1.486.500	$ 1.486.500	$ 0	$ 0	$ 1.486.500
SUBTOTALES:									**$ 1.486.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 1.486.500**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF21	CCF21-CAFAM	14	$ 854.900	$ 0	$ 854.900
SUBTOTALES:			**$ 854.900**	**$ 0**	**$ 854.900**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																									PENSIÓN									SALUD						ARP												
																												FSP		APORTES VOLUNTARIOS																CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
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	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1007414685	MOSQUERA BENITEZ BARBARA CAMILA	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	6960	$ 99.100	30	$ 1.423.500	CCF21-CAFAM	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1020739825	ARIAS GUIO CESAR FERNEY	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	01	$ 99.100	30	$ 1.423.500	CCF21-CAFAM	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 1193032714	HOYOS PACHECO FRANCISCO JAVIER	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	01	$ 99.100	30	$ 1.423.500	CCF21-CAFAM	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	CC 3907957	SERRANO PINO DAVID ENRIQUE	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	230201-PROTECCION	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	6960	$ 99.100	30	$ 1.423.500	CCF21-CAFAM	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
5	CC 4080995	SUSPES APERADOR BENIGNO	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	6960	$ 99.100	30	$ 1.423.500	CCF21-CAFAM	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
6	CC 4290969	BOHORQUEZ VALERO JOSE DIONEL	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	6960	$ 99.100	30	$ 1.423.500	CCF21-CAFAM	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
7	CC 4291186	BOHORQUEZ VALERO JOSE EFREN	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	230201-PROTECCION	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	6960	$ 99.100	30	$ 1.423.500	CCF21-CAFAM	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
8	CC 74282072	ROA ZAMORA ISMAEL DARIO	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	01	$ 99.100	30	$ 1.423.500	CCF21-CAFAM	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
9	CC 79519047	NINO SANCHEZ SAMUEL ARCANGEL	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	6960	$ 99.100	30	$ 1.423.500	CCF21-CAFAM	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900171853
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ALFA DEMOLICION SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 189 # 8-24 INT 28	TELÉFONO:	4661890
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Demolición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7971520196**	TIPO DE PLANILLA:	E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES abril AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES mayo AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/05/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1478046364

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN									SALUD						ARP												
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																														SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																										
10	CC 79599671	COLMENARES ARIAS OCTAVIO	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	6960	$ 99.100	30	$ 1.423.500	CCF21-CAFAM	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
11	CC 79953702	BOHORQUEZ VALERO LUIS HERNANDO	DEPEND		$ 2.847.000	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 2.847.000	$ 455.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 455.600	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2.847.000	$ 113.900	$ 0	$ 113.900	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.847.000	01	$ 198.200	30	$ 2.847.000	CCF21-CAFAM	$ 113.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
12	CC 80368259	GARCIA RICO RICHAR	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	01	$ 99.100	30	$ 1.423.500	CCF21-CAFAM	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
13	CC 80757926	CHOLO ORTIZ CARLOS ANDRES	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	01	$ 99.100	30	$ 1.423.500	CCF21-CAFAM	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
14	CC 9197514	ACUNA MEDINA LUIS EDUARDO	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	1	$ 99.100	30	$ 1.423.500	CCF21-CAFAM	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 6.613.300

Planilla Pagada

MAO SEBASTIAN BERMEO MAHECHA

CONSULTA EMPLEADO

Razón Social: MORENO VARGAS SOCIEDAD ANONIMA
Identificación NI - 891100881
Sucursal 0
Período Pensión 2025-04
Período Salud 2025-05
Fecha Pago Planilla 2025-05-19

Tipo Identificación	CC
Numero Identificación	1001197750
Nombre	MAO SEBASTIAN BERMEO MAHECHA
EPS	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
AFP	COLFONDOS
Caja de compensación	Caja de Compensacion Familiar CAFAM
ARL	CIA. DE SEGUROS BOLIVAR S.A.
Número Planilla	33489106
Referencia de Pago(PIN)	
Tipo Planilla	E
Periodo Pensión	2025-04
Periodo Salud	2025-05
Tipo Cotizante	Dependiente
Subtipo de Cotizante	No aplica

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
											X																	0		

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
30	6.254.725	0,0400000	$ 250.200	$ 0		$ 0		$ 0

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
30	6.254.725	0,1600000	$ 1.000.800	$ 0	$ 0	$ 1.000.800	$ 31.300	$ 31.300	$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	6.254.725	0,0696000	$ 435.400	5

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligatori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatori	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatori
30	6.254.725	0,0400000	$ 250.200	0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0

PLANILLA ABRIL OPERATIVA – ICOD

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901172605-1	ICOD CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS SAS	CALLE 18 4 91	3134561668	anyumilena@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	OPERATIVA / OPERATIVA	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					3	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-04	E	07/05/2025	86416283	$3.293.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	368.000	0		0		0	2	500	0	368.500	2
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	57.000	0		0		0	2	100	0	57.100	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	899.800	0	0	0	0	2	1.200	0	901.000	2
25-14	Colpensiones	900336004-7	800.000	0	0	0	0	2	1.100	0	801.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	739.500				739.500	2	1.000	740.500			7.395	740.500	3

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	425.000	2	600	425.600	3

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	425.000	425.600
Pensión	2	1.699.800	1.702.100
Riesgos Laborales	1	739.500	740.500
CCF	1	425.000	425.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	6	3.289.300	3.293.800

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901172605-1	ICOD CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS SAS		CALLE 18 4 91	3134561668	anyumilena@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	OPERATIVA	OPERATIVA	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					3	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-04	E	07/05/2025	86416283	$3.293.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1018476072	FAJARDO CASTAÑEDA DANIEL	1	0			S	X																230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	57.000	14-4	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
2	CC	1032472777	MORENO CARRAZCO OSCAR JULIAN	1	0			S																	230301	4.200.000	672.000	0	0	0	0	EPS002	4.200.000	168.000	14-4	4.200.000	5	292.400	CCF24	4.200.000	168.000	0	0	0	0	0
3	CC	1077012961	ROCHA VARGAS DANIELA CAMILA	1	0			S	X																25-14	5.000.000	800.000	0	0	0	0	EPS002	5.000.000	200.000	14-4	5.000.000	5	348.000	CCF24	5.000.000	200.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

IVAN CAMILO ANDRADE

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900781595-5	DCM INGENIEROS SAS	CRA 4 No 19-78 PISO 8	4584169	gerencia.dcming@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-04	E	26/05/2025	86695511	$2.303.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	60.000	0		0		0	3	200	0	60.200	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	57.000	0		0		0	3	200	0	57.200	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	180.000	0		0		0	3	400	0	180.400	2

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	400.000	0	0	0	0	3	800	0	400.800	1
230301	Porvenir	800224808-8	787.800	0	0	0	0	3	1.600	0	789.400	3

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	516.700				516.700	3	1.100	517.800			5.167	517.800	4

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	297.000	3	600	297.600	4

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	3	297.000	297.800
Pensión	2	1.187.800	1.190.200
Riesgos Laborales	1	516.700	517.800
CCF	1	297.000	297.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	7	2.298.500	2.303.400

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900781595-5	DCM INGENIEROS SAS		CRA 4 No 19-78 PISO 8	4584169	gerencia.dcming@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-04	E	26/05/2025	86695511	$2.303.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1013603357	ANDRADE SANTANA IVAN CAMILO	1	0			S																	230201	2.500.000	400.000	0	0	0	0	EPS010	2.500.000	100.000	14-11	2.500.000	5	174.000	CCF24	2.500.000	100.000	0	0	0	0	0
2	CC	1013659164	ANDRADE SANTANA JESIKA LORENA	1	0			S																	230301	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS010	2.000.000	80.000	14-11	2.000.000	5	139.200	CCF24	2.000.000	80.000	0	0	0	0	0
3	CC	1116914637	MENESES LOPEZ JARLY BIBIANA	1	0			S																	230301	1.500.000	240.000	0	0	0	0	EPS002	1.500.000	60.000	14-11	1.500.000	5	104.400	CCF24	1.500.000	60.000	0	0	0	0	0
4	CC	52188276	ATARA CARDENAS RUBY ESPERANZA	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DANIEL FERNANDO GOMEZ

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que Y&V INGENIERIA Y CONSTRUCCION SUCURSAL COLOMBIA identificado(a) con NI 900467640 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para DANIEL FERNANDO GOMEZ SANCHEZ identificado(a) con CC 1030582469

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9485941450	1476162758	E	2025-05-12	EPS	EPS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-05	28							X											$5,707,520	4%	$228,400
9485941450	1476162758	E	2025-05-12	EPS	EPS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-05	2													X					$407,680	4%	$16,400
9485941450	1476162758	E	2025-05-12	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	28							X											$5,707,520	16%	$913,300
9485941450	1476162758	E	2025-05-12	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	2													X					$407,680	16%	$65,300
9485941450	1476162758	E	2025-05-12	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-04	28							X											$5,707,520		$28,600
9485941450	1476162758	E	2025-05-12	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-04	2													X					$407,680		$2,100
9485941450	1476162758	E	2025-05-12	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-04	28							X											$5,707,520		$28,600
9485941450	1476162758	E	2025-05-12	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-04	2													X					$407,680		$2,100
9485941450	1476162758	E	2025-05-12	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2025-04	28							X											$0	0%	$0
9485941450	1476162758	E	2025-05-12	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2025-04	2													X					$0	0%	$0
9485941450	1476162758	E	2025-05-12	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2025-04	28							X											$0	0%	$0
9485941450	1476162758	E	2025-05-12	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2025-04	2													X					$0	0%	$0
9485941450	1476162758	E	2025-05-12	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	28							X											$5,707,520	0.522%	$29,800
9485941450	1476162758	E	2025-05-12	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	2													X					$407,680	0%	$0
9485941450	1476162758	E	2025-05-12	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	28							X											$5,707,520	4%	$228,400
9485941450	1476162758	E	2025-05-12	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	2													X					$407,680	4%	$16,400
9484521554	1399856952	E	2025-04-09	EPS	EPS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	30																		$5,600,000	4%	$224,000
9484521554	1399856952	E	2025-04-09	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-03	30																		$5,600,000	16%	$896,000
9484521554	1399856952	E	2025-04-09	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-03	30																		$5,600,000		$0
9484521554	1399856952	E	2025-04-09	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-03	30																		$5,600,000		$0

aportes en línea

Certificado de Aportes

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9484521554	1399856952	E	2025-04-09	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2025-03	30																	$0	0%	$0
9484521554	1399856952	E	2025-04-09	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2025-03	30																	$0	0%	$0
9484521554	1399856952	E	2025-04-09	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-03	30																	$5,600,000	0.522%	$29,300
9484521554	1399856952	E	2025-04-09	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-03	30																	$5,600,000	4%	$224,000

Este certificado se expide el día 2025-06-06 a las 02:27.



OUTSORCING E

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901879303
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			OUTSOURCING DF SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CR 36 3 41 OF 1503	TELÉFONO:	3115850
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Construcción de otras obras de ingeniería civil.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA								
NÚMERO PLANILLA:			**7969582095**	TIPO DE PLANILLA:				E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	mayo	AÑO	2025
DÍAS DE MORA:			2					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/05/07	NÚMERO AUTORIZACIÓN:				1464749118

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	4	$ 1.744.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.300	$ 0	$ 1.744.000	$ 2.300	$ 1.746.300
230201	230201- PROTECCION	4	$ 876.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.200	$ 0	$ 876.000	$ 1.200	$ 877.200
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 68.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 100	$ 0	$ 68.400	$ 100	$ 68.500
230301	230301-PORVENIR	8	$ 2.607.300	$ 0	$ 0	$ 30.000	$ 30.000	$ 3.500	$ 200	$ 2.667.300	$ 3.700	$ 2.671.000
SUBTOTALES:										**$ 5.355.700**	**$ 7.300**	**$ 5.363.000**

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
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 332.000	$ 0	$ 500	$ 0	$ 332.000	$ 500	$ 0	$ 332.500
ESSC24	ESSC24-COOSALUD ESS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 17.100	$ 0	$ 100	$ 0	$ 17.100	$ 100	$ 0	$ 17.200
EPSC34	EPSC34-CAPITAL SALUD EPSS	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 7.600	$ 0	$ 100	$ 0	$ 7.600	$ 100	$ 0	$ 7.700
MIN002	MIN002-ADRES-REGIMEN EXCEPCION	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 72.000	$ 0	$ 100	$ 0	$ 72.000	$ 100	$ 0	$ 72.100
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 51.500	$ 0	$ 100	$ 0	$ 51.500	$ 100	$ 0	$ 51.600
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	8		$ 0		$ 0		$ 0	$ 826.700	$ 0	$ 1.100	$ 0	$ 826.700	$ 1.100	$ 0	$ 827.800
EPS008	EPS008-COMPENSAR	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 74.100	$ 0	$ 100	$ 0	$ 74.100	$ 100	$ 0	$ 74.200
SUBTOTALES:													**$ 1.381.000**	**$ 2.100**	**$ 0**	**$ 1.383.100**

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	18		$ 0	$ 0		$ 0	$ 1.578.000	$ 1.578.000	$ 2.100	$ 0	$ 1.580.100
SUBTOTALES:									**$ 1.578.000**	**$ 2.100**	**$ 0**	**$ 1.580.100**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF22	CCF22-COLSUBSIDIO	18	$ 1.381.000	$ 1.900	$ 1.382.900
SUBTOTALES:			**$ 1.381.000**	**$ 1.900**	**$ 1.382.900**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																									PENSIÓN								SALUD						ARP												
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1001174776	GOMEZ SOTO ERICK SANTIAGO	DEPEND		$ 3.000.000	FIJO			SI																230201-PROTECCION	30	$ 3.000.000	$ 480.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 480.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 3.000.000	$ 120.000	$ 0	$ 120.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 3.000.000	100117477	$ 15.700	30	$ 3.000.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 120.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1016066905	MEDINA ROJAS DAYANA LICETH	DEPEND		$ 5.000.000	FIJO			SI																25-14 COLPENSIONES	30	$ 5.000.000	$ 800.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 800.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 5.000.000	$ 200.000	$ 0	$ 200.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 5.000.000	000000001	$ 348.000	30	$ 5.000.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 200.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 1017243738	MORALES COLORADO PAOLA CRISTINA	DEPEND		$ 2.300.000	FIJO			SI																230301-PORVENIR	30	$ 2.300.000	$ 368.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 368.000	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 2.300.000	$ 92.000	$ 0	$ 92.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.300.000	00002	$ 12.100	30	$ 2.300.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 92.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	CC 1018443408	VERA USECHE CRISTIAN ANDRES	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI	28															230301-PORVENIR	3	$ 142.350	$ 22.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 22.800	EPSC34-CAPITAL SALUD EPSS	3	$ 142.350	$ 5.700	$ 0	$ 5.700	14-11 - ARL SURA	3	$ 142.350	001	$ 10.000	3	$ 142.350	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 5.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
5	CC 1023018002	VARGAS VENEGAS ANGEL FABIAN	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI		09														230201-PROTECCION	9	$ 427.050	$ 68.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 68.400	EPS008-COMPENSAR	9	$ 427.050	$ 17.100	$ 0	$ 17.100	14-11 - ARL SURA	9	$ 427.050	00001	$ 29.800	9	$ 427.050	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 17.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
6	CC 1024513644	PENA TORRES JEISSON ALFONSO	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI		09														231001-COLFONDOS	9	$ 427.050	$ 68.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 68.400	ESSC24-COOSALUD ESS	9	$ 427.050	$ 17.100	$ 0	$ 17.100	14-11 - ARL SURA	9	$ 427.050	00001	$ 29.800	9	$ 427.050	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 17.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
7	CC 1032488399	ROBAYO CORONADO JUAN SEBASTIAN	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI	28															230301-PORVENIR	3	$ 142.350	$ 22.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 22.800	EPS005-SANITAS S.A.	3	$ 142.350	$ 5.700	$ 0	$ 5.700	14-11 - ARL SURA	3	$ 142.350	001	$ 10.000	3	$ 142.350	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 5.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
8	CC 1052383452	ESLAVA PASACHOA EYNNY ZULAY	DEPEND		$ 5.000.000	FIJO			SI																230301-PORVENIR	30	$ 5.000.000	$ 800.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 800.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 5.000.000	$ 200.000	$ 0	$ 200.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 5.000.000	000000001	$ 348.000	30	$ 5.000.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 200.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
9	CC 1104938008	OJEDA PINEDA KEREN MANUELA	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI	01															230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	002	$ 7.500	30	$ 1.423.500	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901879303
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			OUTSOURCING DF SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CR 36 3 41 OF 1503	TELÉFONO:	3115850
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Construcción de otras obras de ingeniería civil.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	SI		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7969582095**			TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	mayo	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	2						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/05/07			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1464749118		

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	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
10	CC 1110580807	MORENO OTAVO LUISA FERNANDA	DEPEND		$ 1.800.000	FIJO			SI	23																230301-PORVENIR	8	$ 480.000	$ 76.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 76.800	EPS002-SALUD TOTAL	8	$ 480.000	$ 19.200	$ 0	$ 19.200	14-11 - ARL SURA	8	$ 480.000	001	$ 33.500	8	$ 480.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 19.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
11	CC 1123325183	BURBANO NARVAEZ YASMIN CATERINE	DEPEND		$ 6.000.000	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 6.000.000	$ 960.000	$ 30.000	$ 30.000	$ 0	$ 0	Normal	$ 1.020.000	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 6.000.000	$ 240.000	$ 0	$ 240.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 6.000.000	000000001	$ 417.600	30	$ 6.000.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 240.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
12	CC 1193079849	LAZALA HURTADO LEONIDAS FELIPE	DEPEND		$ 2.300.000	FIJO			SI		30															25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.300.000	$ 368.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 368.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2.300.000	$ 92.000	$ 0	$ 92.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.300.000	107274578	$ 12.100	30	$ 2.300.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 92.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
13	CC 4254886	DURAN TONCON JOSE DEL CARMEN	DEPEND	INDEMN SUST/DEV SALDOS	$ 1.423.500	FIJO			SI																			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	000000001	$ 99.100	30	$ 1.423.500	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
14	CC 4287682	NINO GONZALEZ CARLOS ORLANDO	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI		01															230201-PROTECCION	1	$ 47.450	$ 7.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 7.600	EPSC34-CAPITAL SALUD EPSS	1	$ 47.450	$ 1.900	$ 0	$ 1.900	14-11 - ARL SURA	1	$ 47.450	000000001	$ 3.400	1	$ 47.450	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 1.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
15	CC 51964259	LUENGAS PENA LUZMILA	DEPEND		$ 1.800.000	FIJO			SI	01																25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.800.000	$ 288.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 288.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.800.000	$ 72.000	$ 0	$ 72.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.800.000	002	$ 9.400	30	$ 1.800.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 72.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
16	CC 65769815	GOMEZ ROMERO NANCY ESPERANZA	DEPEND		$ 2.000.000	FIJO			SI																	230201-PROTECCION	30	$ 2.000.000	$ 320.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 320.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2.000.000	$ 80.000	$ 0	$ 80.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.000.000	0002	$ 10.500	30	$ 2.000.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 80.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
17	CC 79287525	PARRA CHACON JAIRO ALBERTO	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI		17															230301-PORVENIR	17	$ 806.650	$ 129.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 129.100	EPS002-SALUD TOTAL	17	$ 806.650	$ 32.300	$ 0	$ 32.300	14-11 - ARL SURA	17	$ 806.650	79287525	$ 56.200	17	$ 806.650	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 32.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
18	CC 80150914	VARGAS SUAREZ CARLOS NICOLAY	DEPEND		$ 1.800.000	FIJO			SI																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.800.000	$ 288.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 288.000	MIN002-ADRES-REGIMEN EXCEPCION	30	$ 1.800.000	$ 72.000	$ 0	$ 72.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.800.000	80150914	$ 125.300	30	$ 1.800.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 72.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 9.709.100

Planilla Pagada

RAMIRO OSPINA

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	17293702
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			RAMIRO OSPINA RESTREPO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CLL 44BC 21 A ESTE 06	TELÉFONO:	3246106
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Construcción de otras obras de ingeniería civil.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7969516343**	TIPO DE PLANILLA:	E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES abril AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES mayo AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	2		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/05/07	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1464875177

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
230201	230201- PROTECCION	1	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 300	$ 0	$ 227.800	$ 300	$ 228.100
230301	230301-PORVENIR	3	$ 683.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 900	$ 0	$ 683.400	$ 900	$ 684.300
25-14	25-14 COLPENSIONES	2	$ 455.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 600	$ 0	$ 455.600	$ 600	$ 456.200
SUBTOTALES:										**$ 1.366.800**	**$ 1.800**	**$ 1.368.600**

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
EPS017	EPS017-FAMISANAR	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 171.000	$ 0	$ 300	$ 0	$ 171.000	$ 300	$ 0	$ 171.300
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 114.000	$ 0	$ 200	$ 0	$ 114.000	$ 200	$ 0	$ 114.200
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 57.000	$ 0	$ 100	$ 0	$ 57.100	$ 100	$ 0	$ 57.100
SUBTOTALES:													**$ 342.000**	**$ 600**	**$ 0**	**$ 342.600**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-4	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.	6		$ 0	$ 0		$ 0	$ 594.600	$ 594.600	$ 800	$ 0	$ 595.400
SUBTOTALES:									**$ 594.600**	**$ 800**	**$ 0**	**$ 595.400**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF22	CCF22-COLSUBSIDIO	6	$ 342.000	$ 500	$ 342.500
SUBTOTALES:			**$ 342.000**	**$ 500**	**$ 342.500**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP																	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																														SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																		



JIMMY ALBERTO CENDALES

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80038149	JIMMY ALBERTO CENDALES MORA	Calle 173A # 20A - 32 interior 3 apartamento 212	6016639649	jimmy_cendales@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-04	I	25/04/2025	85891562	$1.082.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	410.900	0		0		0	0	0	0	410.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	526.000	0	0	0	0	0	0		526.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	80.100				80.100	0	0	80.100			801	80.100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	65.800	0	0	65.800	1

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	410.900	410.900
Pensión	1	526.000	526.000
Riesgos Laborales	1	80.100	80.100
CCF	1	65.800	65.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1.082.800	1.082.800

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	**NÚMERO**	**NOMBRE APORTANTE**	**DIRECCIÓN**	**TELÉFONO**	**CORREO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
CC	80038149	JIMMY ALBERTO CENDALES MORA	Calle 173A # 20A - 32 interior 3 apartamento 212	6016639649	jimmy_cendales@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL** / **CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	**FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)**	**TIPO PLANILLA**	**FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)**	**NÚMERO PLANILLA**	**CANTIDAD**	
					EMPLEADOS	**UPC**
					1	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2025-04	2025-04	I	25/04/2025	85891562	$1.082.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	**Tipo**	**No. de Identificación**	**Apellidos y Nombres**	**Cotizante**	**Subtipo**	**Extranjero**	**Colom. exterior**	**Estornado**	**ING**	**RET**	**TDE**	**TAE**	**TDP**	**TAP**	**VSP**	**VST**	**SLN**	**IGE**	**LMA**	**VAC**	**AVP**	**VCT**	**IRL**	**CORRECCIÓN**	**Cód. AFP**	**IBC AFP**	**Cotización**	**Voluntario Afiliado**	**Voluntario Aportante**	**Fondo pensional de solidaridad**	**Fondo pensional de subsistencia**	**Cód. EPS**	**IBC EPS**	**Cotización / Valor UPC**	**Cód. ARL**	**IBC ARL**	**Clase de Riesgo**	**Cotización**	**Código CCF**	**IBC CCF**	**Aporte CCF**	**IBC otros parafiscales**	**Aporte SENA**	**Aporte ICBF**	**Aporte ESAP**	**Aporte MEN**
1	CC	80038149	CENDALES MORA JIMMY ALBERTO	59	0			N																		230301	3.287.200	526.000	0	0	0	0	EPS008	3.287.200	410.900	14-4	3.287.200	3	80.100	CCF24	3.287.200	65.800	0	0	0	0	0

PAGADA

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

JULIAN DARIO FAJARDO NUÑEZ

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-05-02, 03:28:44 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1071369681

Periodo Cotización: abril de 2025 **Periodo Servicio:** abril de 2025

PAGADO 23/04/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JULIAN DARIO FAJARDO NUÑEZ		
Documento	CC1016075257	**Dirección**	CR 89 #19 A - 49 TORRE 3 APTO 303
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	4573777
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	VIDA AURORA SA

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 1016075257	JULIAN DARIO FAJARDO NUÑEZ	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 2.600.000	$ 416.000	(EPS005) EPS SANITAS	$ 2.600.000	$ 325.000	1,044	$ 2.600.000	$ 27.200	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 768.200

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
$ 2.600.000	$ 2.600.000	$ 2.600.000	$ 0	$ 416.000	$ 325.000	$ 27.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 768.200	$ 0	$ 768.200

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

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

JORGE ELIECER RODRIGUEZ

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	**dv**	**Razon Social**	**Clase Aportante**	**Sucursal Principal**	**Direccion**	**Ciudad-Departamento**	**Teléfono**	**Exonerado SENA e ICBF**
CC 80793394		RODRIGUEZ PAREDES JORGE ELIECER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 12c No71C 31	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3135331428	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		**Clave**		**Tipo**	**Fecha**		**Pago**		
Pensión	**Salud**	**Pago**	**Planilla**	**Planilla**	**Limite**	**Pago**	**Banco**	**Dias Mora**	**Valor**
2025-04	2025-04	1462447491	9484517242	I	2025/05/23	2025/05/06	BANCOLOMBIA	0	$522,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,800,000	$288,000			$1,800,000	$225,000			$0	$0			$1,800,000	$9,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,800,000	$288,000			$1,800,000	$225,000			$0	$0			$1,800,000	$9,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,800,000	$288,000			$1,800,000	$225,000			$0	$0			$1,800,000	$9,400		$0	$0
1	CC	80793394	RODRIGUEZ JORGE	230201	30	$1,800,000	$288,000	EPS010	30	$1,800,000	$225,000		0	$0	$0	14-7	30	$1,800,000	$9,400	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,800,000	$288,000			$1,800,000	$225,000			$0	$0			$1,800,000	$9,400		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80793394		RODRIGUEZ PAREDES JORGE ELIECER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 12c No71C 31	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3135331428	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1462447491	9484517242	I	2025/05/23	2025/05/06	BANCOLOMBIA	0	$522,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$288,000	$0	$0	$288,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$288,000	$0	$0	$288,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,400	$0	$0	$9,400
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$9,400	$0	$0	$9,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$225,000	$0	$0	$225,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$225,000	$0	$0	$225,000
TOTAL				**1**	**$522,400**	**$0**	**$0**	**$522,400**

ALEJANDRA GARZON BUSTAMANTE

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1010201650
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ALEJANDRA GARZON BUSTAMANTE
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 1A 52-05	TELÉFONO:	2850443
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:	**7966703460**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES abril AÑO 2025			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES abril AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/05/05			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1458301343

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	$ 243.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 243.200	$ 0	$ 243.200
SUBTOTALES:										**$ 243.200**	**$ 0**	**$ 243.200**

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
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 190.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 190.000	$ 0	$ 0	$ 190.000
SUBTOTALES:													**$ 190.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 190.000**

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	$ 8.000	$ 8.000	$ 0	$ 0	$ 8.000
SUBTOTALES:									**$ 8.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 8.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES									
																										PENSIÓN									SALUD						ARP																	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1010201650	GARZON BUSTAMANTE ALEJANDRA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.520.000				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.520.000	$ 243.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 243.200	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.520.000	$ 190.000	$ 0	$ 190.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.520.000	101020165	$ 8.000		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 441.200

PAOLA COPABAN

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52335172		COPABAN RICO PAOLA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 160#57-70 int 1 apto 401	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4799184	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1472418963	9485350460	I	2025/05/19	2025/05/12	BANCO CAJA SOCIAL	0	$469,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$34,700		$0	$0
1	CC	52335172	COPABAN PAOLA	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$178,000	CCF21	30	$1,423,500	$28,500	14-23	30	$1,423,500	$34,700	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$34,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52335172		COPABAN RICO PAOLA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 160#57-70 int 1 apto 401	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4799184	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1472418963	9485350460	I	2025/05/19	2025/05/12	BANCO CAJA SOCIAL	0	$469,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$0	$0	$34,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$34,700	$0	$0	$34,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,500	$0	$0	$28,500
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	1	$28,500	$0	$0	$28,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				**1**	**$469,000**	**$0**	**$0**	**$469,000**

JAVIER RAMIREZ

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80051643		RAMIREZ JAVIER ALEXANDER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 79B # 45-36 sur Torre R Apto 106	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4545920	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1494765500	9485103776	I	2025/05/13	2025/05/20	BANCOLOMBIA	7	$407,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0
1	CC	80051643	RAMIREZ JAVIER	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS008	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0

2025/05/20 11:16 AM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80051643		RAMIREZ JAVIER ALEXANDER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 79B # 45-36 sur Torre R Apto 106	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4545920	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1494765500	9485103776	I	2025/05/13	2025/05/20	BANCOLOMBIA	7	$407,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$1,100	$0	$228,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$1,100	$0	$228,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$900	$0	$178,900
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$178,000	$900	$0	$178,900
TOTAL				**1**	**$405,800**	**$2,000**	**$0**	**$407,800**



ALEXANDER CASTILLO

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1010192576	ALEXANDER CASTILLO SIERRA	KR 81A 13F 60 INT 7 APTO 201	3107839799	alexcastillosierra@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-04	I	14/04/2025	85802823	$414.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	8.600	0	0	8.600	1

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	1	8.600	8.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	414.400	414.400

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1010192576	ALEXANDER CASTILLO SIERRA	KR 81A 13F 60 INT 7 APTO 201	3107839799	alexcastillosierra@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-04	I	14/04/2025	85802823	$414.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1010192576	CASTILLO SIERRA ALEXANDER	3	0			N																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	178.000		0		0	CCF24	1.423.500	8.600	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

ANA MILENA PULIDO

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1049626439	ANA MILENA PULIDO SORA	Carrera 71 Nro 67 - 02	3118933574	milenappss@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOYACÁ	TUNJA	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-04	I	02/05/2025	86076697	$1.185.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	450.000	0		0		0	0	0	0	450.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230901	Skandia Pensiones Obligatorias	800253055-2	576.000	0	0	0	0	0	0		576.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	87.700				87.700	0	0	87.700			877	87.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF10	Comfaboy	891800213-8	72.000	0	0	72.000	1

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	450.000	450.000
Pensión	1	576.000	576.000
Riesgos Laborales	1	87.700	87.700
CCF	1	72.000	72.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1.185.700	1.185.700

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1049626439	ANA MILENA PULIDO SORA	Carrera 71 Nro 67 - 02	3118933574	milenappss@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOYACÁ	TUNJA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-04	I	02/05/2025	86076697	$1.185.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1049626439	PULIDO SORA ANA MILENA	59	0			N																	230901	3.600.000	576.000	0	0	0	0	EPS005	3.600.000	450.000	14-23	3.600.000	3	87.700	CCF10	3.600.000	72.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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



FRANCY LORENA ALONSO

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1057591204
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			FRANCY LORENA ALONSO NORE
CIUDAD/MUNICIPIO:	SOGAMOSO	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CARRERA 68B#23B-35	TELÉFONO:	3447000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7973291909**		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES mayo AÑO 2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/06/03		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1526843690

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	$ 413.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 413.200	$ 0	$ 413.200
SUBTOTALES:										**$ 413.200**	**$ 0**	**$ 413.200**

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	$ 322.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 322.800	$ 0	$ 0	$ 322.800
SUBTOTALES:													**$ 322.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 322.800**

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
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 13.500	$ 13.500	$ 0	$ 0	$ 13.500
SUBTOTALES:									**$ 13.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 13.500**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES									
																										PENSIÓN									SALUD						ARP																			
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1057591204	ALONSO NORE FRANCY LORENA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.582.000				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.582.000	$ 413.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 413.200	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2.582.000	$ 322.800	$ 0	$ 322.800	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.582.000	01	$ 13.500		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 749.500

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1057591204
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			FRANCY LORENA ALONSO NORE
CIUDAD/MUNICIPIO:	SOGAMOSO	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CARRERA 68B#23B-35	TELÉFONO:	3447000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7968224977**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	abril AÑO 2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/04/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1415470413

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	$ 413.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 413.200	$ 0	$ 413.200
SUBTOTALES:										**$ 413.200**	**$ 0**	**$ 413.200**

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	$ 322.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 322.800	$ 0	$ 0	$ 322.800
SUBTOTALES:													**$ 322.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 322.800**

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
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 13.500	$ 13.500	$ 0	$ 0	$ 13.500
SUBTOTALES:									**$ 13.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 13.500**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP													
																													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	FSP SUBSISTENCIA	FSP 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	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1057591204	ALONSO NORE FRANCY LORENA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.582.000				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.582.000	$ 413.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 413.200	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2.582.000	$ 322.800	$ 0	$ 322.800	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.582.000	01	$ 13.500		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 749.500

MAIDY COMBITA

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1033739248	MAIDA NILAYDI COMBITA BOSIGA	Carrera 73 # 57-15 sur	5721670	nilaydi911@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-04	I	09/05/2025	86310377	$405.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	405.800	405.800

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1033739248	MAIDA NILAYDI COMBITA BOSIGA		Carrera 73 # 57-15 sur	5721670	nilaydi911@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-04	I	09/05/2025	86310377	$405.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1033739248	COMBITA BOSIGA MAIDA NILAYDI	3	0			N																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS010	1.423.500	178.000		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

ARL SUBA MT I

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901902678	2	CONSORCIO SUBA MT	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	Principal	CRA 36 3 41 OFICINA 1503	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7111111	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1469727706	9485792615	Y	2025/05/20	2025/05/09	BANCO CAJA SOCIAL	0	$142,100

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	Dias	Codigo	Días	Codigo	Días	Tarifa	Días	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: Principal (2 Afiliados)																														
Centro de Trabajo: INDEPENDIENTES (2 Afiliados)																														
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados)																														
1	CC	1057591204	ALONSO NORE FRANCY LORENA	X																	0		0		0	14-11	23	6.960%	0	No
2	CC	1033739248	COMBITA BOSIGA MAIDA NILAYDI	X																	0		0		0	14-11	20	6.960%	0	No
Total			**Afiliados(2)**																											

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901902678	2	CONSORCIO SUBA MT	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	Principal	CRA 36 3 41 OFICINA 1503	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7111111	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1469727706	9485792615	Y	2025/05/20	2025/05/09	BANCO CAJA SOCIAL	0	$142,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$142,100	$0	$0	$142,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	2	$142,100	$0	$0	$142,100
TOTAL				**2**	**$142,100**	**$0**	**$0**	**$142,100**

PLANILA Y - CONSORCIO SUBA MT

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901902678	2	CONSORCIO SUBA MT	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	Principal	CRA 36 3 41 OFICINA 1503	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7111111	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1536260040	9487257488	Y	2025/06/19	2025/06/06	BANCO CAJA SOCIAL	0	$931,800

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	Dias	Codigo	Días	Codigo	Días	Tarifa	Días	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: Principal (12 Afiliados)																															
Centro de Trabajo: INDEPENDIENTES (12 Afiliados)																															
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (12 Afiliados)																															
1	CC	1057591204	ALONSO NORE FRANCY LORENA		X																	0		0		0	14-11	21	6.960%	0	No
2	CC	87717804	BUSTOS BUSTOS CIPRIANO ALONSO	X																		0		0		0	14-11	10	6.960%	0	No
3	CC	1010192576	CASTILLO SIERRA ALEXANDER	X																		0		0		0	14-11	25	6.960%	0	No
4	CC	80038149	CENDALES MORA JIMMY ALBERTO	X																		0		0		0	14-11	25	6.960%	0	No
5	CC	1033739248	COMBITA BOSIGA MAIDA NILAYDI																			0		0		0	14-11	30	6.960%	0	No
6	CC	52335172	COPABAN RICO PAOLA ANDREA	X																		0		0		0	14-11	30	6.960%	0	No
7	CC	1016075257	FAJARDO NUÑEZ JULIAN DARIO	X																		0		0		0	14-11	25	6.960%	0	No
8	CC	1010201650	GARZON BUSTAMANTE ALEJANDRA	X																		0		0		0	14-11	30	6.960%	0	No
9	CC	1030582469	GOMEZ SANCHEZ DANIEL FERNANDO	X																		0		0		0	14-11	25	6.960%	0	No
10	CC	1049626439	PULIDO SORA ANA MILENA	X	X																	0		0		0	14-11	7	6.960%	0	No
11	CC	80051643	RAMIREZ JAVIER ALEXANDER	X																		0		0		0	14-11	30	6.960%	0	No
12	CC	80793394	RODRIGUEZ PAREDES JORGE ELIECER	X																		0		0		0	14-11	24	6.960%	0	No
Total			**Afiliados(12)**																												

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901902678	2	CONSORCIO SUBA MT	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	Principal	CRA 36 3 41 OFICINA 1503	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7111111	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1536260040	9487257488	Y	2025/06/19	2025/06/06	BANCO CAJA SOCIAL	0	$931,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				12	$931,800	$0	$0	$931,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	12	$931,800	$0	$0	$931,800
TOTAL				**12**	**$931,800**	**$0**	**$0**	**$931,800**

LAUREN BOJACA

Medellín, 19 de May de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

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:	0000000002 OBRA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1233506640	BOJACA PERILLA LAUREN VIVIANA	20/05/2025		17251130	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 19/05/2025 17:00:16 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.61.246.54, 198.143.41.18, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 20 de Mayo de 2.025

A QUIEN INTERESE

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

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1233506640
Nombre	: LAUREN VIVIANA BOJACA PERILLA
Empresa/Contratante	: CONSORCIO SUBA MT
Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901902678
Fecha de Afiliación a CCF	: 2025/05/20
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2025/05/20
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a A quien le pueda interesar y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

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

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código 016842XAA

FOR-PGIE-0044

VIGILADO SuperSubsidio

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LAUREN VIVIANA BOJACA PERILLA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1233506640,** se encuentra afiliado/a desde **26/02/2018** 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 19 de mayo 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.

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) LAUREN VIVIANA BOJACA PERILLA identificado(a) con CC 1233506640 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	12/03/2024
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CALLE 26
Categoría:	A

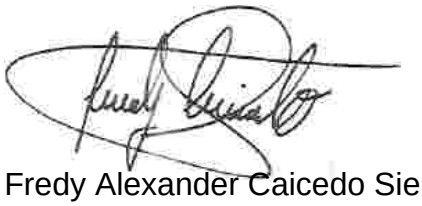
La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 19 días del mes mayo del 2025 .

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

Ingreso 23 de mayo 2025

Famisanar

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite: A. Afiliación X; B. Reporte de Novedades
2. Tipo de Afiliación: A. Voluntario / Cotizante o cabeza de familia ✓ - beneficiario o afiliado adicional; B. Corporativo; C. Institucional; D. De oficio
3. Regimen: A. Contributivo X; B. Subsidiado
4. Contribución subsidiada: SI; NO X
5. Tipo de afiliado: A. Cotizante X; B. Cabeza de familia; C. Beneficiario; D. Afiliado adicional
6. Tipo de cotizante: A. Dependiente ➚; B. Independiente; C. Pensionado
7. Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN B. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres			
BOJACA	PERILLA	LAUREN	VIVIANA

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	1.233.506.640	X		Colombia

14. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
Colombia	Bogotá	Bogotá	23 05 1999

B. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	Categoría discapacidad	19. Tiene encuesta SISBEN	20. Clasificación SISBEN	21. Grupo de población especial
		NO X		SI NO	Área Grupo	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa continuación solidaria
SURA	Colpensiones	2.500.000 =	

26. Residencia		
Cra 87 K #53 SUR-54	3222337698	viviana.bojaca@gmail.com
Bogotá Bogotá		

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

27. Apellidos y nombres				

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad

33. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento

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

	35. Apellidos y nombres	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

ATU16204 Famisanar Elizabeth cano cod 24-05-2025 4

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN	48. Clasificación SISBEN	49. Discapacidad	50. INCAPACIDAD PERMANENTE
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			

82. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

04. Código de la IPS

C

91

92

93

94

95

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN CON ACTIVA O RESPONSABILIDAD DEL PAGO

55. Nombre o razón social: Consorcio SUBA MT

56. Tipo de documento de identificación: NIT

57. Número del documento de identificación: 901902678-2

58. Tipo de aportante o pagador de pensiones a registrar por la EPS:

59. Ubicación: Cra 36 # 3-41 of. 1503 3043818999 consorcioxubamtz@gmail.com Bogotá Bogotá

6. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad:

1. Modificación de datos básicos de identificación 2. Corrección de datos básicos de identificación 3. Actualización del documento de identidad 4. Actualización y corrección de datos complementarios 5. Terminación de la afiliación en la EPS. Código 6. Pérdida de vigencia derivada de un pagador Código 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales 8. Traslado de beneficiarios a la Subcuenta de Solidaridad de otra EPS 9. Traslado de beneficiarios a la Subcuenta de Solidaridad de la misma EPS 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando 11. Inscripción EPS retorno al país 12. Vinculación a otra entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas 13. Cancelación de un amparo autorizado para realizar afiliaciones colectivas 14. Movilidad A. Régimen Contributivo 15. Traslado A Régimen Subsidiado 16. Traslado A Mismo Régimen 17. Diferencia Régimen 18. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia 19. Reporte del inicio de protección al cesante 20. Reporte de la calidad de Pre-pensionado 21. Reporte de la calidad de Pensionado 22. Cambio a Contribución Solidaria 23. Retiro de Contribución Solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

BOJACA PERILLA LAUREN VIVIANA

Tipo de documento de identidad: CC

Número del documento de identidad: 1.233.506.640

62. Sexo biológico: X

63. Sexo identificación: X

64. Fecha de nacimiento: 23051999

66. EPS anterior

65. Fecha de novedad: 20 05 2025

67. Motivo de traslado

68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaraciones de preexistencia exclusiones de las beneficiarios y afiliados adicionales

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

71. Declaración de ausencia de vínculo laboral y pago de los aportes que realizan a la EPS en calidad de independiente o pensionado

72. Declaración de no inscripción del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de servicios de Salud

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

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

75. Autorización para que la EPS realice notificaciones al correo electrónico o al celular como mensajes de texto

77. Aceptación de las condiciones para reconocer el No Contribución Económica y de cesación de pagos correspondientes

78. Aceptación de la no actualización del grupo familiar y los fechas en Contribución Solidaria según la encuesta del Listado vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Tipo de documento de identidad

Número del documento de identidad

IX. FIRMAS

Viviana Bojaca

Oscar Julian Moreno Carrazco

X. ANEXOS

Cantidad: CC MT T PC RA CE PD AD

TOTAL ANEXOS

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

81. Copia del registro civil de nacimiento o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia, donde se declare la unión marital

82. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y bienes o pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la convivencia

83. Copia del certificado de defunción o acta de entrega del cuerpo

84. Copia de la providencia judicial o del acto administrativo de custodia

85. Documento en que conste la petición de la parte interesada, o el certificado de verificación de una visita por funcionario delegado por la autoridad local competente

86. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numerales 4 y 5 del artículo 2.1.7.2 del Decreto 780 de 2016.

87. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas

91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en el que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

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

92. Identificación de la Entidad Territorial

93. Nombre de la institución

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

94. Apellidos y nombres

Tipo de documento de identidad

Número del documento de identidad

95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación

97. Fecha de validación

OBSERVACIONES:

WILLIAM ANDRES MOLINA

Medellín, 20 de May de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

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:	0000000002 OBRA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1022940379	MOLINA ROJAS WILMER ANDRES	21/05/2025		23113519	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 20/05/2025 16:32:08 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.61.246.54, 198.143.33.17, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR

NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 21 de Mayo de 2.025

A QUIEN INTERESE

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

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1022940379
Nombre	: WILMER ANDRES MOLINA ROJAS
Empresa/Contratante	: CONSORCIO SUBA MT
Tipo Identificación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901902678
Fecha de Afiliación a CCF	: 2025/05/21
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2025/05/21
Estado	: Afiliado
Categoría	: B

Con los siguientes beneficiarios inscritos:

Nombre	Identificación	Fecha Afiliación	Parentesco	Categoría	Recibe Subsidio	Valor Subsidio	Ult.Subsidio Recibido	Estado
ANA CELESTE MOLINA ANDRADE	1076747094	20250521	HI	B	NO	0,00	--	AF

La presente certificación se expide con destino a A quien le pueda interesar y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

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

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL

Elaboró:Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código 045717YPA

VIGILADO SuperSubsidio

Bogota 30.05.2025

Señores,

-

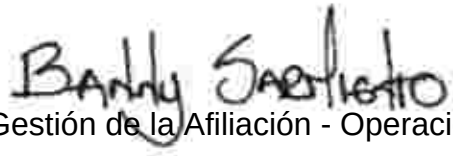
Ciudad

Asunto : CERTIFICADO DE RADICACION

Respetados Señores :

Por medio del presente nos permitimos CERTIFICAR el recibido de 3 usuarios enviados para tramite de novedad web radicadas el 2025-05-30 con numero de radicado 6782423 :

Cordialmente,



Gestión de la Afiliación - Operaciones - EPS Sanitas

NUMERO DE RADICADO : 6782423

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo

CONSORCIO SUBA MT

NIT. 901902678-2

Bogotá D.C, 27 de mayo de 2025

Señores

EPS Sanitas

Ciudad

Referencia: Solicitud Radiación Novedades Masivas

Respetados,

Por medio de la presente solicitamos realizar trámite de novedad a cargo del empleador identificado como Nit. – 901902678-2 – Consorcio SUBA MT>>, para las personas que se detallan a continuación

N	Tipo Doc Empleado	No. Doc Empleado	Nombre Empleado	SALARIO	Fecha Ingreso Empresa	Fecha Retiro Si Aplica**	Dirección Residencia	Municipio / Departamento	# Celular	Correo electrónico
1	CC	1022940379	WILMER ANDRES MOLINA ROJAS	3000000	21/05/2025		CLL 23 C 84 - 40	BOGOTA/BOGOTA	3017189643	Wilmerandres05@gmail.com
2	CC	1016100221	FERNANDO RAMIREZ IZQUIERDO	2000000	21/05/2025		CLL 17C 118B 12	BOGOTA/BOGOTA	3143264202	ingfernandoramirez@gmail.com
3	CC	1032415309	OSCAR DANIEL TIRANO SANDOVAL	1800000	27/05/2025		CLL 11A N-79A - 28 INT: 4 apto 402	BOGOTA/BOGOTA	3018728049	Oscartirano03171@gmail.com
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

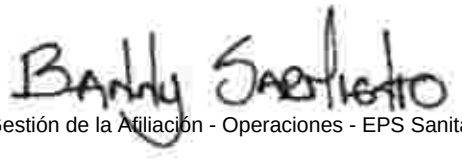
** La fecha de retiro aplica solamente para los casos en los cuales aún el usuario se encuentra activo en el sistema bajo el mismo empleador

Cordialmente

Nancy E Gomez R.

NANCY ESPERANZA GOMEZ ROMERO
Asistente Administrativa
Dirección: Cra. 36 No.. 3-41 of. 1503
Correo: consorciosubamt2@gmail.com
telefono

Enviar al correo andmcaviedes@epssanitas.com
Tiempo de respuesta 1 a 5 días hábiles
Whatsapp 315 224 12 5 1



Gestión de la Afiliación - Operaciones - EPS Sanitas

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MOLINA ROJAS WILMER ANDRES** identificado(a) con **CC** número **1.022.940.379** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 21 de agosto de 2008 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 25 de abril de 2024.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2024042511161

ANDERSON DUVAN RUBIANO

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 16 de Mayo de 2.025

A QUIEN INTERESE

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

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1023903332
Nombre	: ANDERSON DUVAN RUBIANO SANTOS
Empresa/Contratante	: CONSORCIO SUBA MT
Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901902678
Fecha de Afiliación a CCF	: 2025/05/16
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2025/05/16
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a A quien le pueda interesar y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

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

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código 016467UqA

FOR-PGIE-0044

VIGILADO SuperSubsidio

Medellín, 15 de May de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

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:	0000000002 OBRA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1023903332	RUBIANO SANTOS ANDERSON DUVAN	16/05/2025		1D043180	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 15/05/2025 14:37:58 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.61.246.54, 198.143.41.4, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ANDERSON DUVAN RUBIANO SANTOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.023.903.332**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

compensar | salud

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

22-05-2025

Fecha de Radicación (Día - Mes - Año)

No. de Radicación

~~16-05-2025~~

Compensar EPS
22 MAY 2025
Cod. 546 Cristian Leonardo Acosta P...
VERIFICADO

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

1. Tipo de trámite		2. Tipo de Afiliación		3. Régimen		4. Cotización solidaria		5. Tipo de afiliado		6. Tipo de cotizante		7. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación	X	A. Individual: • Cotizante o Cabeza de Familia	X	A. Contributivo	X	Si		A. Cotizante	X	A. Dependiente	X	01
B. Reporte de Novedades		• Beneficiario o afiliado adicional		B. Subsidiado		No		B. Cabeza de Familia		B. Independiente		
		B. Colectivo						C. Beneficiario		C. Pensionado		
		C. Institucional						D. Afiliado adicional				
		D. De oficio										

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

8. Apellidos y nombres	RUBIANO	SANTOS	ANDERSON	OUVAN
9. Tipo de documento de identidad	C	10. Número de documento de identidad	1.023.903.332	
11. Sexo biológico	Femenino	Masculino X	12. Sexo identificación	F M X T NB Otro Cual?
13. Nacionalidad	Colombiano	14. Lugar de nacimiento	Colombia	Bogotá Bogotá
15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)	21-12-1990			

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia		17. Comunidad		18. Discapacidad	Si	No	Categoría de discapacidad
19. Tiene encuesta SISBÉN	Si	No	20. Clasificación SISBÉN	Nivel	Grupo	21. Grupo de población especial	22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	OURA
23. Administradora de Pensiones	Porvenir	24. Ingreso base de cotización - IBC	1.423.500	25. Tarifa Contribución Solidaria		26. Residencia	Cra 38 38-58 sur.
301 312 2343	duvan.rubiano1990@gmail.com	Bogotá					

Zona: Cabecera Municipal | Centro Poblado | Rural Disperso | Resto Rural

Bogotá | San Cristobal

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

27. Apellidos y nombres											
28. Tipo de documento de identidad	29. Número de documento de identidad	30. Sexo biológico	Femenino	Masculino	31. Sexo identificación	F	M	T	NB	Otro	Cual?
32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento									34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)	

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

	35. Apellidos y nombres	36. Tipo de documento de identidad	37. No. del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
					Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cual?	País	Departamento	Municipio	
01																
02																
03																
04																
05																

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN		48. Clasificación SISBÉN		49. Discapacidad			50. Incapacidad permanente	
					SI	NO	Nivel	Grupo	SI	NO	Categoría de discapacidad	SI	NO
01													
02													
03													
04													
05													

	51. Datos de residencia							52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Departamento	Municipio/ Distrito	Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural disperso	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	
01								
02								
03								
04								
05								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
01			
02			
03			
04			

V001

EPSVTA-0002

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
81		
82		
83		
84		
85		

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

55. Nombre o razón social: Consorcio SUBAINT | 56. Tipo de documento de identificación: NIT | 57. Número del documento de identificación: 901902678 | 58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)

59. Ubicación: Cra 36 Nº 3-41 | 3043812999 | consorciosubaint2@gmail.com | Bogotá | Bogotá

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación: RUBIANO | SANTOS | ANDERSON | DUVAN

Tipo de documento de identidad: C | Número de documento de identidad: 1.023.903.332 | 62. Sexo biológico: Femenino [ ] Masculino [ ] | 63. Sexo identificación: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?

64. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año): 21-12-1990 | 65. EPS anterior | 66. Fecha de novedad (Día - Mes - Año): 16-05-2025 | 67. Motivo de traslado: Cod | 68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres:

Tipo de documento de identidad: | Número de documento de identidad:

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional: DUVAN RUBIANO

81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio: Nancy E Gómez Z.

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad. CN [ ] RC [ ] TI [ ] CE [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] PT [ ]
  Cantidad de documentos de identidad anexos:
- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo del custodia.
- [ ] 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
- [ ] 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos:

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

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

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

94. Apellidos y nombres:

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

96. Fecha de radicación (Día - Mes - Año): | 97. Fecha de validación (Día - Mes - Año):

CONTRIBUCIÓN 22 MAY 2025 Cristian Leonardo Acosta R. VERIFICADO

OBSERVACIONES:

3R-EPSVTA-0002



ANGIE AREVALO

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 16 de Mayo de 2.025

A QUIEN INTERESE

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

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1014736681
Nombre	: ANGIE VANESSA AREVALO PASTRANA
Empresa/Contratante	: CONSORCIO SUBA MT
Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901902678
Fecha de Afiliación a CCF	: 2025/05/16
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2025/05/16
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a A quien le pueda interesar y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

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

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código 009850kkA

FOR-PGIE-0044

VIGILADO SuperSubsidio

Medellín, 15 de May de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

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:	0000000002 OBRA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1014736681	AREVALO PASTRANA ANGIE VANESSA	16/05/2025		25318814	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 15/05/2025 17:01:41 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.61.246.54, 198.143.41.4, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ANGIE VANESSA AREVALO PASTRANA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1014736681,** se encuentra afiliado/a desde **15/05/2025** 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 03 de junio 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.

Afiliación primera vez - ingreso 16 mayo

compensar | salud eps

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

22 MAY 2025
Cod. 673 Jorge Iván Aguilera Aguilera
SUJETO A VERIFICACIÓN

No. de Radicación | Fecha de Radicación (Día - Mes - Año): 22-05-2025

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

1. Tipo de trámite: A. Afiliación X | B. Registro de novedades
2. Tipo de Afiliante: A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia X • Beneficiarios o [illegible] | B. Colectivo | C. Institucional | D. De oficio
3. Régimen: A. Contributivo X | B. Subsidiado
4. Contribución solidaria: Si | No X
5. Tipo de afiliado: A. Cotizante X | B. Cabeza de familia | C. Beneficiario | D. Afiliado adicional
6. Tipo de cotizante: A. Dependiente X | B. Independiente | C. Pensionado
7. Código (a registrar por la EPS): 01

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

8. Apellidos y nombres: ARevalo PASTRANA ANGIE VANESSA.
9. Tipo de documento de identidad: C
10. Número de documento de identidad: 1.014.736681
11. Sexo biológico: Femenino X Masculino
12. Sexo identificación: F X M T NB Otro Cuál?
13. Nacionalidad: Colombia
14. Lugar de nacimiento: Colombia Bogotá Bogotá
15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año): 30-03-2004

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia:
17. Comunidad:
18. Discapacidad: Si No Categoría de discapacidad:
19. Tiene encuesta SISBÉN: Si No
20. Clasificación SISBÉN: Nivel Grupo
21. Grupo de población especial:
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: SURA
23. Administradora de Pensiones: COLPENSIONES
24. Ingreso base cotización - IBC: 1'423.500
25. Tarifa Coordinación Solidaria:
26. Residencia: Cra 73B 7C-60 Bogotá
321 323 2133 angie.033083@gmail.com
Zona: Cabecera Municipal | Centro Poblado | Rural Disperso | Resto Rural
Bogotá Kenedy

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

27. Apellidos y nombres:
28. Tipo de documento de identidad:
29. Número de documento de identidad:
30. Sexo biológico: Femenino Masculino
31. Sexo identificación: F M T NB Otro Cuál?
32. Nacionalidad:
33. Lugar de nacimiento:
34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año):

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

	35. Apellidos y nombres
01	
02	
03	
04	
05	

	36. Tipo de documento de identidad	37. No. del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico: Femenino	Masculino	40. Sexo identificación: F	M	T	NB	Otro	Cuál?	41. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	42. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
01															
02															
03															
04															
05															

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. [illegible] población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN: SI	NO	48. Clasificación SISBÉN: Nivel	Grupo	49. Discapacidad: SI	NO	Categoría de discapacidad	50. Incapacidad: SI	NO
01													
02													
03													
04													
05													

	51. Datos de residencia: Departamento	Municipio/ Distrito	Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural disperso	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
01								
02								
03								
04								
05								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
01			
02			
03			
04			
05			

FOR-EPSVTU-V002 V002

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
01	C Keneda I	1013
02		
03		
04		
05		

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

55. Nombre o razón social: Consorcio Subo Mtz. | 56. Tipo de documento de identificación: NIT | 57. Número del documento de identificación: 901907678-7

58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) | 59. Ubicación: Cra 36 No 3-41 Oficina 1503 Bogotá | 3043812999 Bogotá

consorciosubamtz@gmail.com

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación								
AREVALO	PASTRANA	ANGIE	VANESSA					
Tipo de documento de identidad: C	10. Número de documento de identidad: 1.014.736.681	62. Sexo biológico: Femenino X Masculino	63. Sexo identificación: F X M T NB Otro Cuál?					
64. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año): 30-03-2004	65. EPS anterior	66. Fecha de novedad (Día - Mes - Año): 16-05-2025	67. Motivo de traslado: Cod.	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones				

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres:

Tipo de documento de identidad: | Número de documento de identidad:

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando agregue a afiliado adicional: Angie Vanessa Arevalo Pastrana

81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio: Oscar Julian Moreno Carrazco.

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE DE SC PT
Cantidad de documentos de identidad anexos:
83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración juramentada por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos:

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

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

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

94. Apellidos y nombres:

Tipo de documento de identidad: | Número de documento de identidad:

95. Firma del funcionario:

96. Fecha de radicación (Día - Mes - Año): 22-05-2025 | 97. Fecha de validación (Día - Mes - Año):

OBSERVACIONES:

Traslado Regimen Excepcion

Compensar CB
22 MAY 2025
Cod. 673 Jorge Ivan Aguilera Aguilera
SUJETO A VERIFICACIÓN

FOR-EPS-VTA-0002 V002

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

ALFONSO CIPRIANO

EPS Sanitas

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: D D M M A A A A

186724929

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria
A. Afiliación X B. Reporte de Novedades	A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia X / Beneficiario o Afiliado adicional B. Colectiva C. Institucional D. De Oficio	A. Contributivo V B. Subsidiado	Si No

5. Tipo de Afiliado	6. Tipo de Cotizante	7. Codigo
A. Cotizante X C. Beneficiario B. Cabeza de Familia D. Afiliado adicional	A. Dependiente B. Independiente V C. Pensionado	(a registrar por la EPS) 03

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

8. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
BUSTOS	BUSTOS	CIPRIANO	ALONSO

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC.	87117804	Femenino Masculino X	F M X T NB Otra Cuál	Colombiano

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
IPIALES	COLOMBIA	NARIÑO	IPIALES	19 94 09 25

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBEN	20. Clasificación SISBEN	21. Grupo de población especial
		Si No Categoría de discapacidad	Si No	Nivel Grupo	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25 Tarifa Contribución Solidaria
		$1'423.500	

26. Residencia Dirección: CRA 509 # 64-54 — Teléfono Fijo:

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3115612362	alonsob4@gmail.com

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
BOGOTA D.C	BOGOTA D.C	Ramos Unidos	Cabecera Municipal / Centro Poblado / Rural Disperso / Resto Rural: Rural Disperso

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

27. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál	

33. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento
				D D M M A A A A

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

35. Apellidos y nombres

	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
B1				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B2				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B3				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B4				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B5				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál	País Departamento Municipio	D D M M A A A A

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN	48. Clasificación SISBEN	49. Discapacidad	50. Incapacidad permanente
B1					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B2					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B3					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B4					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B5					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

A. AFILIACIÓN

NIT. 800.251.440-6 10003450 SEC 23572 6/15

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

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)

59. Ubicación

Dirección | Teléfono fijo o Celular

Correo Electrónico | Departamento | Municipio / Distrito

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino Masculino	F M I NB Otro Cuál	D D M M A A A A

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
	D D M M A A A A	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCION SOLIDARIA

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

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

IX. FIRMAS

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

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad. Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT
- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
- [ ] 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos

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

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

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

94. Apellidos y nombres

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación
			D D M M A A A A	D D M M A A A A

OBSERVACIONES:

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

Doc. Identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
	26 MAY 2025	

- Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR- 2a Copia: AFILIADO -

B. REPORTE DE NOVEDADES

Medellín, 21 de may de 2025

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que CIPRIANO ALONSO BUSTOS BUSTOS identificado(a) con cédula de ciudadanía 87717804 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 22/05/2025 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

CONSORCIO SUBA MT N901902678

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5429001 - CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN, CONSERVACIÓN Y REPARACIÓN DE INSTALACIONES INDUSTRIALES (EXCEPTO EDIFICIOS) COMO REFINERÍAS, FÁBRICAS DE PRODUCTOS QUÍMICOS, VÍAS DE NAVEGACIÓN, OBRAS PORTUARIAS Y FLUVIALES, PUERTOS DEPORTIVOS, INSTALACIONES DEPORTIVAS O DE ESPARCIMIENTO, ESCLUSAS, REPRESAS Y DIQUES, SUBDIVISIÓN DE TERRENOS CON MEJORA

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000002 - OBRA

CLASE: 5 **PORCENTAJE:** 6.96% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
5429001 - CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN, CONSERVACIÓN Y REPARACIÓN DE INSTALACIONES INDUSTRIALES (EXCEPTO EDIFICIOS) COMO REFINERÍAS, FÁBRICAS DE PRODUCTOS QUÍMICOS, VÍAS DE NAVEGACIÓN, OBRAS PORTUARIAS Y FLUVIALES, PUERTOS DEPORTIVOS, INSTALACIONES DEPORTIVAS O DE ESPARCIMIENTO, ESCLUSAS, REPRESAS Y DIQUES, SUBDIVISIÓN DE TERRENOS CON MEJORA

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5429001 - CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN, CONSERVACIÓN Y REPARACIÓN DE INSTALACIONES INDUSTRIALES (EXCEPTO EDIFICIOS) COMO REFINERÍAS, FÁBRICAS DE PRODUCTOS QUÍMICOS, VÍAS DE NAVEGACIÓN, OBRAS PORTUARIAS Y FLUVIALES, PUERTOS DEPORTIVOS, INSTALACIONES DEPORTIVAS O DE ESPARCIMIENTO, ESCLUSAS, REPRESAS Y DIQUES, SUBDIVISIÓN DE TERRENOS CON MEJORA

CODIGO DE ACTIVIDAD: 5429001

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

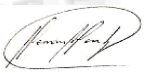
1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 21/05/2025 9.25 AM

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

CIPRIANO ALONSO BUSTOS BUSTOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **87.717.804**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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



WILLIAM ANDRES MIRANDA

Medellín, 15 de May de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

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:	0000000002 OBRA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1117552197	MIRANDA MUÑOZ WILLIAM ANDRES	16/05/2025		174203D2	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 15/05/2025 14:23:28 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.61.246.54, 198.143.41.4, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 16 de Mayo de 2.025

A QUIEN INTERESE

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

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1117552197
Nombre	: WILLIAM ANDRES MIRANDA MUÑOZ
Empresa/Contratante	: CONSORCIO SUBA MT
Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901902678
Fecha de Afiliación a CCF	: 2025/05/16
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2025/05/16
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a A quien le pueda interesar y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

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

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código 005472h7A

FOR-PGIE-0044

VIGILADO SuperSubsidio

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

WILLIAM ANDRES MIRANDA MUÑOZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.117.552.197**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 3 de Junio del 2025.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Ingreso 15 de enero 2025

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar

NIT 830.003.564-7

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite: A. Afiliación ✗ B. Reporte de novedades
2. Tipo de Afiliación: A. Cotizante ✗ (Cabeza de familia o beneficiario o afiliado adicional) B. Cónyuge C. Padre/madrastra D. Compañero(a) permanente
3. Régimen: A. Contributivo ✗ B. Subsidiado
4. Continuación solidaria: SI NO ✗
5. Tipo de afiliado: A. Cotizante ✗ B. Cónyuge C. Beneficiario D. Afiliado adicional
6. Tipo de cotizante: A. Dependiente ✗ B. Independiente C. Pensionado
7. Código (Lo asigna la EPS)

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

8. Apellidos y nombres			
MIRANDA	MUÑOZ	WILLIAM	ANDRES

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	1.117.552197	✗	✗	Colombiano

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
	Colombia	N. Santander	Cucuta	22 11 1998

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos voluntarios)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad (SI / NO)	Categoría discapacidad	19. Tiene sisbenizado SISBÉN (SI / NO)	20. Clasificación SISBÉN (Nivel / Grupo)	21. Grupo de población especial

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa cotización solidaria
SURA	Porvenir	1.423.500=	

26. Residencia		
Cra 26 # 57-12 Bogotá	Bogotá	3209487134 ana397854@gmail.com

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

27. Apellidos y nombres			

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad

33. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento

ATU16204 Famisanar Eliyana Cano 24-05-2025.

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

	40. Apellidos y nombres			
01	Miranda	Rioños	Ana	Sofia
02				
03				
04				
05				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
01	RC	1.118.381.136	Colomb.	✗	✗	Colomb. Cogueta Florencia	19 08 2019
02							
03							
04							
05							

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene sisbenizado SISBÉN	48. Clasificación SISBÉN	49. Discapacidad	50. INCAPACIDAD PERMANENTE
01	Hijo							
02								
03								
04								
05								

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Corregimiento / Municipio	Barrio / Urbanización	Conjunto / Edificio	Torre / Piso	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (Lo registra solo la EPS)
01	Bogotá	Bogotá						3209487134	
02									
03									
04									
05									

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
01	Cra 26 Nº 57-12.		ana397854@gmail.com
02			
03			
04			
05			

03. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

04. Código de la IPS
(a registrar por la ERS)

C
01
02
03
04
05

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

06. Nombre o razón social
CONSORCIO JUBA MT

06. Tipo de documento de identificación
NIT

07. Número del documento de identificación
901902618-2

08. Tipo de aportante o pagador de pensiones
(a registrar por la ERS)

09. Dirección
Cra 36 NO 3-41 of- 1503

3043812999

consorciojubamt2@gmail.com

Bogotá

Bogotá

B. REPORTE DE NOVEDADES

10. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación
2. Corrección de datos básicos de identificación
3. Actualización de documento de identidad
4. Actualización y corrección de datos complementarios
5. Suspensión de la prestación en la EPS. Código
6. Reporte de pago a cotizante (no aplica para Cotizante Dependiente)
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliado adicional
8. Cambio de beneficiarios o de afiliado adicional
9. Inicio de relación laboral o inicio de actividad independiente para cotizar
10. Generación de la cotización adicional a partir de las modificaciones para aportar cotizantes
11. Inscripción ERS régimen especial
12. Vacunación a una entidad autorizada para realizar vacunación
13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar vacunación
14. Movilidad
A. Cotizante Dependiente
B. Cotizante Independiente
15. Traslado
A. Mismo Régimen
B. Diferente Régimen
16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia
17. Reporte de ausencia temporal de cotizante
18. Reporte de la cuenta de Parqueamiento
19. Reporte de la cuenta de Promoción
20. Ingreso a Cotización Voluntaria
21. Retiro de Cotización Voluntaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

11. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
MIRANDA	MUÑOZ	WILLIAM	ANDRES

12. Tipo de documento de identificación	13. Número del documento de identificación	14. Sexo biológico	15. Sexo identificación	16. Fecha de nacimiento
CC	1.117.552.197	X		22 11 1998

17. EPS anterior	18. Fecha de novedad	19. Motivo de novedad	20. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
ASMET SALUD	16 05 2025	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

21. Declaraciones de veracidad y compromiso de los beneficiarios y afiliados adicionales.
22. Declaración de no cotización de afiliado al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
23. Declaración de existencia de vínculo marital vigente o unión libre con quien declara la existencia de los documentos que garantizan el cumplimiento de este requisito.
24. Declaración de autoconservación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios y afiliados adicionales en una Entidad Prestadora de Servicios de Salud.
25. Autorización para que la EPS adopte y dilencie datos y cuenta de la cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
26. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la Base de datos de afiliados registrada en los términos establecidos que por ella disponga la Entidad.
27. Autorización para que la EPS consulte los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
28. Notificación para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
29. Autorización de consultar para verificación de la Cotización Dependiente y de realizar los pagos correspondientes.
30. Aceptación de la solicitud de día sin pago familiar y día familiar en Cotización Solidaria ejercida únicamente por Subsistema Pagado.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

31. En caso de muerte o fallecimiento del cabeza de familia reporte los personas de su grupo familiar que se haya surgido del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres

Tipo de documento de identidad

Número del documento de identidad

IX. FIRMAS

William Andres muñoz

Oscar Julian Moreno Carazco.

X. ANEXOS

32. Anexo copia del documento de identidad

CN RC TI CC PA CE CD SC

Cantidad

TOTAL ANEXOS

33. Copia del documento de identidad del aportante completado por la autoridad competente.
34. Copia del registro civil de nacimiento, o de la entidad pública, acta de identificación o certificado judicial que declare la edad mental.
35. Copia de la sentencia judicial o autoridad judicial que declare el estado de interdicción de menores y
medida o política, acta de notificación o sentencia judicial que otorgue la tutela de la discapacidad.
36. Copia del certificado de defunción o acta de entrega del menor.
37. Copia de la orden judicial o negación administrativa de custodia.
38. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de sus padres o la declaración suscrita por el aportante donde se indique el no de los dos padres.
39. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
40. Certificado que vincule a una entidad autorizada para realizar vacunación voluntaria.
41. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la medida de restauración, que reconozca efectos del fallo.

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

42. Identificación de la Entidad Territorial

Código departamento

Código del departamento

43. Nombre de la institución

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

44. Apellidos y nombres

Tipo de documento de identidad

Número del documento de identidad

45. Firma del funcionario

46. Fecha de radicación

47. Fecha de validación

OBSERVACIONES

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

EDWIN ANTONIO HERRERA

Medellín, 20 de May de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

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:	0000000002 OBRA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1044906637	HERRERA MATA EDWINE ANTONIO	21/05/2025		194a222j	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 20/05/2025 16:56:44 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.61.246.54, 198.143.33.17, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 21 de Mayo de 2.025

A QUIEN INTERESE

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

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1044906637
Nombre	: EDWIN HERRERA MATA
Empresa/Contratante	: CONSORCIO SUBA MT
Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901902678
Fecha de Afiliación a CCF	: 2025/05/21
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2025/05/21
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a A quien le pueda interesar y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

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

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código 025550KGA

FOR-PGIE-0044

VIGILADO SuperSubsidio

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

EDWIN ANTONIO HERRERA MATA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.044.906.637**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 20 de Mayo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

* 01B 00000000 *

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps

X

N0540

HERRERA MATA EDWIN ANTONIO

1044.906.637

Colombia Colombia Bolivar Arjona 30 01 1985

06 PORVENIR

X 142350 0

X

SURA

Cll 132D bis 126-55 BOGOTA

3127476340 marcelatova y 3115@gmail.com

BOGOTA

X

Consorcio Suba MLX Cra 36 3-41

3043812999 consorciosuba mlx2.@gmail.com

901902678-2

Bogotá

DEPENDIENTE

Bogotá

X

HERRERA MATA EDWIN ANTONIO

3001 85

1044.906.637

21 05 25

Edwin A. Herrera

Oscar Julian Moreno Carrazco

nueva eps

24 05 2025

SUJETO A VERIFICACIÓN

- ORIGINAL: E.P.S. -

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps

Autorización de mensajes de texto.

Yo Edwin Antonio Herrera Mota identificado (a) con [X] número 1044.906.637 de Arjona-Bol. certifico que:

1. ¿Fueron el (la) representante del formulario de afiliación, la EPS o sus entregas con los cartas de derechos y deberes del afiliado y del cotizante?	SI [✓]	NO [ ]
2. ¿Fueron el (la) representante del formulario de afiliación, la EPS o sus entregas de la carta de desempeño donde se describe la manera para evaluarla en el servicio?	SI [✓]	NO [ ]
3. ¿Leyó en su totalidad de la carta de derechos y deberes del afiliado y del cotizante?	SI [✓]	NO [ ]
4. ¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	SI [✓]	NO [ ]
5. ¿Le fue suficiente hasta donde la carta de información con la autorización para tratamiento por la EPS?	SI [✓]	NO [ ]

Así mismo autoriza a NUEVA EPS, para el envío de información al siguiente número de celular No. 312 7476340 que hace parte de su titularidad. SI [✓] NO [ ]

Autoriza la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño en formato electrónico. SI [✓] NO [ ]

Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el micrositio Web https://www.nuevaeps.com.co/index.php/quienes-somos/carta-de-derechos-y-deberes para que las califique con el usuario. SI [✓] NO [ ]

Declaración de consentimiento del consentimiento. Declaro de manera expresa, libre, voluntaria y consciente que [illegible] identificado (a) con

No. [illegible] mayor de edad [illegible] quien

Consiento

Firma: [illegible]
Tipo ID: [illegible] No. ID: [illegible]
Fecha de Nacimiento: [illegible]
Dirección: [illegible]
Tel: [illegible] Municipio: [illegible]
Departamento: [illegible]

Huella

Ahora manifiesto que no sabe o no puede firmar, autorizo a

Firma: [illegible]
Tipo ID: [illegible] No. ID: [illegible]
Fecha de Nacimiento: [illegible]
Dirección: [illegible]
Tel: [illegible] Municipio: [illegible]
Departamento: [illegible]

Huella

Autorizo para el envío de información de salud, incluyendo pero sin limitarse a resultados de exámenes, diagnósticos, tratamientos, medicamentos y cualquier otra información relacionada con mi estado de salud, a través de los canales de comunicación que he proporcionado a NUEVA EPS S.A. Entiendo que esta información es confidencial y será utilizada únicamente para fines relacionados con mi atención médica y mi afiliación a NUEVA EPS S.A. Me comprometo a mantener actualizados mis datos de contacto y a informar a NUEVA EPS S.A. cualquier cambio en los mismos.

Autorizaciones

En virtud de la presente autorización otorgada expresamente y conforme a lo establecido en los artículos 15 y 17 de la Ley 527 de 1999, el NUEVA EPS S.A. está autorizado para enviar mensajes en forma de mensajes de texto a través de mensajería corta web, otros mensajes similares, productos electrónicos y redes sociales, relacionados con los servicios de NUEVA EPS S.A. o la carta de derechos y deberes.

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien esta designe, para que realicen, consulten, use, trate, divulgue, actualice y suprima mis datos personales, para adelantar todas las gestiones de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la Carta de Derechos y Deberes.

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre mis derechos como titular de datos personales.

Autorizo los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, artículos o complementarios.

- Conocer, actualizar y rectificar mis datos personales frente a responsables del tratamiento y a los encargados del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros datos, de inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
- Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
- Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, sobre el uso que le ha dado a sus datos personales.
- Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.

- Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.
- En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que las reglamenten, adicionen o complementen, el Peticionario otorga plena autorización al permiso de tratamiento de mis datos personales de NUEVA EPS S.A. o tercero en los siguientes documentos que pertenecen a mi diagnóstico:

Datos sobre salud relacionados:
Régimen Contributivo:
Línea Gratuita: 01 8000 954400
Línea de atención en Bogotá: (601) 307 7652
Régimen Subsidiado:
Línea Gratuita: 01 8000 96 2266
Línea de atención en Bogotá: (601) 307 7651
Citas web: Línea de atención en Colombia: 01 NUEVA EPS S.A
Cancelación: (601) 418 8400
Cotizador Administrador: Cotizante 30% No. 10A - 100 Piso 2

En mi calidad de titular de información por pertenecer a mi núcleo familiar, en mi calidad de cotizante en el Régimen Contributivo de afiliación y/o demás concurrente a través de los canales utilizados por NUEVA EPS S.A. para, mencionado del cumplimiento de la información suministrada para los fines específicos relacionados con la prestación y mantenimiento del servicio en el marco del Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Habeas Data", dicho mecanismo podrá manejar la información suministrada por el titular de la información, a través de la empresa, teniendo en cuenta los principios de finalidad, libertad, veracidad o calidad, transparencia, acceso y circulación restringida, seguridad y confidencialidad.

Para mayor información sobre el tratamiento de sus datos personales y para el ejercicio de sus derechos como titular de la misma, indicados por la Superintendencia de Industria y Comercio en cada uno de sus portales y en la Política de Confidencialidad y Tratamiento de Datos.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE COTIZANTE (SOLO APLICA PARA INDEPENDIENTES)

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

[illegible]	[illegible]	[illegible]



JESUS DANIEL GARCIA

BOGOTA, D.C., 27 de Mayo de 2025 2025_10761733-45161634

Señor (a):
CONSORCIO SUBA MT
consorciosubamt2@gmail.com
BOGOTA, D.C. - BOGOTA D.C

Referencia: Radicado No. 2025_10761733 del 27 de Mayo de 2025
Ciudadano: JESUS DANIEL GARCIA HERNANDEZ
Identificación: C.C. 1085042995
Tipo de Trámite: AFILIACIONES - Vinculación Inicial

Respetado(a) señor(a):

Reciba un cordial saludo de la Administradora Colombiana de Pensiones - COLPENSIONES.

Nos permitimos informarle que la solicitud radicada por el ciudadano como se indica en la referencia, ha sido aceptada. Es de aclarar que el ciudadano se afilia como colaborador de su empresa.

En caso de requerir información adicional, por favor acercarse a nuestros Puntos de Atención Colpensiones (PAC); comunicarse con la línea de servicio al ciudadano en Bogotá al 4890909, en Medellín al 2836090, o con la línea gratuita nacional al 018000 41 0909, en donde estaremos dispuestos a brindarle el mejor servicio.

Agradecemos su confianza recordándole que estamos para servirle.

Documentos que anexó el usuario:

Tipo de documento	Cantidad folios
Formulario de afiliación al Sistema General de Pensiones.	1

Cordialmente,



LUZ ADRIANA LOIZA SANDOVAL
Directora de Atención y Servicio

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Colpensiones
Sede Principal: Carrera 7 No. 74 – 21, Bogotá D.C., Colombia
Dirección correspondencia: Carrera 9 No. 59 – 43 Lc 4 Ed. Urban Essence, Bogotá D.C., Colombia
Conmutador: (+57) 601 489 0909 Conmutador BEPS: (+57) 601 487 0300
Línea Gratuita: 01 8000 410909 Línea Gratuita BEPS: 01 8000 410777
www.colpensiones.gov.co

Medellín, 20 de May de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

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:	0000000002 OBRA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1085042995	GARCIA HERNANDEZ JESUS DANIEL	21/05/2025		16135461	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 20/05/2025 16:51:51 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.61.246.54, 198.143.33.17, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 21 de Mayo de 2.025

A QUIEN INTERESE

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

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1085042995
Nombre	: JESUS DANIEL GARCIA HERNANDEZ
Empresa/Contratante	: CONSORCIO SUBA MT
Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901902678
Fecha de Afiliación a CCF	: 2025/05/21
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2025/05/21
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a A quien le pueda interesar y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

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

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código 012393I6A

FOR-PGIE-0044

VIGILADO SuperSubsidio

- ORIGINAL E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

mutualser
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE [illegible] AL SGSSS

22 MAY 2025

mutualser

No. de Radicación

Fecha de Radicación

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

I. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]	A. Individual: X - Cotizante o Cabeza de Familia [ ] Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código
A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	(a registrar por la EPS) [ ]

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

6. Apellidos y nombres			
GARCIA	HERNANDEZ	JESUS	DANIEL.

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1.085.042.995	Femenino [ ] Masculino [X]	01 / 01 / 2006

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo [ ] Condición [ ]		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
SURA	COLPENSIONES	1.423.500

18. Residencia			
CLL 23 bis 159A-05		3024190841	
BOGOTA (Municipio/Distrito)	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	Localidad/Comuna	BOGOTA (Departamento)

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

19. Apellidos y nombres			

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	

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

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

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Fnda	31. Discapacidad: Tipo P	N	M	Condición: T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	32. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
E		
E		
E		
E		
E		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO SUBA MT	NIT	901 902678-2.	

39. Ubicación					
CRA 36 NO3-41 (Dirección)	3043812999 (Teléfono)	consorciosubamt2 @gmail.com (Correo electrónico)	BOGOTA (Municipio/Distrito)	BOGOTA (Departamento)	

- 2a. COPIA: AFILIADO -

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

mutualser
NIT 816.006.284-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código: [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 13. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo. [ ] B. Régimen Subsidiado.
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen. [ ] B. Diferente Régimen.
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

GARCIA	HERNANDEZ	JESUS	DANIEL.

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo: Femenino	Masculino	Fecha de nacimiento	42. Fecha
CC	1085042995	[ ]	[X]	02/01/2006	

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado (Código)	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [ ] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

Jesus Daniel Garcia	Oscar Julian Moreno Carrazco.
54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Único

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: [CN] [RC] [TI] [CC] [PA] [CE] [CD] [SC] Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total: [ ]
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declara el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

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

- 2a. COPIA: AFILIADO -



GUYLINTON LINARES-OPERADOR

Medellín, 08 de May de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1073696732	LINARES URREGO GUYLINTON JOSE	09/05/2025		22024720	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 08/05/2025 14:39:12 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.86.33.198, 198.143.41.37, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

GUYLINTON JOSE LINARES URREGO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.073.696.732**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.073.696.732

LINARES URREGO
APELLIDOS

GUYLINTON JOSE
NOMBRES

Guylinton J Linares U
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-OCT-1992

SANTA MARIA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

12-ENE-2011 SOACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-1534700-00282923-M-1073696732-20110203 0029001957A 1 34853250

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **LINARES URREGO GUYLINTON JOSE, CC - 1073696732**, está afiliado(a) desde **09/05/2025**, como trabajador(a) de **URREGO BARAHONA NORBERTO ANIBAL**, con NIT: **743248504**.

Estado civil: **Unión Libre**
Cónyuge/Compañero(a): **LORENA ARIAS CASTAÑO**
Categoría: **A**
Fecha de Ingreso a la Empresa: **2025-05-08**

Grupo familiar conformado por:

NOMBRE	No. Identificación	Parentesco
SANTIAGO ARIAS CASTAÑO	1053834651	Hijastro
MARTHIN LINARES ARIAS	1243759273	Hijo

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **09 de mayo de 2025** a solicitud del interesado

Cordialmente,

Sandra Milena Mariño Ojeda
Jefe Departamento Subsidio

Libertad y orden
RÉPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento del Decreto 1072 de 2015
otorga
Certificado de Competencia Laboral a

GUYLINTON JOSE LINARES URREGO

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 1073696732

Quien demostró su Competencia Laboral en la
Norma

Operar maquinaria pesada de acuerdo con manual del fabricante y tipo de labor / Excavadora hidráulica - NIVEL INTERMEDIO

Código: 270101120 - Versión: 1

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en VILLETA. A los ocho (8) días del mes de Mayo de dos mil veinticuatro (2024)

Firmado Digitalmente por



1863324 - 08/05/2024
No Y FECHA REGISTRO

NYDIA JIMENA RODRIGUEZ RODRIGUEZ
Subdirectora (E) CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL Y EMPRESARIAL
REGIONAL CUNDINAMARCA

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9509002701011202241CC1073696732C.

CONTRATO DE TRABAJO DE DURACIÓN POR LA OBRA O LABOR CONTRATADA

En la ciudad de Bogotá a los 02 días del mes de Enero de 2025 entre el empleador **NORBERTO ANIBAL URREGO BARAHONA** NIT: **74324850** Y trabajador **GUYLINTON JOSE LINARES URREGO** identificado con la cédula de ciudadanía **1.073.696.732 de Soacha – Cundinamarca.**

Nacionalidad COLOMBIANA se conviene que **OPERADOR DE RETROEXCAVADORA** con un salario $ 1.423.500 mensuales con pagos quincenales de iniciación de labores 03 de Enero de 2025 lugar donde desempeñará las labores Bogotá y alrededores, ciudad donde ha sido contratado el trabajador Bogotá.

Entre el empleador y el trabajador, de las condiciones ya dichas, identificados como aparece al pie de sus firmas, se ha celebrado el presente contrato individual de trabajo, regido además por las siguientes

CLÁUSULAS:

Primera. OBLIGACIONES DEL TRABAJADOR. El Empleador contrata los servicios personales del Operador y éste se obliga: a) A poner al servicio de la Obra todos sus conocimientos y su capacidad normal de trabajo, en el desempeño de las funciones propias del oficio mencionado y en las labores anexas y complementarias del mismo, de conformidad con las órdenes e instrucciones que se le impartan, y Aunque se preste servicios en otras entidades, se obligara a cumplir con los horarios en los que tenga que prestar sus servicios.

Segunda. SALARIO. El Empleador, pagará al Operador por la prestación de sus servicios el salario indicado, pagadero en las oportunidades también señaladas arriba. Dentro de este pago se encuentra incluida la remuneración de los descansos dominicales y festivos de que tratan los capítulos I y II del título VII del Código Sustantivo del Trabajo. Se aclara y se conviene que en los casos en los que el trabajador devengue comisiones o cualquiera otra modalidad de salario variable, el 82.5% de dichos ingresos, constituye remuneración ordinaria, y el 17.5% restante está destinado a remunerar el descanso en los días dominicales y festivos de que tratan los capítulos I y II del título VII del Código Sustantivo del Trabajo.

Tercera. TRABAJO SUPLEMENTARIO. Todo trabajo suplementario o en horas extras y todo trabajo en día domingo o festivo en los que legalmente debe concederse descanso, se remunerará conforme a la ley, así como los correspondientes recargos nocturnos. Para el reconocimiento y pago del trabajo suplementario, dominical o festivo el empleador o sus representantes deben autorizarlo previamente por escrito. Cuando la necesidad de este trabajo se presente de manera imprevista o inaplazable, deberá ejecutarse y darse cuenta de él por escrito, a la mayor brevedad, al empleador o a sus representantes. El

empleador, en consecuencia, no reconocerá ningún trabajo suplementario o en días de descanso legalmente obligatorio que no haya sido autorizado previamente o avisado inmediatamente, como queda dicho.

Cuarta. HORARIO DE TRABAJO. El Operador se obliga a laborar de acuerdo a el momento en que es solicitado su servicio, previamente indicado en los días y dentro de las horas señaladas, pudiendo hacer éste ajustes o cambios de horario cuando lo estime conveniente.

Quinta. DURACIÓN DEL CONTRATO. El presente contrato se celebra por el todo el tiempo que dure La obra o hasta que culminen todas las actividades de trabajo con la máquina.

Sexta. TERMINACIÓN DEL CONTRATO. Son justas causas para dar por terminado unilateralmente este contrato por cualquiera de las partes, las enumeradas en el artículo 7° del Decreto 2351 de 1965; y, además, por parte del empleador, las faltas que para el efecto se califiquen como graves en el espacio reservado para cláusulas adicionales en el presente contrato.

Séptima. INVENCIONES Y/O DESCUBRIMIENTOS. Las invenciones o descubrimientos realizados por el trabajador contratado para investigar pertenecen al empleador, de conformidad con el artículo 539 del Código de Comercio, así como el artículo 20 y concordantes de la Ley 23 de 1982 sobre derechos de autor. En cualquier otro caso el invento pertenece al trabajador, salvo cuando éste no haya sido contratado para investigar y realice la invención mediante datos o medios conocidos o utilizados en razón de la labor desempeñada, evento en el cual el trabajador tendrá derecho a una compensación que se fijará de acuerdo con el monto del salario, la importancia del invento o descubrimiento, el beneficio que reporte al empleador u otros factores similares.

Octava. LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO. Las partes podrán convenir que el trabajo se preste en lugar distinto del inicialmente contratado, siempre que tales traslados no desmejoren las condiciones laborales o de remuneración del trabajador, o impliquen perjuicios para él. Los gastos que se originen con el traslado serán cubiertos por el empleador de conformidad con el numeral 8° del artículo 57 del Código Sustantivo del Trabajo. El trabajador se obliga a aceptar los cambios de oficio que decida el empleador dentro de su poder subordinante, siempre que se respeten las condiciones laborales del trabajador y no se le causen perjuicios. Todo ello sin que se afecte el honor, la dignidad y los derechos mínimos del trabajador, de conformidad con el artículo 23 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado por el artículo 1° de la Ley 50 de 1990.

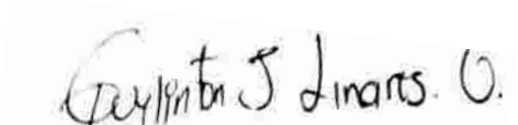
Novena. INTERPRETACIÓN DEL CONTRATO. Este contrato ha sido redactado estrictamente de acuerdo con la ley y la jurisprudencia y será interpretado de

buena fe y en consonancia con el Código Sustantivo del Trabajo cuyo objeto, definido en su artículo 1°, es lograr la justicia en las relaciones entre empleadores y trabajadores dentro de un espíritu de coordinación económica y equilibrio social.

Décima. VIGENCIA DEL CONTRATO. El presente contrato remplaza en su integridad y deja sin efecto alguno cualquiera otro contrato verbal o escrito celebrado entre las partes con anterioridad. Las modificaciones que se acuerden al presente contrato se anotarán a continuación de su texto. Para constancia se firma en dos o más ejemplares del mismo tenor y valor, ante testigos en la ciudad y fecha que se indican a continuación:

Bogotá D,C. 02 de Enero de 2025

TRABAJADOR



GUYLINTON JOSE LINARES URREGO
C.C: 1.073.696.732 de Soacha.

EMPLEADOR



NORBERTO ANIBAL URREGO BARAHONA
NIT: 74324850

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9012019953

9012019953

No. de Radicación: 29268237

Fecha de Radicación: 08 05 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante
A. Afiliación	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia X; • Beneficiario o afiliado adicional	A. Contributivo X	A. Cotizante X	A. Dependiente X
B. Reporte de Novedades X	B. Colectiva	B. Subsidiado	B. Cabeza de familia	B. Independiente
	C. Institucional		C. Beneficiario	C. Pensionado
	D. De oficio			

Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN B. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
	LINARES	URREGO	GUYLINTON	JOSE

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)
CC	1073696732	Femenino ☐ Masculino X	27 10 1992

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad (Tipo / Condición)	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
				NINGUNA	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
$1.423.500	Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	
Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona: Urbana ☐ Rural ☐	Localidad / Comuna	Departamento

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

19. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
81				
82				
83				
84				
85				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo (Femenino / Masculino)	28. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)
81				
82				
83				
84				
85				

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia
81		
82		
83		
84		
85		

	31. Discapacidad: Tipo F	A	M	Condición T	P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo sin celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
81											
82											
83											
84											
85											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
81		
82		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
NORBERTO ANIBAL URREGO	CC	74324850	

39. Ubicación				
CRA 73 F 38 05 SUR	NT		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL
Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación ☐ 3. Actualización del documento de identidad ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS ☐ Código ☐ 6. Reinscripción en la EPS ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar X 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando ☐ 11. Vinculación a otra entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado ☐ 14. Traslado: A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐ 15. Reporte de fallecimiento ☐ 16. Reporte del fondo de protección al cesante ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre pensionado ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado ☐

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo (Femenino / Masculino)	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha novedad (D D M M A A A A)
				08 05 2025

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado (Código)	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	
47. Declaración de la no obligación de acogerse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción	
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios	
49. Declaración de no afiliación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario(s) o afiliado adicionales en otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud	
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales	
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran	
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con la previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013	
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto	

VIII. FIRMAS

54. Firma(s), Huella(s) del(los) Cotizante(s)	55. Firma(s), Huella(s) y Nombre(s) completo(s) de la(s) persona(s) en la(s) que delega(n) la(s) firma(s)

IX. ANEXOS

56. Anexa copia del documento de identidad: Cantidad ☐ Total ☐

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente	
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital	
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declara el divorcio, sentencia judicial que declara la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital	
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor	
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia	
62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres	
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud	
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas	
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio	

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación (D D M M A A A A)	69. Fecha de validación (D D M M A A A A)

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES
		CARGO: OBRERO DE CONSTRUCCION

71. Firma del funcionario

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

INTERNET

Supersalud

Cambio Empleo



NORBERTO ANIBAL URREGO BARAHONA

ALQUILER DE RETROEXCAVADORAS
TRANSPORTE DE MATERIALES
NIT. 74324850-4 RÉGIMEN COMÚN



SEÑORES:
A QUIEN INTERESE

Por medio de la presente yo **NORBERTO ANIBAL URREGO BARAHONA** con número de **NIT: 74.324.850-4** me permito informar y dar fe que el señor **GUYLINTON JOSE LINARES URREGO** identificado con cedula de ciudadanía No. **1.073.696.732,** es una persona idónea para el cargo de operador de **RETROEXCAVADORA**, ya que lleva más de tres (3) años ejerciendo la labor, y además es una persona responsable en la seguridad vial y demás labores encomendadas.

Anexo certificado de operación y mantenimiento de retroexcavadora.

La presente se firma en la ciudad de Bogotá D,C a los 11 días de mes de Mayo de 2025.

En constancia firman.

NORBERTO ANIBAL URREGO B.
C.C: 74.324.850

Guylinton J. Linares U.

GUYLINTON J. LINARES U.
C.C: 1.073.696.732

Cll 70 C sur # 80-33 Bosa Naranjos
CEL: 312 561 5759
Bogotá D.C – Colombia

NORBERTO URREGO – OPERADOR

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **NORBERTO ANIBAL URREGO BARAHONA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **74324850,** se encuentra afiliado/a desde **01/01/2022** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

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

ARL

Medellin, 9 de mayo de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que **NORBERTO ANIBAL URREGO BARAHONA** con documento de identidad **C74324850**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de **NORBERTO ANIBAL URREGO BARAHONA** con NIT **C74324850**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2023-02-18	3000-12-31	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES	PRINCIPAL BOGOTÁ, D.C.	0000000001	5	6.96	EN COBERTURA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **74.324.850**
URREGO BARAHONA

APELLIDOS
NORBERTO ANIBAL

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-MAY-1970**
SANTA MARIA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72	**A+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

26-JUN-1989 SANTA MARIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00005141-M-0074324850-20080401 0000128494A 1 1240005962

Libertad y orden
RÉPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento del Decreto 1072 de 2015
otorga
Certificado de Competencia Laboral a

NORBERTO ANIBAL URREGO BARAHONA

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 74324850

Quien demostró su Competencia Laboral en la
Norma

Operar maquinaria pesada de acuerdo con manual del fabricante y tipo de labor / Excavadora hidráulica - NIVEL INTERMEDIO

Código: 270101120 - Versión: 1

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en VILLETA. A los ocho (8) días del mes de Mayo de dos mil veinticuatro (2024)

Firmado Digitalmente por

1863358 - 08/05/2024
No Y FECHA REGISTRO

NYDIA JIMENA RODRIGUEZ RODRIGUEZ
Subdirectora (E) CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL Y EMPRESARIAL
REGIONAL CUNDINAMARCA

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9509002701011202241CC74324850C.

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) NORBERTO ANIBAL URREGO BARAHONA identificado(a) con CC 74324850 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	01/05/2020
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 09 días del mes mayo del 2025 .

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

CONSULTA EMPLEADO

Razón Social: NORBERTO URREGO
Identificación CC - 74324850
Sucursal 0
Período Pensión 2025-04
Período Salud 2025-04
Fecha Pago Planilla 2025-05-09

Tipo Identificación	CC
Numero Identificación	74324850
Nombre	NORBERTO ANIBAL URREGO BARAHONA
EPS	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LIMITADA CAFAM COLSUBSIDIO
AFP	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES
Caja de compensación	Sin CCF
ARL	ARL SURA - SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.
Número Planilla	33192998
Referencia de Pago(PIN)	
Tipo Planilla	I
Periodo Pensión	2025-04
Periodo Salud	2025-04
Tipo Cotizante	Independiente voluntario al sistema de riesgos laborales
Subtipo de Cotizante	No aplica

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
																												0		

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
30	1.423.500	0,1250000	$ 178.000	$ 0	0	$ 0	0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
30	1.423.500	0,1600000	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	1.423.500	0,0696000	$ 99.100	5411201

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligatori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatori	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatori
0	0	0,0000000	$ 0	0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0

EDWIN RUBIANO

Medellín, 26 de May de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

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:	0000000002 OBRA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1023888276	RUBIANO SANTOS EDWIN FABIAN	27/05/2025		224N61w1	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 26/05/2025 15:13:34 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.61.246.54, 198.143.41.18, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 26 de Mayo de 2.025

A QUIEN INTERESE

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

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1023888276
Nombre	: EDWIN FABIAN RUBIANO SANTOS
Empresa/Contratante	: CONSORCIO SUBA MT
Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901902678
Fecha de Afiliación a CCF	: 2025/05/26
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2025/05/26
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a A quien le pueda interesar y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

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

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código 020680eeA

FOR-PGIE-0044

VIGILADO SuperSubsidio

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

EDWIN FABIAN RUBIANO SANTOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.023.888.276**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Bogotá, 27/05/2025

Señor(a)
EDWIN FABIAN RUBIANO SANTOS
C – 1023888276

Referencia: certificado radicación de afiliación
Formulario No.: 4014823493
Fecha Radicación: 05/27/2025

Apreciado afiliado:

Reciba un cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S S.A., y nuestros agradecimientos por habernos escogido como su Entidad Promotora de Salud (EPS) de su preferencia.

Salud Total EPS-S S.A., certifica que su solicitud de afiliación y/o Novedad de la afiliación se encuentra radicada al Plan de Beneficios del Régimen Contributivo como trabajador dependiente de la empresa CONSORCIO SUBA MT N 901902678, bajo el tipo de cotizante C con una base de cotización para el 2025 de $ 1423500.

A continuación, relacionamos la información de los miembros del grupo familiar asociados a este formulario:

Nombre y Apellido	Documento / Tipo	Fecha Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Parentesco	Sexo	Anexos pendientes
EDWIN FABIAN RUBIANO SANTOS	C	08/28/1989	COTIZANTE	M	

Información Afiliación
EPS Anterior: NINGUNA
Posible inicio vigencia afiliación: 06/27/2025 **(sujeto a autorización de traslado)**

Información Laboral
Dirección Empleador: CR 36 3 41 OF 1503
Dirección Laboral: CR 36 3 41 OF 1503
Fondo de Pensiones:
Administradora Riesgos Profesionales: SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S A
Fecha Ingreso a laborar(mm/dd/aaaa): 05/26/2025

Es importante que tenga en cuenta que este documento hace las veces de **copia de formulario de afiliación.** Recuerde que la información relacionada con los derechos y deberes se encuentra en la página web www.saludtotal.com.co. Si usted requiere algún tipo de información adicional puede comunicarse con el asesor que lo atendió, el Sr (a) CLAUDIA INES LOPEZ VILLAMIZAR Código: Q132, o dirigirse a la oficina de SALUD TOTAL EPS-S S.A. más cercana.

Señor usuario, con el ánimo de brindar a usted y a sus beneficiarios un mejor servicio, le solicitamos por favor que los documentos relacionados como Anexos pendientes sean entregados

al asesor a la mayor brevedad. De Acuerdo al decreto 780 de 2016, estos documentos son parte integral de la afiliación y de no ser entregados pueden ocasionar la suspensión de la afiliación de los beneficiarios.

Descripción de anexos:

Documentos exigidos	Cod.	Documentos exigidos	Cod.	Documentos exigidos	Cod.
Documento de identidad	A	Registro civil de matrimonio	B	Declaración extrajuicio de convivencia	C
Certificado de escolaridad (renovable cada periodo escolar)	F	Certificado de incapacidad permanente	G	Certificado de dependencia económica	H
Registro civil prueba de parentesco	S	Carta certificación representante legal	T	Carta contrato de aprendizaje	W
AFP para cotizantes cooperativas	1	ARP para cotizantes cooperativas	2	Certificación ARP	11

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.

Si al momento de recibir esta comunicación, usted ya solucionó dicha situación, por favor haga caso omiso de esta información. ¿Sabía usted que, si nos suministra una dirección válida de correo electrónico, podemos comunicarnos de manera rápida, efectiva y, además, evitamos el uso exagerado de hojas de papel? Ingrese ya mismo a nuestra página WEB www.saludtotal.com.co, y en la opción “Te Escuchamos” registre la información que desea actualizar, y ayúdenos a preservar el planeta.



DANIEL SOSA

Medellín, 06 de Mayo de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO SUBA MT, en el centro de trabajo 0000000002 - OBRA, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C80250145	SOSA SANCHEZ YEISON DANIEL	06/05/2025		34249193	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10324727772512652493

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 06/05/2025 14:34:53 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.61.246.54, 198.143.41.35, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 8 de Mayo de 2.025

A QUIEN INTERESE

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

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 80250145
Nombre	: YEISON DANIEL SOSA SANCHEZ
Empresa/Contratante	: CONSORCIO SUBA MT
Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901902678
Fecha de Afiliación a CCF	: 2025/05/06
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2025/05/01
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a A quien le pueda interesar y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

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

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código 006800h2A

FOR-PGIE-0044

VIGILADO SuperSubsidio

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

YEISON DANIEL SOSA SANCHEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **80.250.145**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9012057763

9012057763

No. de Radicación: 29328681

Fecha de Radicación: 23 05 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante
A. Afiliación	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia X; • Beneficiario o afiliado adicional	A. Contributivo X	A. Cotizante X	A. Dependiente X
B. Reporte de Novedades X	B. Colectiva	B. Subsidiado	B. Cabeza de familia	B. Independiente
	C. Institucional		C. Beneficiario	C. Pensionado
	D. De oficio			

Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN B. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
	SOSA	SANCHEZ	YEISON	DANIEL

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	80250145	Femenino Masculino X	11 04 1984

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad (Tipo / Condición)	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
				SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
$2.000.000	Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	
Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona: Urbana / Rural	Localidad / Comuna	Departamento

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

19. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino Masculino	D D M M A A A A

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

24. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
01				
02				
03				
04				
05				

25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios: 29. Parentesco	30. Etnia
01		Femenino Masculino	D D M M A A A A		
02					
03					
04					
05					

31. Discapacidad: Tipo (F, A, M) / Condición (T, P)	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
01						
02						
03						
04						
05						

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
D		
O		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO SUBA MT	NT	901902678	

39. Ubicación				
CR 36 3 41 OF 1503	30438129	Código postal	BOGOTA	DISTRITO CAPITAL
			Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación ☐ 3. Actualización del documento de identidad ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS ☐ Código ☐ 6. Reinscripción en la EPS ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar X 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando ☐ 11. Vinculación a otra entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado ☐ 14. Traslado: A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐ 15. Reporte de fallecimiento ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre pensionado ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado ☐

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino Masculino	D D M M A A A A	01 05 2025

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado: Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de aportes en mora económica de los beneficiarios o afiliados adicionales
47. Declaración de la no obligación de acogerse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
49. Declaración de no afiliación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto

VIII. FIRMAS

54. Firma del cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. Firma del representante legal de la entidad Administradora de Riesgos Laborales - ARL

IX. ANEXOS

56. Anexa copia del documento de identidad: Cantidad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total ☐

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declara el divorcio, sentencia judicial que declara la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia
62. Copia del documento en el que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
					D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES
		CARGO: OFICIAL DE CONSTRUCCION

71. Firma del funcionario

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

INTERNET

Cambio Empleo

TITO MURILLO

Medellín, 06 de Mayo de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO SUBA MT, en el centro de trabajo 0000000002 - OBRA, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre		Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C19461616	MURILLO	TITO ISIDORO	06/05/2025		206231L1	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10324727772512652455

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 06/05/2025 14:34:14 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.61.246.54, 198.143.41.35, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 8 de Mayo de 2.025

A QUIEN INTERESE

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

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 19461616
Nombre	: TITO ISIDORO MURILLO
Empresa/Contratante	: CONSORCIO SUBA MT
Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901902678
Fecha de Afiliación a CCF	: 2025/05/06
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2025/05/01
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a A quien le pueda interesar y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

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

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código 000369FHA

FOR-PGIE-0044

VIGILADO SuperSubsidio

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **TITO ISIDORO MURILLO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **19461616,** se encuentra afiliado/a desde **01/12/2005** 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 08 de mayo 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.

Bogotá, 21 de mayo de 2025

Señores
EPS SURA
Ciudad

Ref. Solicitud de Sustitución Patronal

Por medio de la presente solicito la sustitución patronal para el trabajador, TITO ISIDORO MURILLO, identificado con C.C. 19.461.616 de Bogotá, para el Consorcio SUBA MT, identificado con Nit. 901902678-2.

El trabajador inicio labores con nosotros el día 01 de mayo de 2025.

Agradezco su amable colaboración.

Cordialmente,



OSCAR JULIAN MORENO CARRAZCO
Representante Legal
Consorcio SUBA MT

YEISON CAPUANO

Medellín, 06 de Mayo de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO SUBA MT, en el centro de trabajo 0000000002 - OBRA, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1045421614	CAPUANO NARVAEZ YEISON ESTEBAN	06/05/2025		19626242	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10324727772512652221

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 06/05/2025 14:30:21 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.61.246.54, 198.143.41.35, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SALUD TOTAL EPS S.A.
NIT. 800.130.907-4

CERTIFICA QUE:

El 27/05/2025, el empleador CONSORCIO SUBA MT identificado con NIT 901902678 registró la siguiente solicitud de novedad en nuestro portal transaccional:

Fecha de radicación	Tipo de solicitud
27/05/2025	Novedad de inicio relación laboral

DETALLE

No. Formulario	Tipo Documento	Documento	Nombre Cotizante	IBC	Tipo Cotizante	Fecha Inicio Relación Laboral
4014823454	CEDULA DE CIUDADANIA	1045421614	YEISON ESTEBAN CAPUANO NARVAEZ	$ 1,423,500.00	Dependiente	19/05/2025
4014823455	CEDULA DE CIUDADANIA	1020783889	MIGUEL ANGEL AGUDELO ARCILA	$ 1,423,500.00	Dependiente	23/05/2025

La Presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 29 días del mes mayo del año 2025

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 8 de Mayo de 2.025

A QUIEN INTERESE

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

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1045421614
Nombre	: YEISON ESTEBAN CAPUANO NARVAEZ
Empresa/Contratante	: CONSORCIO SUBA MT
Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901902678
Fecha de Afiliación a CCF	: 2025/05/06
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2025/05/01
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a A quien le pueda interesar y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

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

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código 0075608WA

FOR-PGIE-0044

VIGILADO SuperSubsidio

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CAPUANO NARVAEZ YEISON ESTEBAN** identificado(a) con **CC** número **1.045.421.614** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 21 de noviembre de 2023 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

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

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 08 de mayo de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 744 44 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
y en el resto del país desde un teléfono fijo **01 8000 52 8000**.

NESTOR JAVIER JIMENEZ

Medellín, 20 de May de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

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:	0000000002 OBRA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C3212354	JIMENEZ VALENZUELA NESTOR JAVIER	21/05/2025		163LJ214	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 20/05/2025 16:38:02 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.61.246.54, 198.143.33.17, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 21 de Mayo de 2.025

A QUIEN INTERESE

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

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 3212354
Nombre	: NESTOR JAVIER JIMENEZ VALENZUELA
Empresa/Contratante	: CONSORCIO SUBA MT
Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901902678
Fecha de Afiliación a CCF	: 2025/05/21
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2025/05/21
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a A quien le pueda interesar y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

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

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código 007263dKA

VIGILADO SuperSubsidio

Ingreso 21 de mayo/2025

Famisanar

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de radicación 241

Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliado		3. Régimen	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código
A. Afiliación X	A. Individual. Cotizante o cabeza de familia X	D. Colectivo	A. Contributivo X	SI	A. Cotizante X C. Beneficiario	A. Dependiente X	(a asignar por la EPS)
B. Registro de novedades	- Beneficiario o afiliado adicional	C. Institucional	B. Subsidiado	NO X	B. Cabeza de familia D. Adulto Mayor	B. Independiente	
		D. Del ahorro				C. Pensionado	

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

8. Apellidos y nombres			
JIMENEZ	VALENZUELA	NESTOR	JAVIER

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	3.212.354	X	X	Colombia

14. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
Colombia	Cundinamarca	Choconta	01 06 1980

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	Categoría discapacidad	19. Tiene encuesta SISBEN	20. Clasificación SISBEN	21. Grupo de población especial
		S NO		S NO	Nivel Grupo	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
SURA	COLFONDOS	1.423.500 =	

26. Residencia		
CRA 76A 37-82	3108205318	javierjimenez.53gate@gmail.com
Bogotá	Bogotá	

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

27. Apellidos y nombres

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad

33. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento

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

	35. Apellidos y nombres	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
01								
02								
03								
04								
05								

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN	48. Clasificación SISBEN	49. Discapacidad	50. INCAPACIDAD PERMANENTE
01								
02								
03								
04								
05								

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Código Municipio	Ruta Dispersión	Centro Poblado	Rural Ruta	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a asignar por la EPS)
01									
02									
03									
04									
05									

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
01			
02			
03			
04			

ATU16204

Famisanar

Yilyana Cano

24-05-2024.

Ingreso 21 de mayo/2025

Famisanar

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de radicación 241

Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliado		3. Régimen	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código
A. Afiliación X	A. Individual. Cotizante o cabeza de familia X	D. Colectivo	A. Contributivo X	SI	A. Cotizante X C. Beneficiario	A. Dependiente X	(a asignar por la EPS)
B. Registro de novedades	- Beneficiario o afiliado adicional	C. Institucional	B. Subsidiado	NO X	B. Cabeza de familia D. Adulto Mayor	B. Independiente	
		D. Del ahorro				C. Pensionado	

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

8. Apellidos y nombres			
JIMENEZ	VALENZUELA	NESTOR	JAVIER

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	3.212.354	X	X	Colombia

14. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
Colombia	Cundinamarca	Choconta	01 06 1980

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	Categoría discapacidad	19. Tiene encuesta SISBEN	20. Clasificación SISBEN	21. Grupo de población especial
		S NO		S NO	Nivel Grupo	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
SURA	COLFONDOS	1.423.500 =	

26. Residencia		
CRA 76A 37-82	3108205318	javierjimenez.53gate@gmail.com
Bogotá	Bogotá	

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

27. Apellidos y nombres

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad

33. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento

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

	35. Apellidos y nombres	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
01								
02								
03								
04								
05								

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN	48. Clasificación SISBEN	49. Discapacidad	50. INCAPACIDAD PERMANENTE
01								
02								
03								
04								
05								

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Código Municipio	Ruta Dispersión	Centro Poblado	Rural Ruta	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a asignar por la EPS)
01									
02									
03									
04									
05									

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
01			
02			
03			
04			

ATU16204

Famisanar

Yilyana Cano

24-05-2024.

ACTA RELACION LABORAL

ACTA DE RELACION LABORAL

Entre nosotros **CONSORCIO SUBA MT** identificada con **NIT 901.902.678-2** con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., representada en este acto por **OSCAR JULIAN MORENO** identificada con cédula de ciudadanía No. **1.034.272.777** de Bogotá, por otra parte, la empresa **ALFA DEMOLICION SAS** identificada con **NIT 9001711853-3** con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., representada en este acto por **Luis Hernando Bohórquez** identificada con cédula de ciudadanía No. **79.953.702** de Bogotá; existe una relación laboral para el manejo y suministro de contratación de personal según las necesidades de la empresa, cabe aclarar, que por medio de esta contratación se darán las garantías de todo lo establecido normativamente.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Bogotá D.C. al 01 día del mes de mayo del año 2025.

OSCAR JULIAN MORENO

ACTA DE RELACION LABORAL

Entre nosotros **CONSORCIO SUBA MT** identificada con **NIT 901.902.678-2** con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., representada en este acto por **OSCAR JULIAN MORENO** identificada con cédula de ciudadanía No. **1.034.272.777** de Bogotá, por otra parte, la empresa **DCM Ingenieros SAS** identificada con **NIT 900.781.595-5** con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., representada en este acto por **IVÁN CAMILO ANDRADE SANTANA** identificada con cédula de ciudadanía No. **1.013.603.357** de Bogotá de Bogotá; existe una relación laboral para el manejo y suministro de contratación de personal según las necesidades de la empresa, cabe aclarar, que por medio de esta contratación se darán las garantías de todo lo establecido normativamente.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Bogotá D.C. al 01 día del mes de mayo del año 2025.

OSCAR JULIAN MORENO

IVÁN CAMILO ANDRADE SANTANA

ACTA DE RELACION LABORAL

Entre nosotros **CONSORCIO SUBA MT** identificada con **NIT 901.902.678-2** con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., representada en este acto por **OSCAR JULIAN MORENO** identificada con cédula de ciudadanía No. **1.034.272.777** de Bogotá, por otra parte, la empresa **Moreno Vargas Sociedad Anónima** identificada con **NIT 891100881-4** con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., representada en este acto por **Carlos Edgardo Moreno** identificada con cédula de ciudadanía No. **7.692.056** de Bogotá; existe una relación laboral para el manejo y suministro de contratación de personal según las necesidades de la empresa, cabe aclarar, que por medio de esta contratación se darán las garantías de todo lo establecido normativamente.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Bogotá D.C. al 01 día del mes de mayo del año 2025.

OSCAR JULIAN MORENO

ACTA DE RELACION LABORAL

Entre nosotros **CONSORCIO SUBA MT** identificada con **NIT 901.902.678-2** con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., representada en este acto por **OSCAR JULIAN MORENO** identificada con cédula de ciudadanía No. **1.034.272.777** de Bogotá, por otra parte, la empresa **YV INGENIERIA Y Construcción Sucursal Colombia** identificada con **NIT 900.467.640-3** con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., representada en este acto por **Leopoldo Enrique Hernández Valencia** identificada con cédula de ciudadanía No. **4.023.42** de Bogotá; existe una relación laboral para el manejo y suministro de contratación de personal según las necesidades de la empresa, cabe aclarar, que por medio de esta contratación se darán las garantías de todo lo establecido normativamente.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Bogotá D.C. al 01 día del mes de mayo del año 2025.

OSCAR JULIAN MORENO



CERT PARA FISCALES

CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002

Yo, **OSCAR JULIAN MORENO CARRAZCO** identificada con cédula de ciudadanía **No. 1.032.472.777** de Bogotá, como representante de la empresa **ICOD CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS SAS** identificada con **NIT 901.172.605-1** debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de Bogotá D.C., certifico el pago de los aportes de seguridad social (pensión, salud y riesgos laborales) y de los aportes parafiscales (Caja de compensación familiar), cuando a ello hubiere lugar, pagados por la empresa personal que se relaciona a continuación; así mismo el pago de los respectivos salarios del mes de **MAYO 2025.** Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

No.	TRABAJADOR	NO CC
1	OSCAR JULIAN MORENO	103272777
2	DANIEL FAJARDO CASTAÑEDA	1018476072
3	CARLOS JAVIER BEJARANO AVILA	1.016.008.993
4	KEREN MANUELA OJEDA PINEDA	1.104.938.008

Para el contrato de obra pública NO. FDLS-1013-2024-LP (119224) “EJECUTAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA Y ESPACIO PÚBLICO (GRUPO 1) EN LA LOCALIDAD DE SUBA EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C Y LAS DEMÁS ACTIVIDADES QUE SE DETALLAN EN EL ANEXO TÉCNICO.

La presente se expide al quinto (5) día del mes de junio de 2025.



OSCAR JULIAN MORENO CARRAZCO
C.C. 1.032.472.777 de Bogotá D.C
Dirección: Carrera 24 # 67 - 40 C.C LA RAMPLA
Teléfono: 3124208739



Representante Legal

Dirección: Carrera 24 # 67 - 40 C.C LA RAMPLA
Teléfono: 3124208739

CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002

Yo, **CARLOS JAVIER BEJARANO AVILA** identificada con cédula de ciudadanía **No. 1.016.008.993** de Bogotá, como representante de la empresa **OUTSOURCING DF** identificada con **NIT 901.879.303** debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de Bogotá D.C., certifico el pago de los aportes de seguridad social (pensión, salud y riesgos laborales) y de los aportes parafiscales (Caja de compensación familiar), cuando a ello hubiere lugar, pagados por la empresa personal que se relaciona a continuación; así mismo el pago de los respectivos salarios del mes de **MAYO 2025.** Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

No.	TRABAJADOR	NO CC
1	YASMIN CATERINE BURBANO	1.123.325.183
2	EYNNY ZULAY ESLAVA	1.052.383.452
3	DAYANA LICETH MEDINA ROJAS	1.016.066.905
4	LUISA FERNANDA MORENO OCTAVO	1110580807
5	ERICK SANTIAGO GÓMEZ SOTO	1.001.174.776
6	LUZMILA LUENGAS PEÑA	51.964.259
7	NANCY ESPERANZA GÓMEZ ROMERO	65.769.815
8	PAOLA CRISTINA MORALES COLORADO	1.017.243.738
9	CARLOS NICOLAY VARGAS	80.150.914

Para el contrato de obra pública NO. FDLS-1013-2024-LP (119224) “EJECUTAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA Y ESPACIO PÚBLICO (GRUPO 1) EN LA LOCALIDAD DE SUBA EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C Y LAS DEMÁS ACTIVIDADES QUE SE DETALLAN EN EL ANEXO TÉCNICO.

La presente se expide al quinto (5) día del mes de junio de 2025.



CARLOS JAVIER BEJARANO AVILA
C.C. 1.016.008.993 de Bogotá D.C
Representante Legal

CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002

Yo, **OSCAR JULIAN MORENO CARRAZCO** identificada con cédula de ciudadanía **No. 1.032.472.777** de Bogotá, como representante de la empresa **CONSORCIO SUBA MT** identificada con **NIT 901.902.679-1** debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de Bogotá D.C., certifico el pago de los aportes de seguridad social (pensión, salud y riesgos laborales) y de los aportes parafiscales (Caja de compensación familiar), cuando a ello hubiere lugar, pagados por la empresa personal que se relaciona a continuación; así mismo el pago de los respectivos salarios del mes de **MAYO 2025.** Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

No.	TRABAJADOR	NO CC
1	Lauren Viviana Bojacá	1.233.506.640
2	Wilmer Andrés Molina Rojas	1.022.940.379
3	Marco Antonio Macias Velásquez	1.023.874.707
4	Fabio Alexander Salazar	80.759.438
5	Anderson Duván Rubiano	1.023.903.332
6	Angie Vanessa Arévalo	1.014.736.681
7	William Andrés Miranda Muñoz	1.117.552.197
8	Edwin Antonio Herrera	1.044.906.637
9	Jesús Daniel García Hernández	1.085.042.995
10	Edwin Fabian Rubiano Santos	1.023.888.276

11	Yeison Daniel Sosa	80.250.145
12	Tito Isidro Murillo	19.461.616
13	Yeison Capuano	1.045.421.614
14	Jimmy Alberto Cendales Mora	80.038.149
15	Julián Darío Fajardo Núñez	1.016.075.257
16	Jorge Eliecer Rodríguez Paredes	80.793.394
17	Alejandra Garzón Bustamante	1.010.201.650
18	Paola Copaban Rico	52.335.172
19	Javier Alexander Ramírez	80.051.643
20	Alexander Castillo Sierra	1.010.192.576
21	Alfonso Cipriano Bustos	87.717.804
22	Yuly Paulin Jaramillo	32.907.266
23	Wylinton Linares	1.073.696.732
24	Norbarto Urrego	74.324.850
25	Luis Eduardo Acuña Medina	9.197.514
26	Mao Sebastián Bermeo	1.001.197.750
27	Ivan Camilo Andrade Santana	1.013.603.357
28	Daniel Fernando Gómez Sánchez	1.030.582.469

Para el contrato de obra pública NO. FDLS-1013-2024-LP (119224) “EJECUTAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA Y ESPACIO PÚBLICO (GRUPO 1) EN LA LOCALIDAD DE SUBA EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C Y LAS DEMÁS ACTIVIDADES QUE SE DETALLAN EN EL ANEXO TÉCNICO.

La presente se expide al quinto (5) día del mes de mayo de 2025.



OSCAR JULIAN MORENO CARRAZCO
C.C. 1.032.472.777 de Bogotá D.C
Representante Legal

RETIROS

	PAZ Y SALVO EGRESO	SST-FT-16 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Lugar y fecha
Señor:

Por medio de la presente yo, Ana Milena Pulido identificado con cédula de ciudadanía No. 1049626439 de la ciudad de Bogota, manifiesto que la empresa Consorcio Suba MT ha pagado las obligaciones pendientes y se encuentra a **PAZ Y SALVO** por todo lo relacionado con la prestación de mis servicios como especialista transito transporte para el contrato número. COP- 1013-2024.

Con la firma del presente paz y salvo, el trabajador afirma haber recibido la liquidación total de los valores aquí mostrados y declara que el empleador no la deuda ningún otro valor relacionado con la relación de trabajo del cual a la fecha se declara su terminación

El presente se firma el día 30-4 del año 2025.

Atentamente.

Nombre del trabajador: Ana Milena Pulido
Cédula: 1049626439
Firma: Ana Pulido

HUELLA



	PAZ Y SALVO EGRESO	SST-FT-16 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Lugar y fecha
Señor:

Por medio de la presente yo, Nestor Javier Jimenez identificado con cédula de ciudadanía No. 321354 de la ciudad de Bogota, manifiesto que la empresa Consorcio Suba MT ha pagado las obligaciones pendientes y se encuentra a **PAZ Y SALVO** por todo lo relacionado con la prestación de mis servicios como Oficial, para el contrato número. COP-1073-2024.

Con la firma del presente paz y salvo, el trabajador afirma haber recibido la liquidación total de los valores aquí mostrados y declara que el empleador no la deuda ningún otro valor relacionado con la relación de trabajo del cual a la fecha se declara su terminación

El presente se firma el día 26-5 del año 2025.

Atentamente.

Nombre del trabajador: Nestor Javier Jimenez
Cédula: 321354
Firma: Javier Jimenez

HUELLA



	AUTORIZACIÓN DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	SST-FT-31 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Bogotá D.C., 26-5-25

Señores
IPS Umed

ASUNTO: Exámenes Médicos de Retiro

Cordialmente, nos dirigimos a usted, para solicitarle se sirva practicar el examen médico de retiro al señor(a) Nestor Javier Jimenez con documento de identidad número 3212354 quien fue empleado de Consorcio Suba MT con NIT 901902679 desempeñándose con el cargo OFGAL.

Este examen deberá realizarse dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, contados a partir de la fecha de esta comunicación, si no lo hace, se entenderá que eludió o dilató la realización del mismo.

Nota: Para la realización del examen médico ocupacional se deben presentar en la IPS a las 7:00 am.

¿Acepta tomarse el examen de retiro? Si ☐ *No* ☒

Autoriza

Área de Recursos Humanos

Recibe

Javier Jimenez
Firma del Trabajador
Fecha: 26/5/25

	PAZ Y SALVO EGRESO	SST-FT-16 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Lugar y fecha
Señor:

Por medio de la presente yo, francy lorena Alonzo identificado con cédula de ciudadanía No. 1057592204 de la ciudad de Bogota, manifiesto que la empresa Consorcio Suba MT ha pagado las obligaciones pendientes y se encuentra a **PAZ Y SALVO** por todo lo relacionado con la prestación de mis servicios como Residente ambiental, para el contrato número. COP-1013-2024.

Con la firma del presente paz y salvo, el trabajador afirma haber recibido la liquidación total de los valores aquí mostrados y declara que el empleador no la deuda ningún otro valor relacionado con la relación de trabajo del cual a la fecha se declara su terminación

El presente se firma el día 30-4 del año 25.

Atentamente.

Nombre del trabajador: francy lorena Alonzo
Cédula: 1057592204.
Firma:

HUELLA



	PAZ Y SALVO EGRESO	SST-FT-16 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Lugar y fecha
Señor:

Por medio de la presente yo, Maidy Nilaydi Combita identificado con cédula de ciudadanía No. 1033739248 de la ciudad de Bogota, manifiesto que la empresa Consorcio Suba NT ha pagado las obligaciones pendientes y se encuentra a **PAZ Y SALVO** por todo lo relacionado con la prestación de mis servicios como ESP. Diseño geometrico, para el contrato número. COP-1073-2024.

Con la firma del presente paz y salvo, el trabajador afirma haber recibido la liquidación total de los valores aquí mostrados y declara que el empleador no la deuda ningún otro valor relacionado con la relación de trabajo del cual a la fecha se declara su terminación

El presente se firma el día 30-4 del año 25.

Atentamente.

Nombre del trabajador: Maidy Combita
Cédula: 1033739248
Firma: Maidy Combita

HUELLA



AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y REGISTRO DE EXÁMENES MÉDICOS DE INGRESO, PERIÓDICOS Y EGRESO

Código: SST-FT-62
Versión: 01
Fecha: 29/Ene/2025

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO 31 Mayo del 2025

CONTRATO OBRA No. CONTRATO DE OBRA PÚBLICA NO. FDLS-1013-2024-LP (119224)

CONTRATO DE OBRA PÚBLICA NO. FDLS-1013-2024-LP (119224) "EJECUTAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA Y ESPACIO PÚBLICO (GRUPO 1) EN LA LOCALIDAD DE SUBA EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C Y LAS DEMÁS ACTIVIDADES QUE SE DETALLAN EN EL ANEXO TÉCNICO" 1-may-25 A 31-may-25

No.	CONTRATISTA/ SUBCONTRATISTA	TIPO DE CONTRATO	DATOS DEL TRABAJADOR			FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	ARP			EPS		AFP		FECHA EXÁMENES			SI TIENE RESTRICCIÓN ESPECIFIQUELA
			NOMBRE DEL TRABAJADOR	CEDULA	CARGO			NOMBRE	RIESGO	FECHA ÚLTIMO PAGO	NOMBRE	FECHA ULTIMO PAGO	NOMBRE	FECHA ULTIMO PAGO	EXÁMEN DE INGRESO	EXÁMEN PERIÓDICO	EXÁMEN DE EGRESO	
PERSONAL NUEVO																		
1	OUTSOURCING DF SAS	OBRA LABOR	Luisa Fernanda Moreno Otavo	1110580807	INSPECTOR SST - MA	23/04/2025	NA	SURA	V	7/5/2025	SALUD TOTAL	7/5/2025	PORVENIR	7/5/2025	17/5/2025	NA	NA	NO
2	OUTSOURCING DF SAS	OBRA LABOR	Erick Santiago Gómez Soto	1.001.174.776	AUXILIAR DE INGENIERIA	04/05/2025	NA	SURA	V	7/5/2025	SANITAS SA	7/5/2025	PROTECCION	7/5/2025	8/4/2025	NA	NA	NO
3	CONSORCIO SUBA MT	OBRA LABOR	Lauren Viviana Bojaca	1.233.506.640	TÉCNICO - INSPECTOR 1	22/05/2025	NA	SURA	V	AFILIACION	FAMISANAR	AFILIACION	COLPENSIONES	AFILIACION	20/5/2025	NA	NA	NO
4	CONSORCIO SUBA MT	OBRA LABOR	Wilmer Andres Molina Rojas	1.022.940.379	TÉCNICO - INSPECTOR 1	23/05/2025	NA	SURA	V	AFILIACION	SANITAS SA	AFILIACION	PROTECCION	AFILIACION	21/5/2025	NA	NA	NO
5	ICOD CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS SAS	OBRA LABOR	Carlos Jvier Bejarano Avila	1.016.008.993	TOPÓGRAFO INSPECTOR	05/05/2025	NA	SURA	V	7/5/2025	FAMISANAR	7/5/2025	PORVENIR	7/5/2025	1/2/2025	NA	NA	NO
6	CONSORCIO SUBA MT	OBRA LABOR	Marco Antonio Macias Velásquez	1.023.874.707	TOPÓGRAFO INSPECTOR	04/05/2025	NA	SURA	V	9/5/2025	FAMISANAR	9/5/2025	COLFONDOS	9/5/2025	30/4/2025	NA	NA	NO
7	CONSORCIO SUBA MT	OBRA LABOR	Fabio Alexander	80.759.438	ALMACENISTA	04/05/2025	NA	SURA	V	9/5/2025	NUEVA EPS	9/5/2025	PORVENIR	9/5/2025	4/6/2025	NA	NA	NO
8	OUTSOURCING DF SAS	OBRA LABOR	Luzmila Luengas Peña	51.964.259	CADENERO 1	04/05/2025	NA	SURA	I	7/5/2025	SANITAS SA	7/5/2025	COLPENSIONES	7/5/2025	29/3/2025	NA	NA	NO
9	OUTSOURCING DF SAS	OBRA LABOR	Nancy Esperanza Gómez romero	65.769.815	CADENERO 1	04/05/2025	NA	SURA	I	7/5/2025	SANITAS SA	7/5/2025	PROTECCION	7/5/2025	1/2/2025	NA	NA	NO
10	OUTSOURCING DF SAS	OBRA LABOR	Paola Cristina Morales Colorado	1.017.243.738	LABORATORISTA INSPECTOR	04/05/2025	NA	SURA	I	7/5/2025	SURA	7/5/2025	PORVENIR	7/5/2025	23/5/2025	NA	NA	NO
11	OUTSOURCING DF SAS	OBRA LABOR	Carlos Nicolay Vargas	80.150.914	CONDUCTOR	04/05/2025	NA	SURA	V	7/5/2025	SANIDAD MILITAR	7/5/2025	COLPENSIONES	7/5/2025	9/1/2025	NA	NA	NO
12	CONSORCIO SUBA MT	OBRA LABOR	Anderson Duvan Rubiano	1.023.903.332	CONDUCTOR	16/05/2025	NA	SURA	V	AFILIACION	COMPENSAR	AFILAICION	PORVENIR	AFILIACION	14/5/2025	NA	NA	NO
13	CONSORCIO SUBA MT	OBRA LABOR	Angie Vanessa Arevalo	1.014.736.681	AXILIAR SOCIAL	22/05/2025	NA	SURA	V	AFILIACION	COMPENSAR	AFILIACION	COLPENSIONES	AFILIACION	15/5/2025	NA	NA	NO
14	INDEPENDIENTE	OBRA LABOR	Alfonso Cipriano Bustos	87.717.804	RESIDENTE AMBIENTAL	22//05/2025	NA	SURA	V	6/6/2025	SURA	AFILIACION	PORVENIR	AFILIACION	15/5/2025	NA	NA	NO
15	ICOD CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS SAS	DISCAPCITADA	keren Manuela Ojeda Pineda	1.104.938.008	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	01/04/2025	NA	SURA	I	7/5/2025	COMPENSAR	7/5/2025	PORVENIR	7/5/2025	31/8/2024	NA	NA	NO
16	INDEPENDIENTE	OBRA LABOR	Yuly Paulin Jaramillo	32.907.266	Especialista en tránsito y transporte	10/05/2025	NA	SURA	V	AFILIACIPON	SURA	10/5/2025	PROTECCION	10/5/2025	28/04//2025	NA	NA	NO
17	CONSORCIO SUBA MT	OBRA LABOR	William Andres Miranda Muñoz	1.117.552.197	Ayudante de obra	16/05/2025	NA	SURA	V	AFILIACION	FAMISANAR	AFILIACION	PORVENIR	AFILIACION	15/5/2025	NA	NA	NO
18	CONSORCIO SUBA MT	OBRA LABOR	Edwin Antonio Herrera	1.044.906.637	Ayudante de obra	22/05/2025	NA	SURA	V	AFILIACION	NUEVA EPS	AFILAICION	PORVENIR	AFILAICION	21/5/2025	NA	NA	NO
19	CONSORCIO SUBA MT	OBRA LABOR	Jesus Daniel Garcia Hernandez	1.085.042.995	Ayudante de obra	22/05/2025	NA	SURA	V	AFILIACION	MUTUAL SER	AFILIACION	COLPENSIONES	AFILAICION	21/5/2025	NA	NA	NO
20	NORBERTO URREGO	OBRA LABOR	Wylinton Linares	1.073.696.732	OPERADOR	27/05//2025	NA	SURA	V	AFILIACION	FAMISANAR	AFILAICION	PORVENIR	AFILIACION	13/6/2024	NA	NA	NO
21	NORBERTO URREGO	OBRA LABOR	Norbarto Urrego	74.324.850	OPERADOR	27/05/2025	NA	SURA	V	9/5/2025	FAMISANAR	9/5/2025	COLPENSIONES	8905/2025	9/5/2025	NA	NA	NO
22	CONSORCIO SUBA MT	OBRA LABOR	Edwin Fabian Rubiano Santos	1.023.888.276	Ayudante de obra	28/05/2025	NA	SURA	V	AFILIACION	SALUD TOTAL	AFILIACION	PORVENIR	AFILIACION	24/5/2025	NA	NA	NO
23	ALFA DEMOLICION SAS	OBRA LABOR	Luis Edwuardo Acuña Medina	9.197.514	OPERADOR	29/05/2025	NA	SURA	V	13/5/2025	COMPENSAR	13/5/2025	PORVENIR	13/5/2025	30/1/2025	NA	NA	NO
24	MORENO VARGAS SOCIEDAD ANONIMA	OBRA LABOR	Mao Sebastian Bermeo	1.001.197.750	Especialista en Diseño Y Especialista en Pavimentos	30/05/2025	NA	SURA	V	19/5/2025	SALUD TOTAL	19/5/2025	COLFONDOS	19/5/2025	3/2/2025	NA	NA	NO

PERSONAL ANTIGUO																		
25	ICOD CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS SAS	OBRA LABOR	Oscar Julián Moreno	1.032.727.77	DIRECTOR DE OBRA Y Especialista en Geotecnia	01/04/2025	NA	AXA COLPATRIA	V	7/5/2025	SALUD TOTAL	7/5/2025	PORVENIR	7/5/2025	1/2/2025	NA	NA	NO
26	ICOD CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS SAS	OBRA LABOR	Daniel Fajardo Castañeda	1.018.476.072	Ingeniero Residente de Obra - 1	01/04/2025	NA	AXA COLPATRIA	V	7/5/2025	COMPENSAR	7/5/2025	PORVENIR	7/5/2025	1/2/2025	NA	NA	NO
27	DCM INGENIEROS	OBRA LABOR	Ivan Camilo Andrade Santana	1.013.603.357	Especialista en Redes Hidrosanitarias	01/04/2025	NA	SURA	V	26/5/2025	SURA	26/5/2025	PORVENIR	26/5/2025	5/4/2025	NA	NA	NO
28	YV INGENIERIA Y CONSTRUCCION SUCURSAL COLOMBIA	OBRA LABOR	Daniel Fernando Gomez Sanchez	1.030.582.469	Profesional en Redes Secas	01/04/2025	NA	SURA	V	6/6/2025	SALUD TOTAL	12/5/2025	PROTECCION	12/5/2025	25/11/2024	NA	NA	NO
29	OUTSOURCIG DF	OBRA LABOR	Yasmin Caterine Burbano	1.123.325.183	RESIDENTE SST	01/04/2025	NA	SURA	V	7/5/2025	SURAMERICANA	7/5/2025	PORVENIR	7/5/2025	1/2/2025	NA	NA	NO
30	OUTSOURCING DF SAS	OBRA LABOR	Dayana Liceth Medina Rojas	1.016.066.905	Arquitecto de apoyo en Diseño Urbano Y Profesional en presupuesto y programación	01/04/2025	NA	SURA	V	7/5/2025	SANITAS	7/5/2025	COLPENSIONES	7/5/2025	1/2/2025	NA	NA	NO
31	OUTSOURCING DF SAS	OBRA LABOR	Eynny Zulay Eslava	1.052.383.452	Ingeniero Residente de Obra - 2	01/04/2025	NA	SURA	V	7/5/2025	SANITAS	7/5/2025	PORVENIR	7/5/2025	2/4/2025	NA	NA	NO
32	CONSORCIO SUBA MT	OBRA LABOR	YEISON DANIEL SOSA	80.250.145	OFICIAL DE OBRA	01/04/2025	NA	COLPATRIA S.A.	V	7/5/2025	FAMISANAR	7/5/2025	PORVENIR	7/5/2025	26/4/2025	NA	NA	NO
33	CONSORCIO SUBA MT	OBRA LABOR	TITO ISIDRO MURILLO	19.461.616	AYUDANTE DE OBRA	01/04/2025	NA	COLPATRIA S.A.	V	7/5/2025	SURAMERICANA	7/5/2025	COLPENSIONES	7/5/2025	26/4/2025	NA	NA	NO
34	CONSORCIO SUBA MT	OBRA LABOR	YEISON CAPUANO	1.045.421.614	AYUDANTE DE OBRA	01/04/2025	NA	COLPATRIA S.A.	V	7/5/2025	SALUD TOTAL	7/5/2025	PROTECCION	7/5/2025	26/4/2025	NA	NA	NO
35	INDEPENDIENTE	OBRA LABOR	Jimmy Alberto Cendales Mora	80.038.149	Especialista en Urbanismo y Espacio Publico	01/04/2025	NA	SURA	V	6/6/2025	COMPENSAR	25/4/2025	PORVENIR	25/4/2025	4/4/2024	NA	NA	NO
36	INDEPENDIENTE	OBRA LABOR	Julian Dario Fajardo Nuñez	1.016.075.257	Especialista en Estructuras	01/04/2025	NA	SURA	V	6/6/2025	SANITAS	2/5/2025	COLPENSIONES	2/5/2025	3/2/2024	NA	NA	NO
37	INDEPENDEINTE	OBRA LABOR	Jorge Eliecer Rodríguez Paredes	80.793.394	Especialista en SIG-CAD	01/04/2025	NA	SURA	V	6/6/2025	SURA	6/5/2025	PROTECCION	6/5/2025	10/10/2024	NA	NA	
38	INDEPENDIENTE	OBRA LABOR	Alejandra Garzón Bustamante	1.010.201.650	Residente de maquinaria y equipo de obra	01/04/2025	NA	SURA	V	6/6/2025	FAMISANAR	5/5/2025	COLPENSIONES	5/5/2025	30/1/2025	NA	NA	NO
39	INDEPENDIENTE	OBRA LABOR	Paola Copaban Rico	52.335.172	RESIDENTE SOCIAL	01/04/2025	NA	SURA	V	69/06/2025	FAMISANAR	12/5/2025	PORVENIR	12/5/2025	7/6/2022	NA	NA	NO
40	INDEPENDIENTE	OBRA LABOR	Javier Alexander Ramirez	80.051.643	Residente en tránsito y transporte	01/04/2025	NA	SURA	V	6/6/2025	COMPENSAR	13/5/2025	PORVENIR	13/5/2025	1/2/2025	NA	NA	NO
41	INDEPENDIENTE	OBRA LABOR	Alexander Castillo Sierra	1.010.192.576	Ingeniero Forestal	01/04/2025	NA	SURA	V	6/06/20254	SANITAS	14-04-2025	COLPENSIONES	14/4/2025	10/5/2024	NA	NA	NO
PERSONAL RETIRADO																		
42	INDEPENDEINTE	OBRA LABOR	Ana Milena Pulido Sora	1.049.626.439	Especialista en tránsito y transporte	01/04/2025	30/04/2025	SURA	V	6/6/2025	SANITAS	2/5/2025	SKANDIA	2/5/2025	10/12/2024	NA	NA	NO
43	CONSORCIO SUBA MT	OBRA LABOR	Nestor Javeir Jimenez	3.212.354	Oficial	22/05/2025	26/05/2025	SURA	V	AFILAICION	FAMISANAR	AFILIACION	PORVENIR	AFILAICION	20/5/2025	NA	NA	NO
44	INDEPENDIENTE	OBRA LABOR	Francy Lorena Alonzo Nore	1.057.591.204	Residente Ambiental	01/04/2025	30/04/2025	SURA	V	6/06/20258	SANITAS	15-04-2025	POSITIVA COMPAÑIA DE	15-04-2025	19/12/2024	NA	NA	NO
45	INDEPENDIENTE	OBRA LABOR	Maidy Nilaydi Combita Bosiga	1.033.739.248	Especialista en Diseño Geométrico Y Especialista en Pavimentos	01/04/2025	30/04/2025	SURA	V	6/06/2025	SURA	9/05/2025	COLPENSIONES	9/05/2025	3/2/2023	NA	NA	NO
							45											

N/A : No aplica en el periodo
Para diligenciar columna Fecha de examen de egreso utilice las siguientes siglas:
Oe: entrega de orden para examen de egreso
RSA: retiro sin aviso
Fecha: fecha en que se realizo examen de egreso

FIRMA Y NOMBRE

(Nombre) YASMIN CATERINE BURBANO
Residente SST Contratista

(Nombre) DIANA TAPIA
Residente SST Interventoría

	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	SST-FT-07 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 19-5-25

NOMBRES: Luisa fernanda APELLIDOS: Moreno otavo

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: 1110580807 DE Ibague tol

DIRECCIÓN: Cra 78K #40-20 Sur TELÉFONO: 3013452644

ESTADO CIVIL: unión libre NÚMERO DE HIJOS: 0 ESTRATO SOCIAL 3

ESCOLARIDAD: Primaria ____ Bachiller ____ Profesional X Estudiante: ____

TIPO DE VIVIENDA: Propia: ____ Arrendada: X Familiar: ____

USO DEL TIEMPO LIBRE: Otro trabajo: ____ Labores domésticas: X Estudio ____
Recreación y deporte ____ Otro ____ Cuál? ____

¿SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD?: SI ___ NO X CUÁL?: ____

DISCAPACIDAD CERTIFICADA: ¿SI ___ NO X CUÁL?: ____

¿FUMA?: SI ____ NO X CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS?: SI ____ NO X

PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA: Claudia María Ramirez

NÚMERO DE TELÉFONO: 3153972456 PARENTESCO: Suegra

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO X ¿CuáL?: ____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Luisa Moreno

FIRMA: Moreno

Powered by CamScanner

	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	SST-FT-07 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 04-5-25

NOMBRES: Erick Santiago APELLIDOS: Gomez

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: 1001174776 DE Bogota

DIRECCIÓN: Cll 8Sur #1141 TELÉFONO: 3123871174

ESTADO CIVIL: Soltero NÚMERO DE HIJOS: 0 ESTRATO SOCIAL 3

ESCOLARIDAD: Primaria _____ Bachiller _____ Profesional X Estudiante: _____

TIPO DE VIVIENDA: Propia: _____ Arrendada: _____ Familiar: X

USO DEL TIEMPO LIBRE: Otro trabajo: _____ Labores domésticas: _____ Estudio _____
Recreación y deporte X Otro _____ Cuál? _____

¿SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD?: SI ___ NO X CUÁL?: _____

DISCAPACIDAD CERTIFICADA: ¿SI ___ NO X CUÁL?: _____

¿FUMA?: SI _____ NO X CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS?: SI X NO _____

PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA: Andrea Soto

NÚMERO DE TELÉFONO: 3178941775 PARENTESCO: Madre

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO X ¿CuáL?: _____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Erick Gomez

FIRMA: _____

Powered by CamScanner

	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	SST-FT-07 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 02

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 21-05-25

NOMBRES: Lauren Viviana APELLIDOS: Bojaca Pedilla

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: 1233506640 DE Bogota

RH: O+ EDAD: 26 EPS: Famisanar PENSION: Colpensiones

DIRECCIÓN: Cra 78K #53-54 Sur TELÉFONO: 322 233 76 98

ESTADO CIVIL: Soltera NÚMERO DE HIJOS: 0 ESTRATO SOCIAL 2

ESCOLARIDAD: Primaria _____ Bachiller _____ Profesional X Estudiante: _____

TIPO DE VIVIENDA: Propia: X Arrendada: _____ Familiar: _____

USO DEL TIEMPO LIBRE: Otro trabajo: _____ Labores domésticas: _____ Estudio _____
Recreación y deporte X Otro _____ Cuál? _____

¿SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD?: SI ___ NO X CUÁL?: _____

DISCAPACIDAD CERTIFICADA: ¿SI ___ NO X CUÁL?: _____

¿FUMA?: SI _____ NO X CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS?: SI _____ NO X

PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA: Sandra Pedilla

NÚMERO DE TELÉFONO: 3132758659 PARENTESCO: Madre

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO X ¿CuáL?: _____

_____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Viviana Bojaca

FIRMA: Viviana Bojaca

Powered by CamScanner

	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	SST-FT-07 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 02

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 22-5-25

NOMBRES: Wilma Andres APELLIDOS: Molina Rojas.

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: 1072 940 379 DE Bogota

RH: O+ EDAD: 37 EPS: Sanitas PENSION: Proteccion

DIRECCIÓN: Cra 1este #20a69 Sur TELÉFONO: 3017189643

ESTADO CIVIL: Soltero NÚMERO DE HIJOS: 1 ESTRATO SOCIAL 3

ESCOLARIDAD: Primaria _____ Bachiller _____ Profesional X Estudiante: _____

TIPO DE VIVIENDA: Propia: X Arrendada: _____ Familiar: _____

USO DEL TIEMPO LIBRE: Otro trabajo: X Labores domésticas: _____ Estudio _____
Recreación y deporte _____ Otro _____ Cuál? _____

¿SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD?: SI ___ NO X CUÁL?: _____

DISCAPACIDAD CERTIFICADA: ¿SI ___ NO X CUÁL?: _____

¿FUMA?: SI _____ NO X CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS?: SI _____ NO X

PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA: Alicia Rojas

NÚMERO DE TELÉFONO: 3219225692 PARENTESCO: Madre

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO X ¿CuáL?: _____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Wilma Molina

FIRMA: _____

Powered by CamScanner

	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	SST-FT-07 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30-4-25

NOMBRES: Marco antonio APELLIDOS: Macias

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: 1023874707 DE Bogota

DIRECCIÓN: Clle 41A #11-1 Este TELÉFONO: 3107539251

ESTADO CIVIL: Unión Libre NÚMERO DE HIJOS: 1 ESTRATO SOCIAL 2

ESCOLARIDAD: Primaria _____ Bachiller _____ Profesional X Estudiante: _____

TIPO DE VIVIENDA: Propia: X Arrendada: _____ Familiar: _____

USO DEL TIEMPO LIBRE: Otro trabajo: _____ Labores domésticas: _____ Estudio _____
Recreación y deporte X Otro _____ Cuál? _____

¿SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD?: SI ___ NO X CUÁL?: _____

DISCAPACIDAD CERTIFICADA: ¿SI ___ NO X CUÁL?: _____

¿FUMA?: SI X NO _____ CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS?: SI X NO _____

PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA: Leidy Blanco

NÚMERO DE TELÉFONO: 3195385315 PARENTESCO: Conyuge

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO X ¿CuáL?: _____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Marco antonio Macias

FIRMA:

Powered by CamScanner

	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	SST-FT-07 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 02

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 04-5-25

NOMBRES: Fabio Alexander APELLIDOS: Salazar Cáceres.

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: CC: 80'759438 DE Bogotá

RH: O+ EDAD: 40

DIRECCIÓN: Cra 72 #67-75 TELÉFONO: 301-4451046

ESTADO CIVIL: Soltero NÚMERO DE HIJOS: 0 ESTRATO SOCIAL 4.

ESCOLARIDAD: Primaria _____ Bachiller _____ Profesional ✓ Estudiante: _____

TIPO DE VIVIENDA: Propia: _____ Arrendada: _____ Familiar: ✓

USO DEL TIEMPO LIBRE: Otro trabajo: _____ Labores domésticas: _____ Estudio _____
Recreación y deporte ✓ Otro _____ Cuál? _____

¿SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD?: SI ___ NO ✓ CUÁL?: _____

DISCAPACIDAD CERTIFICADA: ¿SI ___ NO ✓ CUÁL?: _____

¿FUMA?: SI _____ NO ✓ CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS?: SI ✓ NO _____

PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA: Benedicta Cáceres

NÚMERO DE TELÉFONO: 311-2166315 PARENTESCO: Madre.

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO ✓ ¿CuáL?: _____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Fabio Alexander Salazar Cáceres.

FIRMA: Fabio A Salazar C.

Powered by CamScanner

	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	SST-FT-07 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 02

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 5-05-2025

NOMBRES: Carlos Javier APELLIDOS: Bejarano Avila

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: C.C 1016008993 DE Bogotá

RH: O+ EDAD: 37

DIRECCIÓN: Cll 23D # 85A 51 TELÉFONO: 3005276940

ESTADO CIVIL: Soltero NÚMERO DE HIJOS: 0 ESTRATO SOCIAL 4

ESCOLARIDAD: Primaria ____ Bachiller ____ Profesional X Estudiante: ____

TIPO DE VIVIENDA: Propia: X Arrendada: ____ Familiar: ____

USO DEL TIEMPO LIBRE: Otro trabajo: ____ Labores domésticas: ____ Estudio ____
Recreación y deporte X Otro ____ Cuál? ____

¿SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD?: SI ___ NO X CUÁL?: ____

DISCAPACIDAD CERTIFICADA: ¿SI ___ NO X CUÁL?: ____

¿FUMA?: SI ____ NO X CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS?: SI X NO ____

PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA: Carlos Edgar Bejarano

NÚMERO DE TELÉFONO: 3134027735 PARENTESCO: Padre

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO X ¿CuáL?: ____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Carlos Javier Bejarano Avila

FIRMA:

	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	SST-FT-07 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 02

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 04-05-25

NOMBRES: Luzmila APELLIDOS: Luengas

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: CC. 51964259 DE Bta

RH: O+ EDAD: 54

DIRECCIÓN: Cra 50b # 41b-77 TELÉFONO: 3167430974

ESTADO CIVIL: Soltera NÚMERO DE HIJOS: 3 ESTRATO SOCIAL 3

ESCOLARIDAD: Primaria _____ Bachiller _____ Profesional X Estudiante: _____

TIPO DE VIVIENDA: Propia: _____ Arrendada: X Familiar: _____

USO DEL TIEMPO LIBRE: Otro trabajo: _____ Labores domésticas: _____ Estudio _____
Recreación y deporte X Otro _____ Cuál? _____

¿SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD?: SI ___ NO X CUÁL?: _____

DISCAPACIDAD CERTIFICADA: ¿SI ___ NO X CUÁL?: _____

¿FUMA?: SI _____ NO _____ CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS?: SI _____ NO _____

PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA: 3176616326 - David Martinez

NÚMERO DE TELÉFONO: _____ PARENTESCO: Hijo

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO X ¿CuáL?: _____
_____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Luzmila Luengas

FIRMA: _____

Powered by CamScanner

	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	SST-FT-07 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 02

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 04-5-25

NOMBRES: Nancy Esperanza APELLIDOS: Gómez Romero

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: CC 65769.815 DE Ibague

RH: A+ EDAD: 49 años.

DIRECCIÓN: C1/30C Sur 7A-69 TELÉFONO: 3043812999

ESTADO CIVIL: Soltera NÚMERO DE HIJOS: 0 ESTRATO SOCIAL 2.

ESCOLARIDAD: Primaria _____ Bachiller _____ Profesional X Estudiante: _____

TIPO DE VIVIENDA: Propia: _____ Arrendada: X Familiar: _____

USO DEL TIEMPO LIBRE: Otro trabajo: _____ Labores domésticas: _____ Estudio X
Recreación y deporte _____ Otro _____ Cuál? _____

¿SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD?: SI ___ NO X CUÁL?: _____

DISCAPACIDAD CERTIFICADA: ¿SI ___ NO X CUÁL?: _____

¿FUMA?: SI _____ NO X CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS?: SI _____ NO X

PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA: Amparo Gómez

NÚMERO DE TELÉFONO: 3132002366 PARENTESCO: Hermana

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO X ¿CuáL?: _____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Nancy Esperanza Gómez Romero

FIRMA: Nancy E Gómez R.

Powered by CamScanner

	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	SST-FT-07 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 04-5-25

NOMBRES: Paola Cristina APELLIDOS: Morales colorado

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: 1017243738 DE Medellin

DIRECCIÓN: Cra 1B#22D-53 sur TELÉFONO: 3024285951

ESTADO CIVIL: Union libre NÚMERO DE HIJOS: 0 ESTRATO SOCIAL 2

ESCOLARIDAD: Primaria _____ Bachiller X Profesional _____ Estudiante: _____

TIPO DE VIVIENDA: Propia: _____ Arrendada: X Familiar: _____

USO DEL TIEMPO LIBRE: Otro trabajo: _____ Labores domésticas: X Estudio _____
Recreación y deporte _____ Otro _____ Cuál? _____

¿SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD?: SI X NO ___ CUÁL?: ASMA.

DISCAPACIDAD CERTIFICADA: ¿SI ___ NO X CUÁL?: _____

¿FUMA?: SI _____ NO X CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS?: SI _____ NO X

PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA: Camila Gutierrez

NÚMERO DE TELÉFONO: 3104185951 PARENTESCO: Conyuge

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO X ¿CuáL?: _____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Paola Morales

FIRMA:

Powered by CamScanner

	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	SST-FT-07 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 24- Abril - 2025

NOMBRES: Carlos Hernan APELLIDOS: Vargas Suarez

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: CC 80150914 DE Bogota DC

EDAD: 44 EPS: Sanidad policia FONDO DE PENSION: Policia nacional

DIRECCIÓN: Cra 5 Bis #111B-21 Sur TELÉFONO: 3503744818

ESTADO CIVIL: Union libre NÚMERO DE HIJOS: 3 ESTRATO SOCIAL 1

ESCOLARIDAD: Primaria _____ Bachiller X Profesional _____ Estudiante: _____

TIPO DE VIVIENDA: Propia: X Arrendada: _____ Familiar: _____

USO DEL TIEMPO LIBRE: Otro trabajo: _____ Labores domésticas: _____ Estudio X
Recreación y deporte X Otro _____ Cuál? _____

¿SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD?: SI ___ NO X CUÁL?: _____

DISCAPACIDAD CERTIFICADA: ¿SI ___ NO X CUÁL?: _____

¿FUMA?: SI _____ NO X CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS?: SI _____ NO X

PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA: Sharon Rodriguez Huertas

NÚMERO DE TELÉFONO: 3136387206 PARENTESCO: Conyugue

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ____ NO X ¿CuáL?: _____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Carlos Hernan Vargas Suarez

FIRMA:

Powered by CamScanner

	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	SST-FT-07 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 16 MAYO 2025

NOMBRES: ANDERSON DUVAN APELLIDOS: RUBIANO SANTOS

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: 1023903332 DE BOGOTA

DIRECCIÓN: CALLE 36A #8-96 SUR TELÉFONO: 3013122393

ESTADO CIVIL: UNION LIBRE NÚMERO DE HIJOS: 1 ESTRATO SOCIAL 2

ESCOLARIDAD: Primaria _____ Bachiller X Profesional _____ Estudiante: _____

TIPO DE VIVIENDA: Propia: _____ Arrendada: X Familiar: _____

USO DEL TIEMPO LIBRE: Otro trabajo: _____ Labores domésticas: X Estudio _____
Recreación y deporte _____ Otro _____ Cuál? _____

¿SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD?: SI ___ NO X CUÁL?: _____

DISCAPACIDAD CERTIFICADA: ¿SI ___ NO X CUÁL?: _____

¿FUMA?: SI _____ NO _____ CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS?: SI _____ NO _____

PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA: MARTHA SANTOS

NÚMERO DE TELÉFONO: 3165555118 PARENTESCO: MAMA

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO X ¿CuáL?: _____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: DUVAN RUBIANO

FIRMA: DUVAN RUBIANO

Powered by CamScanner

	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	SST-FT-07 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 22-5-25

NOMBRES: Angie Vanessa APELLIDOS: Arevalo Pastrana

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: 1014736681 DE Bogotá

DIRECCIÓN: Cra 73B #7C-60 TELÉFONO: 321323 2133

ESTADO CIVIL: Soltero NÚMERO DE HIJOS: 0 ESTRATO SOCIAL 3

ESCOLARIDAD: Primaria _____ Bachiller X Profesional _____ Estudiante: _____

TIPO DE VIVIENDA: Propia: _____ Arrendada: _____ Familiar: X

USO DEL TIEMPO LIBRE: Otro trabajo: _____ Labores domésticas: _____ Estudio _____
Recreación y deporte X Otro _____ Cuál? _____

¿SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD?: SI ___ NO X CUÁL?: _____

DISCAPACIDAD CERTIFICADA: ¿SI ___ NO X CUÁL?: _____

¿FUMA?: SI _____ NO X CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS?: SI _____ NO X

PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA: Sandra Pastrana

NÚMERO DE TELÉFONO: 3143394371 PARENTESCO: Madre

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO X ¿CuáL?: _____

_____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Angie Arévalo Pastrana.

FIRMA: _____

Powered by CamScanner

	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	SST-FT-07 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 02

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 22-5-25

NOMBRES: Alfonso APELLIDOS: Bustos

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: 87717804. DE Itales

RH: O+ EDAD: 50 EPS: _____ PENSION: Porvenir.

DIRECCIÓN: Cra 50B #64-54 TELÉFONO: 3115612362

ESTADO CIVIL: Casado NÚMERO DE HIJOS: 1 ESTRATO SOCIAL 3

ESCOLARIDAD: Primaria _____ Bachiller _____ Profesional X Estudiante: _____

TIPO DE VIVIENDA: Propia: _____ Arrendada: _____ Familiar: X

USO DEL TIEMPO LIBRE: Otro trabajo: _____ Labores domésticas: X Estudio _____
Recreación y deporte _____ Otro _____ Cuál? _____

¿SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD?: SI ___ NO X CUÁL?: _____

DISCAPACIDAD CERTIFICADA: ¿SI ___ NO X CUÁL?: _____

¿FUMA?: SI _____ NO X CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS?: SI _____ NO X

PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA: Bernardo Bustos

NÚMERO DE TELÉFONO: 3106990885 PARENTESCO: Hermano

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO X ¿CuáL?: _____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Alfonso Bustos

FIRMA: _____

Powered by CamScanner

	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	SST-FT-07 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 01-4-25

NOMBRES: Keren Manuela APELLIDOS: Ojeda

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: 1104938008 DE Bogota

DIRECCIÓN: Cra 79K #46B Sur-04 TELÉFONO: 3223095846

ESTADO CIVIL: Soltera NÚMERO DE HIJOS: 0 ESTRATO SOCIAL ____

ESCOLARIDAD: Primaria X Bachiller ____ Profesional ____ Estudiante: ____

TIPO DE VIVIENDA: Propia: ____ Arrendada: ____ Familiar: X

USO DEL TIEMPO LIBRE: Otro trabajo: ____ Labores domésticas: X Estudio ____
Recreación y deporte ____ Otro ____ Cuál? ____

¿SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD?: SI X NO ___ CUÁL?: FISICA - INTELECTUAL

DISCAPACIDAD CERTIFICADA: ¿SI X NO ___ CUÁL?: FISICA - INTELECTUAL

¿FUMA?: SI ____ NO X CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS?: SI ____ NO X

PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA: OSCAR

NÚMERO DE TELÉFONO: 3223095846 PARENTESCO: ____

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO X ¿CuáL?: ____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: KEREN OJEDA

FIRMA: KEREN OJEDA

Powered by CamScanner

	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	SST-FT-07 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 02

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 10-5-25

NOMBRES: Yuly Paulin APELLIDOS: Jaramillo Bolaño

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: 32907266 DE Bogotá

RH: O+ EDAD: 41 EPS: Susalud PENSION: Proteccion

DIRECCIÓN: Cra 11GB #74A-90 TELÉFONO: 3003554113

ESTADO CIVIL: casado NÚMERO DE HIJOS: 1 ESTRATO SOCIAL: 2

ESCOLARIDAD: Primaria _____ Bachiller _____ Profesional X Estudiante: _____

TIPO DE VIVIENDA: Propia: _____ Arrendada: _____ Familiar: X

USO DEL TIEMPO LIBRE: Otro trabajo: _____ Labores domésticas: X Estudio _____
Recreación y deporte _____ Otro _____ Cuál? _____

¿SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD?: SI ___ NO X CUÁL?: _____

DISCAPACIDAD CERTIFICADA: ¿SI ___ NO X CUÁL?: _____

¿FUMA?: SI _____ NO X CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS?: SI _____ NO X

PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA: Andres sanchez

NÚMERO DE TELÉFONO: 3005460450 PARENTESCO: esposo

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO X ¿CuáL?: _____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Yuly Paulin Jaramillo

FIRMA: _____

Powered by CamScanner

	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	SST-FT-07 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 16.05.2025

NOMBRES: willian andres APELLIDOS: miranda muñoz

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: 1117 552 197 DE florencia

DIRECCIÓN: carrera 26 #57-12 TELÉFONO: 3209487134

ESTADO CIVIL: separado NÚMERO DE HIJOS: uno ESTRATO SOCIAL ____

ESCOLARIDAD: Primaria 5 Bachiller ____ Profesional ____ Estudiante: ____

TIPO DE VIVIENDA: Propia: ____ Arrendada: X Familiar: ____

USO DEL TIEMPO LIBRE: Otro trabajo: ____ Labores domésticas: ____ Estudio ____
Recreación y deporte ____ Otro X Cuál? ____

¿SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD?: SI ___ NO X CUÁL?: ____

DISCAPACIDAD CERTIFICADA: ¿SI ___ NO X CUÁL?: ____

¿FUMA?: SI ____ NO X CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS?: SI ____ NO X

PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA: Marleni piso meneses

NÚMERO DE TELÉFONO: 3022031184 PARENTESCO: amiga

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO X ¿CuáL?: ____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: willian andres miranda muñoz

FIRMA: willian andres muñoz

Powered by CamScanner

	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	SST-FT-07 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 02

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 22-5-25

NOMBRES: Edwin APELLIDOS: HERRERA MATA

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: 1004490637 DE ARJONA

RH: B+ EDAD: 39 EPS: NUEVA EPS PENSION: PORVENIR

DIRECCIÓN: carrera 140 #12-27A TELÉFONO: 3127476340

ESTADO CIVIL: SOLTERO NÚMERO DE HIJOS: 1 ESTRATO SOCIAL 1

ESCOLARIDAD: Primaria _____ Bachiller X Profesional _____ Estudiante: _____

TIPO DE VIVIENDA: Propia: _____ Arrendada: X Familiar: _____

USO DEL TIEMPO LIBRE: Otro trabajo: _____ Labores domésticas: _____ Estudio _____
Recreación y deporte X Otro _____ Cuál? Futbol

¿SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD?: SI ___ NO X CUÁL?: _____

DISCAPACIDAD CERTIFICADA: ¿SI ___ NO X CUÁL?: _____

¿FUMA?: SI X NO _____ CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS?: SI _____ NO X

PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA: SEMI HERRERA

NÚMERO DE TELÉFONO: 3506871158 PARENTESCO: MADRE

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO X ¿CuáL?: _____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: EDWIN MATA

FIRMA: Edwin

Powered by CamScanner

	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	SST-FT-07 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 02

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 22-5-25

NOMBRES: Jesus Daniel APELLIDOS: Garca Hernandez

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: 1085042995 DE El banco Magdalena.

RH: O+ EDAD: 19 EPS: Mutual ser PENSION: No tengo

DIRECCIÓN: Cr 93 Bis #134A 05 TELÉFONO: 3024190841

ESTADO CIVIL: Unión libre NÚMERO DE HIJOS: 1 ESTRATO SOCIAL 1

ESCOLARIDAD: Primaria _____ Bachiller X Profesional _____ Estudiante: _____

TIPO DE VIVIENDA: Propia: _____ Arrendada: X Familiar: _____

USO DEL TIEMPO LIBRE: Otro trabajo: _____ Labores domésticas: X Estudio _____
Recreación y deporte _____ Otro _____ Cuál? _____

¿SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD?: SI ___ NO X CUÁL?: _____

DISCAPACIDAD CERTIFICADA: ¿SI ___ NO X CUÁL?: _____

¿FUMA?: SI _____ NO X CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS?: SI _____ NO X

PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA: Veronica Campo

NÚMERO DE TELÉFONO: 324626 4699 PARENTESCO: Conyuge

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI X NO ___ ¿CuáL?: Aguacate.

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Jesus Garcia

FIRMA:

Powered by CamScanner

	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	SST-FT-07 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 02

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 27-05-2025.

NOMBRES: Guylinton Jose APELLIDOS: Linero Urrego

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: CC. 1.073.696732 DE Soacha.

RH: O+ EDAD: 32 EPS: Famisanar PENSION: Porvenir.

DIRECCIÓN: Dg 76 B Sur # 76A 21 TELÉFONO: 311 583 6977

ESTADO CIVIL: Union Libre NÚMERO DE HIJOS: 2 ESTRATO SOCIAL 1

ESCOLARIDAD: Primaria ____ Bachiller X Profesional ____ Estudiante: ____

TIPO DE VIVIENDA: Propia: ____ Arrendada: X Familiar: ____

USO DEL TIEMPO LIBRE: Otro trabajo: ____ Labores domésticas: X Estudio ____
Recreación y deporte X Otro ____ Cuál? ____

¿SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD?: SI ___ NO X CUÁL?: ____

DISCAPACIDAD CERTIFICADA: ¿SI ___ NO X CUÁL?: ____

¿FUMA?: SI ____ NO X CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS?: SI ____ NO X

PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA: Lorena Arcos Castaño.

NÚMERO DE TELÉFONO: 320 961 8278 PARENTESCO: Conyuge

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO X ¿CuáL?: ____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Guylinton Linero.

FIRMA: _____

Powered by CamScanner

	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	SST-FT-07 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 02

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 29-5-25

NOMBRES: Norberto APELLIDOS: Urrego Barahona

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: 74324850 DE Sta maría Boyaca.

RH: _____ EDAD: _____ EPS: famisanar PENSION: Colpensiones

DIRECCIÓN: Clle 70C Sur # 80-33 TELÉFONO: 3125615759

ESTADO CIVIL: Casado NÚMERO DE HIJOS: 1 ESTRATO SOCIAL 3

ESCOLARIDAD: Primaria _____ Bachiller X Profesional _____ Estudiante: _____

TIPO DE VIVIENDA: Propia: _____ Arrendada: X Familiar: _____

USO DEL TIEMPO LIBRE: Otro trabajo: _____ Labores domésticas: X Estudio _____
Recreación y deporte _____ Otro _____ Cuál? _____

¿SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD?: SI ___ NO X CUÁL?: _____

DISCAPACIDAD CERTIFICADA: ¿SI ___ NO X CUÁL?: _____

¿FUMA?: Si _____ NO X CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS?: SI _____ NO X

PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA: Nancy Barahona

NÚMERO DE TELÉFONO: 3013605060 PARENTESCO: Hermana

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO X ¿CuáL?: _____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Norberto Urrego

FIRMA: NORBERTO URREGO.

Powered by CamScanner

	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	SST-FT-07 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 02

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 28/05/25

NOMBRES: EDWIN FABIAN APELLIDOS: RUBIANO SANTOS

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: C.C 1023888276 DE BOGOTA

RH: O+ EDAD: 35 EPS: SALUD TOTAL PENSION: PORVENIR

DIRECCIÓN: BARRIO SERAFINA TELÉFONO: 3227640934

ESTADO CIVIL: SOLTERO NÚMERO DE HIJOS: 2 ESTRATO SOCIAL 1

ESCOLARIDAD: Primaria ____ Bachiller X Profesional ____ Estudiante: ____

TIPO DE VIVIENDA: Propia: ____ Arrendada: X Familiar: ____

USO DEL TIEMPO LIBRE: Otro trabajo: ____ Labores domésticas: ____ Estudio ____
Recreación y deporte ____ Otro X Cuál? DEPORTE

¿SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD?: SI ___ NO X CUÁL?: ____

DISCAPACIDAD CERTIFICADA: ¿SI ___ NO X CUÁL?: ____

¿FUMA?: SI ____ NO X CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS?: SI ____ NO X

PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA: MARTHA SANTOS

NÚMERO DE TELÉFONO: 3165555118 PARENTESCO: MADRE

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO X ¿CuáL?: ____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: EDWIN RUBIANO

FIRMA:

Powered by CamScanner

	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	SST-FT-07 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 02

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 29-05-2025

NOMBRES: Luis Eduardo APELLIDOS: Acuña Medina

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: CC 9197514 DE Sucre - Sucre

RH: O+ EDAD: 42 EPS: Compensar PENSION: Porvenir

DIRECCIÓN: Cra 15B-S # 188-a32 TELÉFONO: 313 770 44 11

ESTADO CIVIL: Soltero NÚMERO DE HIJOS: 1 ESTRATO SOCIAL 2

ESCOLARIDAD: Primaria X Bachiller ____ Profesional ____ Estudiante: ____

TIPO DE VIVIENDA: Propia: ____ Arrendada: X Familiar: ____

USO DEL TIEMPO LIBRE: Otro trabajo: ____ Labores domésticas: ____ Estudio ____
Recreación y deporte ____ Otro ____ Cuál? ____

¿SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD?: SI ___ NO X CUÁL?: ____

DISCAPACIDAD CERTIFICADA: ¿SI ___ NO X CUÁL?: ____

¿FUMA?: SI ____ NO X CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS?: SI X NO ____

PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA: Mauricio Acuña

NÚMERO DE TELÉFONO: 313 521 5220 PARENTESCO: Hermano

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO X ¿CuáL?: ____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Luis Eduardo Acuña

FIRMA: Luis Acuña

Powered by CamScanner

	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	SST-FT-07 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 02

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30-5-25

NOMBRES: Mao Sebastian APELLIDOS: Belmejo

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: 1001147750 DE Bogota

RH: B+ EDAD: 32 EPS: Salud total PENSION: Porvenir

DIRECCIÓN: Cra 59 #131A-23 TELÉFONO: 3112083961

ESTADO CIVIL: Soltero NÚMERO DE HIJOS: 0 ESTRATO SOCIAL 3

ESCOLARIDAD: Primaria _____ Bachiller _____ Profesional X Estudiante: _____

TIPO DE VIVIENDA: Propia: _____ Arrendada: X Familiar: _____

USO DEL TIEMPO LIBRE: Otro trabajo: _____ Labores domésticas: X Estudio _____
Recreación y deporte X Otro _____ Cuál? _____

¿SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD?: SI ___ NO X CUÁL?: _____

DISCAPACIDAD CERTIFICADA: ¿SI ___ NO X CUÁL?: _____

¿FUMA?: SI _____ NO X CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS?: SI _____ NO X

PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA: Oscar Cifuentes

NÚMERO DE TELÉFONO: 3125861487 PARENTESCO: Amigo

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO X ¿CuáL?: _____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Mao Belmejo

FIRMA: Sebastian B. M

	PLAN DE TRABAJO SST	Código: SST-PL-01 Versión: 01 Fecha: 01-Abr-2025

PERIODO DE SEGUIMIENTO	MAYO	2025		SST OBRA
PROYECTO Y/O OBRA:	CONTRATO DE OBRA PUBLICA NO. 1013 de 2024			

ITEM	ACTIVIDAD	ABRIL		MAYO		JUNIO		JULIO		AGOSTO		SEPT		OCT		NOVI		DIC		ENERO		TOTALES			RESPONSABLE	REGISTRO
																						* P	* E	%		
Preliminar	Vistas de reconocimeinto de campo	P	E	P	E	P																3	2	67%	RESIDENTE SISOMA	REGISTRO FOTOGRAFICO
	Elaboracion SG-SST	P	E	P	E	P																3	2	67%	RESIDENTE SISOMA	DOCUMENTO SG-SST
	Entrega SG-SST	P	E	P	E	P								P								4	2	50%	RESIDENTE SISOMA	DOCUMENTO SG-SST
1. Actividades Inicio de Obra	Revisión afiliaciones y Seguridad Social del Personal	p	E	P	E	P		P		P		P		P		P		P		P		10	2	20%	SST OBRA	SEGURIDAD SOCIAL
	Revisión de Examenes Medico Ocupacionales del Personal	p	E	P	E	P		P		P		P		P		P		P		P		10	2	20%	SST OBRA	EXAMEN MEDICO
	Revisión de Cursos y certificados del personal	p	E	P	E	P		P		P		P		P		P		P		P		10	2	20%	SST OBRA	CERTIFICADOS
	Inducción SST y Notificación de Riesgo al personal que ingresa a obra / Divulgación del Plan de Emergencias	P	E	P	E	P		P		P		P		P		P		P		P		10	2	20%	SST OBRA	INDUCCIÓN
	Entrega de Dotación	P	E	P	E			P						P								4	2	50%	SST OBRA	FORMATO ENTREGA
	Entrega de EPP	p	E	p	E	p		p		P		P		P		P		P		P		10	2	20%	SST OBRA	FORMATO ENTREGA
	Elaboración de Matriz de identificación de Peligros y Valoración de Riesgos	p	E	p										P		P		P		P		3	1	33%	SST OBRA	MATRIZ
2. Programa de Inspecciones	Inspecciones Elementos de Protección Personal	P	E	p	E	p		p		P		P		P		P		P		P		10	2	20%	SST OBRA	FORMATO DE INSPECCION
	Inspección Botiquin	P	E	p	E	p		p		P		p		P		p		p		p		10	2	20%	SST OBRA	FORMATO DE INSPECCION
	Inspección Extintores	P	E	p	E	p				P		p		P				P		P		8	2	25%	SST OBRA	FORMATO DE INSPECCION
	Inspecciones Orden y Aseo	P	E	p	E	P		P		P		P		P		P		P		P		9	2	22%	SST OBRA	FORMATO DE INSPECCION
	Inspecciones Kit Antiderrames	P	E	p	E	P		P		P		P		P		P		P		P		9	2	22%	SST OBRA	FORMATO DE INSPECCION
	Inspecciones Herramientas	P	E	p	E	P		P		P		P		P		P		P		P		10	2	20%	SST OBRA	FORMATO DE INSPECCION
3. Actividades Obra	Informes de Obra			p	E	P		P		P		P		P		P		P		P		9	1	11%	SST OBRA	ATS
	Elaboración Permisos de Trabajo					p		P		P		P		P		P		P		P		8	0	0%	SST OBRA	PERMISOS DE TRABAJO
	Charlas de Seguridad			P	E	p		P		P		P		P		P		P		P		9	1	11%	SST OBRA	ASISTENCIA A CHARLAS
	Pausas Activas					P		p		P		P		P		P		P		P		8	0	0%	SST OBRA	FORMATO
4. Grupos de Apoyo	Reporte de actividades al COPASST					p		p		P		P		P		P		P		P		8	0	0%	SST OBRA	CORREO ELETRONICO
	Conformación Brigada de Obra			P	E	p																2	1	50%	SST OBRA	ACTA CONFORMACIÓN BRIGADA OBRA
	Smulacro distrital													p								1	0	0%	SST OBRA	ACTA CONFORMACIÓN BRIGADA OBRA
5. Capacitaciones Obra	Condiciones de orden y aseo en obra					p		P		p		P		p		P		P		p		8	0	0%	SST OBRA	FORMATO DE ASISTENCIA
	Capacitación / Charla Riesgo Biologico					p						P				P		P		P		5	0	0%	SST OBRA	FORMATO DE ASISTENCIA
	Capacitacion en riesgos asosciados a las actividades					p												P				2	0	0%	SST OBRA	FORMATO DE ASISTENCIA
	seguridad vial					p						P						P				3	0	0%	SST OBRA	FORMATO DE ASISTENCIA
	Uso inadecuado de las herramientas			P	E	p																2	1	50%	SST OBRA	FORMATO DE ASISTENCIA
	Charla / Capacitación SGA							P														1	0	0%	SST OBRA	FORMATO DE ASISTENCIA
	Estilos de Vida Saludable									P												1	0	0%	SST OBRA	FORMATO DE ASISTENCIA
	Riesgo biomecanico	P	E							P						P						3	1	33%	SST OBRA	FORMATO DE ASISTENCIA
	Capacitación / Charla Actos y Condiciones Inseguras			P	E	P		P		P		P		P		P		P		P		9	1	11%	SST OBRA	FORMATO DE ASISTENCIA
	Normas de tránsito.					P				P				P		P		P		P		6	0	0%	SST OBRA	FORMATO DE ASISTENCIA
	Manejo de emergencias en la obra.					P																1	0	0%	SST OBRA	FORMATO DE ASISTENCIA
	Tipos de Elementos de protección personal a emplear en la obra y su forma correcta de uso.											P						P				2	0	0%	SST OBRA	FORMATO DE ASISTENCIA
	Generalidades de la Guía de Manejo Ambiental y PIPMA del proyecto.					P																1	0	0%	SST OBRA	FORMATO DE ASISTENCIA
	Uso y mantenimiento de elementos de protección personal	P	E																			1	1	100%	SST OBRA	FORMATO DE ASISTENCIA
	Funciones de la brigada.			P	E					P												2	1	50%	SST OBRA	FORMATO DE ASISTENCIA
	Manejo de residuos y Manejo de materiales.							P						P								2	0	0%	SST OBRA	FORMATO DE ASISTENCIA
6. Seguimiento SG-SST	Seguimiento a Cronograma					P		P		P		P		P		P		P		P		8	0	0%	SST OBRA	Cronograma
	Medición de Indicadores					P		P		P		P		P		P		P		P		8	0	0%	SST OBRA	INDICADORES

RESPONSABLE CONTRATISTA	RESPONSABLE INTERVENTORÍA
YASMIN BURBANO	



CAPACITACIONES

	LISTA DE ASISTENCIA	SST-FT-10 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

HORA INICIO: 9:00 **HORA FIN:** 10:00

LUGAR: Pto Crea

FECHA: 13-5-25

Marque con una (x) según corresponda

Capacitacion:	X	Charla		Divulgacion		Otro, cual?	

TEMAS TRATADOS

Actos y condiciones inseguras

	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Yeison Esteban Capuano Nieva	1.045.427.674	
2	William Andres Mejia Acuña	1117552197	William Andres Mejia
3	Daniel Sosa	802.501.65	Daniel Sosa
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

CAPACITADOR :

Yasmin Burbano

	LISTA DE ASISTENCIA	SST-FT-10 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

HORA INICIO: 8:00 **HORA FIN:** 9:00

LUGAR: COP-1013-2024

FECHA: 16-5-25

Marque con una (x) según corresponda

Capacitación		Charla		Divulgación		Otro, cual?	

TEMAS TRATADOS

Uso inadecuado de las herramientas

	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Yeison Esteban caperano vel	1.045.421.674	
2	William Andres miranda cuños	1117552197	William Andres cuños
3	Daniel Soto	80250145	Daniel
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

CAPACITADOR :

Yasmin Barbosa

	LISTA DE ASISTENCIA	SST-FT-10 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

HORA INICIO: 9:00 **HORA FIN:** 900

LUGAR: RUTO CRCS

FECHA: MAYO 23 2025

Marque con una (x) según corresponda

Capacitacion		Charla		Divulgacion		Otro, cual?	

TEMAS TRATADOS

PELIGROS ANEXOS

	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Juan Sebastian Rabago C.	1032488399	Sebas Ro.
2	Angie Vanessa Arévalo P.	1014736681	
3	Wilmer Andres Molina Rojas	1014940375	
4	JAVIER JIMENEZ	3212354	JAVIER JIMENEZ
5	Manuel Garcia Mayorga	1022952246.	
6	JAVIER A. RAMIREZ	80.051.643	
7	Marco A Macias	1023894709	
8	[illegible]	1946614	
9	Carlos Nicolas Cuevas Suarez	80150914	
10	ANDERSON OMAR RUBIANO SANTOS	1023403332	
11	Yeison Esteban Cifuentes Narvaez	1045.427.614	
12	William Andres Miranda Muñoz	1117552197	William Andres Muñoz
13	EDWIN MATA	1044906637	Edwin
14	Jesus Daniel Garcia H.	1085042995	
15	Daniel Soto	80250145	

CAPACITADOR : JUAN CARLOS JEMA (A3)

	LISTA DE ASISTENCIA	SST-FT-10 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

HORA INICIO: 7:00 **HORA FIN:** 9:00

LUGAR: PUNTO CRETA

FECHA: MAY 23 2025

Marque con una (x) según corresponda

Capacitacion		Charla		Divulgacion		Otro, cual?	

TEMAS TRATADOS

PRUEBAS ANALAS

	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Zulay Eslava	1052383452	
2	Yasmin Barbano	1123325183	
3	Luisa Moreno	1110580807	
4	Heydi Sanchez	53130859	
5	Lauren Viviana Bayona Perilla	1233506640	Viviana Bayona
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

CAPACITADOR : JUAN CARLOS JOYA (CAS)

	LISTA DE ASISTENCIA	SST-FT-10 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

HORA INICIO: 2:00 HORA FIN: 3:00

LUGAR: COP-1013-2024

FECHA: 29-5-25

Marque con una (x) según corresponda

Capacitación	X	Charla		Divulgación		Otra ¿cual?	

TEMAS TRATADOS

funciones de la brigada

	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	[illegible]	[illegible]	[illegible]
2	Yeison Capuano G.	1041542674	
3	Daniel Sosa	[illegible]	Daniel Sosa
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

CAPACITADOR :

Yasmin Burbano

INSPECCIONES

	INSPECCIÓN LOCATIVA	SST-FT-11 Fecha:1/Abr/2025 Versión:01

Fecha de inspección:	21-5-25	**Área / Unidad Operativa:**	COP-1013-24
Inspección realizada por:	Yasmin Burbano	**Nombre del Responsable:**	Yasmin Burbano

LISTA DE CHEQUEO

No.	ELEMENTO A INSPECCIONAR	Frente: CUMPLE SI	NO	NA	OBSERVACIONES
1	**PELIGROS FISICOS**				
1.1	Existe buena iluminación artificial y natural.	X			
1.2	Hay buena ventilación en el área.	X			
1.3	El nivel de ruido es adecuado (Condiciones Normales inferiores a 85 db).	X			
1.4	Existen controles de ruido (control en la fuente, en el medio de propagación, en el trabajador).	X			
1.5	La temperatura es confortable.	X			
2	**PELIGROS LOCATIVOS**				
2.1	Pisos en buen estado.	X			
2.2	Areas de circulación despejadas	X			
2.3	Están claramente demarcadas las áreas de trabajo y rutas de tránsito.	X			
3	**PELIGROS ELÉCTRICOS**				
3.1	Los empalmes o conexiones estan en buen estado.	X			
3.2	Cables en buen estado.	X			
3.3	Existe señalización de peligros.	X			
4	**PELIGROS DE SEGURIDAD**				
4.1	Extintores libre de obstaculos.	X			
4.2	Existe señalización en todas las areas y en las salidas de emergencia.	X			
4.3	Las áreas de salida de emergencia y punto de encuentro se encuentran despejadas	X			
4.4	El personal cuenta con los elementos de protección personal (EPP).	X			
4.5	Hay camilla en el área. (Solo si es necesaria).	X			
5	**PELIGROS BIOLOGICOS**				
5.1	El area esta libre de insectos y roedores.	X			
6	**PELIGROS BIOMECANICO**				
6.1	Espacio de trabajo adecuado (para miembros inferiores, desplazamientos y salidas del puesto de trabajo)	X			
6.2	El peso de los objetos que levanta o almacena están dentro de los límites permisibles	X			
7	**ORDEN Y ASEO**				

7.1	El área se encuentra organizada.	X			
7.2	Se realiza la clasificación de residuos sólidos en forma correcta	X			
7,3	Los residuos peligrosos se separan y disponen con empresas autorizadas.			X	
7,4	El sitio inspeccionado se encuentra en buen estado de aseo y mantenimiento.	X			
8	**SANEAMIENTO BASICO**				
8,1	Servicios higiénicos en buen estado y limpieza.	X			
8,2	Hay papel higiénico, jabón y papeleras con pedal y tapa.	X			
8,3	Estan los inodoros limpios en buen estado.	X			
9	**PELIGRO MECANICO (HERRAMIENTAS)**				
9,1	Equipos y herramientas de obra en buen estado	X			
9,2	Archivo rodante en buen estado	X			
10	**MEDIO AMBIENTE**	**BUEN ESTADO**	**REGULAR ESTA**	**MAL ESTADO**	
10.1 Sustancias químicas	El area cuenta con las Hojas de seguridad.	X			
	Otro.				
OBSERVACIONES					
Firma responsable inspección:		**Firma Responsable del SG-SST:**			

	INSPECCIÓN DE BOTIQUIN	SST-FT-14 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Nombre del responsable de la inspección:	Yasmin Burbano COP-1013-2024	Cargo:	R. SST
Sede:		Fecha de inspección:	16-5-25

CAMILLAS

Convenciones: B: Bueno R: Regular M: Malo NC: No Contiene NA: No Aplica

No.	N. DE CAMILLA	UBICACIÓN PISO	CONDICIÓN DE CAMILLA							OBSERVACIONES	EXISTE AFECTACIÓN EN LA PRODUCTIVIDAD
			SEÑALIZACIÓN	ACCESO	ESTADO DEL SOPORTE	INSTALACIÓN A PARED	CORREAS DE SEGURIDAD	LIMPIEZA	INMOVILIZADOR		
1	1	Pto Crea	B	B	B	B	B	B	B		
2											
3											
4											
5											
6											
7											

BOTIQUIN

Convenciones: B: Bueno R: Regular M: Malo NC: No Contiene NA: No Aplica

No.	N° DE BOTIQUIN	UBICACIÓN PISO	CONDICIONES DEL BOTIQUIN																					OBSERVACIONES	AFECTACIÓN AL SERVICIO
			BOXPAL - ESTADO GENERAL (Limpio, señalización, aseo)	GASAS LISTAS PAQUETE (30 Unidades)	ESPARADRAPO DE TELA ROLLO de 4" (1 Unidad)	#AJALEÑIRUAS (Paq. X 20)	GUANTES DE LATEX (Caja * 100 unidades)	VENDA ELASTICA 2" X YARDAS (1 Unidad)	VENDA ELASTICA 3" X YARDAS (1 Unidad)	VENDA ELASTICA 6" X YARDAS (1 Unidad)	SOLUCIÓN SALINA 250 o 500 c.c (2 Unidades)	TERMOMETRO DIGITAL O MERCURIO (1 Unidad)	ALCOHOL ANTISEPTICO (Frasco 275 ml)	YODOPOVIDONA (JABON QUIRURGICO)	MICROPORE (1 Unidad)	CURAS	APLICADORES (1 Paquete)	LINTERNA	PARCHE OCULAR	PITO	TAPABOCAS	TIJERAS DE TRAUMA	BOLSA ROJAS	BOLSAS TRANSPARENTES		
1	1	Pto Crea	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B		
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									

FIRMA RESPONSABLE INSPECCIÓN Yasmin Burbano

NOMBRE RESPONSABLE

	INSPECCION DE EXTINTORES	SST-FT-15 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Nombre del responsable de la inspección:	Yasmin Burbano	**Cargo:**	Residente SST.
Sede:	COP-1013-2024	**Fecha de inspección:**	16-5-25

Convenciones: B: Bueno R: Regular M: Malo NC: No Contiene NA: No Aplica

EXTINTORES

No.	N° DE EXTINTOR	UBICACIÓN PISO	TIPO (Marque con una (X))			CAPACIDAD	FECHA PROXIMA RECARGA		CONDICIONES DEL EXTINTOR																				OBSERVACIONES
			BOLKAFLAN	MULTIPROPOSITO	AGUA		MES	AÑO	ACCESO	VISIBILIDAD	SENALIZACIÓN	PARED ALTURA (1.50 m)	PISO (Base)	LIMPIEZA	ROTULO	CILINDRO	MANOMETRO	PRESION	PIN DE SEGURIDAD	MANGUERA	BOQUILLA	CORNETA	PINTURA	MANIJA DE TRANSPORTE	SELLO DE GARANTIA	LLAVE SPANNER	HACHA	PUERTA	OTROS	
1	ABC	Rocka		X		10lbs	4	26	X	X	X	X	NA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	NA			
2																														
3																														
4																														
5																														
6																														
7																														
8																														
9																														
10																														
11																														
12																														

FORMATO INSPECCIÓN DE EPP

SST-F1-62 Fecha: 10/02/2022 Versión: 01

FECHA	5-5-25
OBRA	COL-1013-2024
AREA INSPECCIONADA	COL-1013-2024
NOMBRE DE QUIEN REPORTA	Yasmin Burbano

No.	NOMBRE	CARGO	DEBE USAR								USA		ESTADO			NO USA POR			MEDIDAS DE				
			A	B	C	D	E	F	G	H	SI	NO	B	R	M	NS	NP	NO	1	2	3	4	5
1	Daniel Sosa	Oficial	X	X	X	X	X	X	X		X		X						X	X			
2	Fito Muñoz	aux. obra	X	X	X	X	X	X	X		X		X						X	X			
3	Yeison Cardona	Aux. obra	X	X	X	X	X	X	X		X		X						X	X			
4	Quinton Tinjacá	Operador	X	X	X	X	X	X	X		X		X						X	X			
5	Luis Acuña	Operador	X	X	X	X	X	X	X		X		X						X	X			
6																							
7																							
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							

EPP FALTANTE POR PERSONA

No.	CARGO	A	B	C	D	E	F	G	H

DEBE USAR	ESTADO	NO USA POR	MEDIDAS DE CONTROL
A- OVEROL B- CASCO C- GUANTES D- BOTAS E- PROTECCION RESPIRATORIA F- PROTECTORES AUDITIVOS G- GAFAS PROTECTORAS H- OTRO Cual?	B- BUENO R- REGULAR M- MALO	NS- NO SABE NP- NO PUEDE NO- NO QUIERE	1. INSTRUCCION 2. MOTIVACION 3. CAMBIO DE EPP 4. MEDIDAS PENDIENTES 5. OTRAS

OBSERVACIONES

FIRMA

RESPONSABLE DEL AREA SST

FIRMA

Lina Moreno

RESPONSABLE DE LA INSPECCION

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestación de Servicios en seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020

NIT: 830.015894-4

Código de prestador de servicios de la salud No. 1701056590
Aprobado por la Secretaría de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 25 de 1997.
Dra. María Luisa Molina M. CPSP No. 13958 -T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Lic. de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo
Res. 7402 del 27/08/2019 de la Secretaría Distrital de Salud



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 113213

FECHA : 17/05/2025 HORA:9:6	EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO	
NOMBRES: LUISA FERNANDA MORENO OTAVO	DOCUMENTO: 1110580807	EDAD: 28 GENERO: F
Empresa: OUTSOURCING DF SAS	Cargo: AUXILIAR SST	Tel: 3013452644 -

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoración Medica Laboral	Si		Respiratorio	Si	
Espirometria	NA		Dermatología	Si	
Audiometria	Si		Osteomuscular	Si	
Visiometria	Si		Cardiovascular	Si	
Optometria	NA		Prueba de equilibrio	Si	
Electrocardiograma	NA		Prueba Psicometrica	NA	
Psicologia Laboral	NA		Radiologia Columna	NA	
Vacunas	NA		Radiologia Torax	NA	

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hematico IVG	NA		Parcial de Orina	NA	
Glicemia	NA		RH-Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	NA		KOH Uñas	NA	
Triglicéridos	NA		Frotis Faringeo	NA	
Serologia	NA		Coprologico	NA	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	NA	**Apto Para Trabajos en espacios Confinados**			NA
Apto Para el cargo sin Restricciones			**SI**	**Aplazado**	NA
Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo			NA	**No Apto Para Este Cargo**	NA
Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel			NA		
Examen PERIODICO Satisfactorio	NA	**Examen de EGRESO Satisfactorio**			NA

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	SI	Uso de Doble Protección Auditiva	NA	Evitar Posturas Prolongadas	NA
Pausas Activas	SI	Control Optometrico Periodico	NA	Uso de Medias de Compresión Graduado	NA
Ergonomia del Puesto de trabajo	SI	Uso de Lentes Permanentes	NA	Valoración y Manejo en IPS	NA
Uso de Elementos de Protección Personal	SI	Uso de Lentes Visión Cercana	NA	Dieta - Ejercicio Físico	NA
Valoración por Medicina Laboral de EPS	NA	Control de Tension Arterial	NA	Control Espirómetria	NA
Control Audiometrico	NA	Estilos de Vida Saludable	SI	Control Médico Ocupacional Anual	SI
					NA

Lea este codigo QR con su celular para validar su autenticidad

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclínico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda conexión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional de salud ocupacional de UMED LTDA.tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta,Los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

NESTOR RAUL GARZON RODRIGUEZ LICENCIA No. 6660 DE 30/07/2019 Medico Especialista en Salud Ocupacional	Firma Trabajador C.C. No	0684

UMED LTDA IPS MEDICINA LABORAL maneja todos los protocolos de bioseguridad para SARS COV 2/COVID 19 según resolución 666 del Ministerio de Salud del 24/Abril/2020

Realice sus exámenes en instituciones medicas aprobadas por la Secretaría Distrital de salud: UMED LTDA I.P.S Salud Ocupacional

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá D.C.
Tels.:278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels: 311 265 5841 - 301 541 2992
umedltda@gmail.com- www.umedips.co

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestación de Servicios en seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020

NIT 830015894-4

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 112065

FECHA : 8/04/2025 HORA:8:23		**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**	
NOMBRES: ERICK SANTIAGO GOMEZ SOTO		DOCUMENTO: 1001174776	EDAD: 23 GENERO: M
Empresa: OUTSOURCING DF SAS		Cargo: ARQUITECTO	Tel: 3123877174 -

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoración Medica Laboral	SI		Respiratorio	SI	
Espirometria	NA		Dermatología	SI	
Audiometria	SI		Osteomuscular	SI	
Visiometria	SI		Cardiovascular	SI	
Optometria	NA		Prueba de equilibrio	SI	
Electrocardiograma	NA		Prueba Psicometrica	NA	
Psicología Laboral	NA		Radiologia Columna	NA	
Vacunas	NA		Radiologia Torax	NA	

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hematico IVG	NA		Parcial de Orina	NA	
Glicemia	NA		RH-Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	NA		KOH Uñas	NA	
Triglicaridos	NA		Frotis Faringeo	NA	
Serologia	NA		Coprologico	NA	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	NA	**Apto Para Trabajos en espacios Confinados**			NA
Apto Para el cargo sin Restricciones			**Si**	**Aplazado**	NA
Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo			NA	**No Apto Para Este Cargo**	NA
Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel			NA		
Examen PERIODICO Satisfactorio	NA	**Examen de EGRESO Satisfactorio**			NA

ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR SATISFACTORIO. TRABAJADOR APTO PARA ACTIVIDAD LABORAL EN SUPERFICI E. REQUIERE CORRECCION OPTOMETRICA PERMANENTE.

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	SI	Uso de Doble Protección Auditiva	NA	Evitar Posturas Prolongadas	NA
Pausas Activas	SI	Control Optometrico Periodico	NA	Uso de Medias de Compresión Graduado	NA
Ergonomia del Puesto de trabajo	SI	Uso de Lentes Permanentes	SI	Valoración y Manejo en IPS	NA
Uso de Elementos de Protección Personal	SI	Uso de Lentes Visión Cercana	NA	Dieta - Ejercicio Físico	NA
Valoración por Medicina Laboral de EPS	NA	Control de Tension Arterial	NA	Control Espirómetria	NA
Control Audiometrico	NA	Estilos de Vida Saludable	NA	Control Médico Ocupacional Anual	SI
					NA

Lea este codigo QR con su celular para validar su autenticidad

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclínico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional de salud ocupacional de UMED LTDA tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta,Los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de manifestarlo libre consentimiento.

CAMILO ERNESTO VELASQUEZ VELASCO
LICENCIA No. RES.7058 DE 16/08/19
Medico Especialista en Salud Ocupacional

Firma Trabajador

C.C. No

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá D.C.
Tels.:278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels. 311 265 5841 - 301 541 2992
umedltda@gmail.com- www.umedips.co

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestación de Servicios en seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020

NIT 830015894-4

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 113345

FECHA : 20/05/2025 HORA:8:41			**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**		
NOMBRES: LAUREN VIVIANA BOJACA PERILLA			DOCUMENTO: 1233506640	EDAD: 25 GENERO: F	
Empresa: CONSORCIO SUBA MT			Cargo: INSPECTORA DE OBRA	Tel: 3222337698 -	

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoración Medica Laboral	SI		Respiratorio	SI	
Espirometria	NA		Dermatología	SI	
Audiometria	SI		Osteomuscular	SI	
Visiometria	SI		Cardiovascular	SI	
Optometria	NA		Prueba de equilibrio	NA	
Electrocardiograma	NA		Prueba Psicometrica	NA	
Psicología Laboral	NA		Radiologia Columna	NA	
Vacunas	NA		Radiologia Torax	NA	

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hematico IVG	NA		Parcial de Orina	NA	
Glicemia	NA		RH-Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	NA		KOH Uñas	NA	
Triglicéridos	NA		Frotis Faringeo	NA	
Serologia	NA		Coprologico	NA	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	NA	**Apto Para Trabajos en espacios Confinados**			NA
Apto Para el cargo sin Restricciones			SI	**Aplazado**	NA
Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo			NA	**No Apto Para Este Cargo**	NA
Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel			NA		
Examen PERIODICO Satisfactorio	NA	**Examen de EGRESO Satisfactorio**			NA

ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR SATISFACTORIO. TRABAJADORA APTA PARA ACTIVIDAD LABORAL EN SUPERFICIE.

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	SI	Uso de Doble Protección Auditiva	NA	Evitar Posturas Prolongadas	NA
Pausas Activas	SI	Control Optometrico Periodico	NA	Uso de Medias de Compresión Graduado	NA
Ergonomia del Puesto de trabajo	SI	Uso de Lentes Permanentes	NA	Valoración y Manejo en IPS	NA
Uso de Elementos de Protección Personal	SI	Uso de Lentes Visión Cercana	NA	Dieta - Ejercicio Físico	NA
Valoración por Medicina Laboral de EPS	NA	Control de Tension Arterial	NA	Control Espirómetria	NA
Control Audiometrico	NA	Estilos de Vida Saludable	NA	Control Médico Ocupacional Anual	SI
					NA

Lea este codigo QR con su celular para validar su autenticidad

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclinico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional de salud ocupacional de UMED LTDA tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta,Los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibirá los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

CAMILO ERNESTO VELASQUEZ VELASCO **LICENCIA No. RES.7058 DE 16/08/19** **Medico Especialista en Salud Ocupacional**	**Firma Trabajador** C.C. No

UMED LTDA IPS MEDICINA LABORAL maneja todos los protocolos de bioseguridad para SARS COV-2.COVID 19 según resolución 666 del Ministerio de Salud del 24 Abril 2020

Realice sus exámenes en instituciones médicas aprobadas por la Secretaria Distrital de salud: UMED LTDA IPS Salud Ocupacional

Carrera 121 No. 26-00/06 Sur
Barrio Chaya - Bogotá D.C.
Tels.:278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels: 311 265 5841 - 301 541 2992
umeditda@gmail.com- www.umedips.co

Powered by CamScanner

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestación de Servicios en seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020

NIT: 830.015894-4

Código de prestador de servicios de la salud No. 110010564590
Aprobado por la Secretaría de Salud de Bogotá región
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997.
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13988-1
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Lic. de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo
Res. 7402 de 27/08/2019 de la Secretaría Distrital de Salud



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 113329

FECHA : 21/05/2025 HORA:10:39	**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**
NOMBRES: WILMER ANDRES MOLINA ROJAS	DOCUMENTO: 1022940379 EDAD: 37 GENERO: M
Empresa: CONSORCIO SUBA MT	Cargo: INSPECTOR DE OBRA Tel: 3017189643 -

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoración Medica Laboral	Si		Respiratorio	Si	
Espirometria	NA		Dermatología	Si	
Audiometria	Si		Osteomuscular	Si	
Visiometria	Si		Cardiovascular	Si	
Optometria	NA		Prueba de equilibrio	Si	
Electrocardiograma	NA		Prueba Psicometrica	NA	
Psicología Laboral	NA		Radiología Columna	NA	
Vacunas	NA		Radiología Torax	NA	

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hematico IVG	NA		Parcial de Orina	NA	
Glicemia	NA		RH-Grupo Sanguíneo	NA	
Colesterol	NA		KOH Uñas	NA	
Triglicéridos	NA		Frotis Faringeo	NA	
Serología	NA		Coprologico	NA	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	NA	**Apto Para Trabajos en espacios Confinados**			NA
Apto Para el cargo sin Restricciones			**Si**	**Aplazado**	NA
Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo			NA	**No Apto Para Este Cargo**	NA
Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel			NA		
Examen PERIODICO Satisfactorio	NA	**Examen de EGRESO Satisfactorio**			NA

ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR SATISFACTORIO

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	Si	Uso de Doble Protección Auditiva	NA	Evitar Posturas Prolongadas	NA
Pausas Activas	Si	Control Optometrico Periodico	NA	Uso de Medias de Compresión Graduado	NA
Ergonomia del Puesto de trabajo	Si	Uso de Lentes Permanentes	NA	Valoración y Manejo en IPS	NA
Uso de Elementos de Protección Personal	Si	Uso de Lentes Visión Cercana	NA	Dieta - Ejercicio Físico	NA
Valoración por Medicina Laboral de EPS	NA	Control de Tension Arterial	NA	Control Espirómetria	NA
Control Audiometrico	NA	Estilos de Vida Saludable	Si	Control Médico Ocupacional Anual	Si
					NA

Lea este codigo QR con su celular para validar su autenticidad

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclinico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional de salud ocupacional de UMED LTDA.tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta,Los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y asegura estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

NESTOR RAUL GARZON RODRIGUEZ **LICENCIA No. 6660 DE 30/07/2019** **Medico Especialista en Salud Ocupacional**	Firma Trabajador C.C. No	Huella

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá D.C.
Tels.:278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels: 311 265 5841 - 301 541 2992
umedltda@gmail.com- www.umedips.co

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometria - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas

UMED LTDA IPS MEDICINA LABORAL maneja todos los protocolos de bioseguridad para SARS COV-2/COVID 19 segun resolucion 666 del Ministerio de Salud del 24/Abril/2020

Realice sus examenes en instituciones medicas aprobadas por la Secretaria Distrital de salud: UMED LTDA I.P.S Salud Ocupacional

MEDIPAZ IPS

NIT. 830.136.311-5

MEDIPAZ IPS

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

(TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS)

FECHA: 01/02/2025

TIPO DE EXAMEN: **INGRESO** [X] **PERIODICO** [ ] **RETIRO** [ ]

INFORMACION GENERAL:



NOMBRE DEL TRABAJADOR: CARLOS JAVIER BEJARANO AVILA **Sexo:** [M]

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.C [X] **T.I.** [ ] **C.E** [ ] **NUMERO:** 1.016.008.993 **Edad:** 36 AÑOS

EPS: Famisanar **Cargo:** Administrador de empresas

EMPRESA: ICOD CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS SAS

RESULTADO EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

EXÁMEN REALIZADO	RESULTADO	OBSERVACIONES
GLICEMIA	NORMAL	
PERFIL LIPIDICO	NORMAL	
PSICOTEST DE ALTURAS	NORMAL	
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR COLUMNA Y ESPALDA	NORMAL	
AUDIOMETRIA (ESCALA LARSEN)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL	
OPTOMETRIA	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL	
ESPIROMETRIA (KNUDSON)	SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL	
PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS	SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL	
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS EN ALTURAS	SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL	
HEMOCLASIFICACION: O+ — ESTATURA: 1.84 CM — PESO: 95 KG		

CONCLUSIONES

1. RECOMENDACIONES: Remisión EPS – IPS **SI** [ ] **NO** [X] **Tratamiento:** **SI** [ ] **NO** [X] **¿Cuál?**_____

2. Otras Recomendaciones: REALIZAR PAUSA ACTIVA, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, HÁBITOS DE HIGIENE POSTURALES ADECUADOS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL, AUDITIVA Y PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL, SEGUIR PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO SEGURO-CAPACITACIONES SEGÚN CARGO, HACER PERIÓDICAMENTE LOS EXÁMENES DE VALORACIÓN OCUPACIONAL.

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL OFICIO

EXAMEN DE INGRESO	
APTO PARA EL CARGO [X]	**APTO PARA TRABAJAR ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS** [X] **APTO CON RESTRICCIONES** [ ]
NO APTO [ ]	
OBSERVACIONES:	
EXAMEN PERIODICO	
APTO PARA CONTINUAR DESEMPEÑANDO EL CARGO **SI** [ ] **NO** [ ]	**REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL** **SI** [ ] **NO** [ ]
APTO PARA TRABAJAR ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS [ ]	
OBSERVACIONES:	
EXAMEN DE EGRESO	
¿Se encuentran alteraciones clínicas con respecto al examen de ingreso? **SI** [ ] **NO** [ ]	**CUAL:**
¿Estas alteraciones afectan la futura capacidad laboral del trabajador? **SI** [ ] **NO** [ ]	

RECOMENDACIONES: USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.

NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES SEGUN CIRCULAR 030 DEL 2020.

Valoración médica *ocupacional y paraclínicos según resolución N° 4272 de 2021 El examinado CERTIFICA que no omitió ningún dato sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta.*

Responsable: Dra. Karen Estefi Ibañez Hernández
Medico esp. En salud ocupacional
RM: 1144147508
Universidad libre de Cali
Licencia salud ocupacional
1436-19
Cali

FIRMA DEL ESPECIALISTA

FIRMA

NOMBRE *CARLOS JAVIER BEJARANO*

DOC. N° *1016008993*

PACIENTE

HUELLA

Declaración de CONFIDENCIALIDAD: el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de salud Ocupacional. En constancia con la RESOLUCIÓN 2346 de julio de 2017, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestación de Servicios en seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020

NIT: 830.015894-4

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 112695

FECHA : 30/04/2025 HORA:8:6			EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO		
NOMBRES: MARCO ANTONIO MACIAS VELASQUEZ			DOCUMENTO: 1023874707	EDAD: 37 GENERO: M	
Empresa: CONSORCIO SUBA MT			Cargo: TOPOGRAFO	Tel: 3107539251 -	

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoración Medica Laboral	SI		Respiratorio	SI	
Espirometria	NA		Dermatologia	SI	
Audiometria	SI		Osteomuscular	SI	
Visiometria	SI		Cardiovascular	SI	
Optometria	NA		Prueba de equilibrio	NA	
Electrocardiograma	NA		Prueba Psicometrica	NA	
Psicologia Laboral	NA		Radiologia Columna	NA	
Vacunas	NA		Radiologia Torax	NA	

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hematico IVG	NA		Parcial de Orina	NA	
Glicemia	NA		RH-Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	NA		KOH Uñas	NA	
Triglicaridos	NA		Frotis Faringeo	NA	
Serologia	NA		Coprologico	NA	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	NA	**Apto Para Trabajos en espacios Confinados**			NA
Apto Para el cargo sin Restricciones			**SI**	**Aplazado**	NA
Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo			NA	**No Apto Para Este Cargo**	NA
Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel			NA		
Examen PERIODICO Satisfactorio	NA	**Examen de EGRESO Satisfactorio**			NA

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	SI	Uso de Doble Protección Auditiva	NA	Evitar Posturas Prolongadas	NA
Pausas Activas	SI	Control Optometrico Periodico	NA	Uso de Medias de Compresión Graduado	NA
Ergonomia del Puesto de trabajo	SI	Uso de Lentes Permanentes	NA	Valoración y Manejo en IPS	NA
Uso de Elementos de Protección Personal	SI	Uso de Lentes Visión Cercana	NA	Dieta - Ejercicio Fisico	NA
Valoración por Medicina Laboral de EPS	NA	Control de Tension Arterial	NA	Control Espirometria	NA
Control Audiometrico	NA	Estilos de Vida Saludable	SI	Control Médico Ocupacional Anual	SI
					NA

Lea este codigo QR con su celular para validar su autenticidad

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclínico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional de salud ocupacional de UMED LTDA.tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta,Los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

NESTOR RAUL GARZON RODRIGUEZ **LICENCIA No. 6660 DE 30/05/2018** **Medico Especialista en Salud Ocupacional**	**Firma Trabajador** **C.C. No**	

UMED LTDA IPS MEDICINA LABORAL acoge todas las disposiciones de bioseguridad para PARS COV 2 COVID 19 según resolución 666 del Ministerio de Salud del 24 abril 2020

Facilito mis datos personales, identificación y celular aprobados por la Secretaría Distrital de Salud. UMED LTDA IPS Salud Ocupacional

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá D.C.
Tels: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels: 311 265 5841 - 301 541 2992
umedltda@gmail.com - www.umedips.co

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestación de Servicios en seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020

NIT: 830.015894-4

Dra. Maria Luisa Molino M. CPIP No. 11958 -1

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 113709

FECHA : 04/06/2025 HORA:8:53	**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**	
NOMBRES FABIO ALEXANDER SALAZAR CACERES	DOCUMENTO: 80759438	EDAD: 41 GENERO: M
Empresa: OUTSOURCING DF SAS	Cargo: COORDINADOR LOGISTICO Y DE ALMACEN	Tel: 3014451046 -

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoración Medica Laboral	SI		Respiratorio	SI	
Espirometria	NA		Dermatología	SI	
Audiometria	SI		Osteomuscular	SI	
Visiometria	SI		Cardiovascular	SI	
Optometria	NA		Prueba de equilibrio	NA	
Electrocardiograma	NA		Prueba Psicometrica	NA	
Psicología Laboral	NA		Radiologia Columna	NA	
Vacunas	NA		Radiologia Torax	NA	

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hematico IVG	NA		Parcial de Orina	NA	
Glicemia	NA		RH-Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	NA		KOH Uñas	NA	
Trigliceridos	NA		Frotis Faringeo	NA	
Serologia	NA		Coprologico	NA	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	NA	**Apto Para Trabajos en espacios Confinados**			NA
Apto Para el cargo sin Restricciones			SI	**Aplazado**	NA
Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo			NA	**No Apto Para Este Cargo**	NA
Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel			NA		
Examen PERIODICO Satisfactorio	NA	**Examen de EGRESO Satisfactorio**			NA

ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR SATISFACTORIO. TRABAJADOR APTO PARA ACTIVIDAD LABORAL EN SUPERFICIE.

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	SI	Uso de Doble Protección Auditiva	NA	Evitar Posturas Prolongadas	NA
Pausas Activas	SI	Control Optometrico Periodico	NA	Uso de Medias de Compresión Graduado	NA
Ergonomia del Puesto de trabajo	SI	Uso de Lentes Permanentes	NA	Valoración y Manejo en IPS	NA
Uso de Elementos de Protección Personal	SI	Uso de Lentes Visión Cercana	NA	Dieta - Ejercicio Físico	NA
Valoración por Medicina Laboral de EPS	NA	Control de Tension Arterial	NA	Control Espirómetria	NA
Control Audiometrico	NA	Estilos de Vida Saludable	NA	Control Médico Ocupacional Anual	SI
					NA

Lea este codigo QR con su celular para validar su autenticidad

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclinico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional de salud ocupacional de UMED LTDA tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta,Los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leido y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

CAMILO ERNESTO VELASQUEZ VELASCO
LICENCIA No. RES.7058 DE 16/08/19
Medico Especialista en Salud Ocupacional

Firma Trabajador

C.C. No

UMED LTDA IPS MEDICINA LABORAL, maneja todos los protocolos de bioseguridad para SARS COV-2 COVID 19 segun resolución 666 del Ministerio de Salud del 24 Abril 2020

Realizar sus examenes en instituciones prestadoras aprobadas por la Secretaria Distrital de salud. UMED LTDA I.P.S. Salud Ocupacional

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá D.C.
Tels.:278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels: 311 265 5841 - 301 541 2992
umeditda@gmail.com- www.umedips.co

Powered by CamScanner

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestación de Servicios en seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020

NIT: 830015894-5

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 111708

FECHA : 29/03/2025 HORA:9:41		**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**	
NOMBRES: LUZMILA LUENGAS PEA		DOCUMENTO: 51964259	EDAD: 55 GENERO: F
Empresa: OUTSOURCING DE SERVICIOS S.A.S.		Cargo: AUXILIAR CONTABLE	Tel: 3167430974 -

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoración Medica Laboral	SI		Respiratorio	SI	
Espirometria	NA		Dermatologia	SI	
Audiometria	SI		Osteomuscular	SI	
Visiometria	SI		Cardiovascular	SI	
Optometria	NA		Prueba de equilibrio	NA	
Electrocardiograma	NA		Prueba Psicometrica	NA	
Psicologia Laboral	NA		Radiologia Columna	NA	
Vacunas	NA		Radiologia Torax	NA	

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hematico IVG	NA		Parcial de Orina	NA	
Glicemia	NA		RH-Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	NA		KOH Uñas	NA	
Triglicéridos	NA		Frotis Faringeo	NA	
Serologia	NA		Coprologico	NA	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	NA	**Apto Para Trabajos en espacios Confinados**	NA
Apto Para el cargo sin Restricciones	SI	**Aplazado**	NA
Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo	NA	**No Apto Para Este Cargo**	NA
Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel	NA		
Examen PERIODICO Satisfactorio	NA	**Examen de EGRESO Satisfactorio**	NA

ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR SATISFACTORIO, TRABAJADORA APTA PARA ACTIVIDAD LABORAL EN SUPERFICIE, REQUIERE CORRECCION OPTOMETRICA PERMANENTE.

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	SI	Uso de Doble Protección Auditiva	NA	Evitar Posturas Prolongadas	NA
Pausas Activas	SI	Control Optometrico Periodico	NA	Uso de Medias de Compresión Graduado	NA
Ergonomia del Puesto de trabajo	SI	Uso de Lentes Permanentes	SI	Valoración y Manejo en IPS	NA
Uso de Elementos de Protección Personal	SI	Uso de Lentes Visión Cercana	NA	Dieta - Ejercicio Fisico	NA
Valoración por Medicina Laboral de EPS	NA	Control de Tension Arterial	NA	Control Espirometria	NA
Control Audiometrico	NA	Estilos de Vida Saludable	NA	Control Médico Ocupacional Anual	SI
					NA

Lea este codigo QR con su celular para validar su certificado

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclínico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas. Fui informado de las medidas que el profesional de salud ocupacional de UMED LTDA tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta. Los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de manifestar mi Libre consentimiento.

CAMILO ERNESTO VELASQUEZ VELASCO
LICENCIA No. RES.7058 DE 15/06/20
Medico Especialista en Salud Ocupacional

Firma Trabajador

C.C. No

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá D.C.
Tels.:278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels: 311 265 5841 - 301 541 2992
umeditda@gmail.com- www.umedips.co

MEDIPAZ IPS
NIT. 830.136.311-5

MEDIPAZ IPS

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

(TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS)

FECHA: 01/02/2025

TIPO DE EXAMEN: **INGRESO** [X] **PERIODICO** [ ] **RETIRO** [ ]

INFORMACION GENERAL:



NOMBRE DEL TRABAJADOR: NANCY ESPERANZA GOMEZ ROMERO **Sexo:** [F]
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.C [X] **T.I.** [ ] **C.E** [ ] **NUMERO:** 65.769.815 **Edad:** 49 AÑOS
EPS: Sanitas **Cargo:** Asistente Administrativo
EMPRESA: OUTSOURCING DF SAS **NIT:** 901879303-8

RESULTADO EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

EXÁMEN REALIZADO	RESULTADO	OBSERVACIONES
GLICEMIA	NORMAL	
PERFIL LIPIDICO	NORMAL	
PSICOTEST DE ALTURAS	NORMAL	
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR COLUMNA Y ESPALDA	NORMAL	
AUDIOMETRIA (ESCALA LARSEN)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL	
OPTOMETRIA	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL	
ESPIROMETRIA (KNUDSON)	SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL	
PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS	SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL	
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS EN ALTURAS	SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL	
HEMOCLASIFICACION: A + / ESTATURA: 1.54 CM / PESO: 52 KG		

CONCLUSIONES

1. RECOMENDACIONES: Remisión EPS – IPS SI [ ] NO [X] **Tratamiento:** SI [ ] NO [X] **¿Cuál?**_____

2. Otras Recomendaciones: REALIZAR PAUSA ACTIVA, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, HÁBITOS DE HIGIENE POSTURALES ADECUADOS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL, AUDITIVA Y PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL, SEGUIR PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO SEGURO-CAPACITACIONES SEGÚN CARGO, HACER PERIÓDICAMENTE LOS EXÁMENES DE VALORACIÓN OCUPACIONAL

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL OFICIO

EXAMEN DE INGRESO
APTO PARA EL CARGO [X] **APTO PARA TRABAJAR ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS** [X] **APTO CON RESTRICCIONES** [ ]
NO APTO [ ]
OBSERVACIONES:
EXAMEN PERIODICO
APTO PARA CONTINUAR DESEMPEÑANDO EL CARGO SI [ ] NO [ ] **REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL** SI [ ] NO [ ]
APTO PARA TRABAJAR ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS [ ]
OBSERVACIONES:
EXAMEN DE EGRESO
¿Se encuentran alteraciones clínicas con respecto al examen de ingreso? SI [ ] NO [ ] **CUAL:**
¿Estas alteraciones afectan la futura capacidad laboral del trabajador? SI [ ] NO [ ]

RECOMENDACIONES: USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES SEGUN CIRCULAR 030 DEL 2020.

Valoración médica ocupacional y paraclínicos según resolución N° 4272 de 2021 El examinado CERTIFICA que no omitió ningún dato sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta.

Responsable: Dra. Karen Estefi Ibañez Hernández
Medico esp. En salud ocupacional
RM: 1144147588
Universidad libre de Cali
Licencia salud ocupacional
1436-19
Cali

FIRMA DEL ESPECIALISTA

FIRMA Nancy E Gómez Z
NOMBRE Nancy Esperanza Gomez R
DOC. N° 65769.815 Ib.

PACIENTE

Declaracion de CONFIDENCIALIDAD: el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de salud Ocupacional. En constancia con la RESOLUCION 2346 de julio de 2017, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnosticos clínicos en este documento

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestación de Servicios en seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020

NIT: 830.015894-4

Código de prestador de servicios de la salud No. 1100105639 01
Aprobado por la Secretaría de Salud de Bogotá según Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958 -T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Lic. de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo Res. 7498 de 27/08/2019 de la Secretaría Distrital de Salud



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 113381

FECHA : 23/05/2025 HORA:8:57		**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**	
NOMBRES: PAOLA CRISTINA MORALES COLORADO		DOCUMENTO: 1017243738	EDAD: 28 GENERO: F
Empresa: CONSORCIO SUBA MT		Cargo: ASISTENTE OPERATIVO	Tel: 3024265951 -

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoración Medica Laboral	Si		Respiratorio	Si	
Espirometria	NA		Dermatologia	Si	
Audiometria	Si		Osteomuscular	Si	
Visiometria	Si		Cardiovascular	Si	
Optometria	NA		Prueba de equilibrio	NA	
Electrocardiograma	NA		Prueba Psicometrica	NA	
Psicologia Laboral	NA		Radiologia Columna	NA	
Vacunas	NA		Radiologia Torax	NA	

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hematico IVG	NA		Parcial de Orina	NA	
Glicemia	NA		RH-Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	NA		KOH Uñas	NA	
Trigliceridos	NA		Frotis Faringeo	NA	
Serologia	NA		Coprologico	NA	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	NA	**Apto Para Trabajos en espacios Confinados**			NA
Apto Para el cargo sin Restricciones			**Si**	**Aplazado**	NA
Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo			NA	**No Apto Para Este Cargo**	NA
Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel			NA		
Examen PERIODICO Satisfactorio	NA	**Examen de EGRESO Satisfactorio**			NA

ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR SATISFACTORIO. TRABAJADOR APTO PARA ACTIVIDAD LABORAL EN SUPERFICIE.;

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	SI	Uso de Doble Protección Auditiva	NA	Evitar Posturas Prolongadas	NA
Pausas Activas	SI	Control Optometrico Periodico	NA	Uso de Medias de Compresión Graduado	NA
Ergonomia del Puesto de trabajo	SI	Uso de Lentes Permanentes	NA	Valoración y Manejo en IPS	NA
Uso de Elementos de Protección Personal	SI	Uso de Lentes Visión Cercana	NA	Dieta - Ejercicio Físico	SI
Valoración por Medicina Laboral de EPS	NA	Control de Tension Arterial	NA	Control Espirómetria	NA
Control Audiometrico	NA	Estilos de Vida Saludable	SI	Control Médico Ocupacional Anual	SI
					NA

Lea este codigo QR con su celular para validar su autenticidad

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclinico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional de salud ocupacional de UMED LTDA tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta, Los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

CAMILO ERNESTO VELASQUEZ VELASCO **LICENCIA No. RES.7058 DE 16/08/19** **Medico Especialista en Salud Ocupacional**	**Firma Trabajador** **C.C. No**	0864

UMED LTDA IPS MEDICINA LABORAL cumple todos los protocolos de bioseguridad para SARS COV-2/COVID 19 según resolución 666 del Ministerio de Salud del 24 Abril 2020

Realice sus exámenes en instituciones medicas autorizadas por la Secretaria Distrital de salud. UMED LTDA I.P.S Salud Ocupacional

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá D.C.
Tels.:278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels: 311 265 5841 - 301 541 2992
umedltda@gmail.com- www.umedips.co

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestación de Servicios en seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020

NIT: 830.015894-4

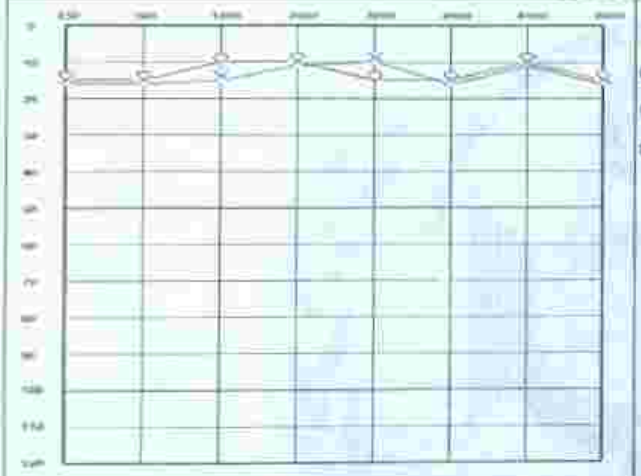
Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas



EXAMEN DE AUDIOMETRIA

INGRESO	Fecha de Realizacion: 3/01/2025	
NOMBRE: CARLOS NICOLAY VARGAS SUAREZ	DOCUMENTO NO.: 80150914	
GENERO: MASCULINO	FECHA NACIMIENTO: 1/08/1980	EDAD: 44 Años
EMPRESA: OUTSOURCING DF SAS		EPS: PONAL
CARGO: CONDUCTOR		ARP:
Ha Trabajado en Ambientes Ruidosos - Si		Utiliza Protectores Auditivos - No

AUDIOGRAMA



IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

OI: AUDICION NORMAL

OD: AUDICION NORMAL

Observaciones: AUDICION NORMAL BILATERAL

ANTECEDENTES FAMILIARES

ANTECEDENTES AUDITIVOS

Otalgia - No -	Otitis - No -	Otorrea - No -
Traumas - No -	Cirugias - No -	Acufenos - No -
Transtornos del Equilibrio - No -	Hipertención Arterial - No -	Sinusitis - No -
Diabetes - No -		

HABITOS

Moto - OCASIONAL	Servicio Militar - OCASIONAL	

OTOSCOPIA

OD NORMAL -NORMAL	OI NORMAL -NORMAL

RECOMENDACIONES DE AUDIOLOGIA EN MEDICINA LABORAL

Control Auditivo en un año	Uso [illegible] Protección Auditiva	

Escanear código con su celular para validar su autenticidad

Fonoaudiologa Esp Salud Ocupacional

ANGELA JULIETH HURTADO MUÑOZ

LICENCIA No. RESO 25/1210/2017

TRABAJADOR

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá D.C.
Tels.:278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels: 311 265 5841 - 301 541 2992
umedltda@gmail.com- www.umedips.co

UMED LTDA IPS MEDICINA LABORAL, acoge todas las premisas de bioseguridad para SARS COV2/COVID 19 según resolución 666 del Ministerio de Salud del 24 Abril 2020.

Realice sus citas con las instrucciones medicas aprobadas por la Secretaria Distrital de salud. UMED LTDA I.P.S Salud Ocupacional

Scanned with CamScanner

NIT: 830.015894-4

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestación de Servicios en seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020



LABORATORIO CLINICO

Empresa: OUTSOURCING DF SAS		Numero: 82932
INFORMACION DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR		Fecha de Realizacion: 09/01/2025
Nombres Ape. CARLOS NICOLAY VARGAS SUAREZ	80150914	Edad 44

EXAMEN	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA
Glucosa Basal	76	Vr: 65 - 99 Mg/dl
Colesterol	226	Optimo: Menos de 200 Mg/dl Limite : 201 - 240 Mg/dl Alto : Mayor de 240 Mg/dl
Trigliceridos	162	Limite : Hasta 150 Mg/dl

Fecha de Impresion: 09/01/2025

Lea este codigo QR con su celular para validar su autenticidad

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá D.C.
Tels.:278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels: 311 265 5841 - 301 541 2992
umeditda@gmail.com- www.umedips.co

Laboratorio - Medicina - Radiologia - Ecografia - Audiometria - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas

Scanned with CamScanner

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestación de Servicios en seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020

NIT: 830.015894-4

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas

Resultados del examen motriz equipo AGX

Datos del evaluado	
Nombres y apellidos: Carlos Nicolay Vargas Suarez	**Fecha:** 9 de enero del 2025
No. de cedula: 80150914	**Edad:** 44 años
Licencia categoría: C1	**Estatus prueba:** Aprobado

1. Atención concentrada y resistencia a la monotonía		Parámetros de aprobación		
Variables calificadas	Resultado	Bueno	Medio	Reprueba
NTE (Número Total de Errores+Anticipos+Sin respuesta)	0	0>	1-5	<5
PTT (Tiempo Medio de reacción de Respuestas)	488	250ms>	250ms -690ms	<690ms
PTA (Tiempo medio de reacción de los aciertos)	488	250ms>	250ms -690ms	<690ms

2. Reacciones múltiples		Parámetros de aprobación		
Variables calificadas	Resultado	Bueno	Medio	Reprueba
NTE (Número Total de Errores+Anticipos+sin respuesta)	0	0>	1-7	<7
PTT (Tiempo medio de reacción de Respuestas)	801	560ms>	560ms -1140ms	<1140ms
PTA (Tiempo medio de reacción de los aciertos)	801	560ms>	560ms -1140ms	<1140ms

3. Reacción al frenado		Parámetros de aprobación		
Variables calificadas	Resultado	Bueno	Medio	Reprueba
TPR (Tiempo Promedio de Reacción)	651	430ms>	430ms - 750ms	<750ms

4. Coordinación bimanual		Parámetros de evaluación		
Variables calificadas	Resultados	Bueno	Medio	Reprueba
NTE (Número total de errores).	0	1>	1-15	<15
TTE (Tiempo total del error).	0	10ms>	10ms - 4830ms	<4830ms

5. Percepción de la velocidad		Parámetros de evaluación		
Variables calificadas	Resultados	Bueno	Medio	Reprueba
V1 (Tiempo medio de desviación Velocidad 1).	58.17	360ms>	360ms - 830ms	<830ms
V2 (Tiempo medio de desviación Velocidad 2).	1.13	6,42>	6,42 – 15.02	<15.02

Concepto				
El examinado no presenta alteración motriz en los parámetros evaluados, registro una adecuada capacidad tanto de atención como de concentración, así como también registro una adecuada capacidad de memoria a corto plazo, a su vez también registro una adecuada capacidad de reacción al frenado, al igual que también registro una adecuada motricidad y registro también una apropiada estimación de la velocidad.				
Estatus optométrico	Aprobado	X	No Aprobado	
Firma del especialista	Carolina Martínez Pastrana Psicólogo Esp. SST. Res. 12294/2024 C.C. 52.818.335			

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá D.C.
Tels.:278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels: 311 265 5841 - 301 541 2992
umedltda@gmail.com- www.umedips.co

UMED LTDA IPS MEDICINA LABORAL mantiene todos los protocolos de bioseguridad para SARS COV-2/COVID-19 según resolución 666 del Ministerio de Salud del 24/Abril/2020

Realice sus exámenes en instalaciones medicas aprobadas por la Secretaria Distrital de salud. UMED LTDA I.P.S Salud Ocupacional

Scanned with CamScanner

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestación de Servicios en seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020

NIT: 830.015894-4

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 108092

FECHA : 09/01/2025 HORA:8:41	**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**	
NOMBRES: CARLOS NICOLAY VARGAS SUAREZ	DOCUMENTO: 80150914	EDAD: 44 GENERO: M
Empresa: OUTSOURCING OF SAS	Cargo: CONDUCTOR	Tel: 3503744818 -

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoración Medica Laboral	SI		Respiratorio	SI	
Espirometria	NA		Dermatologia	SI	
Audiometria	SI		Osteomuscular	SI	
Visiometria	SI		Cardiovascular	SI	
Optometria	NA		Prueba de equilibrio	NA	
Electrocardiograma	NA		Prueba Psicometrica	SI	
Psicologia Laboral	NA		Radiologia Columna	NA	
Vacunas	NA		Radiologia Torax	NA	

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hematico TVG	NA		Parcial de Orina	NA	
Glicemia	SI		Rh Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	SI		KOH Uñas	NA	
Trigliceridos	SI		Frotis Faringeo	NA	
Serologia	NA		Coprologico	NA	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	NA	**Apto Para Trabajos en espacios Confinados**	NA
Apto Para el cargo sin Restricciones	SI	**Aplazado**	NA
Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo	NA	**No Apto Para Este Cargo**	NA
Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel	NA		
Examen PERIODICO Satisfactorio	NA	**Examen de EGRESO Satisfactorio**	NA

PRUEBA PSICOSENSOMETRICA DENTRO DE LIMITES NORMALES.

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	SI	Uso de Doble Protección Auditiva	NA	Evitar Posturas Prolongadas	NA
Pausas Activas	SI	Control Optometrico Periodico	NA	Uso de Medias de Compresión Graduado	NA
Ergonomia del Puesto de trabajo	SI	Uso de Lentes Permanentes	NA	Valoración y Manejo en IPS	NA
Uso de Elementos de Protección Personal	SI	Uso de Lentes Visión Cercana	NA	Dieta - Ejercicio Fisico	NA
Valoración por Medicina Laboral de EPS	NA	Control de Tension Arterial	NA	Control Espirometria	NA
Control Audiometrico	NA	Estilos de Vida Saludable	SI	Control Médico Ocupacional Anual	SI
					NA

Lea este codigo QR con su celular para validar su autenticidad

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclinico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional de salud ocupacional de UMED LTDA tomara para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta.Los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibirá los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

NESTOR RAUL GARZON RODRIGUEZ LICENCIA No. 6660 DE 30/07/2019 Medico Especialista en Salud Ocupacional	Firma Trabajador C.C. No

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá D.C.
Tels.:278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels: 311 265 5841 - 301 541 2992
umedltda@gmail.com- www.umedips.co

UMED LTDA IPS MEDICINA LABORAL maneja todas las medidas de bioseguridad por SARS COV-2/COVID 19 según resolución 666 del Ministerio de Salud del 24 Abril 2020

Realizamos cobros en aplicaciones móviles aprobadas por la Superintendencia Financiera de Colombia UMED LTDA IPS Salud Ocupacional

Scanned with CamScanner

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestación de Servicios en seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020

NIT 830.015894-4

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 113070

FECHA : 14/05/2025 HORA:8:1			EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO		
NOMBRES: ANDERSON OLIVAN RUBIANO SANTOS			DOCUMENTO: 1069903332		EDAD: 34 GENERO: M
Empresa: CONSORCIO SUBA MT			Cargo: CONDUCTOR		Tel: 3013122343 -

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoración Medica Laboral	SI		Respiratorio	SI	
Espirometria	NA		Dermatología	SI	
Audiometria	SI		Osteomuscular	SI	
Visiometria	SI		Cardiovascular	SI	
Optometria	NA		Prueba de equilibrio	NA	
Electrocardiograma	NA		Prueba Psicometrica	SI	
Psicología Laboral	NA		Radiología Columna	NA	
Vacunas	NA		Radiología Torax	NA	

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hematico IVG	NA		Parcial de Orina	NA	
Glicemia	SI		RH-Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	SI		KOH Uñas	NA	
Triglicaridos	SI		Frotis Faringeo	NA	
Serologia	NA		Coprologico	NA	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	NA	**Apto Para Trabajos en espacios Confinados**	NA
Apto Para el cargo sin Restricciones	SI	**Aplazado**	NA
Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo	NA	**No Apto Para Este Cargo**	NA
Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel	NA		
Examen PERIODICO Satisfactorio	NA	**Examen de EGRESO Satisfactorio**	NA

PRUEBA PSICOSENSOMETRICA DENTRO DE LIMITES NORMALES.

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	SI	Uso de Doble Protección Auditiva	NA	Evitar Posturas Prolongadas	NA
Pausas Activas	SI	Control Optometrico Periodico	NA	Uso de Medias de Compresión Graduado	NA
Ergonomia del Puesto de trabajo	SI	Uso de Lentes Permanentes	NA	Valoración y Manejo en IPS	NA
Uso de Elementos de Protección Personal	SI	Uso de Lentes Visión Cercana	NA	Dieta - Ejercicio Fisico	SI
Valoración por Medicina Laboral de EPS	NA	Control de Tension Arterial	NA	Control Espirometria	NA
Control Audiometrico	NA	Estilos de Vida Saludable	SI	Control Médico Ocupacional Anual	SI
					NA

Lea este codigo QR con su celular para validar su autenticidad

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

He comprendido el proposito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclinico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional de salud ocupacional de UMED LTDA tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta, Los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

NESTOR RAUL GARZON RODRIGUEZ **LICENCIA No. 6660 DE 30/07/2019** **Medico Especialista en Salud Ocupacional**	**Firma Trabajador** **C.C. 1069903332**

Nestor Raul Garzon Rodriguez
Medico Especialista en Salud Ocupacional
Licencia No. 6660 de 30/07/2019

UMED LTDA IPS INTERVIENE LABORAL manejo sobre los procesos de ingreso del (los) EMPLEADO(S) bajo normatividad vigente del Ministerio de Salud del 24 de Julio 2008

Realizar su retiramiento de habitación cardiaca, aprobada por la Secretaria Distrital de salud UMED LTDA I.P.S Salud Ocupacional

Carrera 91 No. 25-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá D.C.
Tels.:278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels: 311 265 5841 - 301 541 2992
umedltda@gmail.com- www.umedips.co

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestación de Servicios en seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020

NIT: 830.015894-4

Código de prestador de servicios de la salud No. 110010056501
Aprobado por la Secretaría de Salud de Bogotá según Resolución No. 1201 de Mayo 26 de 1997.
Dra. Maria Luisa Molina M. CPTP No. 13958 -T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Inc. de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo Res. 7402 de 27/09/2019 de la Secretaría Distrital de Salud



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 113186

FECHA : 15/05/2025 HORA:12:59	EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO
NOMBRES: ANGIE VANESSA AREVALO PASTRANA	DOCUMENTO: 1014736681 EDAD: 21 GENERO: F
Empresa: CONSORCIO SUBA MT	Cargo: AUXILIAR SOCIAL Tel: 3213232133 -

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoración Medica Laboral	SI		Respiratorio	SI	
Espirometria	NA		Dermatología	SI	
Audiometria	SI		Osteomuscular	SI	
Visiometria	SI		Cardiovascular	SI	
Optometria	NA		Prueba de equilibrio	NA	
Electrocardiograma	NA		Prueba Psicometrica	NA	
Psicología Laboral	NA		Radiología Columna	NA	
Vacunas	NA		Radiología Torax	NA	

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hematico IVG	NA		Parcial de Orina	NA	
Glicemia	NA		RH-Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	NA		KOH Uñas	NA	
Triglicéridos	NA		Frotis Faringeo	NA	
Serología	NA		Coprologico	NA	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	NA	**Apto Para Trabajos en espacios Confinados**			NA
Apto Para el cargo sin Restricciones			SI	**Aplazado**	NA
Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo			NA	**No Apto Para Este Cargo**	NA
Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel			NA		
Examen PERIODICO Satisfactorio	NA	**Examen de EGRESO Satisfactorio**			NA

ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR SATISFACTORIO. TRABAJADORA APTA PARA ACTIVIDAD LABORAL EN SUPERFI CIE.

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	SI	Uso de Doble Protección Auditiva	NA	Evitar Posturas Prolongadas	NA
Pausas Activas	SI	Control Optometrico Periodico	NA	Uso de Medias de Compresión Graduado	NA
Ergonomia del Puesto de trabajo	SI	Uso de Lentes Permanentes	NA	Valoración y Manejo en IPS	NA
Uso de Elementos de Protección Personal	SI	Uso de Lentes Visión Cercana	NA	Dieta - Ejercicio Físico	NA
Valoración por Medicina Laboral de EPS	NA	Control de Tension Arterial	NA	Control Espirómetria	NA
Control Audiometrico	NA	Estilos de Vida Saludable	NA	Control Médico Ocupacional Anual	SI
					NA

Lea este codigo QR con su celular para validar su autenticidad

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclinico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional de salud ocupacional de UMED LTDA tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta,Los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

CAMILO ERNESTO VELASQUEZ VELASCO
LICENCIA No. RES.7058 DE 16/08/19
Medico Especialista en Salud Ocupacional

Firma Trabajador

C.C. No

UMED LTDA IPS MEDICINA LABORAL implementa los protocolos de bioseguridad para SARS COV-2,COVID 19 segun resolucion 666 del Ministerio de Salud del 24/Abril/2020

Realice sus exámenes en instituciones medicas aprobadas por la Secretaria Distrital de salud / UMED LTDA I.P.S Salud Ocupacional

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá D.C.
Tels.:278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels: 311 265 5841 - 301 541 2992
umeditda@gmail.com- www.umedips.co

Powered by CamScanner

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA NORTE 86 **DIRECCIÓN:**Autopista Norte # 86-65, Polo Club **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 6013904599 - 6013904798 **EMAIL:** citas.norte86@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:** 2025-05-24

Nombres y apellidos: CIPRIANO ALONSO BUSTOS BUSTOS
Fecha de nacimiento: 19/04/1975
Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: INGENIERO RESIDENTE

CC: 87717804
Edad: 50 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2025-05-24 / 09:45:58
Fecha salida: 2025-05-24 / 09:45:58



EXÁMENES REALIZADOS

• EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

RECOMENDACIONES:
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: CONTROL ANUAL

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



NATALIA INES RUBIO VALENCIA
RM: 1019044000
Firma y sello del médico



CIPRIANO ALONSO BUSTOS
BUSTOS
CC: 87717804
Firma del paciente

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Connecta 26 VIP - Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca - Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena - Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Medellín Bello - Montería - Pereira - Santa Marta - Villavicencio

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE: CENDIATRA NORTE 86 | **DIRECCIÓN:**Autopista Norte # 86-65, Polo Club | **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 6013904599 - 6013904798 | **EMAIL:** citas.norte86@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2025-05-24

Nombres y apellidos: CIPRIANO ALONSO BUSTOS BUSTOS
Fecha de nacimiento: 19/04/1975
Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: INGENIERO RESIDENTE

CC: 87717804
Edad: 50 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2025-05-24 / 09:45:58
Fecha salida: 2025-05-24 / 09:45:58



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.
Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:

1. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: CONTROL ANUAL

NATALIA INES RUBIO VALENCIA
RM: 1019044000
Firma y sello del médico

CIPRIANO ALONSO BUSTOS BUSTOS
CC: 87717804
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Connecta 26 VIP - Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca - Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena - Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Medellín Bello - Montería - Pereira - Santa Marta - Villavicencio

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE			
1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
KEREN	MANUELA	OJEDA	PINEDA
1.5 Departamento de Residencia		1.6 Municipio de Residencia	
BOGOTÁ, D.C.		BOGOTÁ, D.C.	

1.7 Documento de Identidad															
Certificado de Nacido Vivo		Registro civil		Tarjeta de identidad		Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería		Pasaporte		Carnet diplomático		Permiso especial de permanencia	
Número de documento de identidad:	1104938008														

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN			
	2.2 Fecha de la Certificación		
2.1 IPS donde se realiza la certificación	Año	Mes	Día
COMPENSAR	2024	8	31

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	860066942

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD				
Física	SI	X	NO	
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI		NO	X
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI	X	NO	

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO	
Dominio	Puntaje
Cognición	33.33
Movilidad	50.00
Cuidado Personal	50.00
Relaciones	50.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	46.88

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO
1. Codigos Funciones Corporales
b117.2 b7352.2 b770.2
2. Codigos Estructuras Corporales
s198.280 s7508.271
3. Codigos Actividades y Participación
d155.2 d4602.3 d598.4

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
SANDRA ROCIO CASALLAS PALACIOS	Medicina	CC-52080856
LUZ ADRIANA PRADA PATIÑO	Fisioterapia	CC-52185581
MARCELA ALEJANDRA CARVAJAL MOLINA	Fonoaudiología	CC-52386123

El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional.

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



MG SALUD INTEGRAL OCUPACIONAL SAS
NIT: 900532770-0

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 32907266-105446

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	28 abr. 2025 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	YULY PAULIN JARAMILLO BOLAÑO	**Identificación:**	32907266
Género	FEMENINO **Edad:** 41	**Teléfono**	**Móvil:** 3003554713
Fecha Nacimiento:	6/02/1984	**Cargo:**	ESPECIALISTA EN TRANSITO YSEGIRIDAD VIAL
Estado Civil:	CASADO(A)	**EPS:**	SUSALUD - COMPAÑIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD S.A.
Dirección	CRA 116 B N 74 A - 90	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	**AFP:**	PROTECCION S.A.
Empresa	PARTICULAR	**Peso: 84 Talla: 172 IMC: 28.39**	
		AREA: No Reporta	
Misión/Contrato/ Centro de Costo:			

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO, 4. ROTAR TELEFONO POR AMBOS OIDIS, 5. NO USO DE AUDIFONOS NI MANOS LIBRES, 6. REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL
ESPIROMETRIA	REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION RESPIRATORIA, CONTROL ANUAL.
OPTOMETRIA	DEBE USAR ANTEOJOS PERMANENTES CON FILTROS DE PROTECCIÓN PARA LUZ AZUL. PAUTAS DE HIGIENE VISUAL. CONTROL ANUAL
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA.
ANEXO OSTEOMUSCULAR	ACTIVIDAD FISICA 3 DIAS POR SEMANA REALIZAR EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO Y PAUSAS ACTIVAS

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones: -

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

NO

En la fecha, yo, mayor de edad, identificado con el número de identificación como aparece al lado de mi firma , actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando de manera libre, voluntaria y consiente, sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido la información pertinente acerca de las modalidades de atención en las que puede ser realizado el examen médico ocupacional y que debido a las circunstancias actuales la "telemedicina – Asistida (Resolución 2654 de 2019, Decreto 538 de 12/04/20 Art 8) será la modalidad que me brindarán, sin descartar la posibilidad de otras, si así lo requiriera , además recibí información adecuada acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos que me van a ser practicados (si aplican), y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a la IPS para realizar el examen médico en la modalidad mencionada y que se me practiquen los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales y a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el Informe de Condiciones de Salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a la IPS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos.

Médico Especialista en Salud Laboral
INGRID SPADAFORA GARRIDO
250628 RES.10267 7/07/21

Firma y cédula del Paciente
YULY PAULIN JARAMILLO BOLAÑO
32907266

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestación de Servicios en seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020

NIT 830.015894-4

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 113124

FECHA : 15/05/2025 HORA:8:58		**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**	
NOMBRES: WILLIAM ANDRES MIRANDA MUÑOZ	DOCUMENTO: 1117559197	EDAD: 26 GENERO: M	
Empresa: CONSORCIO SUBA MT	Cargo: AYUDANTE DE OBRA	Tel: 3209487134 -	

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoración Medica Laboral	SI		Respiratorio	SI	
Espirometria	NA		Dermatologia	SI	
Audiometria	SI		Osteomuscular	SI	
Visiometria	SI		Cardiovascular	SI	
Optometria	NA		Prueba de equilibrio	NA	
Electrocardiograma	NA		Pruebas Psicometricas	NA	
Psicología Laboral	NA		Radiologia Columna	NA	
Vacunas	NA		Radiologia Torax	NA	

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hematico IVG	NA		Parcial de Orina	NA	
Glicemia	NA		RH-Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	NA		KOH Uñas	NA	
Triglicéridos	NA		Frotis Faringeo	NA	
Serologia	NA		Coprológico	NA	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	NA	**Apto Para Trabajos en espacios Confinados**			NA
Apto Para el cargo sin Restricciones			**SI**	**Aplazado**	NA
Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo			NA	**No Apto Para Este Cargo**	NA
Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel			NA		
Examen PERIODICO Satisfactorio	NA	**Examen de EGRESO Satisfactorio**			NA

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	SI	Uso de Doble Proteoción Auditiva	NA	Evitar Posturas Prolongadas	NA
Pausas Activas	SI	Control Optometrico Periodico	NA	Uso de Medias de Compresión Graduado	NA
Ergonomia del Puesto de trabajo	SI	Uso de Lentes Permanentes	NA	Valoración y Manejo en IPS	NA
Uso de Elementos de Protección Personal	SI	Uso de Lentes Visión Cercana	NA	Dieta - Ejercicio Fisico	NA
Valoración por Medicina Laboral de EPS	NA	Control de Tensión Arterial	NA	Control Espirómetria	NA
Control Audiometrico	NA	Estilos de Vida Saludable	SI	Control Médico Ocupacional Anual	SI
					NA

Lea este codigo QR con su celular para validar su autenticidad

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

He comprendido el proposito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclinico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos examenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional de salud ocupacional de UMED LTDA.tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta,Los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leido y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

NESTOR RAUL GARZON RODRIGUEZ LICENCIA No. 6660 DE 30/07/2019 Medico Especialista en Salud Ocupacional	**Firma Trabajador** C.C. No

Nestor Garzon Rodriguez
Medico Especialista en Salud Ocupacional
Resolución No. 110 de 2019

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá D.C.
Tels.:278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels: 311 265 5841 - 301 541 2992
umedltda@gmail.com- www.umedips.co

UMED LTDA IPS MEDICINA LABORAL cumple todos los protocolos de bioseguridad para SARS-COV2 (COVID-19) según resolución 666 de Ministerio de Salud y Protección Social

Prohibida su alteración sin autorización escrita y certificada por la Secretaría Distrital de Salud. UMED LTDA I.P.S Salud Ocupacional

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestación de Servicios en seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020

NIT. 830.015894-4

Codigo de prestador de servicios de la salud No. 110010565901
Aprobado por la Secretaria de Salud de Bogotá mediante
Resolución No. 1701 de Mayo 28 de 1997
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958 -T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Lic. de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo
Res. 7407 de 27/06/2019 de la Secretaría Distrital de Salud

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 113321

FECHA : 21/05/2025 HORA:8:42	**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**	
NOMBRES: EDWIN ANTONIO HERRERA MATA	DOCUMENTO: 1044906637	EDAD: 40 GENERO: M
Empresa: CONSORCIO SUBA MT	Cargo: AYUDANTE DE OBRA	Tel: 3127476340 -

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoración Medica Laboral	Si		Respiratorio	Si	
Espirometria	NA		Dermatologia	Si	
Audiometria	Si		Osteomuscular	Si	
Visiometria	Si		Cardiovascular	Si	
Optometria	NA		Prueba de equilibrio	NA	
Electrocardiograma	NA		Prueba Psicometrica	NA	
Psicologia Laboral	NA		Radiologia Columna	NA	
Vacunas	NA		Radiologia Torax	NA	

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hematico IVG	NA		Parcial de Orina	NA	
Glicemia	NA		RH-Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	NA		KOH Uñas	NA	
Triglicéridos	NA		Frotis Faringeo	NA	
Serologia	NA		Coprologico	NA	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	NA	**Apto Para Trabajos en espacios Confinados**			NA
Apto Para el cargo sin Restricciones			Si	**Aplazado**	NA
Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo			NA	**No Apto Para Este Cargo**	NA
Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel			NA		
Examen PERIODICO Satisfactorio	NA	**Examen de EGRESO Satisfactorio**			NA

APTO TRABAJO SUPERFICIE

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	Si	Uso de Doble Protección Auditiva	NA	Evitar Posturas Prolongadas	NA
Pausas Activas	Si	Control Optometrico Periodico	NA	Uso de Medias de Compresión Graduado	NA
Ergonomia del Puesto de trabajo	Si	Uso de Lentes Permanentes	NA	Valoración y Manejo en IPS	NA
Uso de Elementos de Protección Personal	Si	Uso de Lentes Visión Cercana	NA	Dieta - Ejercicio Fisico	NA
Valoración por Medicina Laboral de EPS	NA	Control de Tension Arterial	NA	Control Espirómetria	NA
Control Audiometrico	NA	Estilos de Vida Saludable	Si	Control Médico Ocupacional Anual	Si
					NA

Lea este codigo QR con su celular para validar su autenticidad

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclinico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional de salud ocupacional de UMED LTDA tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta,Los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

NESTOR RAUL GARZON RODRIGUEZ LICENCIA No. 6660 DE 30/03/2019 Medico Especialista en Salud Ocupacional	**Firma Trabajador** C.C. No	0586

UMED LTDA IPS MEDICINA LABORAL maneja todos los protocolos de bioseguridad para SARS COV-2/COVID 19 segun resolucion 666 del Ministerio de Salud del 24/Abril/2020

Realice sus exámenes en instituciones medicas aprobadas por la Secretaria Distrital de salud. UMED LTDA I.P.S Salud Ocupacional

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá D.C.
Tels.:278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels: 311 265 5841 - 301 541 2992
umeditda@gmail.com- www.umedips.co

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestación de Servicios en seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020

NIT: 830.015894-4

Código de prestador de servicios de la salud No. 1100106590
Aprobado por la Secretaría de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1901 de Mayo 24 de 1997
Dra. María Luisa Molino M. CPTP No. 13958 -1
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Lic. de Prestación de servicios en seguridad y Salud en el Trabajo
Res. 7400 de 27/08/2019 de la Secretaría Distrital de Salud

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 113318

FECHA : 21/05/2025 HORA:8:1		**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**	
NOMBRES: JESUS DANIEL GARCIA HERNANDEZ		DOCUMENTO: 1085042995	EDAD: 19 GENERO: M
Empresa: CONSORCIO SUBA MT		Cargo: AYUDANTE DE OBRA	Tel: 3024190841 -

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoración Medica Laboral	**Si**		Respiratorio	**Si**	
Espirometria	NA		Dermatologia	**Si**	
Audiometria	**Si**		Osteomuscular	**Si**	
Visiometria	**Si**		Cardiovascular	**Si**	
Optometria	NA		Prueba de equilibrio	NA	
Electrocardiograma	NA		Prueba Psicometrica	NA	
Psicologia Laboral	NA		Radiologia Columna	NA	
Vacunas	NA		Radiologia Torax	NA	

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hematico IVG	NA		Parcial de Orina	NA	
Glicemia	NA		RH-Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	NA		KOH Uñas	NA	
Triglicéridos	NA		Frotis Faringeo	NA	
Serologia	NA		Coprologico	NA	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	NA	**Apto Para Trabajos en espacios Confinados**			NA
Apto Para el cargo sin Restricciones			**Si**	**Aplazado**	NA
Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo			NA	**No Apto Para Este Cargo**	NA
Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel			NA		
Examen PERIODICO Satisfactorio	NA	**Examen de EGRESO Satisfactorio**			NA

ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR SATISFACTORIO. TRABAJADOR APTO PARA ACTIVIDAD LABORAL EN SUPERFICIE.

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	SI	Uso de Doble Protección Auditiva	NA	Evitar Posturas Prolongadas	NA
Pausas Activas	SI	Control Optometrico Periodico	NA	Uso de Medias de Compresión Graduado	NA
Ergonomia del Puesto de trabajo	SI	Uso de Lentes Permanentes	NA	Valoración y Manejo en IPS	NA
Uso de Elementos de Protección Personal	SI	Uso de Lentes Visión Cercana	NA	Dieta - Ejercicio Fisico	NA
Valoración por Medicina Laboral de EPS	NA	Control de Tension Arterial	NA	Control Espirómetria	NA
Control Audiometrico	NA	Estilos de Vida Saludable	NA	Control Médico Ocupacional Anual	Si
					NA

Lea este codigo QR con su celular para validar su autenticidad

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclínico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional de salud ocupacional de UMED LTDA tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta,Los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leido y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

CAMILO ERNESTO VELASQUEZ VELASCO **LICENCIA No. RES.7058 DE 16/08/19** **Medico Especialista en Salud Ocupacional**	**Firma Trabajador** **C.C. No**	

UMED LTDA IPS MEDICINA LABORAL maneja protocolos de bioseguridad para SARS COV 2/COVID 19 segun resolución 666 del Ministerio de Salud del 24 Abril 2020

Realiza sus examenes en instituciones medicas aprobadas por la Secretaria Distrital de salud: UMED LTDA IPS Salud Ocupacional

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá D.C.
Tels.:278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels: 311 265 5841 - 301 541 2992
umedltda@gmail.com- www.umedips.co

COSMOS SUPPORT SAS
Nit: 9005304667
Dirección: Calle 57 N 18 21
Teléfono: 321 510 9956
Email: info@clinicosmos.com
agendamiento@clinicosmos.com

Información General



No. Ingreso	58637	**Fecha Impresión**	13/06/2024
Fecha Ingreso	13/06/2024	**Nombre**	GUYLINTON JOSE LINARES URREGO
CC	1073696732		
Cargo	OPERADOR RETROEXCAVADORA	**Sede**	COSMOS SUPPORT
		RH	O+
Dirección	DG 76 B SUR # 76 A 21 STA VIVIANA	**Tipo de examen**	Examen Ingreso
		Edad	31
Estado civil	UNIÓN LIBRE	**Estatura**	1.75
Teléfono	3115836975	**Peso**	88
Fecha de nacimiento	27/10/1992		
Empresa	NORBERTO ANIBAL URREGO BARAHONA	**Fecha de salida**	13/06/2024
NIT	74324850		

Exámenes Complementarios

Examen	Resultado	Examen	Resultado
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR / MÚSCULO ESQUELÉTICO	NORMAL	PERFIL LIPÍDICO	NORMAL
ÉNFASIS EN ALTURAS	NORMAL	GLICEMIA SIMPLE	NORMAL
ÉNFASIS EN ESPACIOS CONFINADOS	NORMAL		
TEST PARA ESPACIOS CONFINADOS	NORMAL	ESPIROMETRÍA	NORMAL
VISIOMETRIA	NORMAL		
AUDIOMETRÍA	NORMAL		

Certificación de Aptitud

APTO PARA EL CARGO

Concepto de acuerdo al énfasis

ESPACIOS CONFINADOS:	APTO PARA MANEJO Y/O TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS.
ALTURAS:	APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS.
OSTEOMUSCULAR:	SIN RECOMENDACIONES NI RESTRICCIONES.

- Control periódico ocupacional
- Hábitos nutricionales saludables
- Utilización de EPP Elementos de Protección personal de acuerdo al cargo Ejercicio regular 3 veces / semana

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

- **OSTEOMUSCULAR:** Pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
- **VISUAL:** Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
- **AUDITIVO:** Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido y reposo auditivo extralaboral.

Sistema de Vigilancia Epidemiológica

Énfasis en el examen del sistema osteomuscular

En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERÍDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO

Profesional: JESSON ALEXANDER PULIDO MONCADA
CC: 79893583
Registro médico: 9710/2005

Firma del trabajador:
CC:1073696732

LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1
Dir: Cra 41 B # 9 -11
Cel: 316 752 9642
Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
09 DÍA	05 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO - ALTURAS

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

NORBERTO ANIBAL URREGO BARAHONA NIT: 74324850

Nombre de la empresa

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
URREGO BARAHONA NORBERTO ANIBAL	Masculino	55 Años	CC (Tipo)	74324850 (Número)

Cargo **OPERADOR RETROEXCAVADORA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA LA OCUPACION

Observaciones: No Aplica

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

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

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

RECOMENDACIONES MEDÍCAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
CONTROL ANUAL POR MEDICO GENERAL	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.

" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOL"GICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES

RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)

" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

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

MÉDICO

Gabriel A. Carrillo F.
MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M. 0882 - L.S.O. 3252-2022

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

Aspirante o Trabajador

Firma: Norberto Anibal U
Nombre: URREGO BARAHONA NORBERTO ANIBAL
CC 74324850

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestación de Servicios en seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020

NIT: 830.015894-4

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 113396

FECHA : 24/05/2025 HORA:7:53	**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**	
NOMBRES: EDWIN FABIAN RUBIANO SANTOS	DOCUMENTO: 1023888276	EDAD: 35 GENERO: M
Empresa: CONSORCIO SUBA MT	Cargo: AUXILIAR DE OBRA	Tel: - 3227640934

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoración Medica Laboral	SI		Respiratorio	SI	
Espirometria	NA		Dermatologia	SI	
Audiometria	SI		Osteomuscular	SI	
Visiometria	SI		Cardiovascular	SI	
Optometria	NA		Prueba de equilibrio	NA	
Electrocardiograma	NA		Prueba Psicometrica	NA	
Psicologia Laboral	NA		Radiologia Columna	NA	
Vacunas	NA		Radiologia Torax	NA	

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hematico IVG	NA		Parcial de Orina	NA	
Glicemia	NA		RH-Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	NA		KOH Uñas	NA	
Triglicéridos	NA		Frotis Faringeo	NA	
Serologia	NA		Coprologico	NA	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	NA	**Apto Para Trabajos en espacios Confinados**			NA
Apto Para el cargo sin Restricciones			**SI**	**Aplazado**	NA
Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo			NA	**No Apto Para Este Cargo**	NA
Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel			NA		
Examen PERIODICO Satisfactorio	NA	**Examen de EGRESO Satisfactorio**			NA

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	SI	Uso de Doble Protección Auditiva	NA	Evitar Posturas Prolongadas	NA
Pausas Activas	SI	Control Optometrico Periodico	NA	Uso de Medias de Compresión Graduado	NA
Ergonomia del Puesto de trabajo	SI	Uso de Lentes Permanentes	NA	Valoración y Manejo en IPS	NA
Uso de Elementos de Protección Personal	SI	Uso de Lentes Visión Cercana	NA	Dieta - Ejercicio Físico	NA
Valoración por Medicina Laboral de EPS	NA	Control de Tension Arterial	NA	Control Espirometria	NA
Control Audiometrico	NA	Estilos de Vida Saludable	SI	Control Médico Ocupacional Anual	SI
					NA

Lea este codigo QR con su celular para validar su autenticidad

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclínico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional de salud ocupacional de UMED LTDA.tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta,Los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información requerida a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

NESTOR RAUL GARZON RODRIGUEZ LICENCIA No. 6660 DE 30/07/2019 Medico Especialista en Salud Ocupacional	Firma Trabajador C.C No	0806

UMED LTDA.IPS MEDICINA LABORAL cumple todos los protocolos de bioseguridad para SARS-COV-2 COVID-19 establecidos en la Res 666 del Ministerio de Salud del 24 Abril 2020

Nuestras instalaciones se encuentran dotadas apropiadamente por la Secretaría Distrital de Salud. UMED LTDA I.P.S Salud Ocupacional

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá D.C.
Tels.:278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels: 311 265 5841 - 301 541 2992
umeditda@gmail.com- www.umedips.co

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA NORTE 106 | **DIRECCIÓN:**Autopista Norte # 106-93, Pasadena | **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 6017464727 - 6017562592 | **EMAIL:** citas.norte1@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2025-01-30

Nombres y apellidos: LUIS EDUARDO ACUÑA MEDINA
Fecha de nacimiento: 08/09/1983
Empresa: ALFA DEMOLICION S.A.S
Empresa usuaria:
Cargo: OPERARIO MINICARGADOR

CC: 9197514
Edad: 41 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2025-01-30 / 07:42:39
Fecha salida: 2025-01-30 / 09:55:30



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- VISIOMETRIA
- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- PERFIL LIPIDICO

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
CONDICIÓN VISUAL:

CARDIOVASCULAR:

RECOMENDACIONES:
ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:: NUTRICION EPS , CONTROL GLICEMIA AYUNAS EPS

NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA: REGIMEN NUTRICIONAL

VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: REQUIERE INICIO USO DE CORRECCION VISUAL

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

JORGE LEONARDO DIAZ MOLINA
RM: 1047418507
Firma y sello del médico

LUIS EDUARDO ACUÑA MEDINA
CC: 9197514
Firma del paciente

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Connecta 26 VIP - Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca - Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena - Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Medellín Bello - Montería - Pereira - Santa Marta - Villavicencio

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE: CENDIATRA NORTE 106 | **DIRECCIÓN:**Autopista Norte # 106-93, Pasadena | **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 6017464727 - 6017562592 | **EMAIL:** citas.norte1@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2025-01-30

Nombres y apellidos: LUIS EDUARDO ACUÑA MEDINA
Fecha de nacimiento: 08/09/1983
Empresa: ALFA DEMOLICION S.A.S
Empresa usuaria:
Cargo: OPERARIO MINICARGADOR

CC: 9197514
Edad: 41 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2025-01-30 / 07:42:39
Fecha salida: 2025-01-30 / 09:55:30



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.
Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:

1. ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:: NUTRICION EPS , CONTROL GLICEMIA AYUNAS EPS
2. NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA: REGIMEN NUTRICIONAL
3. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: REQUIERE INICIO USO DE CORRECCION VISUAL

JORGE LEONARDO DIAZ MOLINA
RM: 1047418507
Firma y sello del médico

LUIS EDUARDO ACUÑA MEDINA
CC: 9197514
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS

SEDE: CENDIATRA NORTE 106 **DIRECCIÓN:**Autopista Norte # 106-93, Pasadena **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 6017464727 - 6017562592 **EMAIL:** citas.norte1@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:** 2025-01-30

Nombres y apellidos: LUIS EDUARDO ACUÑA MEDINA
Fecha de nacimiento: 08/09/1983
Empresa: ALFA DEMOLICION S.A.S
Empresa usuaria:
Cargo: OPERARIO MINICARGADOR

CC: 9197514
Edad: 41 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2025-01-30 / 07:59:23
Fecha salida: 2025-01-30 / 09:56:31



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- VISIOMETRIA
- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- PERFIL LIPIDICO

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA TRABAJO EN ALTURAS

:

RESTRICCIONES:
TIPO RESTRICCIÓN: RECOMENDACION: REQUIERE INICIO USO DE CORRECCION VISUAL

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

JORGE LEONARDO DIAZ MOLINA
RM: 1047418507
Firma y sello del médico

LUIS EDUARDO ACUÑA MEDINA
CC: 9197514
Firma del paciente

MEDILABORAL

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo

PARTICULAR



ACTIVIDAD ECONOMICA: SIN ACTIVIDAD ECONÓMICA ASIGNADA

NO. CERTIFICADO	1.445.473				
CIUDAD	BOGOTÁ - MEDICINA LABORAL S.A.S				
FECHA	01/02/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 1.001.197.750	**EDAD**	32	**GENERO**	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	MAO SEBASTIAN BERMEO MAHECHA				
TIPO DE CARGO	OTRO	**CARGO U OFICIO**	CONTRATISTA		

EXÁMENES REALIZADOS

COLESTEROL HDL - COLESTEROL LDL - COLESTEROL TOTAL - ENFASIS CARDIOVASCULAR - ENFASIS DERMATOLOGICO - ENFASIS OSTEOMUSCULAR - ESPIROMETRÍA - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - OPTOMETRIA - TRIGLICÉRIDOS

CONCEPTO DE APTITUD	**OTROS CONCEPTOS**
Apto sin restricciones para el cargo	NA

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - CONTINUAR REALIZANDO EXAMENES MEDICOS PERIÓDICOS - CONTINUAR EL USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO - CONTINUAR CAPACITACIONES - CONTINUAR PROCESOS DE CAPACITACIÓN EN LA PREVENCIÓN DE RIESGOS PROPIOS Y EL ADECUADO USO DE EPP PARA EL OFICIO A REALIZAR - SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS - HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICION DE RIESGO - SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN CONSERVACIÓN VISUAL - PACIENTES SIN EVIDENCIA DE CONDICIÓN DE RIESGO COVID-19

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA

RECOMENDACIONES OPTOMETRIA

CONTINUAR USO CORRECCION OPTICA PERMANENTE - CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES DURANTE LA JORNADA SIGUIENDO LA REGLA 20-20-20

Consentimiento informado del aspirante o trabajador

Yo MAO SEBASTIAN BERMEO MAHECHA identificado con CC No. 1.001.197.750 Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y relacionados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a parte de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que Medicina Laboral S.A.S. dá a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos. (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).

Profesional

Aspirante o trabajador

DUARTE TORRES JORGE DARIO 3677 30/03/2015

CC. 1.001.197.750

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestación de Servicios en seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020

NIT: 830.015894-4

Codigo de prestador de servicios de la salud No. 110010655990
Aprobado por la Secretaria de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. Maria Luisa Molina M. CPTT No. 13158 -1
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Dir. de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo
Res. 7402 de 27/08/2019 de la Secretaria Distrital de Salud

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometria - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 112584

FECHA : 26/04/2025 HORA:9:53			**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**		
NOMBRES: YEISON DANIEL SOSA SANCHEZ			DOCUMENTO: 80250145		EDAD: 41 GENERO: M
Empresa: CONSORCIO SUBA MT			Cargo: OFICIAL		Tel: 3202706423 -

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoración Medica Laboral	Si		Respiratorio	Si	
Espirometria	NA		Dermatología	Si	
Audiometria	Si		Osteomuscular	Si	
Visiometria	Si		Cardiovascular	Si	
Optometria	NA		Prueba de equilibrio	NA	
Electrocardiograma	NA		Prueba Psicometrica	NA	
Psicología Laboral	NA		Radiologia Columna	NA	
Vacunas	NA		Radiologia Torax	NA	

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hematico IVG	NA		Parcial de Orina	NA	
Glicemia	NA		RH-Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	NA		KOH Uñas	NA	
Triglicéridos	NA		Frotis Faringeo	NA	
Serologia	NA		Coprologico	NA	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	NA	**Apto Para Trabajos en espacios Confinados**			NA
Apto Para el cargo sin Restricciones			Si	**Aplazado**	NA
Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo			NA	**No Apto Para Este Cargo**	NA
Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel			NA		
Examen PERIODICO Satisfactorio	NA	**Examen de EGRESO Satisfactorio**			NA

ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR SATISFACTORIO. TRABAJADORA APTA PARA ACTIVIDAD LABORAL EN SUPERFICIE. REQUIERE CORR ECCION OPTOMETRICA PERMANENTE.

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Lea este codigo QR con su celular para validar su autenticidad	Higiene Postural	Si	Uso de Doble Protección Auditiva	NA	Evitar Posturas Prolongadas	NA
	Pausas Activas	Si	Control Optometrico Periodico	NA	Uso de Medias de Compresión Graduado	NA
	Ergonomia del Puesto de trabajo	Si	Uso de Lentes Permanentes	SI	Valoración y Manejo en IPS	NA
	Uso de Elementos de Protección Personal	Si	Uso de Lentes Visión Cercana	NA	Dieta - Ejercicio Fisico	NA
	Valoración por Medicina Laboral de EPS	NA	Control de Tension Arterial	NA	Control Espirómetria	NA
	Control Audiometrico	NA	Estilos de Vida Saludable	NA	Control Médico Ocupacional Anual	Si
						NA

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclinico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional de salud ocupacional de UMED LTDA.tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta,Los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

CAMILO ERNESTO VELASQUEZ VELASCO **LICENCIA No. RES.7058 DE 16/08/19** **Medico Especialista en Salud Ocupacional**	**Firma Trabajador** C.C. No	2025

UMED LTDA IPS MEDICINA LABORAL cuenta todos los protocolos de bioseguridad para SARS COV-2 COVID 19 según resolución 666 del Ministerio de Salud del 24/Abril/2020.

Realice sus exámenes en instituciones prestadoras habilitadas por la Secretaria Distrital de salud. UMED LTDA IPS Salud Ocupacional

Carrera 21 No. 24-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá D.C.
Tels.:278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels: 311 265 5841 - 301 541 2992
umedltda@gmail.com- www.umedips.co

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestación de Servicios en seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020

NIT: 830.015894-4

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 112578

FECHA : 26/04/2025 HORA:9:57		**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**	
NOMBRES: TITO ISIDORO MURILLO		DOCUMENTO: 19461615	EDAD: 65 GENERO: M
Empresa: CONSORCIO SUBA MT		Cargo: AYUDANTE	Tel: 3216602656 -

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoración Medica Laboral	SI		Respiratorio	SI	
Espirometria	NA		Dermatologia	SI	
Audiometria	SI		Osteomuscular	SI	
Visiometria	SI		Cardiovascular	SI	
Optometria	NA		Prueba de equilibrio	NA	
Electrocardiograma	NA		Prueba Psicometrica	NA	
Psicologia Laboral	NA		Radiologia Columna	NA	
Vacunas	NA		Radiologia Torax	NA	

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hematico IVG	NA		Parcial de Orina	NA	
Glicemia	NA		RH-Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	NA		KOH Uñas	NA	
Triglicéridos	NA		Frotis Faringeo	NA	
Serologia	NA		Coprologico	NA	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	NA	**Apto Para Trabajos en espacios Confinados**			NA
Apto Para el cargo sin Restricciones			**Si**	**Aplazado**	NA
Apto Para el Cargo con Restricciones que intervienen con su Trabajo			NA	**No Apto Para Este Cargo**	NA
Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel			NA		
Examen PERIODICO Satisfactorio	NA	**Examen de EGRESO Satisfactorio**			NA

RECOMENDACION: 1. USO PERMANENTE DE CORRECCION OPTOMETRICA.

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	SI	Uso de Doble Protección Auditiva	NA	Evitar Posturas Prolongadas	NA
Pausas Activas	SI	Control Optometrico Periodico	SI	Uso de Medias de Compresión Graduado	NA
Ergonomia del Puesto de trabajo	SI	Uso de Lentes Permanentes	SI	Valoración y Manejo en IPS	NA
Uso de Elementos de Protección Personal	SI	Uso de Lentes Visión Cercana	NA	Dieta - Ejercicio Fisico	NA
Valoración por Medicina Laboral de EPS	NA	Control de Tension Arterial	NA	Control Espirómetria	NA
Control Audiometrico	NA	Estilos de Vida Saludable	SI	Control Médico Ocupacional Anual	SI
					NA

Lea este codigo QR con su celular para validar su autenticidad

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclinico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional de salud ocupacional de UMED LTDA tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta.Los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que lo leído y comprendido e la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

NESTOR RAUL GARZON RODRIGUEZ LICENCIA No. 6660 DE 30/07/2019 Medico Especialista en Salud Ocupacional	Firma Trabajador C.C. No

UMED LTDA IPS MEDICINA LABORAL cumple todas las directrices de bioseguridad para COVID-19 según resolución 666 del Ministerio de Salud del 24/abril/2020

Realice sus Aislamientos de acuerdo a las medidas establecidas por la Secretaria Distrital de salud UMED LTDA IPS Salud Ocupacional

Carrera 2 No. 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá D.C.
Tels.:278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels: 311 265 5841 - 301 541 2992
umedltda@gmail.com- www.umedips.co

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestación de Servicios en seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020

NIT: 830.015894-4

Codigo del prestador de servicios de la salud No. 110010563390
Aprobado por la Secretaria de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 25 de 1997.
Dra. Maria Luisa Molino M. CPTP No. 13468 -1
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Lic. de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo
Res. Valid. de 27/06/2019 de la Secretaria Distrital de Salud



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 112572

FECHA : 26/04/2025 HORA:9:12	**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**	
NOMBRES: YEISON ESTEBAN CAPUANO NARVAEZ	DOCUMENTO: 1045421614	EDAD: 19 GENERO: M
Empresa: CONSORCIO SUBA MT	Cargo: AYUDANTE DE OBRA	Tel: 3046432539 -

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoración Medica Laboral	Si		Respiratorio	Si	
Espirometria	NA		Dermatología	Si	
Audiometria	Si		Osteomuscular	Si	
Visiometria	Si		Cardiovascular	Si	
Optometria	NA		Prueba de equilibrio	NA	
Electrocardiograma	NA		Prueba Psicometrica	NA	
Psicología Laboral	NA		Radiologia Columna	NA	
Vacunas	NA		Radiologia Torax	NA	

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hematico IVG	NA		Parcial de Orina	NA	
Glicemia	NA		RH-Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	NA		KOH Uñas	NA	
Triglicéridos	NA		Frotis Faringeo	NA	
Serología	NA		Coprologico	NA	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	NA	**Apto Para Trabajos en espacios Confinados**			NA
Apto Para el cargo sin Restricciones			Si	**Aplazado**	NA
Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo			NA	**No Apto Para Este Cargo**	NA
Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel			NA		
Examen PERIODICO Satisfactorio	NA	**Examen de EGRESO Satisfactorio**			NA

RECOMENDACION: 1. USO DE DOBLE PROTECCION AUDITIVA EN AREAS CON RUIDO EN NIVELES SUPERIORES A LOS PERMISIBLES

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	SI	Uso de Doble Protección Auditiva	SI	Evitar Posturas Prolongadas	NA
Pausas Activas	Si	Control Optometrico Periodico	NA	Uso de Medias de Compresión Graduado	NA
Ergonomia del Puesto de trabajo	Si	Uso de Lentes Permanentes	NA	Valoración y Manejo en IPS	NA
Uso de Elementos de Protección Personal	SI	Uso de Lentes Visión Cercana	NA	Dieta - Ejercicio Físico	NA
Valoración por Medicina Laboral de EPS	NA	Control de Tension Arterial	NA	Control Espirómetria	NA
Control Audiometrico	SI	Estilos de Vida Saludable	SI	Control Médico Ocupacional Anual	SI
					NA

Lea este codigo QR con su celular para validar su autenticidad

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclinico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional de salud ocupacional de UMED LTDA.tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta,Los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

NESTOR RAUL GARZON RODRIGUEZ **LICENCIA No. 6660 DE 30/07/2019** **Medico Especialista en Salud Ocupacional**	**Firma Trabajador** **C.C. No**	2060

Néstor Garzón Rodríguez
Medico Especialista en Salud Ocupacional U.N.
Resolución No. 6660 de 30/07/2019

UMED LTDA IPS MEDICINA LABORAL, marca todos los protocolos de seguridad para SARS COV-2,COVID 19 según resolución 666 del Ministerio de Salud del 24 Abril/2020

Realice sus exámenes en instituciones medicas aprobadas por la Secretaria Distrital de salud UMED LTDA I.P.S Salud Ocupacional

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá D.C.
Tels.:278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels: 311 265 5841 - 301 541 2992
umedltda@gmail.com- www.umedips.co

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA NORTE 83 | **DIRECCIÓN:**Autopista Norte # 83-89, Polo Club | **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 6017425327 - 6016224464 | **EMAIL:** citas.norte2@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2025-05-03

Nombres y apellidos: PAOLA ANDREA COPABAN RICO
Fecha de nacimiento: 30/08/1976
Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: RESIDENTE SOCIAL

CC: 52335172
Edad: 48 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2025-05-03 / 07:11:52
Fecha salida: 2025-05-03 / 07:46:46



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- EXAMEN OPTOMETRICO

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

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



SANDRA MILENA AVELLANEDA BLANCO
RM: 52956947
Firma y sello del médico



PAOLA ANDREA COPABAN RICO
CC: 52335172
Firma del paciente

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestación de Servicios en seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020

NIT: 830.015894-4

Código de prestador de servicios de la salud No. 110010566501 Aprobada por la Secretaria de Salud de Bogotá según Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. Maria Luisa Molina M. CTTP No. 13758 -T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Lic. de Prestación de Servicios en Seguridad y salud en el Trabajo Res. 7402 de 27/08/2019 de la Secretaría Distrital de Salud

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 112027

FECHA : 20/05/2025 HORA:10:9			**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**		
NOMBRES: NESTOR JAVIER JIMENEZ VANEZUELA			DOCUMENTO: 3212354		EDAD: 44 GENERO: M
Empresa: CONSORCIO SUBA MT			Cargo: OFICIAL		Tel: 3108205318 -

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoración Medica Laboral	Si		Respiratorio	Si	
Espirometria	NA		Dermatologia	Si	
Audiometria	Si		Osteomuscular	Si	
Visiometria	Si		Cardiovascular	Si	
Optometria	NA		Prueba de equilibrio	Si	
Electrocardiograma	NA		Prueba Psicometrica	NA	
Psicología Laboral	NA		Radiologia Columna	NA	
Vacunas	NA		Radiologia Torax	NA	

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hematico IVG	NA		Parcial de Orina	NA	
Glicemia	NA		RH-Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	NA		KOH Uñas	NA	
Triglicéridos	NA		Frotis Faringeo	NA	
Serología	NA		Coprologico	NA	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	NA	**Apto Para Trabajos en espacios Confinados**			NA
Apto Para el cargo sin Restricciones			**Si**	**Aplazado**	NA
Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo			NA	**No Apto Para Este Cargo**	NA
Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel			NA		
Examen PERIODICO Satisfactorio	NA	**Examen de EGRESO Satisfactorio**			NA

APTO TRABAJO SUPERFICIE

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	SI	Uso de Doble Protección Auditiva	NA	Evitar Posturas Prolongadas	NA
Pausas Activas	SI	Control Optometrico Periodico	NA	Uso de Medias de Compresión Graduado	NA
Ergonomia del Puesto de trabajo	SI	Uso de Lentes Permanentes	NA	Valoración y Manejo en IPS	NA
Uso de Elementos de Protección Personal	SI	Uso de Lentes Visión Cercana	NA	Dieta - Ejercicio Físico	NA
Valoración por Medicina Laboral de EPS	NA	Control de Tension Arterial	NA	Control Espirómetria	NA
Control Audiometrico	NA	Estilos de Vida Saludable	SI	Control Médico Ocupacional Anual	SI
					NA

Lea este codigo QR con su celular para validar su autenticidad

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclinico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional de salud ocupacional de UMED LTDA.tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta,Los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leido y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

NESTOR RAUL GARZON RODRIGUEZ LICENCIA No. 6660 DE 30/07/2019 Medico Especialista en Salud Ocupacional	Firma Trabajador C.C. No	0884

UMED LTDA IPS MEDICINA LABORAL cuenta con los protocolos de bioseguridad para SARS COV-2/COVID 19 segun resolución 666 del Ministerio de Salud del 24/Abril/2020

Realice sus exámenes en instituciones medicas aprobadas por la Secretaría Distrital de salud. UMED LTDA I.P.S Salud Ocupacional

Carrera 24 No. 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá D.C.
Tels.:278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels: 311 265 5841 - 301 541 2992
umedltda@gmail.com- www.umedips.co

	NOTIFICACIÓN MEDICO LABORALES	SST-FT-05 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Señora Luisa Moreno

Cargo

ASUNTO: Notificación del examen médico laboral de ingreso.

Cordial Saludo,

Por medio del presente se informa los resultados obtenidos en la aplicación del examen médico laboral de ingreso, los cuales fueron realizados en la **IPS** UMed LTDA el día 17-5-25, en los resultados obtenidos se indica concepto de aptitud con APTO SIN RESTRICCIONES. Indicado lo siguiente: Higiene Postural, Pausas activas- ergonomia puesto de trabajo, uso epps- estilos de vida saludables- control medico ocupacional anual

Por lo anterior, se requiere control con la EPS y valoración con énfasis _____ si es el caso, es indispensable presentar los soportes de seguimiento médico al área SST y Recurso humano.

La colaboradora se compromete a cumplir estrictamente con el uso de elementos de protección personal, a procurar el autocuidado, realizar controles médicos pertinentes con su EPS, informar oportunamente su estado de salud.

Esperamos contar con su apoyo y compromiso en el cumplimiento a las recomendaciones médico laborales emitida por la IPS y la EPS posterior a los controles.

Atentamente,

Firma
C.C: 1110580807
Fecha: 19-5-25

Powered by CamScanner

	NOTIFICACIÓN MEDICO LABORALES	SST-FT-05 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Señora Erick Gomez

Cargo

ASUNTO: Notificación del examen médico laboral de ingreso.

Cordial Saludo,

Por medio del presente se informa los resultados obtenidos en la aplicación del examen médico laboral de ingreso, los cuales fueron realizados en la **IPS** UMED LTDA el día 8-04-25, en los resultados obtenidos se indica concepto de aptitud con APTO SIN RESTRICCIONES, Indicado lo siguiente: Higiene postural - Pausas activas - Ergonomia Puesto de trabajo - Uso EPPS - Uso lentes permanentes - Control medico ocupacional anual

Por lo anterior, se requiere control con la EPS y valoración con énfasis optometria. si es el caso, es indispensable presentar los soportes de seguimiento médico al área SST y Recurso humano.

La colaboradora se compromete a cumplir estrictamente con el uso de elementos de protección personal, a procurar el autocuidado, realizar controles médicos pertinentes con su EPS, informar oportunamente su estado de salud.

Esperamos contar con su apoyo y compromiso en el cumplimiento a las recomendaciones médico laborales emitida por la IPS y la EPS posterior a los controles.

Atentamente,

Firma
C.C: 100.174776
Fecha: 8-4-25

Powered by CamScanner

	NOTIFICACIÓN MEDICO LABORALES	SST-FT-05 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Señora
Viviana Bgaca
Cargo Inspector de obra

ASUNTO: Notificación del examen médico laboral de ingreso.

Cordial Saludo,

Por medio del presente se informa los resultados obtenidos en la aplicación del examen médico laboral de ingreso, los cuales fueron realizados en la **IPS** UMED LTDA el día 20-5-25, en los resultados obtenidos se indica concepto de aptitud con APTO SIN RESTRICCIONES, Indicado lo siguiente: HIGIENE POSTURAL- PAUSAS ACTIVAS- ERGONOMIA PUESTO DE TRABAJO- USO EPPS- CONTROL MEDICO OCUPACIONAL ANUAL.

Por lo anterior, se requiere control con la EPS y valoración con énfasis _____ si es el caso, es indispensable presentar los soportes de seguimiento médico al área SST y Recurso humano.

La colaboradora se compromete a cumplir estrictamente con el uso de elementos de protección personal, a procurar el autocuidado, realizar controles médicos pertinentes con su EPS, informar oportunamente su estado de salud.

Esperamos contar con su apoyo y compromiso en el cumplimiento a las recomendaciones médico laborales emitida por la IPS y la EPS posterior a los controles.

Atentamente,

Viviana Bgaca
Firma
C.C: 1233506640
Fecha: 21-05-2025

Powered by CamScanner

	NOTIFICACIÓN MEDICO LABORALES	SST-FT-05 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Señora Wilmer Molina

Cargo

ASUNTO: Notificación del examen médico laboral de ingreso.

Cordial Saludo,

Por medio del presente se informa los resultados obtenidos en la aplicación del examen médico laboral de ingreso, los cuales fueron realizados en la **IPS** UMed LTDA el día 21-5-25, en los resultados obtenidos se indica concepto de aptitud con APTO SIN RESTRICCIONES, Indicado lo siguiente: HIGIENE POSTURAL- PAUSAS ACTIVAS- ERGONOMIA PUESTO DE TRABAJO- USO EPPS- ESTILOS DE VIDA SALUDABLE- CONTROL MEDICO OCUPACIONAL ANUAL.

Por lo anterior, se requiere control con la EPS y valoración con énfasis _____ si es el caso, es indispensable presentar los soportes de seguimiento médico al área SST y Recurso humano.

La colaboradora se compromete a cumplir estrictamente con el uso de elementos de protección personal, a procurar el autocuidado, realizar controles médicos pertinentes con su EPS, informar oportunamente su estado de salud.

Esperamos contar con su apoyo y compromiso en el cumplimiento a las recomendaciones médico laborales emitida por la IPS y la EPS posterior a los controles.

Atentamente,

Firma
C.C: 1002940329
Fecha: 25- Mayo -2025

Powered by CamScanner

	NOTIFICACIÓN MEDICO LABORALES	SST-FT-05 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Señora Marco Magas

Cargo

ASUNTO: Notificación del examen médico laboral de ingreso.

Cordial Saludo,

Por medio del presente se informa los resultados obtenidos en la aplicación del examen médico laboral de ingreso, los cuales fueron realizados en la **IPS** UMED HDA el día 30-4-25, en los resultados obtenidos se indica concepto de aptitud con APTO SIN restricciones, Indicado lo siguiente: Higiene Postural - Pausas activas - ergonomia puesto del trabajo - uso EPPS - estilos de vida saludable - control medico ocupacional anual.

Por lo anterior, se requiere control con la EPS y valoración con énfasis _____ si es el caso, es indispensable presentar los soportes de seguimiento médico al área SST y Recurso humano.

La colaboradora se compromete a cumplir estrictamente con el uso de elementos de protección personal, a procurar el autocuidado, realizar controles médicos pertinentes con su EPS, informar oportunamente su estado de salud.

Esperamos contar con su apoyo y compromiso en el cumplimiento a las recomendaciones médico laborales emitida por la IPS y la EPS posterior a los controles.

Atentamente,

Firma
C.C:
Fecha: 30-04-25

Powered by CamScanner

	NOTIFICACIÓN MEDICO LABORALES	SST-FT-05 Fecha 1/Abr/2025 Versión 01

Señora Luzmila luengas

Cargo

ASUNTO: Notificación del examen médico laboral de ingreso.

Cordial Saludo,

Por medio del presente se informa los resultados obtenidos en la aplicación del examen médico laboral de ingreso, los cuales fueron realizados en la **IPS** UMED HDA el día 29-3-25, en los resultados obtenidos se indica concepto de aptitud con APTO SIN RESTRICCIONES, Indicado lo siguiente: HIGIENE POSTURAL- PAUSAS ACTIVAS- ERGONOMIA PUESTO TRABAJO- USO E.P.P.S- USO LENTES PERMANENTES- CONTROL MEDICO OCUPACIONAL

Por lo anterior, se requiere control con la EPS y valoración con énfasis _____ si es el caso, es indispensable presentar los soportes de seguimiento médico al área SST y Recurso humano.

La colaboradora se compromete a cumplir estrictamente con el uso de elementos de protección personal, a procurar el autocuidado, realizar controles médicos pertinentes con su EPS, informar oportunamente su estado de salud.

Esperamos contar con su apoyo y compromiso en el cumplimiento a las recomendaciones médico laborales emitida por la IPS y la EPS posterior a los controles.

Atentamente,

Firma
C.C: 51964259
Fecha:

Powered by CamScanner

	NOTIFICACIÓN MEDICO LABORALES	SST-FT-05 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Señora Carlos Bejarano

Cargo

ASUNTO: Notificación del examen médico laboral de ingreso.

Cordial Saludo,

Por medio del presente se informa los resultados obtenidos en la aplicación del examen médico laboral de ingreso, los cuales fueron realizados en la **IPS** MediPal el dia 1-2-25, en los resultados obtenidos se indica concepto de aptitud con APTO SIN restricción, Indicado lo siguiente: pausas activas - habitos saludables - higiene Postural Uso EPIS - control examen ocupacional anual.

Por lo anterior, se requiere control con la EPS y valoración con énfasis _____ si es el caso, es indispensable presentar los soportes de seguimiento médico al área SST y Recurso humano.

La colaboradora se compromete a cumplir estrictamente con el uso de elementos de protección personal, a procurar el autocuidado, realizar controles médicos pertinentes con su EPS, informar oportunamente su estado de salud.

Esperamos contar con su apoyo y compromiso en el cumplimiento a las recomendaciones médico laborales emitida por la IPS y la EPS posterior a los controles.

Atentamente,

Firma
C.C: 1014008993
Fecha:

	NOTIFICACIÓN MEDICO LABORALES	SST-FT-05 Fecha 1/Abr/2025 Versión 01

Señora Nancy Gomez

Cargo

ASUNTO: Notificación del examen médico laboral de ingreso.

Cordial Saludo,

Por medio del presente se informa los resultados obtenidos en la aplicación del examen médico laboral de ingreso, los cuales fueron realizados en la **IPS** MediPar el dia 01-2-25, en los resultados obtenidos se indica concepto de aptitud con APTO SIN restricción Indicado lo siguiente: PAUSAS activas - Habitos saludables - Higiene Postural - Uso EPPS - control medico ocupacional

Por lo anterior, se requiere control con la EPS y valoración con énfasis _____ si es el caso, es indispensable presentar los soportes de seguimiento médico al área SST y Recurso humano.

La colaboradora se compromete a cumplir estrictamente con el uso de elementos de protección personal, a procurar el autocuidado, realizar controles médicos pertinentes con su EPS, informar oportunamente su estado de salud.

Esperamos contar con su apoyo y compromiso en el cumplimiento a las recomendaciones médico laborales emitida por la IPS y la EPS posterior a los controles.

Atentamente,

Nancy E Gómez C.

Firma
C.C: 65769.815 Ibagué
Fecha:

Powered by CamScanner

	NOTIFICACIÓN MEDICO LABORALES	SST-FT-05 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Señora Paola Morales

Cargo

ASUNTO: Notificación del examen médico laboral de ingreso.

Cordial Saludo,

Por medio del presente se informa los resultados obtenidos en la aplicación del examen médico laboral de ingreso, los cuales fueron realizados en la **IPS** Umed el día 23-5-25, en los resultados obtenidos se indica concepto de aptitud con Apto SIN restricciones Indicado lo siguiente: Higiene Postural- Pausas activas- ergonomia Puesto de trabajo, uso epps- Estilos de vida Saludable- control Medico ocupacional anual.

Por lo anterior, se requiere control con la EPS y valoración con énfasis _____ si es el caso, es indispensable presentar los soportes de seguimiento médico al área SST y Recurso humano.

La colaboradora se compromete a cumplir estrictamente con el uso de elementos de protección personal, a procurar el autocuidado, realizar controles médicos pertinentes con su EPS, informar oportunamente su estado de salud.

Esperamos contar con su apoyo y compromiso en el cumplimiento a las recomendaciones médico laborales emitida por la IPS y la EPS posterior a los controles.

Atentamente,

Firma
C.C:
Fecha:

Powered by CamScanner

	NOTIFICACIÓN MEDICO LABORALES	SST-FT-05 Fecha. 1/Abr/2025 Versión: 01

Señor(a) Carlos Vargaz

ASUNTO: Notificación del examen médico laboral de ingreso.

Cordial Saludo,

Por medio del presente se informa los resultados obtenidos en la aplicación del examen médico laboral de ingreso, los cuales fueron realizados en la **IPS** UMED LTDA el día 09-01-25, en los resultados obtenidos se indica concepto de aptitud con APTO para el cargo SI, Indicado lo siguiente: estilos de vida saludables control medico anual. higiene postural, pausas activas, ergonomia PUESTO de trabajo, uso epps.

Por lo anterior, se requiere control con la EPS y valoración con énfasis audiologia. si es el caso, es indispensable presentar los soportes de seguimiento médico al área SST y Recursos humanos.

La colaboradora se compromete a cumplir estrictamente con el uso de elementos de protección personal, a procurar el autocuidado, realizar controles médicos pertinentes con su EPS, informar oportunamente su estado de salud.

Esperamos contar con su apoyo y compromiso en el cumplimiento a las recomendaciones médico laborales emitida por la IPS y la EPS posterior a los controles.

Atentamente,

Firma
C.C: 80150914
Fecha:

Powered by CamScanner

	NOTIFICACIÓN MEDICO LABORALES	SST-FT-05 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Señora Duvan Rubiano

Cargo

ASUNTO: Notificación del examen médico laboral de ingreso.

Cordial Saludo,

Por medio del presente se informa los resultados obtenidos en la aplicación del examen médico laboral de ingreso, los cuales fueron realizados en la **IPS** Umed Itda el día 14-5-25, en los resultados obtenidos se indica concepto de aptitud con APTO SIN RESTRICCIONES Indicado lo siguiente: HIGIENE POSTURAL - PAUSAS ACTIVAS - ERGONOMIA PUESTO DE TRABAJO - USO EPPS - ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - DIETA ETERCICIO FISICO - CONTROL MEDICO OCUPACIONAL

Por lo anterior, se requiere control con la EPS y valoración con énfasis _____ si es el caso, es indispensable presentar los soportes de seguimiento médico al área SST y Recurso humano.

La colaboradora se compromete a cumplir estrictamente con el uso de elementos de protección personal, a procurar el autocuidado, realizar controles médicos pertinentes con su EPS, informar oportunamente su estado de salud.

Esperamos contar con su apoyo y compromiso en el cumplimiento a las recomendaciones médico laborales emitida por la IPS y la EPS posterior a los controles.

Atentamente,

Duvan Rubiano

Firma
C.C: 1023903332
Fecha: 16 MAYO 2025

Powered by CamScanner

	NOTIFICACIÓN MEDICO LABORALES	SST-FT-05 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Señora Angie Arevalo

Cargo

ASUNTO: Notificación del examen médico laboral de ingreso.

Cordial Saludo,

Por medio del presente se informa los resultados obtenidos en la aplicación del examen médico laboral de ingreso, los cuales fueron realizados en la **IPS** umed ltda el día 15-5-24, en los resultados obtenidos se indica concepto de aptitud con APTO SIN RESTRICCION, Indicado lo siguiente: HIGIENE POSTURAL - PAUSAS ACTIVAS - ERGONOMIA PUESTO DE TRABAJO - USO EPPS - CONTROL MEDICO OCUPACIONAL

Por lo anterior, se requiere control con la EPS y valoración con énfasis _____ si es el caso, es indispensable presentar los soportes de seguimiento médico al área SST y Recurso humano.

La colaboradora se compromete a cumplir estrictamente con el uso de elementos de protección personal, a procurar el autocuidado, realizar controles médicos pertinentes con su EPS, informar oportunamente su estado de salud.

Esperamos contar con su apoyo y compromiso en el cumplimiento a las recomendaciones médico laborales emitida por la IPS y la EPS posterior a los controles.

Atentamente,

Firma
C.C: 1014736681
Fecha: 15-5-25

Powered by CamScanner

	NOTIFICACIÓN MEDICO LABORALES	SST-FT-05 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Señora Alfonso Bugos

Cargo

ASUNTO: Notificación del examen médico laboral de ingreso.

Cordial Saludo,

Por medio del presente se informa los resultados obtenidos en la aplicación del examen médico laboral de ingreso, los cuales fueron realizados en la **IPS** Cenatatra el día 21-5-25, en los resultados obtenidos se indica concepto de aptitud con AMO SIN restricciones. Indicado lo siguiente: higiene postural- Pausas activas- ergonomia puesto de trabajo- uso EPPS- control medico ocupacional anual.

Por lo anterior, se requiere control con la EPS y valoración con énfasis _____ si es el caso, es indispensable presentar los soportes de seguimiento médico al área SST y Recurso humano.

La colaboradora se compromete a cumplir estrictamente con el uso de elementos de protección personal, a procurar el autocuidado, realizar controles médicos pertinentes con su EPS, informar oportunamente su estado de salud.

Esperamos contar con su apoyo y compromiso en el cumplimiento a las recomendaciones médico laborales emitida por la IPS y la EPS posterior a los controles.

Atentamente,

Firma
C.C:
Fecha:

Powered by CamScanner

	NOTIFICACIÓN MEDICO LABORALES	SST-FT-05 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Señora Yuly JARAMILLO

Cargo

ASUNTO: Notificación del examen médico laboral de ingreso.

Cordial Saludo,

Por medio del presente se informa los resultados obtenidos en la aplicación del examen médico laboral de ingreso, los cuales fueron realizados en la **IPS** Mg salud el día 28-4-25, en los resultados obtenidos se indica concepto de aptitud con APTO SIN RESTRICCION, Indicado lo siguiente: Higiene postural - Pausas activas - ergonomia Puesto de trabajo - Uso EPPS - Control MEDICO ocupacional anual

Por lo anterior, se requiere control con la EPS y valoración con énfasis _____ si es el caso, es indispensable presentar los soportes de seguimiento médico al área SST y Recurso humano.

La colaboradora se compromete a cumplir estrictamente con el uso de elementos de protección personal, a procurar el autocuidado, realizar controles médicos pertinentes con su EPS, informar oportunamente su estado de salud.

Esperamos contar con su apoyo y compromiso en el cumplimiento a las recomendaciones médico laborales emitida por la IPS y la EPS posterior a los controles.

Atentamente,

Firma
C.C:
Fecha:

Powered by CamScanner

	NOTIFICACIÓN MEDICO LABORALES	SST-FT-05 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Señora William Mitanoja

Cargo

ASUNTO: Notificación del examen médico laboral de ingreso.

Cordial Saludo,

Por medio del presente se informa los resultados obtenidos en la aplicación del examen médico laboral de ingreso, los cuales fueron realizados en la **IPS** Umed el día 15-5-25, en los resultados obtenidos se indica concepto de aptitud con APTO SIN RESTRICCION, Indicado lo siguiente: Higiene postural- Pausas activas- ergonomia puesto de trabajo- uso epps- estilos de vida saludable- control riesgo ocupacional anual

Por lo anterior, se requiere control con la EPS y valoración con énfasis _____ si es el caso, es indispensable presentar los soportes de seguimiento médico al área SST y Recurso humano.

La colaboradora se compromete a cumplir estrictamente con el uso de elementos de protección personal, a procurar el autocuidado, realizar controles médicos pertinentes con su EPS, informar oportunamente su estado de salud.

Esperamos contar con su apoyo y compromiso en el cumplimiento a las recomendaciones médico laborales emitida por la IPS y la EPS posterior a los controles.

Atentamente,

William Andres Muñoz 1116552197 Fecha - 16-05-2025

Firma
C.C:
Fecha:

Powered by CamScanner

	NOTIFICACIÓN MEDICO LABORALES	SST-FT-05 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Señora Javier Jimenez

Cargo

ASUNTO: Notificación del examen médico laboral de ingreso.

Cordial Saludo,

Por medio del presente se informa los resultados obtenidos en la aplicación del examen médico laboral de ingreso, los cuales fueron realizados en la **IPS** Umed el día 20-5-25, en los resultados obtenidos se indica concepto de aptitud con APTO SIN RESTRICCION, Indicado lo siguiente: Higiene postural - pausas activas - uso EPS - estilos de vida saludables - control medico ocupacional anual.

Por lo anterior, se requiere control con la EPS y valoración con énfasis _____ si es el caso, es indispensable presentar los soportes de seguimiento médico al área SST y Recurso humano.

La colaboradora se compromete a cumplir estrictamente con el uso de elementos de protección personal, a procurar el autocuidado, realizar controles médicos pertinentes con su EPS, informar oportunamente su estado de salud.

Esperamos contar con su apoyo y compromiso en el cumplimiento a las recomendaciones médico laborales emitida por la IPS y la EPS posterior a los controles.

Atentamente,

Firma JHULEN JIMENEZ
C.C: 3712354
Fecha: 22-05-2025

Powered by CamScanner

	NOTIFICACIÓN MEDICO LABORALES	SST-FT-05 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Señora edwin Mata

Cargo

ASUNTO: Notificación del examen médico laboral de ingreso.

Cordial Saludo,

Por medio del presente se informa los resultados obtenidos en la aplicación del examen médico laboral de ingreso, los cuales fueron realizados en la **IPS** UMEQ el día 21-5-25, en los resultados obtenidos se indica concepto de aptitud con APTO SIN restricciones, Indicado lo siguiente: Higiene postural- Pausas activas- ergonomia Puesto del trabajo- Uso EPPS- estilos de vida Saludables- Control medico ocupacional anual.

Por lo anterior, se requiere control con la EPS y valoración con énfasis _____ si es el caso, es indispensable presentar los soportes de seguimiento médico al área SST y Recurso humano.

La colaboradora se compromete a cumplir estrictamente con el uso de elementos de protección personal, a procurar el autocuidado, realizar controles médicos pertinentes con su EPS, informar oportunamente su estado de salud.

Esperamos contar con su apoyo y compromiso en el cumplimiento a las recomendaciones médico laborales emitida por la IPS y la EPS posterior a los controles.

Atentamente,

Edwin

Firma
C.C: 1044906637
Fecha: 22-05-2025

Powered by CamScanner

	NOTIFICACIÓN MEDICO LABORALES	SST-FT-05 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Señora Jesus Daniel Garcia

Cargo

ASUNTO: Notificación del examen médico laboral de ingreso.

Cordial Saludo,

Por medio del presente se informa los resultados obtenidos en la aplicación del examen médico laboral de ingreso, los cuales fueron realizados en la **IPS** Ulmed el día 21-5-25, en los resultados obtenidos se indica concepto de aptitud con APto sin restricciones Indicado lo siguiente: Higiene Postural Pausa activas- ergonomia puesto del trabajo - uso epps - Control medico ocupacional anual.

Por lo anterior, se requiere control con la EPS y valoración con énfasis _____ si es el caso, es indispensable presentar los soportes de seguimiento médico al área SST y Recurso humano.

La colaboradora se compromete a cumplir estrictamente con el uso de elementos de protección personal, a procurar el autocuidado, realizar controles médicos pertinentes con su EPS, informar oportunamente su estado de salud.

Esperamos contar con su apoyo y compromiso en el cumplimiento a las recomendaciones médico laborales emitida por la IPS y la EPS posterior a los controles.

Atentamente,

Jesus Daniel Garcia Hernandez

Firma
C.C: 1085042995
Fecha: 22-05-2025

Powered by CamScanner

	NOTIFICACIÓN MEDICO LABORALES	SST-FT-05 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Señora Guynton Linares

Cargo

ASUNTO: Notificación del examen médico laboral de ingreso.

Cordial Saludo,

Por medio del presente se informa los resultados obtenidos en la aplicación del examen médico laboral de ingreso, los cuales fueron realizados en la **IPS** Clnt COSMOS el día 13-6-24 en los resultados obtenidos se indica concepto de aptitud con APTO SIN restricion, Indicado lo siguiente: Higiene Postural - Pausas activas - uso EPPS - habitos saludables.

Por lo anterior, se requiere control con la EPS y valoración con énfasis _____ si es el caso, es indispensable presentar los soportes de seguimiento médico al área SST y Recurso humano.

La colaboradora se compromete a cumplir estrictamente con el uso de elementos de protección personal, a procurar el autocuidado, realizar controles médicos pertinentes con su EPS, informar oportunamente su estado de salud.

Esperamos contar con su apoyo y compromiso en el cumplimiento a las recomendaciones médico laborales emitida por la IPS y la EPS posterior a los controles.

Atentamente,

Guynton Linares.

Firma
C.C: 1.673.696.732.
Fecha: 27-05-2025

Powered by CamScanner

	NOTIFICACIÓN MEDICO LABORALES	SST-FT-05 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Señora Norberto Urrego

Cargo

ASUNTO: Notificación del examen médico laboral de ingreso.

Cordial Saludo,

Por medio del presente se informa los resultados obtenidos en la aplicación del examen médico laboral de ingreso, los cuales fueron realizados en la **IPS** Lecmac el día 9-5-25 en los resultados obtenidos se indica concepto de aptitud con APTO SIN RESTRICCIONES, Indicado lo siguiente: PAUSAS ACTIVAS - DIETA BALANCEADA - USO EPPS - CONTROL MEDICO OCUPACIONAL ANUAL.

Por lo anterior, se requiere control con la EPS y valoración con énfasis _____ si es el caso, es indispensable presentar los soportes de seguimiento médico al área SST y Recurso humano.

La colaboradora se compromete a cumplir estrictamente con el uso de elementos de protección personal, a procurar el autocuidado, realizar controles médicos pertinentes con su EPS, informar oportunamente su estado de salud.

Esperamos contar con su apoyo y compromiso en el cumplimiento a las recomendaciones médico laborales emitida por la IPS y la EPS posterior a los controles.

Atentamente,

Norberto Anibal U

Firma
C.C:
Fecha:

Powered by CamScanner

	NOTIFICACIÓN MEDICO LABORALES	SST-FT-05 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Señora Edwin Rubiano

Cargo

ASUNTO: Notificación del examen médico laboral de ingreso.

Cordial Saludo,

Por medio del presente se informa los resultados obtenidos en la aplicación del examen médico laboral de ingreso, los cuales fueron realizados en la **IPS** UMRO el día 24-5-25, en los resultados obtenidos se indica concepto de aptitud con APTO SIN RESTRICCIÓN, Indicado lo siguiente: Higiene postural- Pausas activas- ergonomía, puesto de trabajo- Uso EPPS- Estilos de vida saludable- control medico ocupacional anual.

Por lo anterior, se requiere control con la EPS y valoración con énfasis _____ si es el caso, es indispensable presentar los soportes de seguimiento médico al área SST y Recurso humano.

La colaboradora se compromete a cumplir estrictamente con el uso de elementos de protección personal, a procurar el autocuidado, realizar controles médicos pertinentes con su EPS, informar oportunamente su estado de salud.

Esperamos contar con su apoyo y compromiso en el cumplimiento a las recomendaciones médico laborales emitida por la IPS y la EPS posterior a los controles.

Atentamente,

Firma
C.C: 1023888276
Fecha: 28/05/25

Powered by CamScanner

CONSORCIO SURA MT	**NOTIFICACIÓN MEDICO LABORALES**	SST-FT-05 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Señora Luis acuña

Cargo

ASUNTO: Notificación del examen médico laboral de ingreso.

Cordial Saludo,

Por medio del presente se informa los resultados obtenidos en la aplicación del examen médico laboral de ingreso, los cuales fueron realizados en la **IPS** sendiatra el día 30-1-25, en los resultados obtenidos se indica concepto de aptitud con APTO SIN RESTRICCION, Indicado lo siguiente: USO EPPS - PAUSAS ACTIVAS - HABITOS SALUDABLES HIGIENE POSTURAL.

Por lo anterior, se requiere control con la EPS y valoración con énfasis Antigonista si es el caso, es indispensable presentar los soportes de seguimiento médico al área SST y Recurso humano.

La colaboradora se compromete a cumplir estrictamente con el uso de elementos de protección personal, a procurar el autocuidado, realizar controles médicos pertinentes con su EPS, informar oportunamente su estado de salud.

Esperamos contar con su apoyo y compromiso en el cumplimiento a las recomendaciones médico laborales emitida por la IPS y la EPS posterior a los controles.

Atentamente,

Firma
C.C: - 9197514
Fecha: -29-05-2025

Powered by CamScanner

	NOTIFICACIÓN MEDICO LABORALES	SST-FT-05 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Señora Mao Behrejo

Cargo

ASUNTO: Notificación del examen médico laboral de ingreso.

Cordial Saludo,

Por medio del presente se informa los resultados obtenidos en la aplicación del examen médico laboral de ingreso, los cuales fueron realizados en la **IPS** Medilaboral el día 01-02-25, en los resultados obtenidos se indica concepto de aptitud con Apto sin restricción. Indicado lo siguiente: Pausas activas - uso epps - higiene Postural - estilos de vida saludable.

Por lo anterior, se requiere control con la EPS y valoración con énfasis estilos de vida si es el caso, es indispensable presentar los soportes de seguimiento médico al área SST y Recurso humano.

La colaboradora se compromete a cumplir estrictamente con el uso de elementos de protección personal, a procurar el autocuidado, realizar controles médicos pertinentes con su EPS, informar oportunamente su estado de salud.

Esperamos contar con su apoyo y compromiso en el cumplimiento a las recomendaciones médico laborales emitida por la IPS y la EPS posterior a los controles.

Atentamente,

Sebastian B. M

Firma
C.C: 1001197750
Fecha:

	LISTA DE ASISTENCIA INDUCCIÓN	SST-FT-02 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

FECHA: 19-5-25
LUGAR: P70 CREA
DURACIÓN: 1 Hora

TEMAS
Se hace inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo, los temas tratados se relacionan en el ACTA DE INDUCCIÓN SG -SST. Objetivo del sistema de gestión, Misión, Visión, Reseña histórica. Generalidades del sistema de seguridad y salud en el trabajo. Generalidades del sistema general de riesgos laborales. Definición de accidente e incidente de trabajo, enfermedad laboral. Política de seguridad y salud en el trabajo. Política de prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaco. Política de seguridad vial. Política de emergencias. Reglamento de higiene y seguridad industrial. Identificación de riesgos .Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo (COPASST). Brigada de emergencia. Notificación de factores de riesgo a los cuales se encuentra expuesto para desempeñar el cargo; Factores de riesgo prioritarios. Procedimiento de reporte de accidentes, incidentes de trabajo y condiciones inseguras. Red asistencial de ARL Colpatria, clínicas y hospitales. Plan de emergencias, protocolos de cómo actuar en caso de incendio, terremoto, evacuación, primeros auxilios, evacuación de lesionados. Manejo de extintores. Manejo adecuado de cargas, normas de seguridad vial, manejo preventivo para conductores. Normas de seguridad en oficinas, higiene, orden y aseo. Uso de hojas de seguridad para productos químicos. Responsabilidades, derechos y deberes como trabajador. Manual de especificaciones, uso y mantenimiento de dotación, elementos de protección personal (EPP). Importancia del autocuidado y la autoseguridad. Gimnasia laboral, ejercicios de pausas activas antes de iniciar su labor. Higiene Postural para trabajar con video terminales. Aspectos legales. Comité de convivencia.

	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Luisa Moreno	1110580807	Luisa Moreno
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

RESPONSABLE:

Presidente SST ...

	LISTA DE ASISTENCIA INDUCCIÓN	SST-FT-02 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

FECHA: 04-5-25
LUGAR: PTO Crea
DURACIÓN: 1 Hora

TEMAS
Se hace inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo, los temas tratados se relacionan en el ACTA DE INDUCCIÓN SG -SST. Objetivo del sistema de gestión, Misión, Visión, Reseña histórica. Generalidades del sistema de seguridad y salud en el trabajo. Generalidades del sistema general de riesgos laborales. Definición de accidente e incidente de trabajo, enfermedad laboral. Política de seguridad y salud en el trabajo. Política de prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaco. Política de seguridad vial. Política de emergencias. Reglamento de higiene y seguridad industrial. Identificación de riesgos .Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo (COPASST). Brigada de emergencia. Notificación de factores de riesgo a los cuales se encuentra expuesto para desempeñar el cargo; Factores de riesgo prioritarios. Procedimiento de reporte de accidentes, incidentes de trabajo y condiciones inseguras. Red asistencial de ARL Colpatria, clínicas y hospitales. Plan de emergencias, protocolos de cómo actuar en caso de incendio, terremoto, evacuación, primeros auxilios, evacuación de lesionados. Manejo de extintores. Manejo adecuado de cargas, normas de seguridad vial, manejo preventivo para conductores. Normas de seguridad en oficinas, higiene, orden y aseo. Uso de hojas de seguridad para productos químicos. Responsabilidades, derechos y deberes como trabajador. Manual de especificaciones, uso y mantenimiento de dotación, elementos de protección personal (EPP). Importancia del autocuidado y la autoseguridad. Gimnasia laboral, ejercicios de pausas activas antes de iniciar su labor. Higiene Postural para trabajar con video terminales. Aspectos legales. Comité de convivencia.

	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Erick Gomez	1001174776	
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

RESPONSABLE:

FIRMA

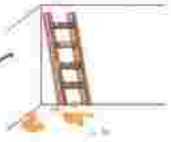
Residente SST
CARGO

	EVALUACIÓN INDUCCIÓN	SST-FT-03 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

I. Datos del colaborador	
Tema de capacitación	Inducción
Nombre del trabajador	Erick Santiago Gomez.
Cargo	AUX. Ingeniería
Fecha	04-5-25

II. Preguntas

Responda cada una de las preguntas descritas a continuación, si no es insuficiente el espacio para sus respuestas utilice el respaldo de la hoja.
*Para opciones múltiples solo hay una respuesta, marque la que considere correcta.
*Para opciones de: **(V)** – verdadero ó **(F)** – falso marque la que considere correcta

Preguntas	Respuestas
1. Seleccione ¿Cuáles son las políticas de la empresa?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Política de prevención de alcohol y tabaquismo c. Política de emergencia X Todas las anteriores
2. Seleccione con una X Falso o Verdadero según corresponda	Es función de los integrantes del COPASST colaborar con las investigaciones de accidentes laborales y realizar inspecciones en los lugares de trabajo F: X
3. Relacione con una línea la imagen con su definición según corresponda	 ACTO INSEGURO CONDICION INSEGURA 
4. ¿En qué documento se identifican los riesgos existentes de la compañía y se expresa la búsqueda de medidas de control y prevención de peligros a los trabajadores?	X a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo X b. Reglamento Interno de Trabajo X c. Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial d. Perfil de cargo
5. Seleccione los EPP´s que debe utilizar	

III. Concepto del Capacitador

Bien

IV. Evaluación de desempeño

Aspectos a evaluar	E	B	R	D
Contenido de la capacitación	X			
Desempeño del capacitador	X			
Metodología y Logística	X			

Firma asistente		**Firma capacitador**	

CONSORCIO SUBA MT	**LISTA DE ASISTENCIA INDUCCIÓN**	SST-FT-02 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

FECHA: 21-05-2025
LUGAR: Pto Crea
DURACIÓN: 1 Hora

TEMAS
Se hace inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo, los temas tratados se relacionan en el ACTA DE INDUCCIÓN SG -SST. Objetivo del sistema de gestión, Misión, Visión, Reseña histórica. Generalidades del sistema de seguridad y salud en el trabajo. Generalidades del sistema general de riesgos laborales. Definición de accidente e incidente de trabajo, enfermedad laboral. Política de seguridad y salud en el trabajo. Política de prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaco. Política de seguridad vial. Política de emergencias. Reglamento de higiene y seguridad industrial. Identificación de riesgos .Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo (COPASST). Brigada de emergencia. Notificación de factores de riesgo a los cuales se encuentra expuesto para desempeñar el cargo; Factores de riesgo prioritarios. Procedimiento de reporte de accidentes, incidentes de trabajo y condiciones inseguras. Red asistencial de ARL Colpatria, clínicas y hospitales. Plan de emergencias, protocolos de cómo actuar en caso de incendio, terremoto, evacuación, primeros auxilios, evacuación de lesionados. Manejo de extintores. Manejo adecuado de cargas, normas de seguridad vial, manejo preventivo para conductores. Normas de seguridad en oficinas, higiene, orden y aseo. Uso de hojas de seguridad para productos químicos. Responsabilidades, derechos y deberes como trabajador. Manual de especificaciones, uso y mantenimiento de dotación, elementos de protección personal (EPP). Importancia del autocuidado y la autoseguridad. Gimnasia laboral, ejercicios de pausas activas antes de iniciar su labor. Higiene Postural para trabajar con video terminales. Aspectos legales. Comité de convivencia.

	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Viviana Bgaca	1233506640	Viviana Bgaca.
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

RESPONSABLE:

FIRMA

Residente SST ...

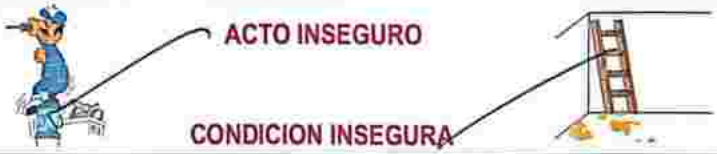
Powered by CamScanner

	EVALUACIÓN INDUCCIÓN	SST-FT-03 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

I. Datos del colaborador	
Tema de capacitación	Inducción
Nombre del trabajador	Lauren Viviana Bojaca
Cargo	Inspectora de obra
Fecha	21-05-2025

II. Preguntas

Responda cada una de las preguntas descritas a continuación, si no es insuficiente el espacio para sus respuestas utilice el respaldo de la hoja.
*Para opciones múltiples solo hay una respuesta, marque la que considere correcta.
*Para opciones de: **(V)** – verdadero ó **(F)** – falso marque la que considere correcta

Preguntas	Respuestas
1. Seleccione ¿Cuáles son las políticas de la empresa?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Política de prevención de alcohol y tabaquismo c. Política de emergencia d. ✓ Todas las anteriores
2. Seleccione con una X Falso o Verdadero según corresponda	Es función de los integrantes del COPASST colaborar con las investigaciones de accidentes laborales y realizar inspecciones en los lugares de trabajo F: V: ✓
3. Relacione con una línea la imagen con su definición según corresponda	
4. ¿En qué documento se identifican los riesgos existentes de la compañía y se expresa la búsqueda de medidas de control y prevención de peligros a los trabajadores?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Reglamento Interno de Trabajo c. ✓ Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial d. Perfil de cargo
5. Seleccione los EPP´s que debe utilizar	

III. Concepto del Capacitador

Bien

IV. Evaluación de desempeño

Aspectos a evaluar	E	B	R	D
Contenido de la capacitación	+			
Desempeño del capacitador	+			
Metodología y Logística	+			

Firma asistente	.	Firma capacitador	

Powered by CamScanner

	LISTA DE ASISTENCIA INDUCCIÓN	SST-FT-02 Fecha 01-Abr-2025 Versión 01

FECHA: 22-Mayo-2025
LUGAR: PTO CIEGA
DURACIÓN: 1 HORA

TEMAS

Se hace inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo, los temas tratados se relacionan en el ACTA DE INDUCCIÓN SG-SST. Objetivo del sistema de gestión. Misión, Visión. Reseña histórica. Generalidades del sistema de seguridad y salud en el trabajo. Generalidades del sistema general de riesgos laborales. Definición de accidente e incidente de trabajo, enfermedad laboral. Política de seguridad y salud en el trabajo. Política de prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaco. Política de seguridad vial. Política de emergencias. Reglamento de higiene y seguridad industrial. Identificación de riesgos. Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo (COPASST). Brigada de emergencia. Notificación de factores de riesgo a los cuales se encuentra expuesto para desempeñar el cargo. Factores de riesgo prioritarios. Procedimiento de reporte de accidentes, incidentes de trabajo y condiciones inseguras. Red asistencial de ARL. Colsalma, clínicas y hospitales. Plan de emergencias, protocolos de cómo actuar en caso de incendio, terremoto, evacuación, primeros auxilios, evacuación de lesionados. Manejo de extintores. Manejo adecuado de cargas, normas de seguridad vial, manejo preventivo para conductores. Normas de seguridad en oficinas, higiene, orden y aseo. Uso de hojas de seguridad para productos químicos. Responsabilidades, derechos y deberes como trabajador. Manual de especificaciones, uso y mantenimiento de dotación, elementos de protección personal (EPP). Importancia del autocuidado y la autoseguridad. Gimnasia laboral, ejercicios de pausas activas antes de iniciar su labor. Higiene Postural para trabajar con video terminales. Aspectos legales. Comité de convivencia.

	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Wilmer Andres Molina Rojas	CC 1022945377	
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

RESPONSABLE:

Residente SST ...

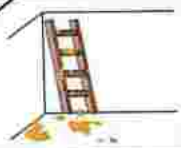
Powered by CamScanner

	EVALUACIÓN INDUCCIÓN	SST-FT-03 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

I. Datos del colaborador	
Tema de capacitación	INDUCCIÓN
Nombre del trabajador	Wilmer Andres Molina Rojas
Cargo	Inspector de Obra
Fecha	25-Mayo-2025

II. Preguntas

Responda cada una de las preguntas descritas a continuación, si no es insuficiente el espacio para sus respuestas utilice el respaldo de la hoja.
*Para opciones múltiples solo hay una respuesta, marque la que considere correcta.
*Para opciones de: **(V)** – verdadero ó **(F)** – falso marque la que considere correcta

Preguntas	Respuestas
1. Seleccione ¿Cuáles son las políticas de la empresa?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Política de prevención de alcohol y tabaquismo c. Política de emergencia ~~d.~~ Todas las anteriores
2. Seleccione con una X Falso o Verdadero según corresponda	Es función de los integrantes del COPASST colaborar con las investigaciones de accidentes laborales y realizar inspecciones en los lugares de trabajo F: ~~V:~~
3. Relacione con una línea la imagen con su definición según corresponda	 ACTO INSEGURO CONDICION INSEGURA 
4. ¿En qué documento se identifican los riesgos existentes de la compañía y se expresa la búsqueda de medidas de control y prevención de peligros a los trabajadores?	**a.** Política de Seguridad y Salud en el Trabajo **b.** Reglamento Interno de Trabajo **c.** Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial **d.** Perfil de cargo
5. Seleccione los EPP´s que debe utilizar	

III. Concepto del Capacitador

Bien

IV. Evaluación de desempeño

Aspectos a evaluar	E	B	R	D
Contenido de la capacitación	+			
Desempeño del capacitador	+			
Metodología y Logística	+			
Firma asistente		**Firma capacitador**		

Powered by CamScanner

	LISTA DE ASISTENCIA INDUCCIÓN	SST-FT-02 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

FECHA: 5-5-25
LUGAR: Bodega COP
DURACIÓN: 1 hora.

TEMAS
Se hace inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo, los temas tratados se relacionan en el ACTA DE INDUCCIÓN SG -SST. Objetivo del sistema de gestión, Misión, Visión, Reseña histórica. Generalidades del sistema de seguridad y salud en el trabajo. Generalidades del sistema general de riesgos laborales. Definición de accidente e incidente de trabajo, enfermedad laboral. Política de seguridad y salud en el trabajo. Política de prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaco. Política de seguridad vial. Política de emergencias. Reglamento de higiene y seguridad industrial. Identificación de riesgos. Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo (COPASST). Brigada de emergencia. Notificación de factores de riesgo a los cuales se encuentra expuesto para desempeñar el cargo; Factores de riesgo prioritarios. Procedimiento de reporte de accidentes, incidentes de trabajo y condiciones inseguras. Red asistencial de ARL Colpatria, clínicas y hospitales. Plan de emergencias, protocolos de cómo actuar en caso de incendio, terremoto, evacuación, primeros auxilios, evacuación de lesionados. Manejo de extintores. Manejo adecuado de cargas, normas de seguridad vial, manejo preventivo para conductores. Normas de seguridad en oficinas, higiene, orden y aseo. Uso de hojas de seguridad para productos químicos. Responsabilidades, derechos y deberes como trabajador. Manual de especificaciones, uso y mantenimiento de dotación, elementos de protección personal (EPP). Importancia del autocuidado y la autoseguridad. Gimnasia laboral, ejercicios de pausas activas antes de iniciar su labor. Higiene Postural para trabajar con video terminales. Aspectos legales. Comité de convivencia.

	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Carlos Javier Pajarano Avila	1010008993	
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

RESPONSABLE:

Residente SSTMA.

	EVALUACIÓN INDUCCIÓN	SST-FT-03 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

I. Datos del colaborador	
Tema de capacitación	Inducción
Nombre del trabajador	Carlos Bejarano.
Cargo	
Fecha	5-5-25

II. Preguntas

Responda cada una de las preguntas descritas a continuación, si no es insuficiente el espacio para sus respuestas utilice el respaldo de la hoja.
*Para opciones múltiples solo hay una respuesta, marque la que considere correcta.
*Para opciones de: (V) – verdadero ó (F) – falso marque la que considere correcta

Preguntas	Respuestas
1. Seleccione ¿Cuáles son las políticas de la empresa?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Política de prevención de alcohol y tabaquismo c. Política de emergencia X Todas las anteriores
2. Seleccione con una X Falso o Verdadero según corresponda	Es función de los integrantes del COPASST colaborar con las investigaciones de accidentes laborales y realizar inspecciones en los lugares de trabajo F: V: X
3. Relacione con una línea la imagen con su definición según corresponda	 ACTO INSEGURO CONDICION INSEGURA 
4. ¿En qué documento se identifican los riesgos existentes de la compañía y se expresa la búsqueda de medidas de control y prevención de peligros a los trabajadores?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Reglamento Interno de Trabajo X c. Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial d. Perfil de cargo
5. Seleccione los EPP´s que debe utilizar	

III. Concepto del Capacitador

IV. Evaluación de desempeño

Aspectos a evaluar	E	B	R	D
Contenido de la capacitación	X			
Desempeño del capacitador	X			
Metodología y Logística	X			
Firma asistente		**Firma capacitador**		

	LISTA DE ASISTENCIA INDUCCIÓN	SST-FT-02 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

FECHA: 30-4-25
LUGAR: Pto Ceca
DURACIÓN: 1 Hora

TEMAS
Se hace inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo, los temas tratados se relacionan en el ACTA DE INDUCCIÓN SG -SST. Objetivo del sistema de gestión, Misión, Visión, Reseña histórica. Generalidades del sistema de seguridad y salud en el trabajo. Generalidades del sistema general de riesgos laborales. Definición de accidente e incidente de trabajo, enfermedad laboral. Política de seguridad y salud en el trabajo. Política de prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaco. Política de seguridad vial. Política de emergencias. Reglamento de higiene y seguridad industrial. Identificación de riesgos .Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo (COPASST). Brigada de emergencia. Notificación de factores de riesgo a los cuales se encuentra expuesto para desempeñar el cargo. Factores de riesgo prioritarios. Procedimiento de reporte de accidentes, incidentes de trabajo y condiciones inseguras. Red asistencial de ARL Colpatria, clínicas y hospitales. Plan de emergencias, protocolos de cómo actuar en caso de incendio, terremoto, evacuación, primeros auxilios, evacuación de lesionados. Manejo de extintores. Manejo adecuado de cargas, normas de seguridad vial, manejo preventivo para conductores. Normas de seguridad en oficinas, higiene, orden y aseo. Uso de hojas de seguridad para productos químicos. Responsabilidades, derechos y deberes como trabajador. Manual de especificaciones, uso y mantenimiento de dotación, elementos de protección personal (EPP). Importancia del autocuidado y la autoseguridad. Gimnasia laboral, ejercicios de pausas activas antes de iniciar su labor. Higiene Postural para trabajar con video terminales. Aspectos legales. Comité de convivencia.

	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Marco Macias	1023874707	*
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

RESPONSABLE:

FIRMA

Residente SST ...

CARGO

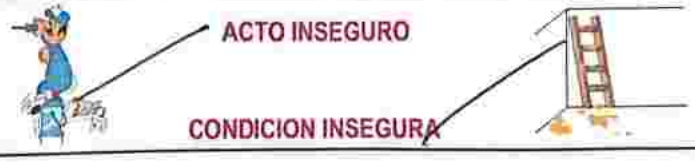
Powered by CamScanner

	EVALUACIÓN INDUCCIÓN	SST-FT-03 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

I. Datos del colaborador	
Tema de capacitación	Inducción Inicial
Nombre del trabajador	Marco Macas
Cargo	Topografo
Fecha	30-04-25

II. Preguntas

Responda cada una de las preguntas descritas a continuación, si no es insuficiente el espacio para sus respuestas utilice el respaldo de la hoja.
*Para opciones múltiples solo hay una respuesta, marque la que considere correcta.
*Para opciones de: **(V)** – verdadero ó **(F)** – falso marque la que considere correcta

Preguntas	Respuestas
1. Seleccione ¿Cuáles son las políticas de la empresa?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Política de prevención de alcohol y tabaquismo c. Política de emergencia X d. Todas las anteriores
2. Seleccione con una X Falso o Verdadero según corresponda	Es función de los integrantes del COPASST colaborar con las investigaciones de accidentes laborales y realizar inspecciones en los lugares de trabajo F: V: X
3. Relacione con una línea la imagen con su definición según corresponda	
4. ¿En qué documento se identifican los riesgos existentes de la compañía y se expresa la búsqueda de medidas de control y prevención de peligros a los trabajadores?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo X b. Reglamento Interno de Trabajo c. Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial d. Perfil de cargo
5. Seleccione los EPP´s que debe utilizar	

III. Concepto del Capacitador

BIEN

IV. Evaluación de desempeño

Aspectos a evaluar	E	B	R	D
Contenido de la capacitación	X			
Desempeño del capacitador	X			
Metodología y Logística	X			

Firma asistente		**Firma capacitador**	

Powered by CamScanner

	LISTA DE ASISTENCIA INDUCCIÓN	SST-FT-02 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

FECHA: 4-5-25
LUGAR: Ptocrea
DURACIÓN: 1 Hora

TEMAS
Se hace inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo, los temas tratados se relacionan en el ACTA DE INDUCCIÓN SG -SST. Objetivo del sistema de gestión, Misión, Visión, Reseña histórica. Generalidades del sistema de seguridad y salud en el trabajo. Generalidades del sistema general de riesgos laborales. Definición de accidente e incidente de trabajo, enfermedad laboral. Política de seguridad y salud en el trabajo. Política de prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaco. Política de seguridad vial. Política de emergencias. Reglamento de higiene y seguridad industrial. Identificación de riesgos .Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo (COPASST). Brigada de emergencia. Notificación de factores de riesgo a los cuales se encuentra expuesto para desempeñar el cargo; Factores de riesgo prioritarios. Procedimiento de reporte de accidentes, incidentes de trabajo y condiciones inseguras. Red asistencial de ARL Colpatria, clínicas y hospitales. Plan de emergencias, protocolos de cómo actuar en caso de incendio, terremoto, evacuación, primeros auxilios, evacuación de lesionados. Manejo de extintores. Manejo adecuado de cargas, normas de seguridad vial, manejo preventivo para conductores. Normas de seguridad en oficinas; higiene, orden y aseo. Uso de hojas de seguridad para productos químicos. Responsabilidades, derechos y deberes como trabajador. Manual de especificaciones, uso y mantenimiento de dotación, elementos de protección personal (EPP). Importancia del autocuidado y la autoseguridad. Gimnasia laboral, ejercicios de pausas activas antes de iniciar su labor. Higiene Postural para trabajar con video terminales. Aspectos legales. Comité de convivencia.

	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Fabio Alexander Salazar	80'759.438	Fabio Salazar C.
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

RESPONSABLE:

FIRMA

Residente SST ...

CARGO

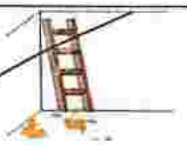
Powered by CamScanner

	EVALUACIÓN INDUCCIÓN	SST-FT-03 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

I. Datos del colaborador	
Tema de capacitación	Inducción SST
Nombre del trabajador	Fabio Alexander Salazar
Cargo	
Fecha	04-5-25

II. Preguntas

Responda cada una de las preguntas descritas a continuación, si no es insuficiente el espacio para sus respuestas utilice el respaldo de la hoja.
*Para opciones múltiples solo hay una respuesta, marque la que considere correcta.
*Para opciones de: **(V)** – verdadero ó **(F)** – falso marque la que considere correcta

Preguntas	Respuestas
1. Seleccione ¿Cuáles son las políticas de la empresa?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Política de prevención de alcohol y tabaquismo c. Política de emergencia X d. Todas las anteriores
2. Seleccione con una X Falso o Verdadero según corresponda	Es función de los integrantes del COPASST colaborar con las investigaciones de accidentes laborales y realizar inspecciones en los lugares de trabajo F: V: X
3. Relacione con una línea la imagen con su definición según corresponda	 ACTO INSEGURO CONDICION INSEGURA 
4. ¿En qué documento se identifican los riesgos existentes de la compañía y se expresa la búsqueda de medidas de control y prevención de peligros a los trabajadores?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Reglamento Interno de Trabajo X c. Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial d. Perfil de cargo
5. Seleccione los EPP´s que debe utilizar	

III. Concepto del Capacitador

BIEN

IV. Evaluación de desempeño

Aspectos a evaluar	E	B	R	D
Contenido de la capacitación	X			
Desempeño del capacitador	X			
Metodología y Logística	X			

Firma asistente	Fabio Alexander Salazar	Firma capacitador	

Powered by CamScanner

	LISTA DE ASISTENCIA INDUCCIÓN	SST-FT-02 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

FECHA: 4-5-25
LUGAR: PTO CREA
DURACIÓN: 1 HORA

TEMAS
Se hace inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo, los temas tratados se relacionan en el ACTA DE INDUCCIÓN SG -SST. Objetivo del sistema de gestión, Misión, Visión, Reseña histórica. Generalidades del sistema de seguridad y salud en el trabajo. Generalidades del sistema general de riesgos laborales. Definición de accidente e incidente de trabajo, enfermedad laboral. Política de seguridad y salud en el trabajo. Política de prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaco. Política de seguridad vial. Política de emergencias. Reglamento de higiene y seguridad industrial. Identificación de riesgos. Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo (COPASST). Brigada de emergencia. Notificación de factores de riesgo a los cuales se encuentra expuesto para desempeñar el cargo; Factores de riesgo prioritarios. Procedimiento de reporte de accidentes, incidentes de trabajo y condiciones inseguras. Red asistencial de ARL Colpatria, clínicas y hospitales. Plan de emergencias, protocolos de cómo actuar en caso de incendio, terremoto, evacuación, primeros auxilios, evacuación de lesionados. Manejo de extintores. Manejo adecuado de cargas, normas de seguridad vial, manejo preventivo para conductores. Normas de seguridad en oficinas, higiene, orden y aseo. Uso de hojas de seguridad para productos químicos. Responsabilidades, derechos y deberes como trabajador. Manual de especificaciones, uso y mantenimiento de dotación, elementos de protección personal (EPP). Importancia del autocuidado y la autoseguridad. Gimnasia laboral, ejercicios de pausas activas antes de iniciar su labor. Higiene Postural para trabajar con video terminales. Aspectos legales. Comité de convivencia.

	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	LUZHila Luengas	51964259	
2	LUZHila Luengas	51964259	
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

RESPONSABLE:

FIRMA

Residente SST

CARGO

Powered by CamScanner

	EVALUACIÓN INDUCCIÓN	SST-FT-03 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

I. Datos del colaborador	
Tema de capacitación	Inducción SST
Nombre del trabajador	Luz Mila Cuenyas
Cargo	Cadeneto 1
Fecha	04-05-25

II. Preguntas

Responda cada una de las preguntas descritas a continuación, si no es insuficiente el espacio para sus respuestas utilice el respaldo de la hoja.
*Para opciones múltiples solo hay una respuesta, marque la que considere correcta.
*Para opciones de: (V) – verdadero ó (F) – falso marque la que considere correcta

Preguntas	Respuestas
1. Seleccione ¿Cuáles son las políticas de la empresa?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Política de prevención de alcohol y tabaquismo c. Política de emergencia d. X Todas las anteriores
2. Seleccione con una X Falso o Verdadero según corresponda	Es función de los integrantes del COPASST colaborar con las investigaciones de accidentes laborales y realizar inspecciones en los lugares de trabajo F: V: X
3. Relacione con una línea la imagen con su definición según corresponda	
4. ¿En qué documento se identifican los riesgos existentes de la compañía y se expresa la búsqueda de medidas de control y prevención de peligros a los trabajadores?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Reglamento Interno de Trabajo c. X Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial d. Perfil de cargo
5. Seleccione los EPP´s que debe utilizar	

III. Concepto del Capacitador

Bien

IV. Evaluación de desempeño

Aspectos a evaluar	E	B	R	D
Contenido de la capacitación	X			
Desempeño del capacitador	X			
Metodología y Logística	X			

Firma asistente		Firma capacitador	

Powered by CamScanner

	LISTA DE ASISTENCIA INDUCCIÓN	SST-FT-02 Fecha 01-Abr-2025 Versión: 01

FECHA 04-5-25
LUGAR Pto Crea
DURACIÓN 1 Hora

TEMAS

Se hace Inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo, los temas tratados se relacionan en el ACTA DE INDUCCIÓN SG-SST. Objetivo del sistema de gestión, Misión, Visión. Reseña histórica. Generalidades del sistema de seguridad y salud en el trabajo. Generalidades del sistema general de riesgos laborales. Definición de accidente e incidente de trabajo, enfermedad laboral. Política de seguridad y salud en el trabajo. Política de prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaco. Política de seguridad vial. Política de emergencias. Reglamento de higiene y seguridad industrial. Identificación de riesgos. Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo (COPASST). Brigada de emergencia. Notificación de factores de riesgo a los cuales se encuentra expuesto para desempeñar el cargo. Factores de riesgo prioritarios. Procedimiento de reporte de accidentes, incidentes de trabajo y condiciones inseguras. Red asistencial de ARL Colpatria, clínicas y hospitales. Plan de emergencias, protocolos de cómo actuar en caso de incendio, terremoto, evacuación, primeros auxilios, evacuación de lesionados. Manejo de extintores. Manejo adecuado de cargas, normas de seguridad vial, manejo preventivo para conductores. Normas de seguridad en oficinas, higiene, orden y aseo. Uso de hojas de seguridad para productos químicos. Responsabilidades, derechos y deberes como trabajador. Manual de especificaciones, uso y mantenimiento de dotación, elementos de protección personal (EPP). Importancia del autocuidado y la autoseguridad. Gimnasia laboral, ejercicios de pausas activas antes de iniciar su labor. Higiene Postural para trabajar con video terminales. Aspectos legales. Comité de convivencia.

	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	✓Nancy E Gómez Z.	✓ 65769-815	✓Nancy E Gómez Z
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

RESPONSABLE:

FIRMA

Residente SST ...

CARGO

Powered by CamScanner

	EVALUACIÓN INDUCCIÓN	SST-FT-03 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

I. Datos del colaborador	
Tema de capacitación	Inducción
Nombre del trabajador	Nancy Esperanza Morales
Cargo	Cadenero 1
Fecha	04-05-25

II. Preguntas

Responda cada una de las preguntas descritas a continuación, si no es insuficiente el espacio para sus respuestas utilice el respaldo de la hoja.
*Para opciones múltiples solo hay una respuesta, marque la que considere correcta.
*Para opciones de: **(V)** – verdadero ó **(F)** – falso marque la que considere correcta

Preguntas	Respuestas
1. Seleccione ¿Cuáles son las políticas de la empresa?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Política de prevención de alcohol y tabaquismo c. Política de emergencia X Todas las anteriores
2. Seleccione con una X Falso o Verdadero según corresponda	Es función de los integrantes del COPASST colaborar con las investigaciones de accidentes laborales y realizar inspecciones en los lugares de trabajo F: V: X
3. Relacione con una línea la imagen con su definición según corresponda	 ACTO INSEGURO CONDICION INSEGURA 
4. ¿En qué documento se identifican los riesgos existentes de la compañía y se expresa la búsqueda de medidas de control y prevención de peligros a los trabajadores?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Reglamento Interno de Trabajo X Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial d. Perfil de cargo
5. Seleccione los EPP´s que debe utilizar	

III. Concepto del Capacitador

Bien

IV. Evaluación de desempeño

Aspectos a evaluar	E	B	R	D
Contenido de la capacitación	X			
Desempeño del capacitador	X			
Metodología y Logística	X			

Firma asistente	Nancy Esperanza M	Firma capacitador	

Powered by CamScanner

CONSORCIO SUBA PIT	**LISTA DE ASISTENCIA INDUCCIÓN**	SST-FT-02 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

FECHA: 04-5-25
LUGAR: Pto Frea
DURACIÓN: 1 Hora

TEMAS
Se hace inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo, los temas tratados se relacionan en el ACTA DE INDUCCIÓN SG -SST. Objetivo del sistema de gestión, Misión, Visión, Reseña histórica. Generalidades del sistema de seguridad y salud en el trabajo. Generalidades del sistema general de riesgos laborales. Definición de accidente e incidente de trabajo, enfermedad laboral. Política de seguridad y salud en el trabajo. Política de prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaco. Política de seguridad vial. Política de emergencias. Reglamento de higiene y seguridad industrial. Identificación de riesgos .Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo (COPASST). Brigada de emergencia. Notificación de factores de riesgo a los cuales se encuentra expuesto para desempeñar el cargo; Factores de riesgo prioritarios. Procedimiento de reporte de accidentes, incidentes de trabajo y condiciones inseguras. Red asistencial de ARL Colpatria, clínicas y hospitales. Plan de emergencias, protocolos de cómo actuar en caso de incendio, terremoto, evacuación, primeros auxilios, evacuación de lesionados. Manejo de extintores. Manejo adecuado de cargas, normas de seguridad vial, manejo preventivo para conductores. Normas de seguridad en oficinas, higiene, orden y aseo. Uso de hojas de seguridad para productos químicos. Responsabilidades, derechos y deberes como trabajador. Manual de especificaciones, uso y mantenimiento de dotación, elementos de protección personal (EPP). Importancia del autocuidado y la autoseguridad. Gimnasia laboral, ejercicios de pausas activas antes de iniciar su labor. Higiene Postural para trabajar con video terminales. Aspectos legales. Comité de convivencia.

	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Paola Morales	1017243738	
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

RESPONSABLE:

FIRMA

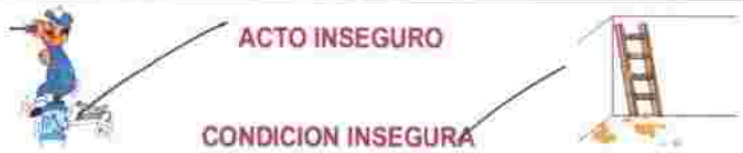
Residente SST ...

	EVALUACIÓN INDUCCIÓN	SST-FT-03 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

I. Datos del colaborador	
Tema de capacitación	Inducción SST
Nombre del trabajador	Paola Morales
Cargo	Laboratorista Inspector
Fecha	04-5-25

II. Preguntas

Responda cada una de las preguntas descritas a continuación, si no es insuficiente el espacio para sus respuestas utilice el respaldo de la hoja.
*Para opciones múltiples solo hay una respuesta, marque la que considere correcta.
*Para opciones de: **(V)** – verdadero ó **(F)** – falso marque la que considere correcta

Preguntas	Respuestas
1. Seleccione ¿Cuáles son las políticas de la empresa?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Política de prevención de alcohol y tabaquismo c. Política de emergencia ~~d.~~ Todas las anteriores
2. Seleccione con una X Falso o Verdadero según corresponda	Es función de los integrantes del COPASST colaborar con las investigaciones de accidentes laborales y realizar inspecciones en los lugares de trabajo F: X
3. Relacione con una línea la imagen con su definición según corresponda	
4. ¿En qué documento se identifican los riesgos existentes de la compañía y se expresa la búsqueda de medidas de control y prevención de peligros a los trabajadores?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Reglamento Interno de Trabajo ~~c.~~ Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial d. Perfil de cargo
5. Seleccione los EPP´s que debe utilizar	

III. Concepto del Capacitador

Buena

IV. Evaluación de desempeño

Aspectos a evaluar	E	B	R	D
Contenido de la capacitación	X			
Desempeño del capacitador	X			
Metodología y Logística	X			

Firma asistente		**Firma capacitador**	

	LISTA DE ASISTENCIA INDUCCIÓN	SST-FT-02 Fecha: 29 Ene 2025 Versión: 01

FECHA: 24 de Abril 2025
LUGAR: oficina N° 1028-2024
DURACIÓN: 1hora.

TEMAS
Se hace inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo, los temas tratados se relacionan en el ACTA DE INDUCCIÓN SG -SST, Objetivo del sistema de gestión, Misión, Visión, Reseña histórica. Generalidades del sistema de seguridad y salud en el trabajo. Generalidades del sistema general de riesgos laborales. Definición de accidente e incidente de trabajo, enfermedad laboral. Política de seguridad y salud en el trabajo. Política de prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaco. Política de seguridad vial. Política de emergencias. Reglamento de higiene y seguridad industrial. Identificación de riesgos .Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo (COPASST). Brigada de emergencia. Notificación de factores de riesgo a los cuales se encuentra expuesto para desempeñar el cargo. Factores de riesgo prioritarios. Procedimiento de reporte de accidentes, incidentes de trabajo y condiciones inseguras. Red asistencial de ARL Colpatria, clínicas y hospitales. Plan de emergencias, protocolos de cómo actuar en caso de incendio, terremoto, evacuación, primeros auxilios, evacuación de lesionados. Manejo de extintores. Manejo adecuado de cargas, normas de seguridad vial, manejo preventivo para conductores. Normas de seguridad en oficinas, higiene, orden y aseo. Uso de hojas de seguridad para productos químicos. Responsabilidades, derechos y deberes como trabajador. Manual de especificaciones, uso y mantenimiento de dotación, elementos de protección personal (EPP). Importancia del autocuidado y la autoseguridad. Gimnasia laboral, ejercicios de pausas activas antes de iniciar su labor. Higiene Postural para trabajar con video terminales. Aspectos legales. Comité de convivencia.

	NOMBRE	**CEDULA**	**FIRMA**
1	Carlos Vargas S.	80150414	
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

RESPONSABLE:

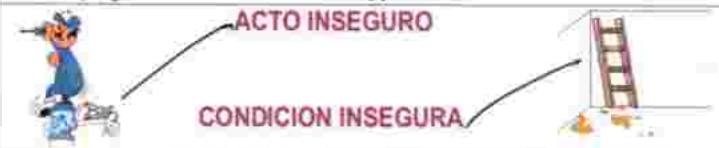
Yasmin Barbano
Residente SST

	EVALUACIÓN INDUCCIÓN	SST-FT-03 Fecha:29 Ene-2025 Versión: 01

I. Datos del colaborador	
Tema de capacitación	Inducción
Nombre del trabajador	Carlos Vargas
Cargo	Conductor
Fecha	24-04-25

II. Preguntas

Responda cada una de las preguntas descritas a continuación, si no es insuficiente el espacio para sus respuestas utilice el respaldo de la hoja.
*Para opciones múltiples solo hay una respuesta, marque la que considere correcta.
*Para opciones de: **(V)** – verdadero o **(F)** – falso marque la que considere correcta

Preguntas	Respuestas
1. Seleccione ¿Cuáles son las políticas de la empresa?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Política de prevención de alcohol y tabaquismo c. Política de emergencia X d. Todas las anteriores
2. Seleccione con una X Falso o Verdadero según corresponda	Es función de los integrantes del COPASST colaborar con las investigaciones de accidentes laborales y realizar inspecciones en los lugares de trabajo F: V: X
3. Relacione con una línea la imagen con su definición según corresponda	
4. ¿En qué documento se identifican los riesgos existentes de la compañía y se expresa la búsqueda de medidas de control y prevención de peligros a los trabajadores?	X a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo X b. Reglamento Interno de Trabajo X c. Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial X d. Perfil de cargo
5. Seleccione los EPP´s que debe utilizar	

III. Concepto del Capacitador

Bien

IV. Evaluación de desempeño

Aspectos a evaluar	E	B	R	D
Contenido de la capacitación	X			
Desempeño del capacitador	X			
Metodología y Logística	X			

Firma asistente		Firma capacitador	

	LISTA DE ASISTENCIA INDUCCIÓN	SST-FT-02 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

FECHA: 16 MAYO 2025
LUGAR: P+O Crea
DURACIÓN: 1 HORA

TEMAS
Se hace inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo, los temas tratados se relacionan en el ACTA DE INDUCCIÓN SG -SST. Objetivo del sistema de gestión, Misión, Visión, Reseña histórica. Generalidades del sistema de seguridad y salud en el trabajo. Generalidades del sistema general de riesgos laborales. Definición de accidente e incidente de trabajo, enfermedad laboral. Política de seguridad y salud en el trabajo. Política de prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaco. Política de seguridad vial. Política de emergencias. Reglamento de higiene y seguridad industrial. Identificación de riesgos .Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo (COPASST). Brigada de emergencia. Notificación de factores de riesgo a los cuales se encuentra expuesto para desempeñar el cargo, Factores de riesgo prioritarios. Procedimiento de reporte de accidentes, incidentes de trabajo y condiciones inseguras. Red asistencial de ARL Colpatria, clínicas y hospitales. Plan de emergencias, protocolos de cómo actuar en caso de incendio, terremoto, evacuación, primeros auxilios, evacuación de lesionados. Manejo de extintores. Manejo adecuado de cargas, normas de seguridad vial, manejo preventivo para conductores. Normas de seguridad en oficinas, higiene, orden y aseo. Uso de hojas de seguridad para productos químicos. Responsabilidades, derechos y deberes como trabajador. Manual de especificaciones, uso y mantenimiento de dotación, elementos de protección personal (EPP). Importancia del autocuidado y la autoseguridad. Gimnasia laboral, ejercicios de pausas activas antes de iniciar su labor. Higiene Postural para trabajar con video terminales. Aspectos legales. Comité de convivencia.

	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Juan Rubiano	1023903332	Juan R.
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

RESPONSABLE:

FIRMA

Residente SST ...

CARGO

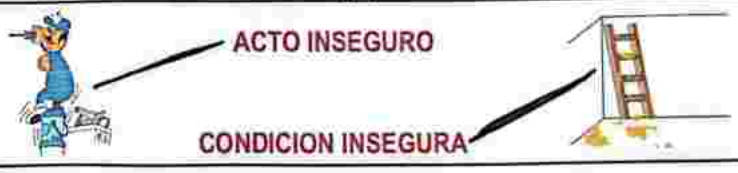
Powered by CamScanner

	EVALUACIÓN INDUCCIÓN	SST-FT-03 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

I. Datos del colaborador	
Tema de capacitación	INDUCCION INICIAL
Nombre del trabajador	ROYAN RUBIANO
Cargo	CONDUCTOR
Fecha	16 MAYO 2025

II. Preguntas

Responda cada una de las preguntas descritas a continuación, si no es insuficiente el espacio para sus respuestas utilice el respaldo de la hoja.
*Para opciones múltiples solo hay una respuesta, marque la que considere correcta.
*Para opciones de: **(V)** – verdadero ó **(F)** – falso marque la que considere correcta

Preguntas	Respuestas
1. Seleccione ¿Cuáles son las políticas de la empresa?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Política de prevención de alcohol y tabaquismo c. Política de emergencia X Todas las anteriores
2. Seleccione con una X Falso o Verdadero según corresponda	Es función de los integrantes del COPASST colaborar con las investigaciones de accidentes laborales y realizar inspecciones en los lugares de trabajo F: X
3. Relacione con una línea la imagen con su definición según corresponda	
4. ¿En qué documento se identifican los riesgos existentes de la compañía y se expresa la búsqueda de medidas de control y prevención de peligros a los trabajadores?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Reglamento Interno de Trabajo X c. Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial d. Perfil de cargo
5. Seleccione los EPP´s que debe utilizar	

III. Concepto del Capacitador

BIEN

IV. Evaluación de desempeño

Aspectos a evaluar	E	B	R	D
Contenido de la capacitación	X			
Desempeño del capacitador	X			
Metodología y Logística	X			

Firma asistente	ROYAN R.	Firma capacitador	

Powered by CamScanner

	LISTA DE ASISTENCIA INDUCCIÓN	SST-FT-02 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

FECHA: 22-5-25
LUGAR: PTO CREA
DURACIÓN: 1 HORA

TEMAS
Se hace Inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo, los temas tratados se relacionan en el ACTA DE INDUCCIÓN SG -SST. Objetivo del sistema de gestión, Misión, Visión, Reseña histórica. Generalidades del sistema de seguridad y salud en el trabajo. Generalidades del sistema general de riesgos laborales. Definición de accidente e incidente de trabajo, enfermedad laboral. Política de seguridad y salud en el trabajo. Política de prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaco. Política de seguridad vial. Política de emergencias. Reglamento de higiene y seguridad industrial. Identificación de riesgos .Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo (COPASST). Brigada de emergencia. Notificación de factores de riesgo a los cuales se encuentra expuesto para desempeñar el cargo; Factores de riesgo prioritarios. Procedimiento de reporte de accidentes, incidentes de trabajo y condiciones inseguras. Red asistencial de ARL Colpatria, clínicas y hospitales. Plan de emergencias, protocolos de cómo actuar en caso de incendio, terremoto, evacuación, primeros auxilios, evacuación de lesionados. Manejo de extintores. Manejo adecuado de cargas, normas de seguridad vial, manejo preventivo para conductores. Normas de seguridad en oficinas, higiene, orden y aseo. Uso de hojas de seguridad para productos químicos. Responsabilidades, derechos y deberes como trabajador. Manual de especificaciones, uso y mantenimiento de dotación, elementos de protección personal (EPP). Importancia del autocuidado y la autoseguridad. Gimnasia laboral, ejercicios de pausas activas antes de iniciar su labor. Higiene Postural para trabajar con video terminales. Aspectos legales. Comité de convivencia.

	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Angie Arevalo	1014736681	
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

RESPONSABLE:

FIRMA

Residente SST ...

CARGO

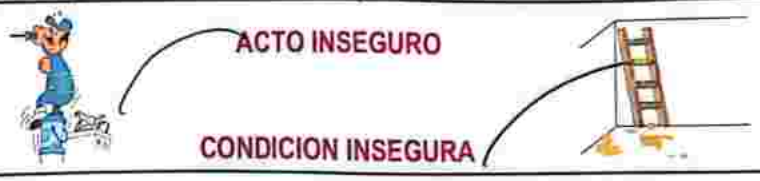
Powered by CamScanner

	EVALUACIÓN INDUCCIÓN	SST-FT-03 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

I. Datos del colaborador	
Tema de capacitación	INDUCCIÓN
Nombre del trabajador	ANGIE ARAUJO
Cargo	AUXILIAR SOCIAL
Fecha	22-5-25

II. Preguntas

Responda cada una de las preguntas descritas a continuación, si no es insuficiente el espacio para sus respuestas utilice el respaldo de la hoja.
*Para opciones múltiples solo hay una respuesta, marque la que considere correcta.
*Para opciones de: **(V)** – verdadero ó **(F)** – falso marque la que considere correcta

Preguntas	Respuestas
1. Seleccione ¿Cuáles son las políticas de la empresa?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Política de prevención de alcohol y tabaquismo c. Política de emergencia X Todas las anteriores
2. Seleccione con una X Falso o Verdadero según corresponda	Es función de los integrantes del COPASST colaborar con las investigaciones de accidentes laborales y realizar inspecciones en los lugares de trabajo F: V: X
3. Relacione con una línea la imagen con su definición según corresponda	
4. ¿En qué documento se identifican los riesgos existentes de la compañía y se expresa la búsqueda de medidas de control y prevención de peligros a los trabajadores?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Reglamento Interno de Trabajo X Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial d. Perfil de cargo
5. Seleccione los EPP´s que debe utilizar	

III. Concepto del Capacitador

BIEN

IV. Evaluación de desempeño

Aspectos a evaluar	E	B	R	D
Contenido de la capacitación	X			
Desempeño del capacitador	X			
Metodología y Logística	X			

Firma asistente		Firma capacitador	

Powered by CamScanner

	LISTA DE ASISTENCIA INDUCCIÓN	SST-FT-02 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

FECHA: 22-5-25
LUGAR: Ptocha
DURACIÓN: 1 Hora

TEMAS
Se hace inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo, los temas tratados se relacionan en el ACTA DE INDUCCIÓN SG -SST. Objetivo del sistema de gestión, Misión, Visión, Reseña histórica. Generalidades del sistema de seguridad y salud en el trabajo. Generalidades del sistema general de riesgos laborales. Definición de accidente e incidente de trabajo, enfermedad laboral. Política de seguridad y salud en el trabajo. Política de prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaco. Política de seguridad vial. Política de emergencias. Reglamento de higiene y seguridad industrial. Identificación de riesgos .Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo (COPASST). Brigada de emergencia. Notificación de factores de riesgo a los cuales se encuentra expuesto para desempeñar el cargo: Factores de riesgo prioritarios. Procedimiento de reporte de accidentes, incidentes de trabajo y condiciones inseguras. Red asistencial de ARL Colpatria, clínicas y hospitales. Plan de emergencias, protocolos de cómo actuar en caso de incendio, terramoto, evacuación, primeros auxilios, evacuación de lesionados. Manejo de extintores. Manejo adecuado de cargas, normas de seguridad vial, manejo preventivo para conductores. Normas de seguridad en oficinas, higiene, orden y aseo. Uso de hojas de seguridad para productos químicos. Responsabilidades, derechos y deberes como trabajador. Manual de especificaciones, uso y mantenimiento de dotación, elementos de protección personal (EPP). Importancia del autocuidado y la autoseguridad. Gimnasia laboral, ejercicios de pausas activas antes de iniciar su labor. Higiene Postural para trabajar con video terminales. Aspectos legales. Comité de convivencia.

	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Alfonso Bustos	87717804	
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

RESPONSABLE:

FIRMA

Residente SST ...

CARGO

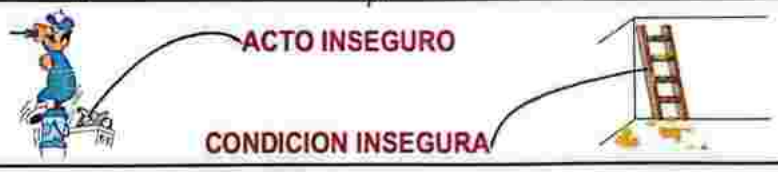
Powered by CamScanner

	EVALUACIÓN INDUCCIÓN	SST-FT-03 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

I. Datos del colaborador	
Tema de capacitación	Inducción SST
Nombre del trabajador	Alfonso Bustos
Cargo	Residente ambiental
Fecha	22-5-25

II. Preguntas

Responda cada una de las preguntas descritas a continuación, si no es insuficiente el espacio para sus respuestas utilice el respaldo de la hoja.
*Para opciones múltiples solo hay una respuesta, marque la que considere correcta.
*Para opciones de: **(V)** – verdadero ó **(F)** – falso marque la que considere correcta

Preguntas	Respuestas
1. Seleccione ¿Cuáles son las políticas de la empresa?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Política de prevención de alcohol y tabaquismo c. Política de emergencia X Todas las anteriores
2. Seleccione con una X Falso o Verdadero según corresponda	Es función de los integrantes del COPASST colaborar con las investigaciones de accidentes laborales y realizar inspecciones en los lugares de trabajo F: X
3. Relacione con una línea la imagen con su definición según corresponda	
4. ¿En qué documento se identifican los riesgos existentes de la compañía y se expresa la búsqueda de medidas de control y prevención de peligros a los trabajadores?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Reglamento Interno de Trabajo c. Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial X Perfil de cargo
5. Seleccione los EPP´s que debe utilizar	

III. Concepto del Capacitador

Bien

IV. Evaluación de desempeño

Aspectos a evaluar	E	B	R	D
Contenido de la capacitación	X			
Desempeño del capacitador	X			
Metodología y Logística	X			

Firma asistente		Firma capacitador	

Powered by CamScanner

	LISTA DE ASISTENCIA INDUCCIÓN	SST-FT-02 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

FECHA: 7-4-25
LUGAR: Pto Crea
DURACIÓN: 1Hora

TEMAS
Se hace inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo, los temas tratados se relacionan en el ACTA DE INDUCCIÓN SG -SST. Objetivo del sistema de gestión, Misión, Visión, Reseña histórica. Generalidades del sistema de seguridad y salud en el trabajo. Generalidades del sistema general de riesgos laborales. Definición de accidente e incidente de trabajo, enfermedad laboral. Política de seguridad y salud en el trabajo. Política de prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaco. Política de seguridad vial. Política de emergencias. Reglamento de higiene y seguridad industrial. Identificación de riesgos. Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo (COPASST). Brigada de emergencia. Notificación de factores de riesgo a los cuales se encuentra expuesto para desempeñar el cargo. Factores de riesgo prioritarios. Procedimiento de reporte de accidentes, incidentes de trabajo y condiciones inseguras. Red asistencial de ARL Colpatria, clínicas y hospitales. Plan de emergencias, protocolos de cómo actuar en caso de incendio, terremoto, evacuación, primeros auxilios, evacuación de lesionados. Manejo de extintores. Manejo adecuado de cargas, normas de seguridad vial, manejo preventivo para conductores. Normas de seguridad en oficinas, higiene, orden y aseo. Uso de hojas de seguridad para productos químicos. Responsabilidades, derechos y deberes como trabajador. Manual de especificaciones, uso y mantenimiento de dotación, elementos de protección personal (EPP). Importancia del autocuidado y la autoseguridad. Gimnasia laboral, ejercicios de pausas activas antes de iniciar su labor. Higiene Postural para trabajar con video terminales. Aspectos legales. Comité de convivencia.

	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Keren Ojeda	1104938008	KEREN OJEDA
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

RESPONSABLE:

FIRMA

Residente SST ...

CARGO

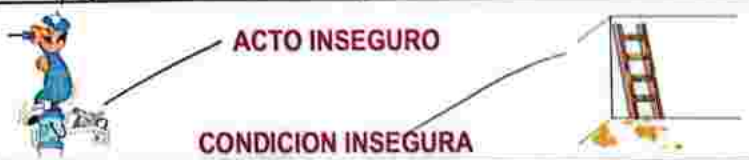
Powered by CamScanner

	EVALUACIÓN INDUCCIÓN	SST-FT-03 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

I. Datos del colaborador	
Tema de capacitación	INDUCCIÓN SST
Nombre del trabajador	Keren Ojeda
Cargo	Aux. Administrativa
Fecha	1-..-25

II. Preguntas

Responda cada una de las preguntas descritas a continuación, si no es insuficiente el espacio para sus respuestas utilice el respaldo de la hoja.
*Para opciones múltiples solo hay una respuesta, marque la que considere correcta.
*Para opciones de: **(V)** – verdadero ó **(F)** – falso marque la que considere correcta

Preguntas	**Respuestas**
1. Seleccione ¿Cuáles son las políticas de la empresa?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Política de prevención de alcohol y tabaquismo c. Política de emergencia X Todas las anteriores
2. Seleccione con una X Falso o Verdadero según corresponda	Es función de los integrantes del COPASST colaborar con las investigaciones de accidentes laborales y realizar inspecciones en los lugares de trabajo F: X V:
3. Relacione con una línea la imagen con su definición según corresponda	
4. ¿En qué documento se identifican los riesgos existentes de la compañía y se expresa la búsqueda de medidas de control y prevención de peligros a los trabajadores?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Reglamento Interno de Trabajo X Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial d. Perfil de cargo
5. Seleccione los EPP´s que debe utilizar	

III. Concepto del Capacitador

BIEN

IV. Evaluación de desempeño

Aspectos a evaluar	**E**	**B**	**R**	**D**
Contenido de la capacitación	X			
Desempeño del capacitador	X			
Metodología y Logística	X			

Firma asistente	KEREN OJEDA	**Firma capacitador**	

Powered by CamScanner

	LISTA DE ASISTENCIA INDUCCIÓN	SST-FT-02 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

FECHA: 10-5-25
LUGAR: PTO Cleo
DURACIÓN: 1 Hora

TEMAS
Se hace inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo, los temas tratados se relacionan en el ACTA DE INDUCCIÓN SG -SST. Objetivo del sistema de gestión, Misión, Visión, Reseña histórica. Generalidades del sistema de seguridad y salud en el trabajo. Generalidades del sistema general de riesgos laborales. Definición de accidente e incidente de trabajo, enfermedad laboral. Política de seguridad y salud en el trabajo. Política de prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaco. Política de seguridad vial. Política de emergencias. Reglamento de higiene y seguridad industrial. Identificación de riesgos .Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo (COPASST). Brigada de emergencia. Notificación de factores de riesgo a los cuales se encuentra expuesto para desempeñar el cargo; Factores de riesgo prioritarios. Procedimiento de reporte de accidentes, incidentes de trabajo y condiciones inseguras. Red asistencial de ARL Colpatria, clínicas y hospitales. Plan de emergencias, protocolos de cómo actuar en caso de incendio, terremoto, evacuación, primeros auxilios, evacuación de lesionados. Manejo de extintores. Manejo adecuado de cargas, normas de seguridad vial, manejo preventivo para conductores. Normas de seguridad en oficinas, higiene, orden y aseo. Uso de hojas de seguridad para productos químicos. Responsabilidades, derechos y deberes como trabajador. Manual de especificaciones, uso y mantenimiento de dotación, elementos de protección personal (EPP). Importancia del autocuidado y la autoseguridad. Gimnasia laboral, ejercicios de pausas activas antes de iniciar su labor. Higiene Postural para trabajar con video terminales. Aspectos legales. Comité de convivencia.

	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Yuly Jaramillo	32907266	
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

RESPONSABLE:

FIRMA

Residente SST ...

CARGO

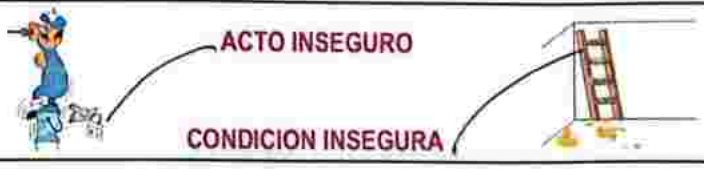
Powered by CamScanner

	EVALUACIÓN INDUCCIÓN	SST-FT-03 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

I. Datos del colaborador	
Tema de capacitación	Inducción Inicial
Nombre del trabajador	Yuly Jaramillo
Cargo	Especialista Tránsito Transporte
Fecha	10-5-25

II. Preguntas

Responda cada una de las preguntas descritas a continuación, si no es insuficiente el espacio para sus respuestas utilice el respaldo de la hoja.
*Para opciones múltiples solo hay una respuesta, marque la que considere correcta.
*Para opciones de: **(V)** – verdadero ó **(F)** – falso marque la que considere correcta

Preguntas	Respuestas
1. Seleccione ¿Cuáles son las políticas de la empresa?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Política de prevención de alcohol y tabaquismo c. Política de emergencia ~~d.~~ Todas las anteriores
2. Seleccione con una X Falso o Verdadero según corresponda	Es función de los integrantes del COPASST colaborar con las investigaciones de accidentes laborales y realizar inspecciones en los lugares de trabajo F: ~~V~~:
3. Relacione con una línea la imagen con su definición según corresponda	
4. ¿En qué documento se identifican los riesgos existentes de la compañía y se expresa la búsqueda de medidas de control y prevención de peligros a los trabajadores?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Reglamento Interno de Trabajo ~~c.~~ Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial d. Perfil de cargo
5. Seleccione los EPP's que debe utilizar	

III. Concepto del Capacitador

Bien

IV. Evaluación de desempeño

Aspectos a evaluar	E	B	R	D
Contenido de la capacitación	X			
Desempeño del capacitador	X			
Metodología y Logística	X			

Firma asistente	**Firma capacitador**	

Powered by CamScanner

	LISTA DE ASISTENCIA INDUCCIÓN	SST-FT-02 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

FECHA: 16.05.2025
LUGAR: PAO CPO
DURACIÓN: 1 HORA

TEMAS
Se hace inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo, los temas tratados se relacionan en el ACTA DE INDUCCIÓN SG -SST. Objetivo del sistema de gestión, Misión, Visión, Reseña histórica. Generalidades del sistema de seguridad y salud en el trabajo. Generalidades del sistema general de riesgos laborales. Definición de accidente e incidente de trabajo, enfermedad laboral. Política de seguridad y salud en el trabajo. Política de prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaco. Política de seguridad vial. Política de emergencias. Reglamento de higiene y seguridad industrial. Identificación de riesgos .Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo (COPASST). Brigada de emergencia. Notificación de factores de riesgo a los cuales se encuentra expuesto para desempeñar el cargo. Factores de riesgo prioritarios. Procedimiento de reporte de accidentes, incidentes de trabajo y condiciones inseguras. Red asistencial de ARL Colpatria, clínicas y hospitales. Plan de emergencias, protocolos de cómo actuar en caso de incendio, terremoto, evacuación, primeros auxilios, evacuación de lesionados. Manejo de extintores. Manejo adecuado de cargas, normas de seguridad vial, manejo preventivo para conductores. Normas de seguridad en oficinas, higiene, orden y aseo. Uso de hojas de seguridad para productos químicos. Responsabilidades, derechos y deberes como trabajador. Manual de especificaciones, uso y mantenimiento de dotación, elementos de protección personal (EPP). Importancia del autocuidado y la autoseguridad. Gimnasia laboral, ejercicios de pausas activas antes de iniciar su labor. Higiene Postural para trabajar con video terminales. Aspectos legales. Comité de convivencia.

	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	william andres rivandeneira	1117552197	william andres rivadeneira
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

RESPONSABLE:

FIRMA

Residente SST ...

CARGO

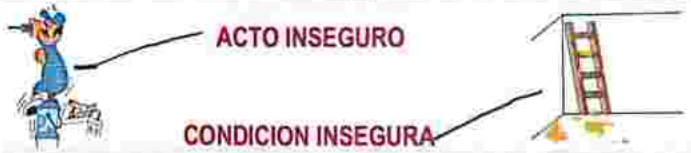
Powered by CamScanner

	EVALUACIÓN INDUCCIÓN	SST-FT-03 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

I. Datos del colaborador	
Tema de capacitación	induccion inicial
Nombre del trabajador	willian Andres miranda muños
Cargo	alluduate de obra
Fecha	16.05.2025

II. Preguntas

Responda cada una de las preguntas descritas a continuación, si no es insuficiente el espacio para sus respuestas utilice el respaldo de la hoja.
*Para opciones múltiples solo hay una respuesta, marque la que considere correcta.
*Para opciones de: **(V)** – verdadero ó **(F)** – falso marque la que considere correcta

Preguntas	**Respuestas**
1. Seleccione ¿Cuáles son las políticas de la empresa?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Política de prevención de alcohol y tabaquismo c. Política de emergencia d.X Todas las anteriores
2. Seleccione con una X Falso o Verdadero según corresponda	Es función de los integrantes del COPASST colaborar con las investigaciones de accidentes laborales y realizar inspecciones en los lugares de trabajo **F:** **V:X**
3. Relacione con una línea la imagen con su definición según corresponda	
4. ¿En qué documento se identifican los riesgos existentes de la compañía y se expresa la búsqueda de medidas de control y prevención de peligros a los trabajadores?	**a.** Política de Seguridad y Salud en el Trabajo **b.** Reglamento Interno de Trabajo **c. X** Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial **d.** Perfil de cargo
5. Seleccione los EPP´s que debe utilizar	

III. Concepto del Capacitador

BIEN

IV. Evaluación de desempeño

Aspectos a evaluar	**E**	**B**	**R**	**D**
Contenido de la capacitación				
Desempeño del capacitador				
Metodología y Logística				

Firma asistente	willian Andres muñoz	**Firma capacitador**	

Powered by CamScanner

	LISTA DE ASISTENCIA INDUCCIÓN	SST-FT-02 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

FECHA: 22-05-2025
LUGAR: PTO Crea
DURACIÓN: 1 Hora

TEMAS
Se hace inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo, los temas tratados se relacionan en el ACTA DE INDUCCIÓN SG -SST. Objetivo del sistema de gestión, Misión, Visión, Reseña histórica. Generalidades del sistema de seguridad y salud en el trabajo. Generalidades del sistema general de riesgos laborales. Definición de accidente e incidente de trabajo, enfermedad laboral. Política de seguridad y salud en el trabajo. Política de prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaco. Política de seguridad vial. Política de emergencias. Reglamento de higiene y seguridad industrial. Identificación de riesgos .Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo (COPASST). Brigada de emergencia. Notificación de factores de riesgo a los cuales se encuentra expuesto para desempeñar el cargo; Factores de riesgo prioritarios. Procedimiento de reporte de accidentes, incidentes de trabajo y condiciones inseguras. Red asistencial de ARL Colpatria, clínicas y hospitales. Plan de emergencias, protocolos de cómo actuar en caso de incendio, terremoto, evacuación, primeros auxilios, evacuación de lesionados. Manejo de extintores. Manejo adecuado de cargas, normas de seguridad vial, manejo preventivo para conductores. Normas de seguridad en oficinas, higiene, orden y aseo. Uso de hojas de seguridad para productos químicos. Responsabilidades, derechos y deberes como trabajador. Manual de especificaciones, uso y mantenimiento de dotación, elementos de protección personal (EPP). Importancia del autocuidado y la autoseguridad. Gimnasia laboral, ejercicios de pausas activas antes de iniciar su labor. Higiene Postural para trabajar con video terminales. Aspectos legales. Comité de convivencia.

	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	• Edwin MALA	.1044906637	• Edwin M
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

RESPONSABLE:

FIRMA

Residente SST ...

CARGO

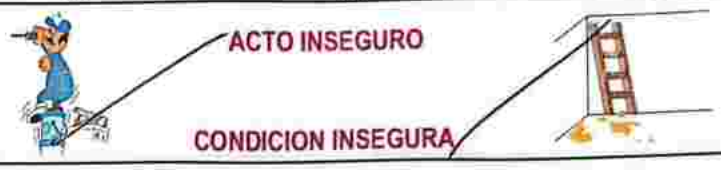
Powered by CamScanner

	EVALUACIÓN INDUCCIÓN	SST-FT-03 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

I. Datos del colaborador	
Tema de capacitación	INDUCCIÓN
Nombre del trabajador	· EDWIN HERRERA MATA
Cargo	· AYUDANTE
Fecha	· 22-05-2025

II. Preguntas

Responda cada una de las preguntas descritas a continuación, si no es insuficiente el espacio para sus respuestas utilice el respaldo de la hoja.
*Para opciones múltiples solo hay una respuesta, marque la que considere correcta.
*Para opciones de: **(V)** – verdadero ó **(F)** – falso marque la que considere correcta

Preguntas	Respuestas
1. Seleccione ¿Cuáles son las políticas de la empresa?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Política de prevención de alcohol y tabaquismo c. Política de emergencia X Todas las anteriores
2. Seleccione con una X Falso o Verdadero según corresponda	Es función de los integrantes del COPASST colaborar con las investigaciones de accidentes laborales y realizar inspecciones en los lugares de trabajo F: V: X
3. Relacione con una línea la imagen con su definición según corresponda	
4. ¿En qué documento se identifican los riesgos existentes de la compañía y se expresa la búsqueda de medidas de control y prevención de peligros a los trabajadores?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Reglamento Interno de Trabajo c. Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial d. Perfil de cargo
5. Seleccione los EPP´s que debe utilizar	

III. Concepto del Capacitador

BIEN

IV. Evaluación de desempeño

Aspectos a evaluar	E	B	R	D
Contenido de la capacitación	X			
Desempeño del capacitador	X			
Metodología y Logística	X			

Firma asistente	Edwin	Firma capacitador	

Powered by CamScanner

	LISTA DE ASISTENCIA INDUCCIÓN	SST-FT-02 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

FECHA: 22-05-2025
LUGAR: PTO Cloa
DURACIÓN: 1 HORA

TEMAS
Se hace inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo, los temas tratados se relacionan en el ACTA DE INDUCCIÓN SG -SST. Objetivo del sistema de gestión, Misión, Visión, Reseña histórica. Generalidades del sistema de seguridad y salud en el trabajo. Generalidades del sistema general de riesgos laborales. Definición de accidente e incidente de trabajo, enfermedad laboral. Política de seguridad y salud en el trabajo. Política de prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaco. Política de seguridad vial. Política de emergencias. Reglamento de higiene y seguridad industrial. Identificación de riesgos .Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo (COPASST). Brigada de emergencia. Notificación de factores de riesgo a los cuales se encuentra expuesto para desempeñar el cargo; Factores de riesgo prioritarios. Procedimiento de reporte de accidentes, incidentes de trabajo y condiciones inseguras. Red asistencial de ARL Colpatria, clínicas y hospitales. Plan de emergencias, protocolos de cómo actuar en caso de incendio, terremoto, evacuación, primeros auxilios, evacuación de lesionados. Manejo de extintores. Manejo adecuado de cargas, normas de seguridad vial, manejo preventivo para conductores. Normas de seguridad en oficinas, higiene, orden y aseo. Uso de hojas de seguridad para productos químicos. Responsabilidades, derechos y deberes como trabajador. Manual de especificaciones, uso y mantenimiento de dotación, elementos de protección personal (EPP). Importancia del autocuidado y la autoseguridad. Gimnasia laboral, ejercicios de pausas activas antes de iniciar su labor. Higiene Postural para trabajar con video terminales. Aspectos legales. Comité de convivencia.

	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Jesus David Garcia H.	1085042995	Jesus David Garcia
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

RESPONSABLE:

FIRMA

Residente SST ...

CARGO

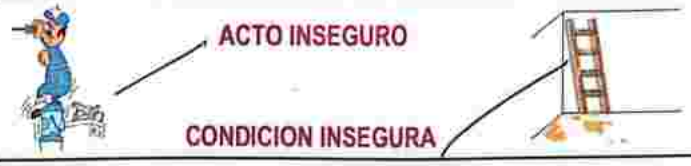
Powered by CamScanner

	EVALUACIÓN INDUCCIÓN	SST-FT-03 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

I. Datos del colaborador	
Tema de capacitación	Inducción
Nombre del trabajador	Jesús Daniel Garcia Hernandez.
Cargo	Ayudante de obra.
Fecha	22 - Mayo - 2025

II. Preguntas

Responda cada una de las preguntas descritas a continuación, si no es insuficiente el espacio para sus respuestas utilice el respaldo de la hoja.
*Para opciones múltiples solo hay una respuesta, marque la que considere correcta.
*Para opciones de: **(V)** – verdadero ó **(F)** – falso marque la que considere correcta

Preguntas	Respuestas
1. Seleccione ¿Cuáles son las políticas de la empresa?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Política de prevención de alcohol y tabaquismo c. Política de emergencia X Todas las anteriores
2. Seleccione con una X Falso o Verdadero según corresponda	Es función de los integrantes del COPASST colaborar con las investigaciones de accidentes laborales y realizar inspecciones en los lugares de trabajo F: V: X
3. Relacione con una línea la imagen con su definición según corresponda	
4. ¿En qué documento se identifican los riesgos existentes de la compañía y se expresa la búsqueda de medidas de control y prevención de peligros a los trabajadores?	X a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo X b. Reglamento Interno de Trabajo c. Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial d. Perfil de cargo
5. Seleccione los EPP´s que debe utilizar	

III. Concepto del Capacitador

Bien

IV. Evaluación de desempeño

Aspectos a evaluar	E	B	R	D
Contenido de la capacitación	X			
Desempeño del capacitador		X		
Metodología y Logística	X			

Firma asistente	Jesus Daniel Garcia. H.	Firma capacitador	

Powered by CamScanner

	LISTA DE ASISTENCIA INDUCCIÓN	SST-FT-02 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

FECHA: 27-05-2025
LUGAR: PTO CREA.
DURACIÓN: _____

TEMAS
Se hace inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo, los temas tratados se relacionan en el ACTA DE INDUCCIÓN SG -SST, Objetivo del sistema de gestión, Misión, Visión, Reseña histórica. Generalidades del sistema de seguridad y salud en el trabajo. Generalidades del sistema general de riesgos laborales. Definición de accidente e incidente de trabajo, enfermedad laboral. Política de seguridad y salud en el trabajo. Política de prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaco. Política de seguridad vial. Política de emergencias. Reglamento de higiene y seguridad industrial. Identificación de riesgos .Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo (COPASST). Brigada de emergencia. Notificación de factores de riesgo a los cuales se encuentra expuesto para desempeñar el cargo, Factores de riesgo prioritarios. Procedimiento de reporte de accidentes, incidentes de trabajo y condiciones inseguras. Red asistencial de ARL Colpatria, clínicas y hospitales. Plan de emergencias, protocolos de cómo actuar en caso de incendio, terremoto, evacuación, primeros auxilios, evacuación de lesionados. Manejo de extintores. Manejo adecuado de cargas, normas de seguridad vial, manejo preventivo para conductores. Normas de seguridad en oficinas, higiene, orden y aseo. Uso de hojas de seguridad para productos químicos. Responsabilidades, derechos y deberes como trabajador. Manual de especificaciones, uso y mantenimiento de dotación, elementos de protección personal (EPP). Importancia del autocuidado y la autoseguridad. Gimnasia laboral, ejercicios de pausas activas antes de iniciar su labor. Higiene Postural para trabajar con video terminales. Aspectos legales. Comité de convivencia.

	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Geraldine Linares	1073.696.732	
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

RESPONSABLE:

FIRMA

Residente SST ...

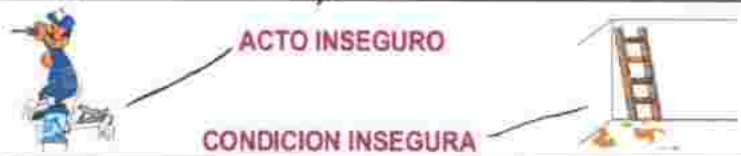
CARGO

	EVALUACIÓN INDUCCIÓN	SST-FT-03 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

I. Datos del colaborador	
Tema de capacitación	Induccion.
Nombre del trabajador	Guallinton Jose Linarez V.
Cargo	Operador Retroexcavadora.
Fecha	27-05-2025.

II. Preguntas

Responda cada una de las preguntas descritas a continuación, si no es insuficiente el espacio para sus respuestas utilice el respaldo de la hoja.
*Para opciones múltiples solo hay una respuesta, marque la que considere correcta.
*Para opciones de: (V) – verdadero ó (F) – falso marque la que considere correcta

Preguntas	Respuestas
1. Seleccione ¿Cuáles son las políticas de la empresa?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Política de prevención de alcohol y tabaquismo c. Política de emergencia X Todas las anteriores
2. Seleccione con una X Falso o Verdadero según corresponda	Es función de los integrantes del COPASST colaborar con las investigaciones de accidentes laborales y realizar inspecciones en los lugares de trabajo F: X
3. Relacione con una línea la imagen con su definición según corresponda	
4. ¿En qué documento se identifican los riesgos existentes de la compañía y se expresa la búsqueda de medidas de control y prevención de peligros a los trabajadores?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Reglamento Interno de Trabajo X Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial d. Perfil de cargo
5. Seleccione los EPP´s que debe utilizar	

III. Concepto del Capacitador

Bien.

IV. Evaluación de desempeño

Aspectos a evaluar	E	B	R	D
Contenido de la capacitación	✓			
Desempeño del capacitador	✓			
Metodología y Logística	✓			

Firma asistente		Firma capacitador	

	LISTA DE ASISTENCIA INDUCCIÓN	SST-FT-02 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

FECHA: 27-5-25
LUGAR: PTO CIRA
DURACIÓN: 40 MINUTOS

TEMAS
Se hace inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo, los temas tratados se relacionan en el ACTA DE INDUCCIÓN SG -SST. Objetivo del sistema de gestión, Misión, Visión, Reseña histórica. Generalidades del sistema de seguridad y salud en el trabajo. Generalidades del sistema general de riesgos laborales. Definición de accidente e incidente de trabajo, enfermedad laboral. Política de seguridad y salud en el trabajo. Política de prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaco. Política de seguridad vial. Política de emergencias. Reglamento de higiene y seguridad industrial. Identificación de riesgos. Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo (COPASST). Brigada de emergencia. Notificación de factores de riesgo a los cuales se encuentra expuesto para desempeñar el cargo; Factores de riesgo prioritarios. Procedimiento de reporte de accidentes, incidentes de trabajo y condiciones inseguras. Red asistencial de ARL Colpatria, clínicas y hospitales. Plan de emergencias, protocolos de cómo actuar en caso de incendio, terremoto, evacuación, primeros auxilios, evacuación de lesionados. Manejo de extintores. Manejo adecuado de cargas, normas de seguridad vial, manejo preventivo para conductores. Normas de seguridad en oficinas, higiene, orden y aseo. Uso de hojas de seguridad para productos químicos. Responsabilidades, derechos y deberes como trabajador. Manual de especificaciones, uso y mantenimiento de dotación, elementos de protección personal (EPP). Importancia del autocuidado y la autoseguridad. Gimnasia laboral, ejercicios de pausas activas antes de iniciar su labor. Higiene Postural para trabajar con video terminales. Aspectos legales. Comité de convivencia.

	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Norberto Urrego	74324850	NORBERTO URREGO
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

RESPONSABLE:

FIRMA

Residente SST ...

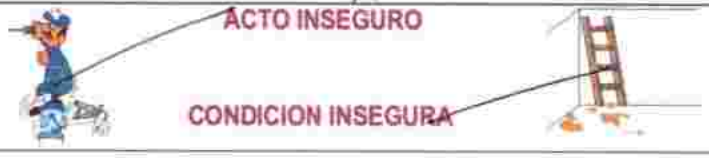
CARGO

	EVALUACIÓN INDUCCIÓN	SST-FT-03 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

I. Datos del colaborador	
Tema de capacitación	Inducción SST
Nombre del trabajador	Norberto Anibal Urrego
Cargo	Operador
Fecha	27-5-25

II. Preguntas

Responda cada una de las preguntas descritas a continuación, si no es insuficiente el espacio para sus respuestas utilice el respaldo de la hoja.
*Para opciones múltiples solo hay una respuesta, marque la que considere correcta.
*Para opciones de: **(V)** – verdadero ó **(F)** – falso marque la que considere correcta

Preguntas	Respuestas
1. Seleccione ¿Cuáles son las políticas de la empresa?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Política de prevención de alcohol y tabaquismo c. Política de emergencia d. X Todas las anteriores
2. Seleccione con una X Falso o Verdadero según corresponda	Es función de los integrantes del COPASST colaborar con las investigaciones de accidentes laborales y realizar inspecciones en los lugares de trabajo F: V: X
3. Relacione con una línea la imagen con su definición según corresponda	
4. ¿En qué documento se identifican los riesgos existentes de la compañía y se expresa la búsqueda de medidas de control y prevención de peligros a los trabajadores?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Reglamento Interno de Trabajo c. X Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial d. Perfil de cargo
5. Seleccione los EPP´s que debe utilizar	

III. Concepto del Capacitador

Bien

IV. Evaluación de desempeño

Aspectos a evaluar	E	B	R	D
Contenido de la capacitación	X			
Desempeño del capacitador	X			
Metodología y Logística	X			

Firma asistente	Norberto Urrego	Firma capacitador	

	LISTA DE ASISTENCIA INDUCCIÓN	SST-FT-02 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

FECHA: 28/05/25
LUGAR: Motilon
DURACIÓN: 1 Hora

TEMAS

Se hace inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo; los temas tratados se relacionan en el ACTA DE INDUCCIÓN SG -SST. Objetivo del sistema de gestión, Misión, Visión, Reseña histórica. Generalidades del sistema de seguridad y salud en el trabajo. Generalidades del sistema general de riesgos laborales. Definición de accidente e incidente de trabajo, enfermedad laboral. Política de seguridad y salud en el trabajo. Política de prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaco. Política de seguridad vial. Política de emergencias. Reglamento de higiene y seguridad industrial. Identificación de riesgos .Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo (COPASST). Brigada de emergencia. Notificación de factores de riesgo a los cuales se encuentra expuesto para desempeñar el cargo. Factores de riesgo prioritarios. Procedimiento de reporte de accidentes, incidentes de trabajo y condiciones inseguras. Red asistencial de ARL Colpatria, clínicas y hospitales. Plan de emergencias, protocolos de cómo actuar en caso de incendio, terremoto, evacuación, primeros auxilios, evacuación de lesionados. Manejo de extintores. Manejo adecuado de cargas, normas de seguridad vial, manejo preventivo para conductores. Normas de seguridad en oficinas, higiene, orden y aseo. Uso de hojas de seguridad para productos químicos. Responsabilidades, derechos y deberes como trabajador. Manual de especificaciones, uso y mantenimiento de dotación, elementos de protección personal (EPP). Importancia del autocuidado y la autoseguridad. Gimnasia laboral, ejercicios de pausas activas antes de iniciar su labor. Higiene Postural para trabajar con video terminales. Aspectos legales. Comité de convivencia.

	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	ERWIN RUBIANO	1023888276	
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

RESPONSABLE:

FIRMA

Residente SST ...

CARGO

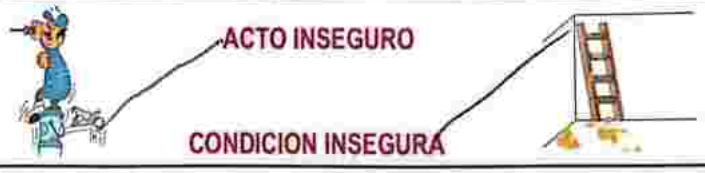
Powered by CamScanner

	EVALUACIÓN INDUCCIÓN	SST-FT-03 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

I. Datos del colaborador	
Tema de capacitación	• INDUCCIÓN
Nombre del trabajador	• EDWIN RUBIANO
Cargo	• AX OBRA
Fecha	• 28/05/25

II. Preguntas

Responda cada una de las preguntas descritas a continuación, si no es insuficiente el espacio para sus respuestas utilice el respaldo de la hoja.
*Para opciones múltiples solo hay una respuesta, marque la que considere correcta.
*Para opciones de: **(V)** – verdadero ó **(F)** – falso marque la que considere correcta

Preguntas	Respuestas
1. Seleccione ¿Cuáles son las políticas de la empresa?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Política de prevención de alcohol y tabaquismo c. Política de emergencia d.X Todas las anteriores
2. Seleccione con una X Falso o Verdadero según corresponda	Es función de los integrantes del COPASST colaborar con las investigaciones de accidentes laborales y realizar inspecciones en los lugares de trabajo F: X
3. Relacione con una línea la imagen con su definición según corresponda	
4. ¿En qué documento se identifican los riesgos existentes de la compañía y se expresa la búsqueda de medidas de control y prevención de peligros a los trabajadores?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo X Reglamento Interno de Trabajo c. Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial d. Perfil de cargo
5. Seleccione los EPP´s que debe utilizar	

III. Concepto del Capacitador

IV. Evaluación de desempeño

Aspectos a evaluar	E	B	R	D
Contenido de la capacitación				
Desempeño del capacitador				
Metodología y Logística				

Firma asistente		Firma capacitador	

Powered by CamScanner

	LISTA DE ASISTENCIA INDUCCIÓN	SST-FT-02 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

FECHA: 29-05-2025
LUGAR: Pto Gco
DURACIÓN: _____

TEMAS
Se hace inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo, los temas tratados se relacionan en el ACTA DE INDUCCIÓN SG -SST. Objetivo del sistema de gestión, Misión, Visión, Reseña histórica. Generalidades del sistema de seguridad y salud en el trabajo. Generalidades del sistema general de riesgos laborales. Definición de accidente e incidente de trabajo, enfermedad laboral. Política de seguridad y salud en el trabajo. Política de prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaco. Política de seguridad vial. Política de emergencias. Reglamento de higiene y seguridad industrial. Identificación de riesgos .Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo (COPASST). Brigada de emergencia. Notificación de factores de riesgo a los cuales se encuentra expuesto para desempeñar el cargo; Factores de riesgo prioritarios. Procedimiento de reporte de accidentes, incidentes de trabajo y condiciones inseguras. Red asistencial de ARL Colpatria, clínicas y hospitales. Plan de emergencias, protocolos de cómo actuar en caso de incendio, terremoto, evacuación, primeros auxilios, evacuación de lesionados. Manejo de extintores. Manejo adecuado de cargas, normas de seguridad vial, manejo preventivo para conductores. Normas de seguridad en oficinas, higiene, orden y aseo. Uso de hojas de seguridad para productos químicos. Responsabilidades, derechos y deberes como trabajador. Manual de especificaciones, uso y mantenimiento de dotación, elementos de protección personal (EPP). Importancia del autocuidado y la autoseguridad. Gimnasia laboral, ejercicios de pausas activas antes de iniciar su labor. Higiene Postural para trabajar con video terminales. Aspectos legales. Comité de convivencia.

	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Jose Eduardo Peña	9197514	
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

RESPONSABLE:

FIRMA

Residente SST ...

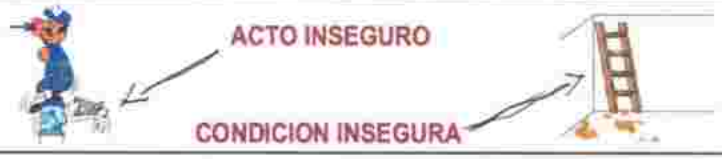
CARGO

	EVALUACIÓN INDUCCIÓN	SST-FT-03 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

I. Datos del colaborador	
Tema de capacitación	Induccion
Nombre del trabajador	Luis Eduardo Acuño medina
Cargo	Operador
Fecha	29-05-2025

II. Preguntas

Responda cada una de las preguntas descritas a continuación, si no es insuficiente el espacio para sus respuestas utilice el respaldo de la hoja.
*Para opciones múltiples solo hay una respuesta, marque la que considere correcta.
*Para opciones de: **(V)** – verdadero ó **(F)** – falso marque la que considere correcta

Preguntas	Respuestas
1. Seleccione ¿Cuáles son las políticas de la empresa?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Política de prevención de alcohol y tabaquismo c. Política de emergencia X Todas las anteriores
2. Seleccione con una X Falso o Verdadero según corresponda	Es función de los integrantes del COPASST colaborar con las investigaciones de accidentes laborales y realizar inspecciones en los lugares de trabajo F: V: X
3. Relacione con una línea la imagen con su definición según corresponda	
4. ¿En qué documento se identifican los riesgos existentes de la compañía y se expresa la búsqueda de medidas de control y prevención de peligros a los trabajadores?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Reglamento Interno de Trabajo X. Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial d. Perfil de cargo
5. Seleccione los EPP's que debe utilizar	

III. Concepto del Capacitador

Bien

IV. Evaluación de desempeño

Aspectos a evaluar	E	B	R	D
Contenido de la capacitación	+			
Desempeño del capacitador	+			
Metodología y Logística	+			

Firma asistente		Firma capacitador	

	LISTA DE ASISTENCIA INDUCCIÓN	SST-FT-02 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

FECHA: 30-5-25
LUGAR: PTO Circa 1013-2024
DURACIÓN: 40 Minutos.

TEMAS
Se hace inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo, los temas tratados se relacionan en el ACTA DE INDUCCIÓN SG -SST. Objetivo del sistema de gestión, Misión, Visión, Reseña histórica. Generalidades del sistema de seguridad y salud en el trabajo. Generalidades del sistema general de riesgos laborales. Definición de accidente e incidente de trabajo, enfermedad laboral, Política de seguridad y salud en el trabajo. Política de prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaco. Política de seguridad vial. Política de emergencias. Reglamento de higiene y seguridad industrial. Identificación de riesgos .Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo (COPASST). Brigada de emergencia. Notificación de factores de riesgo a los cuales se encuentra expuesto para desempeñar el cargo; Factores de riesgo prioritarios. Procedimiento de reporte de accidentes, incidentes de trabajo y condiciones inseguras. Red asistencial de ARL Colpatria, clínicas y hospitales. Plan de emergencias, protocolos de cómo actuar en caso de incendio, terremoto, evacuación, primeros auxilios, evacuación de lesionados. Manejo de extintores. Manejo adecuado de cargas, normas de seguridad vial, manejo preventivo para conductores. Normas de seguridad en oficinas, higiene, orden y aseo. Uso de hojas de seguridad para productos químicos. Responsabilidades, derechos y deberes como trabajador. Manual de especificaciones, uso y mantenimiento de dotación, elementos de protección personal (EPP). Importancia del autocuidado y la autoseguridad. Gimnasia laboral, ejercicios de pausas activas antes de iniciar su labor. Higiene Postural para trabajar con video terminales. Aspectos legales. Comité de convivencia.

	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Mao Bermeo	1001197750	Sebastian B. M O.
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

RESPONSABLE:

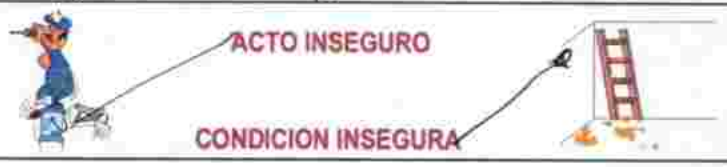
Presidente SST ...

	EVALUACIÓN INDUCCIÓN	SST-FT-03 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

I. Datos del colaborador	
Tema de capacitación	Induccion
Nombre del trabajador	Mao Sebastian Bermeo
Cargo	ESP. Diseño y ESP. Pavimentos
Fecha	30-5-25

II. Preguntas

Responda cada una de las preguntas descritas a continuación, si no es insuficiente el espacio para sus respuestas utilice el respaldo de la hoja.
*Para opciones múltiples solo hay una respuesta, marque la que considere correcta.
*Para opciones de: **(V)** – verdadero ó **(F)** – falso marque la que considere correcta

Preguntas	**Respuestas**
1. Seleccione ¿Cuáles son las políticas de la empresa?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Política de prevención de alcohol y tabaquismo c. Política de emergencia d. X Todas las anteriores
2. Seleccione con una X Falso o Verdadero según corresponda	Es función de los integrantes del COPASST colaborar con las investigaciones de accidentes laborales y realizar inspecciones en los lugares de trabajo F: V: X
3. Relacione con una línea la imagen con su definición según corresponda	
4. ¿En qué documento se identifican los riesgos existentes de la compañía y se expresa la búsqueda de medidas de control y prevención de peligros a los trabajadores?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Reglamento Interno de Trabajo c. X Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial d. Perfil de cargo
5. Seleccione los EPP´s que debe utilizar	

III. Concepto del Capacitador

Bien

IV. Evaluación de desempeño

Aspectos a evaluar	**E**	**B**	**R**	**D**
Contenido de la capacitación	X			
Desempeño del capacitador	X			
Metodología y Logística	X			

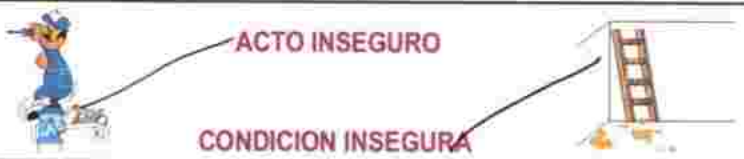
Firma asistente	Sebastian B. M.O.	**Firma capacitador**	

	EVALUACIÓN INDUCCIÓN	SST-FT-03 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

I. Datos del colaborador	
Tema de capacitación	Inducción SST
Nombre del trabajador	Luisa Moreno
Cargo	Auxiliar SST
Fecha	19-5-25

II. Preguntas

Responda cada una de las preguntas descritas a continuación, si no es insuficiente el espacio para sus respuestas utilice el respaldo de la hoja.
*Para opciones múltiples solo hay una respuesta, marque la que considere correcta.
*Para opciones de: **(V)** – verdadero ó **(F)** – falso marque la que considere correcta

Preguntas	Respuestas
1. Seleccione ¿Cuáles son las políticas de la empresa?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Política de prevención de alcohol y tabaquismo c. Política de emergencia X Todas las anteriores
2. Seleccione con una X Falso o Verdadero según corresponda	Es función de los integrantes del COPASST colaborar con las investigaciones de accidentes laborales y realizar inspecciones en los lugares de trabajo F: X
3. Relacione con una línea la imagen con su definición según corresponda	
4. ¿En qué documento se identifican los riesgos existentes de la compañía y se expresa la búsqueda de medidas de control y prevención de peligros a los trabajadores?	X Política de Seguridad y Salud en el Trabajo X Reglamento Interno de Trabajo c. Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial d. Perfil de cargo
5. Seleccione los EPP´s que debe utilizar	

III. Concepto del Capacitador

Bien

IV. Evaluación de desempeño

Aspectos a evaluar	E	B	R	D
Contenido de la capacitación	X			
Desempeño del capacitador	X			
Metodología y Logística	X			

Firma asistente	Luisa Moreno	**Firma capacitador**	

	ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP	SST-FT-06 Fecha: 1/Abr/2025 Version: 01

ELEMENTO	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CARGO	FECHA	CANTIDAD	FIRMA
Botas	Luisa Moreno	AUX. SST	6-5-25	1	
casco	Luisa Moreno	AUX. SST	6-5-25	1	
chaleco	Luisa Moreno	AUX. SST	6-5-25	2	

RESPONSABLE DE LA ENTREGA	Yasmin Burbano
NUMERO DE LA ORDEN O CONTRATO	OP- 1013-2024.

Powered by CamScanner

ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP

SST FT 06
Fecha: 1/Abr/2025
Versión: 01

ELEMENTO	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CARGO	FECHA	CANTIDAD	FIRMA
Casco	erick Gomez	Aux. Ingeniero	4-5-25	1	
Botas	erick Gomez	Aux. Ingeniero	4-5-25	1	

RESPONSABLE DE LA ENTREGA: Yasmin Burbano

CARGO DE LA PERSONA QUE RECIBE: COP-1013-2024

Powered by CamScanner

ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP

SST-FT-05
Fecha: 1/Abr/2025
Version: 01

ELEMENTO	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CARGO	FECHA	CANTIDAD	FIRMA
Chaleco	Lauren Viviana Bojaca	Inspectora de obra	21-05-2025	1	Viviana Bojaca
Casco	Lauren Viviana Bojaca	Inspectora de obra	21-05-2025	1	Viviana Bojaca
tapaoidos	Lauren Viviana Bojaca	Inspectora de obra	21-05-2025	1	Viviana Bojaca
Gafas.	Lauren Viviana Bojaca	Inspectora de obra	21-05-2025	1	Viviana Bojaca
guantes	Lauren Viviana Bojaca	Inspectora de obra	21-05-2025	1	Viviana Bojaca
Botas	Lauren Viviana Bojaca	Inspectora de obra	21-05-2025	1P	Viviana Bojaca

RESPONSABLE DE LA ENTREGA	Yasmin Burbano
NUMERO DE LA CEDULA	COP-1013-204

Powered by CamScanner

ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP

SST FT 06
Fecha: 1/Abr/2025
Version: 01

ELEMENTO	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CARGO	FECHA	CANTIDAD	FIRMA
casco	Wilmer Andres Molina Rojas	Inspector de Obra	25-05-2025	1	
guantes cat.	wilmer Andres Molina Rojas	Inspector de Obra	25-05-2025	1	
gafas	Wilmer Andres Molina Rojas	Inspector de Obra	25-05-2025	1	
tapaoidos	Wilmer Andres Molina Rojas	Inspector de Obra	25-05-2025	1	
chaleco	Wilmer Andres Molina Rojas	Inspector de Obra	25-05-2025	1	
Botas 42	Wilmer Andres Molina Rojas	Inspector de Obra	25-05-2025	1	
guantes nitrilo	Wilmer Andres Molina Rojas	Inspector de Obra	25-05-2025	1	

RESPONSABLE DE LA ENTREGA: Yasmin Burbano

NUMERO DE LA LICENCIA O MATRICULA: COP-1013-2024

Powered by CamScanner

ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP

SST FT 05
Fecha: 1/Abr/2025
Versión: 01

ELEMENTO	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CARGO	FECHA	CANTIDAD	FIRMA
Chaleco	Marco MAGAS	Topografo	30-4-25	1	
Botas Material	Marco MAGAS	Topografo	30-4-25	1	
Bota caucho	Marco MAGAS	Topografo	30-4-25	1	

RESPONSABLE DE LA ENTREGA	Yasmin Burbano
NUMERO DE LA OBRA O PROYECTO	COP-1013-2024

Powered by CamScanner

	ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP	SST-FT-05 Fecha 1/Abr/2025 Versión 01

ELEMENTO	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CARGO	FECHA	CANTIDAD	FIRMA
casco	-Alex Salazar Caceres	Almacenista	04-5-25	1	-Fabio Alex Salazar
Botas	-Alex Salazar Caceres	Almacenista	4-5-25	1	-Fabio Alex Salazar
chaleco	-Alex Salazar Caceres.	Almacenista	4-5-25	1	-Fabio Alex Salazar
guantes	-Alex Salazar Caceres.	Almacenista	4-5-25	1	-Fabio Alex Salazar
gafas	-Alex Salazar Caceres	Almacenista	4-5-25	1	-Fabio Alex Salazar

RESPONSABLE DE LA ENTREGA	Yasmin Barbano
NÚMERO DE LA ORDEN DE PRESTACIÓN	OPS-013-2024

Powered by CamScanner

	ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP	SST-FT-06 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

ELEMENTO	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CARGO	FECHA	CANTIDAD	FIRMA
Casco.	Carlos Javier Bejarano Avila	Inspector.	4-05-25	1	Carlos
Botas	Carlos Javier Bejarano Avila	inspector	4-05-25	1	Carlos
Guantes.	Carlos Javier Bejarano Avila	inspector	4-05-25	1	Carlos
Gafas	Carlos Javier Bejarano Avila	inspector	4-05-25	1	Carlos
Tapa oidos	Carlos Javier Bejarano Avila	inspector	4-05-25	1	Carlos
Chaleco	Carlos Javier Bejarano Avila	Inspector.	4-05-25	1	Carlos

RESPONSABLE DE LA ENTREGA	Yasmin Barbano
NOMBRE DE LA OBRA O PROYECTO	

	ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP	SST-FT-06 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

ELEMENTO	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CARGO	FECHA	CANTIDAD	FIRMA
Botas	Luzmila Luengas	cadenero 1	4-5-25	1	Luz
casco	Luzmila Luengas	cadenero 1	4-5-25	1	Luz
tapaoidos	Luzmila Luengas	cadenero 1	4-5-25	1	Luz
gafas	Luzmila Luengas	cadenero 1	4-5-25	1	Luz
Guantes nit	Luzmila Luengas	cadenero 1	4-5-25	1	Luz
guantes cal.	Luzmila Luengas	cadenero 1	4-5-25	1	Luz

RESPONSABLE DE LA ENTREGA	Yasmin Burbano
NUMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL	COP-1013-2024

Powered by CamScanner

	ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP	SST-FT-06 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

ELEMENTO	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CARGO	FECHA	CANTIDAD	FIRMA
Botas	Nancy Gomez	cadenero 1	01_2_25	1	xNancy Gómez
tapaoidos	Nancy Gomez	cadenero 1	01-2-25	1	xNancy Gómez
gafas	Nancy Gomez	cadenero1	01-2-25	1	xNancy Gómez
guantes car	nancy Gomez	cadenero 1	01-2-25	1	xNancy Gómez
guantes nit	Nancy Gomez	cadenero 1	01-2-25	1	xNancy Gómez
casco	Nancy Gomez	cadenero 1	01-2-25	1	xNancy Gómez

RESPONSABLE DE LA ENTREGA	Yasmin Burbano
NOMBRE DE LA OBRA O PROYECTO	COP-1013-2024

Powered by CamScanner

ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP

SST FT 08
Fecha: 1/Abr/2025
Versión: 01

	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CARGO	FECHA	CANTIDAD	FIRMA
Jasco	Paola Morales	lab. Inspect	04-5-25	1	
chaleco	Paola Morales	lab. Inspect	04-5-25	1	
Botas	Paola Morales	lab. Inspect	04-5-25	1	

RESPONSABLE DE LA ENTREGA: Yasmin Burbano

NUMERO DE CARNET O CONTRATO: COP-103-2024

Powered by CamScanner

	ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP	SST-FT-06 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

ELEMENTO	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CARGO	FECHA	CANTIDAD	FIRMA
casco	Carlos Vargas	conductor		1	
Botas.	Carlos vargas	conductor		1P	
pantalon	carlos vargas	conductor		1	
chaqueta	carlos vargas	conductor		1	
jean	carlos vargas	conductor		1	
guantes	carlos vargas	conductor		1P	

RESPONSABLE DE LA ENTREGA	Yasmin Burbano
NUMERO DE LA PLANILLA PREVIOUS	COP - 102 - 2024

Powered by CamScanner

ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP

SST FT 06
Fecha: 1/Abr/2025
Versión: 01

ELEMENTO	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CARGO	FECHA	CANTIDAD	FIRMA
CASCO	• DUVAN RUBIANO	• CONDUCTOR	16 5 25	1	DUVAN R
BOTAS	• DUVAN RUBIANO	• CONDUCTOR	16 5 25	1	DUVAN R
GUANTES	• DUVAN RUBIANO	CONDUCTOR	16 5 25	1	DUVAN R
TAPAOIDOS	• DUVAN RUBIANO	CONDUCTOR	16 5 25	1	DUVAN R.
GAFAS	• DUVAN RUBIANO	- CONDUCTOR	16 5 25	1	• DUVAN R
IMPERMEABLE	. DUVAN RUBIANO	. CONDUCTOR	22-5-25	1	. DUVAN R

RESPONSABLE DE LA ENTREGA	YASMIN BUITRAGO
NOMBRE DE LA OBRA O PROYECTO	COP-1013-2024

Powered by CamScanner

	ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP	SST-FT-06 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

ELEMENTO	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CARGO	FECHA	CANTIDAD	FIRMA
Casco	Angie Arevalo	Aux. Social	22-5-25	1	
chaleco	Angie Arevalo	Aux. Social	22-5-25	1	
botas	Angie Arevalo	Aux. social	22-5-25	1	

RESPONSABLE DE LA ENTREGA	Yasmin Burbano
NOMBRE DEL CONTRATISTA / PROYECTO	COP-1013-2024

Powered by CamScanner

	ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP	SST-FT-06 Fecha: 1/Abr/2025 Version: 01

ELEMENTO	NOMBRE DE TRABAJADOR	CARGO	FECHA	CANTIDAD	FIRMA
casco	Alfonso Bustos	Res. Ambiental	22 5 25	1	
chaleco	Alfonso Bustos	Res. Ambiental	22 5 25	1	
Botas	Alfonso Bustos	Res. Ambiental	22 5 25	1	

RESPONSABLE DE LA ENTREGA	Yasmin Burbano
NOMBRE DE LA EMPRESA O CONTRATISTA	COP-1013-2024

Powered by CamScanner

ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP

SST FT 06
Fecha: 1/Abr/2025
Versión: 01

ELEMENTO	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CARGO	FECHA	CANTIDAD	FIRMA
Casco	Keren Ojeda	Aux. adm	1 4 25	1	KEREN OJEDA
Botas	Keren ojeda	aux. adm	1 4 25	1	KEREN OJEDA
gafas	Keren ojeda	aux. adm	1 4 25	1	KEREN OJEDA
tapaoidos	Keren ojeda	aux. adm	1 4 25	1	KEREN OJEDA

RESPONSABLE DE LA ENTREGA: Yasmin Burbano

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS: CPS-1013-2024

Powered by CamScanner

ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP

SST-FT 08
Fecha: 1/Abr/2025
Versión: 01

ELEMENTO	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CARGO	FECHA	CANTIDAD	FIRMA
casco	yuly Jaramillo	ESP. transito	1-5-25	1	
Botas	yuly Jaramillo	ESP. transito	1-5-25	1	
chaleco	yuly Jaramillo	ESP. transito	1-5-25	1	

RESPONSABLE DE LA ENTREGA	Yasmin Burbano
NOMBRE DE LA OBRA O PROYECTO	COP-1013-2024

Powered by CamScanner

ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP

SST-FT-08
Fecha: 1/Abr/2025
Versión: 01

ELEMENTO	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CARGO	FECHA	CANTIDAD	FIRMA
Casco	William muñoz	Ayudante	16-5-25	1	William Andres Muñoz
Overol	William muñoz	Ayudante	16-5-25	1	William Andres Muñoz
Botas	William muñoz	Ayudante	16-5-25	1	William Andres Muñoz
Gafas.	William muñoz	Ayudante	16-5-25	1	William Andres Muñoz
Guantes	William muñoz	Ayudante	16-5-25	1	William Andres Muñoz
Tapa oidos	William muñoz	Ayudante	16-5-25	1	William Andres Muñoz
Impermeable	William muñoz	Ayudante	21-5-25	1	William Andres Muñoz
Guantes nit	William muñoz	Ayudante	21-5-25	1	William Andres Muñoz
Botas cauc	William muñoz	Ayudante	28-5-25	1	.
Guantes nit	William muñoz	Ayudante	31-5-25	1	.
guantes car	William muñoz	Ayudante	31-5-25	1	.

RESPONSABLE SST	Yasmin Burbano
NUMERO DE LICENCIA SST	Cop-1013-2024

Powered by CamScanner

ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP

SST-FT-05
Fecha: 1/Abr/2025
Versión: 01

ELEMENTO	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CARGO	FECHA	CANTIDAD	FIRMA
casco	JAVIER JIMENEZ	OFICIAL	22-05	1	JAVIER JIMENEZ
overol	JAVIER JIMENEZ	OFICIAL	22-05	1	JAVIER JIMENEZ
Botas	JAVIER JIMENEZ	OFICIAL	22-05	1	JAVIER JIMENEZ
tapabocas	JAVIER JIMENEZ	OFICIAL	22-05	1	JAVIER JIMENEZ
tapaoidos	JAVIER JIMENEZ	OFICIAL	22-05	1	JAVIER JIMENEZ
guantes con	JAVIER JIMENEZ	OFICIAL	28-05	1	JAVIER JIMENEZ
gafas	JAVIER JIMENEZ	OFICIAL	22-05		JAVIER JIMENEZ

RESPONSABLE DE LA ENTREGA: Yasmin Barbano
CONTRATO: COP-1013-2024

Powered by CamScanner

ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP

SST FT-05
Fecha: 1/Abr/2025
Version: 01

ELEMENTO	NOMBRE DEL TRABAJADOR		FECHA	CANTIDAD	FIRMA
Botas	• Edwin	• AYUdarTe	• 22-05-2025	1	• Edwin
overol	• Edwin	• AYudarTe	• 22-05-2025	1	• Edwin
tapabocas	• Edwin	• AYudarTe	• 22052025	1	• Edwin
casco	• Edwin	• AYudarTe	• 22052025	1	• Edwin
tapabocas	• Edwin	• AYudarTe	• 22052025	1	• Edwin
gafas	• Edwin	• AYudarTe	22052025	1	• Edwin
guantes ni.	• Edwin	• AYUdarTe	22052025	1	• Edwin
guantes cat	• Edwin	• AYudarTe	22052025	1	• Edwin
botas cau	edwin mata	Ayudante	28-5-25	1P	Edwin

RESPONSABLE DE LA ENTREGA: Yasmin Burbano

NOMBRE DE QUIEN RECIBIO: COP-1013-2024

Powered by CamScanner

ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP

SST-FT-06
Fecha: 1/Abr/2025
Version: 01

ELEMENTO	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CARGO	FECHA	CANTIDAD	FIRMA
overol	Jesus Daniel Garcia	Ayudante obra	22/05/25	1	Jesus Daniel Garcia
Botas	Jesus Daniel Garcia	Ayudante obra	22/05/25	1	Jesus Daniel Garcia
tapaoidos	Jesus Daniel Garcia	Ayudante obra	22/05/25	1	Jesus Daniel Garcia
tapabocas	Jesus Daniel Garcia	Ayudante obra	22/05/25	1	Jesus Daniel Garcia
guantesan	Jesus Daniel Garcia	Ayudante obra	22/05/25	1	Jesus Daniel Garcia
casco.	Jesus Daniel Garcia	Ayudante obra	22/05/25	1	Jesus Daniel Garcia
gafas	Jesus Daniel Garcia	Ayudante obra	22/05/25	1	Jesus Daniel Garcia
guantes car	Jesus Daniel Garcia.	Ayudante de obra	30/5-25	1	Jesus Daniel Garcia
botas caucho	Jesus Daniel Garcia	Ayudante de obra	31-5-25	1	Jesus Daniel Garcia.
Impermeable	Jesus Daniel Garcia	Ayudante de obra	31-5-25	1	Jesus Daniel Garcia

NOMBRE DE LA ENTIDAD	Yasmin Burbano
NUMERO DE CONTRATO	OOP-1013-2024

Powered by CamScanner

ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP

SST FT 06
Fecha: 1/Abr/2025
Versión: 01

ELEMENTO	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CARGO	FECHA	CANTIDAD	FIRMA
overol	• EDWIN RUBIANO	• AUX OBRA	• 28/05/25	1	•
Tapabocas	• EDWIN RUBIANO	• AX OBRA	• 28/05/25	1	•
tapaoidos	• EDWIN RUBIANO	• AX OBRA	• 28/05/25	1	•
casco	• EDWIN RUBIANO	• AX OBRA	• 28/05/25	1	•
Guantes cor	• EDWIN RUBIANO	• AX OBRA	• 28/05/25	1	•
guantes nitr	• EDWIN RUBIANO	• AX OBRA	• 28/05/25	1	•
guantes nitr	Edwin Rubiano	Aux obra	31-5-25	1	
tapabocas	Edwin Rubiano	Aux. obra	31-5-25	1	

NOMBRE DE LA ENTIDAD	Yasmin Burbano
NOMBRE DE LA OBRA O PROYECTO	COP-1013-2024

Powered by CamScanner

	ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP	SST-FT-06 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

ELEMENTO	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CARGO	FECHA	CANTIDAD	FIRMA
Chaleco	MAO Bermejo	esp. Diseño	30-5-25	1	Sebastian B.
Botas	MAO Bermejo	esp. Diseño	30-5-25	1	
casco	MAO Bermejo	esp. Diseño	30-5-25	1	Sebastian B.
tapaoidos	MAO Bermejo	esp. Diseño	30-5-25	1	Sebastian B.
guantes	MAO Bermejo	esp. Diseño	30-5-25	1	Sebastian B.
gafas	MAO Bermejo	esp. Diseño	30-5-25	1	Sebastian B.

RESPONSABLE DE LA ENTREGA	Yasmin Bubano
NOMBRE DE LA OBRA O PROYECTO	COP-1013-2024

	FICHA DEL INDICADOR	SST-FT-29 Fecha: 29/Ene/2025 Version 01

1. INFORMACION DEL INDICADOR						
NOMBRE DEL PROCESO	SST			RESPONSABLE CALCULO	YASMIN BURBANO	
NOMBRE DEL INDICADOR	PLAN DE TRABAJO			PERIODO DE ANALISIS	ABRIL 2025 - FEBRERO 2026	
FORMULA	No. Actividades Ejecutadas / No. Actividades Programadas			META	100%	
FRECUENCIA MEDICION	MENSUAL	TIPO INDICADOR	GESTION	FUENTE DE INFORMACION	INFORME SST	

2. MEDICION DEL INDICADOR					3. ANÁLISIS DE DATOS
MES	META	No. Actividades Ejecutadas	No. Actividades Programadas	RESULTADO	
Abril	100%	18	18	100%	Durante el periodo se cumple el 100% de cumplimiento en relacion a las actividades programadas
Mayo	100%	21	21	100%	Durante el periodo se cumple el 100% de cumplimiento en relacion a las actividades programadas
Junio	100%			#¡DIV/0!	
Julio	100%			#¡DIV/0!	
Agosto	100%			#¡DIV/0!	
Septiembre	100%			#¡DIV/0!	
Octubre	100%			#¡DIV/0!	
Noviembre	100%			#¡DIV/0!	
Diciembre	100%			#¡DIV/0!	
Enero	100%			#¡DIV/0!	
Febrero	100%			#¡DIV/0!	
TOTALES	100%	39	39	100%	

4. GRAFICA



5.SEGUIMIENTO DEL INDICADOR - PLAN DE ACCIÓN				
MES	ACCIONES A SEGUIR	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	FECHA PROGRAMADA DE EJECUCIÓN	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
Abril				
Mayo				
Junio				
Julio				
Agosto				
Septiembre				
Octubre				
Noviembre				
Diciembre				
Enero				
Febrero				

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SST-FT-04 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

FECHA	19-5-25
TEMA DICTADO POR	YASMIN BURBANO
DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD	40 MINUTOS

ASPECTOS RELEVANTES DE LA NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

RIESGOS A LOS CUALES ESTÁ EXPUESTO	SI	NO
RIESGOS DE SEGURIDAD: Peligro de ser golpeado por rocas u objetos en excavaciones. Deben mantenerse atentos y seguir las normas y procedimientos seguros de trabajo.	X	
RIESGOS FÍSICOS: Ruido, vibraciones y radiaciones no ionizantes.	X	
RIESGOS QUÍMICOS: Material particulado, polvos y humos.	X	
RIESGOS MECÁNICOS: Generados por el mal uso de herramientas, máquinas o equipos, equipos sin resguardos y sin mecanismos de protección.	X	
RIESGOS LOCATIVOS: Causados por las condiciones peligrosas del terreno o de las áreas de trabajo.	X	
RIESGO BIOLÓGICO: Generado por la exposición de microorganismos patógenos en los baños, por la presencia de aguas negras, animales e insectos en las áreas de trabajo.	X	
RIESGO ELÉCTRICO: Por contactos directos o indirectos con circuitos energizados o por sobrecarga de circuitos, empalmes defectuosos, falta de polo a tierra etc.	X	
RIESGO ERGONÓMICO: Por hacer levantamiento de cargas de manera inadecuada, o por adoptar posiciones incorrectas para realizar las tareas.	X	
RIESGO PSICOLABORAL: Por prolongados periodos de trabajo, alta carga dinámica, presión por terminar rápido, mando inadecuado, monotonía y repetitividad de las tareas, sobre turnos etc.	X	
RIESGO PÚBLICO: Asociado a atracos, robos, atentados, etc.	X	

Yo Luisa Moreno identificado con cédula de ciudadanía No. 1105810807, declaro y doy testimonio que fui notificado de los riesgos a los cuales estoy expuesto de acuerdo a mi cargo y actividad a desarrollar, para constancia y prueba firmó en la ciudad Bogota el día 19 del mes de 5 de 2025

Me comprometo a cumplir con las normas y procedimientos de seguridad y otras disposiciones establecidas por la empresa para prevenir la ocurrencia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Atentamente.

Firma Residente SSTMA

Firma y Cédula del Trabajador

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SST-FT-04 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

FECHA	24-5-25
TEMA DICTADO POR	Yasmin Burbano
DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD	40 minutos

ASPECTOS RELEVANTES DE LA NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

RIESGOS A LOS CUALES ESTÁ EXPUESTO	SI	NO
RIESGOS DE SEGURIDAD: Peligro de ser golpeado por rocas u objetos en excavaciones. Deben mantenerse atentos y seguir las normas y procedimientos seguros de trabajo.	X	
RIESGOS FÍSICOS: Ruido, vibraciones y radiaciones no ionizantes.	X	
RIESGOS QUÍMICOS: Material particulado, polvos y humos.	X	
RIESGOS MECÁNICOS: Generados por el mal uso de herramientas, máquinas o equipos, equipos sin resguardos y sin mecanismos de protección.	X	
RIESGOS LOCATIVOS: Causados por las condiciones peligrosas del terreno o de las áreas de trabajo.	X	
RIESGO BIOLÓGICO: Generado por la exposición de microorganismos patógenos en los baños, por la presencia de aguas negras, animales e insectos en las áreas de trabajo.	X	
RIESGO ELÉCTRICO: Por contactos directos o indirectos con circuitos energizados o por sobrecarga de circuitos, empalmes defectuosos, falta de polo a tierra etc.		X
RIESGO ERGONÓMICO: Por hacer levantamiento de cargas de manera inadecuada, o por adoptar posiciones incorrectas para realizar las tareas.	X	
RIESGO PSICOLABORAL: Por prolongados periodos de trabajo, alta carga dinámica, presión por terminar rápido, mando inadecuado, monotonía y repetitividad de las tareas, sobre turnos etc.	X	
RIESGO PÚBLICO: Asociado a atracos, robos, atentados, etc.	X	

Yo Erick Gomez identificado con cédula de ciudadanía No. 1014174776, declaro y doy testimonio que fui notificado de los riesgos a los cuales estoy expuesto de acuerdo a mi cargo y actividad a desarrollar, para constancia y prueba firmó en la ciudad Bogota el día 24 del mes de Mayo de 2025.

Me comprometo a cumplir con las normas y procedimientos de seguridad y otras disposiciones establecidas por la empresa para prevenir la ocurrencia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Atentamente.

Firma Residente SSTMA

Firma y Cédula del Trabajador

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SST-FT-04 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

FECHA	21-05-25
TEMA DICTADO POR	Yasmin Burbano
DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD	40 minutos

ASPECTOS RELEVANTES DE LA NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

RIESGOS A LOS CUALES ESTÁ EXPUESTO	SI	NO
RIESGOS DE SEGURIDAD: Peligro de ser golpeado por rocas u objetos en excavaciones. Deben mantenerse atentos y seguir las normas y procedimientos seguros de trabajo.	X	
RIESGOS FÍSICOS: Ruido, vibraciones y radiaciones no ionizantes.	X	
RIESGOS QUÍMICOS: Material particulado, polvos y humos.	X	
RIESGOS MECÁNICOS: Generados por el mal uso de herramientas, máquinas o equipos, equipos sin resguardos y sin mecanismos de protección.	X	
RIESGOS LOCATIVOS: Causados por las condiciones peligrosas del terreno o de las áreas de trabajo.	X	
RIESGO BIOLÓGICO: Generado por la exposición de microorganismos patógenos en los baños, por la presencia de aguas negras, animales e insectos en las áreas de trabajo.	X	
RIESGO ELÉCTRICO: Por contactos directos o indirectos con circuitos energizados o por sobrecarga de circuitos, empalmes defectuosos, falta de polo a tierra etc.		X
RIESGO ERGONÓMICO: Por hacer levantamiento de cargas de manera inadecuada, o por adoptar posiciones incorrectas para realizar las tareas.	X	
RIESGO PSICOLABORAL: Por prolongados periodos de trabajo, alta carga dinámica, presión por terminar rápido, mando inadecuado, monotonía y repetitividad de las tareas, sobre turnos etc.	X	
RIESGO PÚBLICO: Asociado a atracos, robos, atentados, etc.	X	

Yo Lauren Viviana Bogota identificado con cédula de ciudadanía No. 1233506640, declaro y doy testimonio que fui notificado de los riesgos a los cuales estoy expuesto de acuerdo a mi cargo y actividad a desarrollar, para constancia y prueba firmó en la ciudad Bogotá el día 21 del mes de Mayo de 2025.

Me comprometo a cumplir con las normas y procedimientos de seguridad y otras disposiciones establecidas por la empresa para prevenir la ocurrencia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Atentamente.

Firma Residente SSTMA

Viviana Bogota

Firma y Cédula del Trabajador

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SST-FT-04 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

FECHA	22-5-25
TEMA DICTADO POR	YASMIN BURBANO
DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD	40 MINUTOS

ASPECTOS RELEVANTES DE LA NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

RIESGOS A LOS CUALES ESTÁ EXPUESTO	SI	NO
RIESGOS DE SEGURIDAD: Peligro de ser golpeado por rocas u objetos en excavaciones. Deben mantenerse atentos y seguir las normas y procedimientos seguros de trabajo.	+	
RIESGOS FÍSICOS: Ruido, vibraciones y radiaciones no ionizantes.	+	
RIESGOS QUÍMICOS: Material particulado, polvos y humos.	+	
RIESGOS MECÁNICOS: Generados por el mal uso de herramientas, máquinas o equipos, equipos sin resguardos y sin mecanismos de protección.	+	
RIESGOS LOCATIVOS: Causados por las condiciones peligrosas del terreno o de las áreas de trabajo.	+	
RIESGO BIOLÓGICO: Generado por la exposición de microorganismos patógenos en los baños, por la presencia de aguas negras, animales e insectos en las áreas de trabajo.	+	
RIESGO ELÉCTRICO: Por contactos directos o indirectos con circuitos energizados o por sobrecarga de circuitos, empalmes defectuosos, falta de polo a tierra etc.		X
RIESGO ERGONÓMICO: Por hacer levantamiento de cargas de manera inadecuada, o por adoptar posiciones incorrectas para realizar las tareas.	+	
RIESGO PSICOLABORAL: Por prolongados periodos de trabajo, alta carga dinámica, presión por terminar rápido, mando inadecuado, monotonía y repetitividad de las tareas, sobre turnos etc.	+	
RIESGO PÚBLICO: Asociado a atracos, robos, atentados, etc.	+	

Yo Wilmer Andres Molina Rojas identificado con cédula de ciudadanía No. 1022940379, declaro y doy testimonio que fui notificado de los riesgos a los cuales estoy expuesto de acuerdo a mi cargo y actividad a desarrollar, para constancia y prueba firmó en la ciudad Bogotá D.C el día 25 del mes de Mayo de 2025

Me comprometo a cumplir con las normas y procedimientos de seguridad y otras disposiciones establecidas por la empresa para prevenir la ocurrencia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Atentamente.

Firma Residente SSTMA

CC 1022940379

Firma y Cédula del Trabajador

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SST-FT-04 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

FECHA	30-4-25
TEMA DICTADO POR	Yasmin Burbano
DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD	40 Minutos

ASPECTOS RELEVANTES DE LA NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

RIESGOS A LOS CUALES ESTÁ EXPUESTO	SI	NO
RIESGOS DE SEGURIDAD: Peligro de ser golpeado por rocas u objetos en excavaciones. Deben mantenerse atentos y seguir las normas y procedimientos seguros de trabajo.	X	
RIESGOS FÍSICOS: Ruido, vibraciones y radiaciones no ionizantes.	X	
RIESGOS QUÍMICOS: Material particulado, polvos y humos.	X	
RIESGOS MECÁNICOS: Generados por el mal uso de herramientas, máquinas o equipos, equipos sin resguardos y sin mecanismos de protección.	X	
RIESGOS LOCATIVOS: Causados por las condiciones peligrosas del terreno o de las áreas de trabajo.	X	
RIESGO BIOLÓGICO: Generado por la exposición de microorganismos patógenos en los baños, por la presencia de aguas negras, animales e insectos en las áreas de trabajo.	X	
RIESGO ELÉCTRICO: Por contactos directos o indirectos con circuitos energizados o por sobrecarga de circuitos, empalmes defectuosos, falta de polo a tierra etc.		X
RIESGO ERGONÓMICO: Por hacer levantamiento de cargas de manera inadecuada, o por adoptar posiciones incorrectas para realizar las tareas.	X	
RIESGO PSICOLABORAL: Por prolongados periodos de trabajo, alta carga dinámica, presión por terminar rápido, mando inadecuado, monotonía y repetitividad de las tareas, sobre turnos etc.	X	
RIESGO PÚBLICO: Asociado a atracos, robos, atentados, etc.	X	

Yo Marco Antonio Macias identificado con cédula de ciudadanía No. CC 1023874707, declaro y doy testimonio que fui notificado de los riesgos a los cuales estoy expuesto de acuerdo a mi cargo y actividad a desarrollar, para constancia y prueba firmó en la ciudad Bogotá el día 30 del mes de Abril de 2025

Me comprometo a cumplir con las normas y procedimientos de seguridad y otras disposiciones establecidas por la empresa para prevenir la ocurrencia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Atentamente.

Firma Residente SSTMA

Firma y Cédula del Trabajador

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SST-FT-04 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

FECHA	04-5-25
TEMA DICTADO POR	Yasmin Burbano
DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD	40 minutos

ASPECTOS RELEVANTES DE LA NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

RIESGOS A LOS CUALES ESTÁ EXPUESTO	SI	NO
RIESGOS DE SEGURIDAD: Peligro de ser golpeado por rocas u objetos en excavaciones. Deben mantenerse atentos y seguir las normas y procedimientos seguros de trabajo.	X	
RIESGOS FÍSICOS: Ruido, vibraciones y radiaciones no ionizantes.	X	
RIESGOS QUÍMICOS: Material particulado, polvos y humos.		X
RIESGOS MECÁNICOS: Generados por el mal uso de herramientas, máquinas o equipos, equipos sin resguardos y sin mecanismos de protección.		X
RIESGOS LOCATIVOS: Causados por las condiciones peligrosas del terreno o de las áreas de trabajo.	X	
RIESGO BIOLÓGICO: Generado por la exposición de microorganismos patógenos en los baños, por la presencia de aguas negras, animales e insectos en las áreas de trabajo.	X	
RIESGO ELÉCTRICO: Por contactos directos o indirectos con circuitos energizados o por sobrecarga de circuitos, empalmes defectuosos, falta de polo a tierra etc.	X	
RIESGO ERGONÓMICO: Por hacer levantamiento de cargas de manera inadecuada, o por adoptar posiciones incorrectas para realizar las tareas.	X	
RIESGO PSICOLABORAL: Por prolongados periodos de trabajo, alta carga dinámica, presión por terminar rápido, mando inadecuado, monotonía y repetitividad de las tareas, sobre turnos etc.	X	
RIESGO PÚBLICO: Asociado a atracos, robos, atentados, etc.	X	

Yo Fabio Alexander Salazar Gómez identificado con cédula de ciudadanía No. 80759438, declaro y doy testimonio que fui notificado de los riesgos a los cuales estoy expuesto de acuerdo a mi cargo y actividad a desarrollar, para constancia y prueba firmó en la ciudad Bogotá el día 4 del mes de Mayo de 2025.

Me comprometo a cumplir con las normas y procedimientos de seguridad y otras disposiciones establecidas por la empresa para prevenir la ocurrencia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Atentamente.

Firma Residente SSTMA

Fabio A. Salazar C.C 80759438

Firma y Cédula del Trabajador

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SST-FT-04 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

FECHA	1-5-25
TEMA DICTADO POR	Yasmin Barbano
DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD	40 Min.

ASPECTOS RELEVANTES DE LA NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

RIESGOS A LOS CUALES ESTÁ EXPUESTO	SI	NO
RIESGOS DE SEGURIDAD: Peligro de ser golpeado por rocas u objetos en excavaciones. Deben mantenerse atentos y seguir las normas y procedimientos seguros de trabajo.	V	
RIESGOS FÍSICOS: Ruido, vibraciones y radiaciones no ionizantes.	V	
RIESGOS QUÍMICOS: Material particulado, polvos y humos.	V	
RIESGOS MECÁNICOS: Generados por el mal uso de herramientas, máquinas o equipos, equipos sin resguardos y sin mecanismos de protección.	V	
RIESGOS LOCATIVOS: Causados por las condiciones peligrosas del terreno o de las áreas de trabajo.	V	
RIESGO BIOLÓGICO: Generado por la exposición de microorganismos patógenos en los baños, por la presencia de aguas negras, animales e insectos en las áreas de trabajo.	V	
RIESGO ELÉCTRICO: Por contactos directos o indirectos con circuitos energizados o por sobrecarga de circuitos, empalmes defectuosos, falta de polo a tierra etc.		X
RIESGO ERGONÓMICO: Por hacer levantamiento de cargas de manera inadecuada, o por adoptar posiciones incorrectas para realizar las tareas.	V	
RIESGO PSICOLABORAL: Por prolongados periodos de trabajo, alta carga dinámica, presión por terminar rápido, mando inadecuado, monotonía y repetitividad de las tareas, sobre turnos etc.	V	
RIESGO PÚBLICO: Asociado a atracos, robos, atentados, etc.	V	

Yo Carlos Javier Bejarano identificado con cédula de ciudadanía No. _____, declaro y doy testimonio que fui notificado de los riesgos a los cuales estoy expuesto de acuerdo a mi cargo y actividad a desarrollar, para constancia y prueba firmó en la ciudad Bogotá el día 5 del mes de MAYO de 2025.

Me comprometo a cumplir con las normas y procedimientos de seguridad y otras disposiciones establecidas por la empresa para prevenir la ocurrencia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Atentamente.

Firma Residente SSTMA

Firma y Cédula del Trabajador

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SST-FT-04 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

FECHA	04-05-25
TEMA DICTADO POR	Yasmin Burbano
DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD	40 Minutos

ASPECTOS RELEVANTES DE LA NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

RIESGOS A LOS CUALES ESTÁ EXPUESTO	SI	NO
RIESGOS DE SEGURIDAD: Peligro de ser golpeado por rocas u objetos en excavaciones. Deben mantenerse atentos y seguir las normas y procedimientos seguros de trabajo.	X	
RIESGOS FÍSICOS: Ruido, vibraciones y radiaciones no ionizantes.	X	
RIESGOS QUÍMICOS: Material particulado, polvos y humos.	X	X
RIESGOS MECÁNICOS: Generados por el mal uso de herramientas, máquinas o equipos, equipos sin resguardos y sin mecanismos de protección.	X	
RIESGOS LOCATIVOS: Causados por las condiciones peligrosas del terreno o de las áreas de trabajo.	X	
RIESGO BIOLÓGICO: Generado por la exposición de microorganismos patógenos en los baños, por la presencia de aguas negras, animales e insectos en las áreas de trabajo.	X	
RIESGO ELÉCTRICO: Por contactos directos o indirectos con circuitos energizados o por sobrecarga de circuitos, empalmes defectuosos, falta de polo a tierra etc.	X	
RIESGO ERGONÓMICO: Por hacer levantamiento de cargas de manera inadecuada, o por adoptar posiciones incorrectas para realizar las tareas.	X	
RIESGO PSICOLABORAL: Por prolongados periodos de trabajo, alta carga dinámica, presión por terminar rápido, mando inadecuado, monotonía y repetitividad de las tareas, sobre turnos etc.	X	
RIESGO PÚBLICO: Asociado a atracos, robos, atentados, etc.	X	

Yo Luz Mila Luengas identificado con cédula de ciudadania No. 51964759, declaro y doy testimonio que fui notificado de los riesgos a los cuales estoy expuesto de acuerdo a mi cargo y actividad a desarrollar, para constancia y prueba firmó en la ciudad Bogotá el día 4 del mes de Mayo de 2025.

Me comprometo a cumplir con las normas y procedimientos de seguridad y otras disposiciones establecidas por la empresa para prevenir la ocurrencia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Atentamente.

Firma Residente SSTMA

Firma y Cédula del Trabajador

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SST-FT-04 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

FECHA	04-5-25
TEMA DICTADO POR	YASMIN Burbano
DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD	40 Minutos

ASPECTOS RELEVANTES DE LA NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

RIESGOS A LOS CUALES ESTÁ EXPUESTO	SI	NO
RIESGOS DE SEGURIDAD: Peligro de ser golpeado por rocas u objetos en excavaciones. Deben mantenerse atentos y seguir las normas y procedimientos seguros de trabajo.	X	
RIESGOS FÍSICOS: Ruido, vibraciones y radiaciones no ionizantes.	X	
RIESGOS QUÍMICOS: Material particulado, polvos y humos.		X
RIESGOS MECÁNICOS: Generados por el mal uso de herramientas, máquinas o equipos, equipos sin resguardos y sin mecanismos de protección.		X
RIESGOS LOCATIVOS: Causados por las condiciones peligrosas del terreno o de las áreas de trabajo.	X	
RIESGO BIOLÓGICO: Generado por la exposición de microorganismos patógenos en los baños, por la presencia de aguas negras, animales e insectos en las áreas de trabajo.	X	
RIESGO ELÉCTRICO: Por contactos directos o indirectos con circuitos energizados o por sobrecarga de circuitos, empalmes defectuosos, falta de polo a tierra etc.	X	
RIESGO ERGONÓMICO: Por hacer levantamiento de cargas de manera inadecuada, o por adoptar posiciones incorrectas para realizar las tareas.	X	
RIESGO PSICOLABORAL: Por prolongados periodos de trabajo, alta carga dinámica, presión por terminar rápido, mando inadecuado, monotonía y repetitividad de las tareas, sobre turnos etc.	X	
RIESGO PÚBLICO: Asociado a atracos, robos, atentados, etc.	X	

Yo Nancy Esperanza Gómez Z. identificado con cédula de ciudadanía No. 65769815, declaro y doy testimonio que fui notificado de los riesgos a los cuales estoy expuesto de acuerdo a mi cargo y actividad a desarrollar, para constancia y prueba firmó en la ciudad Bogotá el día 4 del mes de MAYO de 2025.

Me comprometo a cumplir con las normas y procedimientos de seguridad y otras disposiciones establecidas por la empresa para prevenir la ocurrencia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Atentamente.

Firma Residente SSTMA

N. Nancy E Gómez Z.

Firma y Cédula del Trabajador

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SST-FT-04 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

FECHA	04-5-25
TEMA DICTADO POR	Yasmin Burbano
DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD	40 minutos

ASPECTOS RELEVANTES DE LA NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

RIESGOS A LOS CUALES ESTÁ EXPUESTO	SI	NO
RIESGOS DE SEGURIDAD: Peligro de ser golpeado por rocas u objetos en excavaciones. Deben mantenerse atentos y seguir las normas y procedimientos seguros de trabajo.	X	
RIESGOS FÍSICOS: Ruido, vibraciones y radiaciones no ionizantes.	X	
RIESGOS QUÍMICOS: Material particulado, polvos y humos.		X
RIESGOS MECÁNICOS: Generados por el mal uso de herramientas, máquinas o equipos, equipos sin resguardos y sin mecanismos de protección.		X
RIESGOS LOCATIVOS: Causados por las condiciones peligrosas del terreno o de las áreas de trabajo.	X	
RIESGO BIOLÓGICO: Generado por la exposición de microorganismos patógenos en los baños, por la presencia de aguas negras, animales e insectos en las áreas de trabajo.	X	
RIESGO ELÉCTRICO: Por contactos directos o indirectos con circuitos energizados o por sobrecarga de circuitos, empalmes defectuosos, falta de polo a tierra etc.		X
RIESGO ERGONÓMICO: Por hacer levantamiento de cargas de manera inadecuada, o por adoptar posiciones incorrectas para realizar las tareas.		X
RIESGO PSICOLABORAL: Por prolongados periodos de trabajo, alta carga dinámica, presión por terminar rápido, mando inadecuado, monotonía y repetitividad de las tareas, sobre turnos etc.	X	
RIESGO PÚBLICO: Asociado a atracos, robos, atentados, etc.	X	

Yo Paola Morales identificado con cédula de ciudadanía No. 1017263738, declaro y doy testimonio que fui notificado de los riesgos a los cuales estoy expuesto de acuerdo a mi cargo y actividad a desarrollar, para constancia y prueba firmó en la ciudad Bogota el día 04 del mes de Mayo de 2025

Me comprometo a cumplir con las normas y procedimientos de seguridad y otras disposiciones establecidas por la empresa para prevenir la ocurrencia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Atentamente.

Firma Residente SSTMA

Firma y Cédula del Trabajador

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SST-FT-04 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

FECHA	24-Abril-2025
TEMA DICTADO POR	YASMIN BURBANO
DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD	40 MIN

ASPECTOS RELEVANTES DE LA NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

RIESGOS A LOS CUALES ESTÁ EXPUESTO	SI	NO
RIESGOS DE SEGURIDAD: Peligro de ser golpeado por rocas u objetos en excavaciones. Deben mantenerse atentos y seguir las normas y procedimientos seguros de trabajo.	X	
RIESGOS FÍSICOS: Ruido, vibraciones y radiaciones no ionizantes.	X	
RIESGOS QUÍMICOS: Material particulado, polvos y humos.	X	
RIESGOS MECÁNICOS: Generados por el mal uso de herramientas, máquinas o equipos, equipos sin resguardos y sin mecanismos de protección.	X	
RIESGOS LOCATIVOS: Causados por las condiciones peligrosas del terreno o de las áreas de trabajo.	X	
RIESGO BIOLÓGICO: Generado por la exposición de microorganismos patógenos en los baños, por la presencia de aguas negras, animales e insectos en las áreas de trabajo.	X	
RIESGO ELÉCTRICO: Por contactos directos o indirectos con circuitos energizados o por sobrecarga de circuitos, empalmes defectuosos, falta de polo a tierra etc.	X	
RIESGO ERGONÓMICO: Por hacer levantamiento de cargas de manera inadecuada, o por adoptar posiciones incorrectas para realizar las tareas.	X	
RIESGO PSICOLABORAL: Por prolongados periodos de trabajo, alta carga dinámica, presión por terminar rápido, mando inadecuado, monotonía y repetitividad de las tareas, sobre turnos etc.	X	
RIESGO PÚBLICO: Asociado a atracos, robos, atentados, etc.	X	

Yo Carlos Vargas identificado con cédula de ciudadanía No. 80150914, declaro y doy testimonio que fui notificado de los riesgos a los cuales estoy expuesto de acuerdo a mi cargo y actividad a desarrollar, para constancia y prueba firmó en la ciudad de Bogota el día 24 del mes de Abril de 2025.

Me comprometo a cumplir con las normas y procedimientos de seguridad y otras disposiciones establecidas por la empresa para prevenir la ocurrencia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Atentamente.

Firma Residente SSTMA

Firma y Cédula del Trabajador

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SST-FT-04 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

FECHA	16 MAYO 2025
TEMA DICTADO POR	YASMIN BURBANO
DURACION DE LA ACTIVIDAD	40 MINUTOS

ASPECTOS RELEVANTES DE LA NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

RIESGOS A LOS CUALES ESTÁ EXPUESTO	SI	NO
RIESGOS DE SEGURIDAD: Peligro de ser golpeado por rocas u objetos en excavaciones. Deben mantenerse atentos y seguir las normas y procedimientos seguros de trabajo.	X	
RIESGOS FÍSICOS: Ruido, vibraciones y radiaciones no ionizantes.	X	
RIESGOS QUÍMICOS: Material particulado, polvos y humos.	X	
RIESGOS MECÁNICOS: Generados por el mal uso de herramientas, máquinas o equipos, equipos sin resguardos y sin mecanismos de protección.	X	
RIESGOS LOCATIVOS: Causados por las condiciones peligrosas del terreno o de las áreas de trabajo.	X	
RIESGO BIOLÓGICO: Generado por la exposición de microorganismos patógenos en los baños, por la presencia de aguas negras, animales e insectos en las áreas de trabajo.	X	
RIESGO ELÉCTRICO: Por contactos directos o indirectos con circuitos energizados o por sobrecarga de circuitos, empalmes defectuosos, falta de polo a tierra etc.		X
RIESGO ERGONÓMICO: Por hacer levantamiento de cargas de manera inadecuada, o por adoptar posiciones incorrectas para realizar las tareas.	X	
RIESGO PSICOLABORAL: Por prolongados periodos de trabajo, alta carga dinámica, presión por terminar rápido, mando inadecuado, monotonía y repetitividad de las tareas, sobre turnos etc.	X	
RIESGO PÚBLICO: Asociado a atracos, robos, atentados, etc.	X	

Yo DUVAN RUBIANO identificado con cédula de ciudadanía No. 1023903332., declaro y doy testimonio que fui notificado de los riesgos a los cuales estoy expuesto de acuerdo a mi cargo y actividad a desarrollar, para constancia y prueba firmó en la ciudad BOGOTA el día 16 del mes de MAYO de 2025

Me comprometo a cumplir con las normas y procedimientos de seguridad y otras disposiciones establecidas por la empresa para prevenir la ocurrencia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Atentamente.

Firma Residente SSTMA

DUVAN RUBIANO 1023903332

Firma y Cédula del Trabajador

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SST-FT-04 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

FECHA	22-5-25
TEMA DICTADO POR	Yasmin Barbano
DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD	40 MINUTOS

ASPECTOS RELEVANTES DE LA NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

RIESGOS A LOS CUALES ESTÁ EXPUESTO	SI	NO
RIESGOS DE SEGURIDAD: Peligro de ser golpeado por rocas u objetos en excavaciones. Deben mantenerse atentos y seguir las normas y procedimientos seguros de trabajo.	X	
RIESGOS FÍSICOS: Ruido, vibraciones y radiaciones no ionizantes.	X	
RIESGOS QUÍMICOS: Material particulado, polvos y humos.		X
RIESGOS MECÁNICOS: Generados por el mal uso de herramientas, máquinas o equipos, equipos sin resguardos y sin mecanismos de protección.	X	
RIESGOS LOCATIVOS: Causados por las condiciones peligrosas del terreno o de las áreas de trabajo.	X	
RIESGO BIOLÓGICO: Generado por la exposición de microorganismos patógenos en los baños, por la presencia de aguas negras, animales e insectos en las áreas de trabajo.	X	
RIESGO ELÉCTRICO: Por contactos directos o indirectos con circuitos energizados o por sobrecarga de circuitos, empalmes defectuosos, falta de polo a tierra etc.		X
RIESGO ERGONÓMICO: Por hacer levantamiento de cargas de manera inadecuada, o por adoptar posiciones incorrectas para realizar las tareas.	X	
RIESGO PSICOLABORAL: Por prolongados periodos de trabajo, alta carga dinámica, presión por terminar rápido, mando inadecuado, monotonía y repetitividad de las tareas, sobre turnos etc.	X	
RIESGO PÚBLICO: Asociado a atracos, robos, atentados, etc.	X	

Yo Angie Alvarado identificado con cédula de ciudadanía No. 1014736681, declaro y doy testimonio que fui notificado de los riesgos a los cuales estoy expuesto de acuerdo a mi cargo y actividad a desarrollar, para constancia y prueba firmó en la ciudad Bogotá el día 22 del mes de Mayo de 2025.

Me comprometo a cumplir con las normas y procedimientos de seguridad y otras disposiciones establecidas por la empresa para prevenir la ocurrencia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Atentamente.

Firma Residente SSTMA

Angie Alvarado 1014736681.

Firma y Cédula del Trabajador

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SST-FT-04 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

FECHA	22-5-25
TEMA DICTADO POR	YASMIN RUBIANO
DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD	40 MINUTOS

ASPECTOS RELEVANTES DE LA NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

RIESGOS A LOS CUALES ESTÁ EXPUESTO	SI	NO
RIESGOS DE SEGURIDAD: Peligro de ser golpeado por rocas u objetos en excavaciones. Deben mantenerse atentos y seguir las normas y procedimientos seguros de trabajo.	X	
RIESGOS FÍSICOS: Ruido, vibraciones y radiaciones no ionizantes.	X	
RIESGOS QUÍMICOS: Material particulado, polvos y humos.	X	
RIESGOS MECÁNICOS: Generados por el mal uso de herramientas, máquinas o equipos, equipos sin resguardos y sin mecanismos de protección.	X	
RIESGOS LOCATIVOS: Causados por las condiciones peligrosas del terreno o de las áreas de trabajo.	X	
RIESGO BIOLÓGICO: Generado por la exposición de microorganismos patógenos en los baños, por la presencia de aguas negras, animales e insectos en las áreas de trabajo.	X	
RIESGO ELÉCTRICO: Por contactos directos o indirectos con circuitos energizados o por sobrecarga de circuitos, empalmes defectuosos, falta de polo a tierra etc.		X
RIESGO ERGONÓMICO: Por hacer levantamiento de cargas de manera inadecuada, o por adoptar posiciones incorrectas para realizar las tareas.	X	
RIESGO PSICOLABORAL: Por prolongados periodos de trabajo, alta carga dinámica, presión por terminar rápido, mando inadecuado, monotonía y repetitividad de las tareas, sobre turnos etc.	X	
RIESGO PÚBLICO: Asociado a atracos, robos, atentados, etc.	X	

Yo Alfonso Bustos identificado con cédula de ciudadanía No. 2777804, declaro y doy testimonio que fui notificado de los riesgos a los cuales estoy expuesto de acuerdo a mi cargo y actividad a desarrollar, para constancia y prueba firmó en la ciudad Bogotá el día 22 del mes de Mayo de 2025.

Me comprometo a cumplir con las normas y procedimientos de seguridad y otras disposiciones establecidas por la empresa para prevenir la ocurrencia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Atentamente.

Firma Residente SSTMA

Firma y Cédula del Trabajador

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SST-FT-04 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

FECHA	1-4-25
TEMA DICTADO POR	YASMIN BURBANO
DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD	40 MINUTOS

ASPECTOS RELEVANTES DE LA NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

RIESGOS A LOS CUALES ESTÁ EXPUESTO	SI	NO
RIESGOS DE SEGURIDAD: Peligro de ser golpeado por rocas u objetos en excavaciones. Deben mantenerse atentos y seguir las normas y procedimientos seguros de trabajo.	X	
RIESGOS FÍSICOS: Ruido, vibraciones y radiaciones no ionizantes.	X	
RIESGOS QUÍMICOS: Material particulado, polvos y humos.	X	
RIESGOS MECÁNICOS: Generados por el mal uso de herramientas, máquinas o equipos, equipos sin resguardos y sin mecanismos de protección.	X	
RIESGOS LOCATIVOS: Causados por las condiciones peligrosas del terreno o de las áreas de trabajo.	X	
RIESGO BIOLÓGICO: Generado por la exposición de microorganismos patógenos en los baños, por la presencia de aguas negras, animales e insectos en las áreas de trabajo.	X	
RIESGO ELÉCTRICO: Por contactos directos o indirectos con circuitos energizados o por sobrecarga de circuitos, empalmes defectuosos, falta de polo a tierra etc.	X	
RIESGO ERGONÓMICO: Por hacer levantamiento de cargas de manera inadecuada, o por adoptar posiciones incorrectas para realizar las tareas.	X	
RIESGO PSICOLABORAL: Por prolongados periodos de trabajo, alta carga dinámica, presión por terminar rápido, mando inadecuado, monotonía y repetitividad de las tareas, sobre turnos etc.	X	
RIESGO PÚBLICO: Asociado a atracos, robos, atentados, etc.	X	

Yo Keren Ojeda identificado con cédula de ciudadanía No. 1014938008, declaro y doy testimonio que fui notificado de los riesgos a los cuales estoy expuesto de acuerdo a mi cargo y actividad a desarrollar, para constancia y prueba firmó en la ciudad Bogotá el día 1 del mes de Abril de 2025

Me comprometo a cumplir con las normas y procedimientos de seguridad y otras disposiciones establecidas por la empresa para prevenir la ocurrencia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Atentamente.

Firma Residente SSTMA

KEREN OJEDA

Firma y Cédula del Trabajador

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SST-FT-04 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

FECHA	10-5-25
TEMA DICTADO POR	Yasmin Burbano
DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD	40 minutos

ASPECTOS RELEVANTES DE LA NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO	SI	NO
RIESGOS DE SEGURIDAD: Peligro de ser golpeado por rocas u objetos en excavaciones. Deben mantenerse atentos y seguir las normas y procedimientos seguros de trabajo.	X	
RIESGOS FÍSICOS: Ruido, vibraciones y radiaciones no ionizantes.	X	
RIESGOS QUÍMICOS: Material particulado, polvos y humos.	X	
RIESGOS MECÁNICOS: Generados por el mal uso de herramientas, máquinas o equipos, equipos sin resguardos y sin mecanismos de protección.	X	
RIESGOS LOCATIVOS: Causados por las condiciones peligrosas del terreno o de las áreas de trabajo.	X	
RIESGO BIOLÓGICO: Generado por la exposición de microorganismos patógenos en los baños, por la presencia de aguas negras, animales e insectos en las áreas de trabajo.	X	
RIESGO ELÉCTRICO: Por contactos directos o indirectos con circuitos energizados o por sobrecarga de circuitos, empalmes defectuosos, falta de polo a tierra etc.		X
RIESGO ERGONÓMICO: Por hacer levantamiento de cargas de manera inadecuada, o por adoptar posiciones incorrectas para realizar las tareas.	X	
RIESGO PSICOLABORAL: Por prolongados periodos de trabajo, alta carga dinámica, presión por terminar rápido, mando inadecuado, monotonía y repetitividad de las tareas, sobre turnos etc.	X	
RIESGO PÚBLICO: Asociado a atracos, robos, atentados, etc.	X	

Yo Yuly Jaramillo identificado con cédula de ciudadanía No. 32907266, declaro y doy testimonio que fui notificado de los riesgos a los cuales estoy expuesto de acuerdo a mi cargo y actividad a desarrollar, para constancia y prueba firmó en la ciudad Bogota el día 10 del mes de Mayo de 2025

Me comprometo a cumplir con las normas y procedimientos de seguridad y otras disposiciones establecidas por la empresa para prevenir la ocurrencia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Atentamente.

Firma Residente SSTMA

Firma y Cédula del Trabajador

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SST-FT-04 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

FECHA	16.05.2025
TEMA DICTADO POR	yasmin barbuno
DURACION DE LA ACTIVIDAD	40 minutos

ASPECTOS RELEVANTES DE LA NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO	SI	NO
RIESGOS DE SEGURIDAD: Peligro de ser golpeado por rocas u objetos en excavaciones. Deben mantenerse atentos y seguir las normas y procedimientos seguros de trabajo.	X	
RIESGOS FÍSICOS: Ruido, vibraciones y radiaciones no ionizantes.	X	
RIESGOS QUÍMICOS: Material particulado, polvos y humos.	X	
RIESGOS MECÁNICOS: Generados por el mal uso de herramientas, máquinas o equipos, equipos sin resguardos y sin mecanismos de protección.	X	
RIESGOS LOCATIVOS: Causados por las condiciones peligrosas del terreno o de las áreas de trabajo.	X	
RIESGO BIOLÓGICO: Generado por la exposición de microorganismos patógenos en los baños, por la presencia de aguas negras, animales e insectos en las áreas de trabajo.	X	
RIESGO ELÉCTRICO: Por contactos directos o indirectos con circuitos energizados o por sobrecarga de circuitos, empalmes defectuosos, falta de polo a tierra etc.		X
RIESGO ERGONÓMICO: Por hacer levantamiento de cargas de manera inadecuada, o por adoptar posiciones incorrectas para realizar las tareas.	X	
RIESGO PSICOLABORAL: Por prolongados periodos de trabajo, alta carga dinámica, presión por terminar rápido, mando inadecuado, monotonía y repetitividad de las tareas, sobre turnos etc.	X	
RIESGO PÚBLICO: Asociado a atracos, robos, atentados, etc.	X	

Yo williams andres riscanbo muños identificado con cédula de ciudadanía No. 1117552197, declaro y doy testimonio que fui notificado de los riesgos a los cuales estoy expuesto de acuerdo a mi cargo y actividad a desarrollar, para constancia y prueba firmó en la ciudad villanueva el día 16. del mes de mayo de 2024.

Me comprometo a cumplir con las normas y procedimientos de seguridad y otras disposiciones establecidas por la empresa para prevenir la ocurrencia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Atentamente.

Firma Residente SSTMA

williams andres muños 1117552197
Firma y Cédula del Trabajador

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SST-FT-04 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

FECHA	22-05-2025
TEMA DICTADO POR	YASMIN BURBANO
DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD	40 minutos

ASPECTOS RELEVANTES DE LA NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

RIESGOS A LOS CUALES ESTÁ EXPUESTO	SI	NO
RIESGOS DE SEGURIDAD: Peligro de ser golpeado por rocas u objetos en excavaciones. Deben mantenerse atentos y seguir las normas y procedimientos seguros de trabajo.	X	
RIESGOS FÍSICOS: Ruido, vibraciones y radiaciones no ionizantes.	X	
RIESGOS QUÍMICOS: Material particulado, polvos y humos.	X	
RIESGOS MECÁNICOS: Generados por el mal uso de herramientas, máquinas o equipos, equipos sin resguardos y sin mecanismos de protección.	X	
RIESGOS LOCATIVOS: Causados por las condiciones peligrosas del terreno o de las áreas de trabajo.	X	
RIESGO BIOLÓGICO: Generado por la exposición de microorganismos patógenos en los baños, por la presencia de aguas negras, animales e insectos en las áreas de trabajo.	X	
RIESGO ELÉCTRICO: Por contactos directos o indirectos con circuitos energizados o por sobrecarga de circuitos, empalmes defectuosos, falta de polo a tierra etc.	X	
RIESGO ERGONÓMICO: Por hacer levantamiento de cargas de manera inadecuada, o por adoptar posiciones incorrectas para realizar las tareas.	X	
RIESGO PSICOLABORAL: Por prolongados periodos de trabajo, alta carga dinámica, presión por terminar rápido, mando inadecuado, monotonía y repetitividad de las tareas, sobre turnos etc.	X	
RIESGO PÚBLICO: Asociado a atracos, robos, atentados, etc.	X	

Yo • Edwin HERRERA identificado con cédula de ciudadanía No. • 1044906687, declaro y doy testimonio que fui notificado de los riesgos a los cuales estoy expuesto de acuerdo a mi cargo y actividad a desarrollar, para constancia y prueba firmó en la ciudad Bogotá el día 22 del mes de 5 de 2025.

Me comprometo a cumplir con las normas y procedimientos de seguridad y otras disposiciones establecidas por la empresa para prevenir la ocurrencia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Atentamente.

Firma Residente SSTMA

• Edwin H

Firma y Cédula del Trabajador

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SST-FT-04 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

FECHA	22-5-25
TEMA DICTADO POR	YUSMIN BURBANO
DURACION DE LA ACTIVIDAD	40 MINUTOS

ASPECTOS RELEVANTES DE LA NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

RIESGOS A LOS CUALES ESTÁ EXPUESTO	SI	NO
RIESGOS DE SEGURIDAD: Peligro de ser golpeado por rocas u objetos en excavaciones. Deben mantenerse atentos y seguir las normas y procedimientos seguros de trabajo.	X	
RIESGOS FÍSICOS: Ruido, vibraciones y radiaciones no ionizantes.	X	
RIESGOS QUÍMICOS: Material particulado, polvos y humos.	X	
RIESGOS MECÁNICOS: Generados por el mal uso de herramientas, máquinas o equipos, equipos sin resguardos y sin mecanismos de protección.	X	
RIESGOS LOCATIVOS: Causados por las condiciones peligrosas del terreno o de las áreas de trabajo.	X	
RIESGO BIOLÓGICO: Generado por la exposición de microorganismos patógenos en los baños, por la presencia de aguas negras, animales e insectos en las áreas de trabajo.	X	
RIESGO ELÉCTRICO: Por contactos directos o indirectos con circuitos energizados o por sobrecarga de circuitos, empalmes defectuosos, falta de polo a tierra etc.	X	
RIESGO ERGONÓMICO: Por hacer levantamiento de cargas de manera inadecuada, o por adoptar posiciones incorrectas para realizar las tareas.	X	
RIESGO PSICOLABORAL: Por prolongados periodos de trabajo, alta carga dinámica, presión por terminar rápido, mando inadecuado, monotonía y repetitividad de las tareas, sobre turnos etc.	X	
RIESGO PÚBLICO: Asociado a atracos, robos, atentados, etc.	X	

Yo Jesus Daniel Garcia H. identificado con cédula de ciudadanía No. 1085042995, declaro y doy testimonio que fui notificado de los riesgos a los cuales estoy expuesto de acuerdo a mi cargo y actividad a desarrollar, para constancia y prueba firmó en la ciudad Bogotá el día 22 del mes de Mayo de 2025

Me comprometo a cumplir con las normas y procedimientos de seguridad y otras disposiciones establecidas por la empresa para prevenir la ocurrencia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Atentamente.

Firma Residente SSTMA

Jesus Daniel Garcia Hernandez
1085042995

Firma y Cédula del Trabajador

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SST-FT-04 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

FECHA	27-05-2025
TEMA DICTADO POR	
DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD	

ASPECTOS RELEVANTES DE LA NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

RIESGOS A LOS CUALES ESTÁ EXPUESTO	SI	NO
RIESGOS DE SEGURIDAD: Peligro de ser golpeado por rocas u objetos en excavaciones. Deben mantenerse atentos y seguir las normas y procedimientos seguros de trabajo.	X	
RIESGOS FÍSICOS: Ruido, vibraciones y radiaciones no ionizantes.	X	
RIESGOS QUÍMICOS: Material particulado, polvos y humos.		X
RIESGOS MECÁNICOS: Generados por el mal uso de herramientas, máquinas o equipos, equipos sin resguardos y sin mecanismos de protección.	X	
RIESGOS LOCATIVOS: Causados por las condiciones peligrosas del terreno o de las áreas de trabajo.	X	
RIESGO BIOLÓGICO: Generado por la exposición de microorganismos patógenos en los baños, por la presencia de aguas negras, animales e insectos en las áreas de trabajo.	X	
RIESGO ELÉCTRICO: Por contactos directos o indirectos con circuitos energizados o por sobrecarga de circuitos, empalmes defectuosos, falta de polo a tierra etc.	X	
RIESGO ERGONÓMICO: Por hacer levantamiento de cargas de manera inadecuada, o por adoptar posiciones incorrectas para realizar las tareas.	X	
RIESGO PSICOLABORAL: Por prolongados periodos de trabajo, alta carga dinámica, presión por terminar rápido, mando inadecuado, monotonía y repetitividad de las tareas, sobre turnos etc.		X
RIESGO PÚBLICO: Asociado a atracos, robos, atentados, etc.	X	

Yo Gustavo Linares identificado con cédula de ciudadanía No. 1.073.676.732, declaro y doy testimonio que fui notificado de los riesgos a los cuales estoy expuesto de acuerdo a mi cargo y actividad a desarrollar, para constancia y prueba firmó en la ciudad Bogotá el día 27 del mes de Mayo de 2025.

Me comprometo a cumplir con las normas y procedimientos de seguridad y otras disposiciones establecidas por la empresa para prevenir la ocurrencia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Atentamente.

Firma Residente SSTMA

Gustavo Linares

Firma y Cédula del Trabajador

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SST-FT-04 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

FECHA	27-5-25
TEMA DICTADO POR	Yasmin Burbano
DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD	40 minutos

ASPECTOS RELEVANTES DE LA NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

RIESGOS A LOS CUALES ESTÁ EXPUESTO	SI	NO
RIESGOS DE SEGURIDAD: Peligro de ser golpeado por rocas u objetos en excavaciones. Deben mantenerse atentos y seguir las normas y procedimientos seguros de trabajo.	X	
RIESGOS FÍSICOS: Ruido, vibraciones y radiaciones no ionizantes.	X	
RIESGOS QUÍMICOS: Material particulado, polvos y humos.	X	
RIESGOS MECÁNICOS: Generados por el mal uso de herramientas, máquinas o equipos, equipos sin resguardos y sin mecanismos de protección.	X	
RIESGOS LOCATIVOS: Causados por las condiciones peligrosas del terreno o de las áreas de trabajo.	X	
RIESGO BIOLÓGICO: Generado por la exposición de microorganismos patógenos en los baños, por la presencia de aguas negras, animales e insectos en las áreas de trabajo.	X	
RIESGO ELÉCTRICO: Por contactos directos o indirectos con circuitos energizados o por sobrecarga de circuitos, empalmes defectuosos, falta de polo a tierra etc.		X
RIESGO ERGONÓMICO: Por hacer levantamiento de cargas de manera inadecuada, o por adoptar posiciones incorrectas para realizar las tareas.	X	
RIESGO PSICOLABORAL: Por prolongados periodos de trabajo, alta carga dinámica, presión por terminar rápido, mando inadecuado, monotonía y repetitividad de las tareas, sobre turnos etc.	X	
RIESGO PÚBLICO: Asociado a atracos, robos, atentados, etc.	X	

Yo Norberto Aníbal Urrego identificado con cédula de ciudadanía No. 94.324.950, declaro y doy testimonio que fui notificado de los riesgos a los cuales estoy expuesto de acuerdo a mi cargo y actividad a desarrollar, para constancia y prueba firmó en la ciudad Bogotá el día 27 del mes de Mayo 2025.

Me comprometo a cumplir con las normas y procedimientos de seguridad y otras disposiciones establecidas por la empresa para prevenir la ocurrencia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Atentamente.

Firma Residente SSTMA

NORBERTO URREGO

Firma y Cédula del Trabajador

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SST-FT-04 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

FECHA	28/05/25
TEMA DICTADO POR	JASMIN BUITRAGO
DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD	40 MINUTOS

ASPECTOS RELEVANTES DE LA NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

RIESGOS A LOS CUALES ESTÁ EXPUESTO	SI	NO
RIESGOS DE SEGURIDAD: Peligro de ser golpeado por rocas u objetos en excavaciones. Deben mantenerse atentos y seguir las normas y procedimientos seguros de trabajo.	+	
RIESGOS FÍSICOS: Ruido, vibraciones y radiaciones no ionizantes.	+	
RIESGOS QUÍMICOS: Material particulado, polvos y humos.		+
RIESGOS MECÁNICOS: Generados por el mal uso de herramientas, máquinas o equipos, equipos sin resguardos y sin mecanismos de protección.	+	
RIESGOS LOCATIVOS: Causados por las condiciones peligrosas del terreno o de las áreas de trabajo.	+	
RIESGO BIOLÓGICO: Generado por la exposición de microorganismos patógenos en los baños, por la presencia de aguas negras, animales e insectos en las áreas de trabajo.	+	
RIESGO ELÉCTRICO: Por contactos directos o indirectos con circuitos energizados o por sobrecarga de circuitos, empalmes defectuosos, falta de polo a tierra etc.		+
RIESGO ERGONÓMICO: Por hacer levantamiento de cargas de manera inadecuada, o por adoptar posiciones incorrectas para realizar las tareas.	+	
RIESGO PSICOLABORAL: Por prolongados periodos de trabajo, alta carga dinámica, presión por terminar rápido, mando inadecuado, monotonía y repetitividad de las tareas, sobre turnos etc.	+	
RIESGO PÚBLICO: Asociado a atracos, robos, atentados, etc.	+	

Yo EDWIN RUBIANO identificado con cédula de ciudadanía No. 1023888276, declaro y doy testimonio que fui notificado de los riesgos a los cuales estoy expuesto de acuerdo a mi cargo y actividad a desarrollar, para constancia y prueba firmó en la ciudad BOGOTÁ el día 28/05/25 del mes de 05 de 2025

Me comprometo a cumplir con las normas y procedimientos de seguridad y otras disposiciones establecidas por la empresa para prevenir la ocurrencia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Atentamente.

Firma Residente SSTMA

1023888276

Firma y Cédula del Trabajador

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SST-FT-04 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

FECHA	29-5-25
TEMA DICTADO POR	Yasmin Bulbaro
DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD	40 minutos

ASPECTOS RELEVANTES DE LA NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO	SI	NO
RIESGOS DE SEGURIDAD: Peligro de ser golpeado por rocas u objetos en excavaciones. Deben mantenerse atentos y seguir las normas y procedimientos seguros de trabajo.	X	
RIESGOS FÍSICOS: Ruido, vibraciones y radiaciones no ionizantes.	X	
RIESGOS QUÍMICOS: Material particulado, polvos y humos.	X	
RIESGOS MECÁNICOS: Generados por el mal uso de herramientas, máquinas o equipos, equipos sin resguardos y sin mecanismos de protección.	X	
RIESGOS LOCATIVOS: Causados por las condiciones peligrosas del terreno o de las áreas de trabajo.	X	
RIESGO BIOLÓGICO: Generado por la exposición de microorganismos patógenos en los baños, por la presencia de aguas negras, animales e insectos en las áreas de trabajo.	X	
RIESGO ELÉCTRICO: Por contactos directos o indirectos con circuitos energizados o por sobrecarga de circuitos, empalmes defectuosos, falta de polo a tierra etc.		X
RIESGO ERGONÓMICO: Por hacer levantamiento de cargas de manera inadecuada, o por adoptar posiciones incorrectas para realizar las tareas.	X	
RIESGO PSICOLABORAL: Por prolongados periodos de trabajo, alta carga dinámica, presión por terminar rápido, mando inadecuado, monotonía y repetitividad de las tareas, sobre turnos etc.	X	
RIESGO PÚBLICO: Asociado a atracos, robos, atentados, etc.	X	

Yo Luis Eduardo Acuña identificado con cédula de ciudadanía No. 91973174, declaro y doy testimonio que fui notificado de los riesgos a los cuales estoy expuesto de acuerdo a mi cargo y actividad a desarrollar, para constancia y prueba firmó en la ciudad Bogota el día 29 del mes de Mayo. 2025.

Me comprometo a cumplir con las normas y procedimientos de seguridad y otras disposiciones establecidas por la empresa para prevenir la ocurrencia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Atentamente.

Firma Residente SSTMA

Firma y Cédula del Trabajador

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SST-FT-04 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

FECHA	30-5-25
TEMA DICTADO POR	Yasmin Barbano
DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD	40 Minutos

ASPECTOS RELEVANTES DE LA NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

RIESGOS A LOS CUALES ESTÁ EXPUESTO	SI	NO
RIESGOS DE SEGURIDAD: Peligro de ser golpeado por rocas u objetos en excavaciones. Deben mantenerse atentos y seguir las normas y procedimientos seguros de trabajo.	X	
RIESGOS FÍSICOS: Ruido, vibraciones y radiaciones no ionizantes.	X	
RIESGOS QUÍMICOS: Material particulado, polvos y humos.	X	
RIESGOS MECÁNICOS: Generados por el mal uso de herramientas, máquinas o equipos, equipos sin resguardos y sin mecanismos de protección.	X	
RIESGOS LOCATIVOS: Causados por las condiciones peligrosas del terreno o de las áreas de trabajo.	X	
RIESGO BIOLÓGICO: Generado por la exposición de microorganismos patógenos en los baños, por la presencia de aguas negras, animales e insectos en las áreas de trabajo.	X	
RIESGO ELÉCTRICO: Por contactos directos o indirectos con circuitos energizados o por sobrecarga de circuitos, empalmes defectuosos, falta de polo a tierra etc.	X	
RIESGO ERGONÓMICO: Por hacer levantamiento de cargas de manera inadecuada, o por adoptar posiciones incorrectas para realizar las tareas.	X	
RIESGO PSICOLABORAL: Por prolongados periodos de trabajo, alta carga dinámica, presión por terminar rápido, mando inadecuado, monotonía y repetitividad de las tareas, sobre turnos etc.	X	
RIESGO PÚBLICO: Asociado a atracos, robos, atentados, etc.	X	

Yo Mio Sebastian Bermeo identificado con cédula de ciudadanía No. 1001197750, declaro y doy testimonio que fui notificado de los riesgos a los cuales estoy expuesto de acuerdo a mi cargo y actividad a desarrollar, para constancia y prueba firmó en la ciudad Bogotá el día 30 del mes de 5 2025.

Me comprometo a cumplir con las normas y procedimientos de seguridad y otras disposiciones establecidas por la empresa para prevenir la ocurrencia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Atentamente.

Firma Residente SSTMA

Sebastian B. M

Firma y Cédula del Trabajador

	ACTA DE CONFORMACIÓN DE BRIGADAS	SST-FT-34 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

1. Funciones, responsabilidades y niveles de autoridad de los integrantes
2. Elección de los cargos (por votación entre los participantes, postulación voluntaria o propuesta entre los participantes)
3. Aceptación de los cargos
4. Actividades posteriores a realizar:
    a. Diligenciamiento de Hoja de Vida
5. Cierre de la reunión Previa socialización de las funciones, responsabilidades, niveles de autoridad, elección y aceptación de los cargos dentro del total de los trabajadores de la Empresa inscritos, se convocó a la reunión para elección de la Brigada de Emergencias, resultandos elegidos, las siguientes personas:

El personal de ***CONSORCIO SUBA MT***, para cumplir los requisitos del Decreto 1072 de 2015, Artículo 2.2.4.6.25, se reunió el día 23-5-25 del 2023, para conformar la brigada de emergencia de acuerdo a la convocatoria y a las aptitudes de cada trabajador postulado, quedando conformada de la siguiente forma:

Jefes de Brigada	Brigadistas de Primeros Auxilios	Brigadistas Contra incendios	Brigadistas de Evacuación	Brigadistas de Comunicaciones
Oscar Moreno	Yasmin Burbano	Daniel Sosa	Tito Murillo	Daniel Fajardo

Para constancia de lo anterior se firma a los 23 días del mes de Mayo del 2025 por sus miembros.

	ACTA DE CONFORMACIÓN DE BRIGADAS	SST-FT-34 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

CONFORMACIÓN DE BRIGADAS

Nombre	Dirección y/o Coordinación	Firma
Oscar Moreno	Jefes de Brigada	
Yasmin Burbano	Brigadistas de Primeros Auxilios	
Daniel Sosa	Brigadistas Contra incendios	Daniel Sosa
Tito Murillo	Brigadistas de Evacuación	
Daniel Fajardo	Brigadistas de Comunicaciones	Daniel Fajardo Castaneda

OSCAR JULIAN MORENO
Representante Legal

	Acta de Constitución del Comité de Convivencia Laboral	Código: SST-FT-4.7 Fecha: 01-Abr-2025 Versión: 01

CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL

El representante legal y los trabajadores de CONSORCIO SUBA MT., para conformar el comité de convivencia laboral de acuerdo con lo establecido en la resolución 652 y 1356 de 2012, normatividad aplicable y a partir de la cual se orientan las funciones y el alcance de este comité.

En esta reunión, se designaron representantes del empleador y representantes de los trabajadores.

Por una parte, el señor CONSORCIO SUBA MT, en su calidad de representante legal de la empresa nombró como sus representantes a:

NOMBRE	CEDULA	PRINCIPAL	SUPLENTE
Eynny Zuley Eslava	1052383452		X
Paola Copaban	52335172	X	

Por otra parte, en votación llevada a cabo por los trabajadores en el mes de mayo de 2025, se designó a:

NOMBRE	CEDULA	PRINCIPAL	SUPLENTE
Daniel Sosa	80250145	X	
Tito Murillo	19461616		X

El periodo de los miembros del COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL, será por la ejecución del OCP-1013-2024, a partir de la fecha de suscripción del presente documento.

Durante esta sesión, en consenso se decide designar al presidente y al secretario del comité, quedando de la siguiente manera:

	Formato Acta de conformación COPASST	Código: SST-FT-54 Fecha: 01-Abr-2025 Versión: 01

ACTA DE CONFORMACIÓN DEL COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO O VIGIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

EMPRESA Consorcio Suba MT
PERIODO Mayo 2023 - Mayo 2026.

El día 23-05 se eligió el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo o el vigía de seguridad y salud en el trabajo dando así cumplimiento a las exigencias de la Resolución 2013 de 1986, al Decreto 1295 de 1994 y a la División de Salud Ocupacional del Ministerio de Protección Social.

La modalidad utilizada para su elección fue Presencial

Resultaron elegidos Por parte de gerencia: Javier Ramirez y Daniel Tafalla y Por parte de los trabajadores Daniel Sosa y Fito Murillo

El número de votos obtenidos fue 17

El representante legal de la empresa designa a Javier Ramirez
Como presidente del comité y por votación del comité se nombra a Yasmin Burbano.
Como secretario (a) del mismo.

Oscar Moreno.
Nombre y Firma del Coordinador de la mesa de votación

Nombre y Firma del Colaborador de la mesa de votación

	Acta de Constitución del Comité de Convivencia Laboral	Código: SST-FT-47 Fecha: 01-Abr-2025 Versión: 01

Presidente del Comité:

Nombre: Javier Ramirez.
Documento de identidad: CC
No. Documento de identidad: 80051646
Teléfono de contacto: 3115002697

Secretario del Comité

Nombre: Yasmin Burbano
Documento de identidad: CC
No. Documento de identidad: 1123325183
Teléfono de contacto: 3209020238

En prueba de conformidad se firman dos ejemplares de un mismo tenor, en la ciudad de Bogotá D.C., a los 20 días del mes de Mayo, del año 2025.

Firmas:

Por el empleador:

NOMBRE	FIRMA
1. Eynny Zulay Eslava	
2. Paola Copaban	

Por los trabajadores:

NOMBRE	FIRMA
1. Yeison Daniel Sosa	Daniel Sosa
2. Tito Isidro Murillo	Murillo tito

AXA COLPATRIA

CERTIFICACIÓN DE ACCIDENTES

Nos permitimos certificar que la empresa ICOD CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS SAS identificada con NIT 901172605 y número de afiliación 9003485 no reportó ningún accidente de trabajo durante el periodo de radicación comprendido entre 01/05/2025 y 28/05/2025 a la ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES AXA COLPATRIA.

Documento generado a través de la página de internet www.axacolpatria.co a los 28 días del mes de mayo del 2025 a las 09:14:19.

Cordialmente,



DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONOMICAS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

Medellín, 5 de junio de 2025

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. - ARL SURA S.A.

HACE CONSTAR

Que la empresa CONSORCIO SUBA MT, NIT N901902678, no presenta accidentes de trabajo desde el 01 de mayo de 2025 hasta el 31 de mayo de 2025, para los centros de trabajo seleccionados:

Nombre Centro de Trabajo	Código Centro de Trabajo
OBRA	0000000002
PRINCIPAL BOGOTA DC	0000000001

La presente constancia se expide a solicitud de la empresa.

Para información adicional puede comunicarse con nuestra Línea de Atención 018000 51

Atentamente,

Dirección de Higiene, Seguridad y Ambiente

Dirección IP: 200.118.62.38, 192.230.104.6, 172.16.42.57.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 28 de mayo de 2025

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. - ARL SURA S.A.

HACE CONSTAR

Que la empresa OUTSOURCING DF SAS, NIT N901879303, no presenta accidentes de trabajo desde el 01 de mayo de 2025 hasta el 28 de mayo de 2025, para los centros de trabajo seleccionados:

Nombre Centro de Trabajo	Código Centro de Trabajo
PRINCIPAL BOGOTA DC	0000000001
SUBA MANTENIMIENTO DE PARQUES	0000000003
ADMINISTRATVO	0000000002

La presente constancia se expide a solicitud de la empresa.

Para información adicional puede comunicarse con nuestra Línea de Atención 018000 51

Atentamente,

Dirección de Higiene, Seguridad y Ambiente

Dirección IP: 181.61.246.54, 198.143.41.18, 172.16.42.57.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

AXA COLPATRIA

CERTIFICACIÓN DE ACCIDENTES

Imagen 1. Cerramiento perimetral CIV 32 Codigo:11004274	Imagen 2. Cerramiento perimetral CIV 32 Codigo:11004274
	
Imagen 3. Cerramiento perimetral CIV 32 Codigo:11004274	Imagen 4. Cerramiento perimetral CIV 32 Codigo:11004274
	

Imagen 5. Almacenamiento de herramienta	Imagen 5.1. Almacenamiento de herramienta
	
Imagen 7. Uso de EPP CIV 32 Codigo:11004274	Imagen 8. Uso de EPP CIV 32 Codigo:11004274
	

Imagen 9. Entrega de EPPS	Imagen 9-1. Entrega de EPPS
































Imagen 12. Hidratación	Imagen 14. Carteleras SST
	
Imagen 15. Señalización	**Imagen 16. Señalización**
	


PROHIBIDO
USAR
HERRAMIENTAS
DEFECTUOSAS


USAR
MASK








LAVADO DE
MANOS


RUTA DE EVACUACION
21/05/2025 11:44:17 a. m.
157A-69 Calle 136d
Suba
Bogotá


21/05/2025 11:42:03 a. m.
157A-69 Calle 136d
Suba
Bogotá




RIESGO ELECTRICO
21/05/2025 11:41:24 a. m.
157A-69 Calle 136d
Suba
Bogotá

Imagen 17. Elementos de emergencia	Imagen 18. Elementos de emergencia
 	 

Imagen 21. Señalización CIV 32	Imagen 22. Señalización CIV 32





















Imagen 23. Identificación Personal	Imagen 24. Identificación Personal














Imagen 23. Capacitación	Imagen 24. Capacitación
 	 

Imagen 21. Capacitación Primeros auxilios y conformación	Imagen 22. Protección de sumideros (CIV 29)
  	 

Imagen 23. Protección de Sumideros (CIV29)	Imagen 24. Protección de Sumideros (CIV32)
	
	

Imagen 25. Protección de Sumideros (CIV32)	Imagen 26. Protección de Sumideros (CIV32)
 	 

Imagen 27. Protección de Sumideros (CIV32)	Imagen 28. Baño
 	

Imagen 29. Punto Ecológico	Imagen 30. Maquinaria de Obra
	

MINICARGADOR

JOSE MANUEL SALAMANCA OLIS
Mantenimiento de maquinaria para construcción
NIT. 80.414.783 – 7 REGIMEN SIMPLIFICADO

Bogotá D.C 3 de febrero de 2025.

A QUIEN INTERESE

CERTIFICADO DE OPERATIVIDAD

Yo **JOSE MANUEL SALAMANCA OLIS** identificado con C.C 80.414.783 de Bogotá, en calidad de Ingeniero mecánico, certifico que el **MINICARGADOR** marca **BOBCAT 763** con número de serie **512258470** modelo **2000** de propiedad de **OCTAVIO COLMENARES ARIAS,** se encuentra en condiciones normales de normales de funcionamiento, según los parámetros establecidos por el fabricante.

Al equipo se le realizo la revisión general con la cual se constató que todas sus partes son originales, a las que se le han realizado sus mantenimientos rutinarios de acuerdo con lo estipulado en el manual de operación y mantenimiento.

En la revisión realizada se encontró que el equipo está funcionando normalmente y tiene 1.530 horas y se le realizo el mantenimiento el 12 de enero de 2025.

Por lo anterior se puede garantizar que el equipo mencionado cumple con todas las normas para una operación segura y adecuada en cualquier tipo de obra.

Consejo Profesional
Nacional de Ingenierías
Eléctrica, Mecánica
y Profesiones Afines

VALIDA PARA CERT. DE OPERATIVIDAD
MINICARGADOR BOBCAT 763
03/02/2025

Titular JOSE MANUEL SALAMANCA OLIS
D.I 80.414.783
Ingeniero MECANICO
Matrícula CN230 30761 Resol. C.P.N. 10/99

Cordialmente;

JOSE MANUEL SALAMANCA OLIS
Ingeniero Mecánico
T. P. CN23030761

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **9.197.514**

ACUÑA MEDINA

APELLIDOS

LUIS EDUARDO

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-SEP-1983**

SUCRE
(SUCRE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74 ESTATURA · **O+** G.S. RH · **M** SEXO

19-NOV-2002 SUCRE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-2905800-00925689-M-0009197514-20170725 **0056623752A 1** 47326271

CENTRO DE ENSEÑANZA DE MAQUINARIA PESADA S.A.S.

NIT 900.607.769-6

CERTIFICA QUE

LUIS EDUARDO ACUÑA MEDINA
C.C. 9.197.514

CEMAQUI

ASISTIO AL CURSO DE OPERARIO DE MINICARGADOR CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 50 HORAS TEORICO– PRACTICAS OBTENIENDO CONOCIMIENTOS EN SALUD OCUPACIONAL SEGURIDAD INDUSTRIAL, MECANICA BASICA E HIDRAULICA BASICA TERMINANDO SATISFACTORIAMENTE EL CURSO.

DECRETO 4904 DE 2009 DEL MEN DECRETO 2888 DE 2007

CLAUDIA OTALVARO Directora **FECHA : 27 DE FEBRERO DE 2025**

LUIS GUILLERMO QUIMBAYA
Instructor
Para verificar certificado al whatsapp 3134109989

CEMAQUI
900 607 769-6

VENCE : 27 DE FEBRERO DE 2026

Powered by CamScanner

HOJA DE VIDA



FECHA DE ADQUISICION	**10/10/2023**
DESCRIPCION:	**MINI CARGADOR**
RESPONSABLE DEL EQUIPO:	**JOHANNA SANCHEZ**
REFERENCIA:	**BOCAT 763**
N° DE MOTOR:	**V 2203 - 236574**
N° DE SERIE:	**5122584470**
PESO	**2.4 TONELADAS**

FECHA	**HISTORIAL DE MANTENIMIENTOS**
MM / DD / AA	**DESCRIPCION DEL MANTENIMIENTO**
1/01/2025	CAMBIO ACEITE MOTOR MOBIL 15 W 40 Y FILTROS ACEITE (Baldwin B301) A.C.P.M.(Baldwin FP872) AIRE (Baldwin DA47382738) COMBUSTIBLE (Baldwin BF836) AJUSTE COMPLETO SISTEMA ELECTRICO, SIRENA, PITO, LUCES. CAMBIO RETENEDORES, ORRING, EMPAQUES Y MANTENIMIENTO BOMBA HIDRAULICA, MANGUERAS Y AJUSTE COMPLETO

TRANSBUILD SAS.

N.I.T 901.887.429-0

PLAN DE MANTENIMIENTO MAQUINARIA

Los ciclos de mantenimiento sugeridos por la mayor parte de los fabricantes de maquinaria se centran en:

-Diario.
-Semanal.
-Quincenal.
-Mensual (250 horas).
-Semestral (500 horas).
-Anual (1000 horas).
-Cada dos años (2000 horas).

El mantenimiento preventivo de maquinaria extiende el tiempo de vida de la máquina, además de que permite la fácil identificación de fallas existentes y potenciales que pueden derivar en costosas reparaciones.

250 HORAS

- Brinda servicio general al motor realizando el cambio de aceite respectivo, así como elreemplazo de filtros de combustible y combustible/separador de agua.
- Realiza el reemplazo de filtros de aire primario y secundario según el tiempo de vida empleado siguiendo las recomendaciones del fabricante.
- Verifica el estado general de las baterías corroborando el nivel del electrolito, descartando carcazas hinchadas, corrosión y malos olores.
- Comprueba y da servicio al nivel de aceite de la caja de engranajes.
- Corrobora el nivel de fluidos en el eje trasero y en los cartuchos del tambor.

CADA 500 HORAS:

- Realiza las inspecciones en el apartado de 250 horas y adiciona las siguientes:
- Drena por completo el sistema de combustible para eliminar los residuos.
- Comprueba el ajuste de las válvulas del motor o si estas presentan una mecanizacióndefectuosa.
- En el sistema de transmisión coteja la tensión y el estado general de la correa.
- Realiza la lubricación de juntas, cadena de dirección, controles y elementos que indique tu manual de operador.
- Comprueba el nivel de fluidos en el sistema hidráulico.
- En caso de que exista un nivel de fluido bajo busca fugas en las líneas hidráulicas.

CADA 1000 HORAS:

Realiza las inspecciones en el apartado de 500 horas y adiciona las siguientes:

- Drena el depósito hidráulico, sistema de refrigeración, caja de transferencia y de transmisión.
- Realiza la sustitución de filtros hidráulicos.

CADA 2000 HORAS:

Realiza las inspecciones en el apartado de 500 horas y adiciona las siguientes:

- Es momento de realizar el cambio de fluido hidráulico a la máquina.
- Realiza el cambio de fluido en el aceite del tambor según aplique.

Edwin A. Fuentes

EDWIN ALEXANDER FUENTES
Representante legal
C.C. 1.032.4209.534 De Bogotá



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

TARJETA DE REGISTRO DE MAQUINARIA

Libertad y Orden

No. 161680

No. DE REGISTRO	MARCA	LINEA	AÑO MODELO
MC570936	BOBCAT	763	2000

TIPO DE MAQUINARIA	CLASE	No. SERIE
CONSTRUCCION	MINICARGADOR	512284/0

COLOR(ES)	No. MOTOR	RODAJE
BLANCO NARANJA	V2203-236574	NEUMATICOS

PESO Y MEDIDAS SIN ACCESORIOS

PESO	ALTO	ANCHO	LARGO
2529 Kg	1909 mm	1880 mm	3380 mm

PROPIETARIO(S) APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACION
TUTALCHA BARRERA DEVIN ALFREDO Y OTRO(S)	C.C. 1.018.433.514



LIMITACIONES A LA PROPIEDAD

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

STRIA TTE/MOV CUNDINAMARCA/COTA

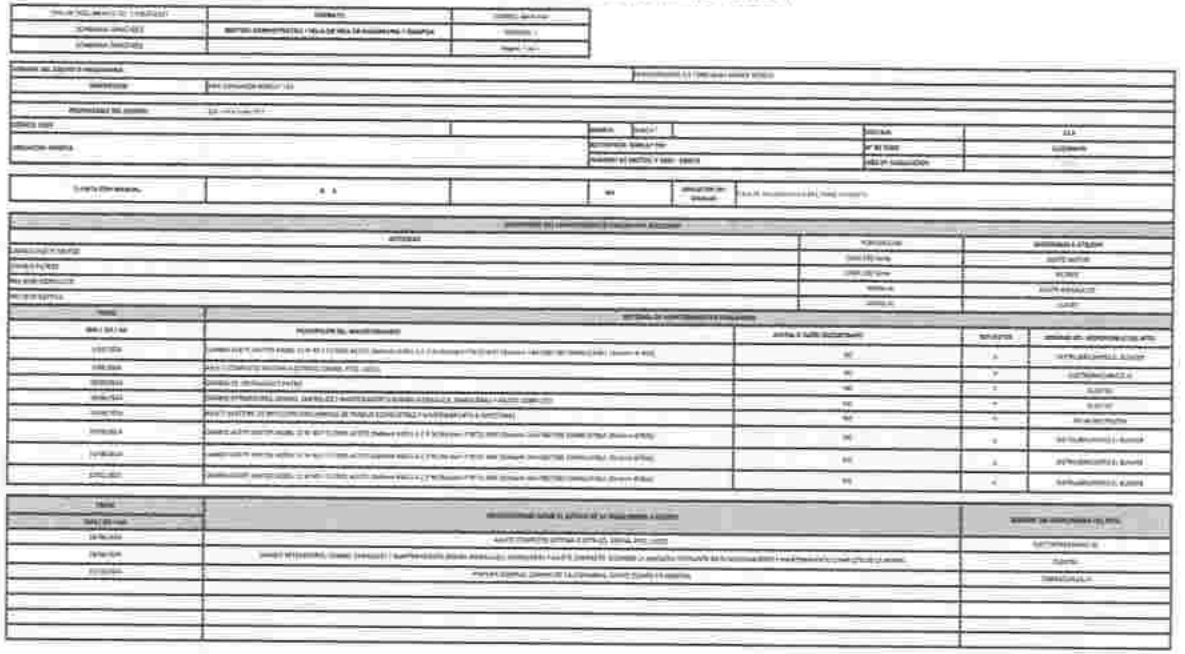
FECHA REGISTRO	FECHA EXPEDICIÓN	FECHA VENCIMIENTO PRÓRROGA
04-08-2022	04-08-2022	

ORIGEN	REF. IMPORTACIÓN	FECHA DE LEVANTE
IMPORTACIÓN	852007103338469	20/12/2007

ESTA TARJETA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

TM07000029143

FORMATO DE MANTENIMIENTO MINI CARGADOR





Bogotá D.C., 12 de enero de 2025

DISTRILUBRICANTES EL BÚNQUER

Asunto: **Certificación Cambio de Aceite BOBCAT 763**

Distrilubricantes el Búnker certifica que el 12 de Enero del año en curso le realizó cambio de aceite a un Vibro de referencia **773 Modelo 2000 Marca BOBCAT** con número de motor **V 2203 – 236574** con un horómetro de 1834, se recomienda realizar el próximo cambio de aceite a las 2084 horas aproximadas.

Se utilizaron los siguientes materiales para este cambio de aceite:

Descripción Artículo	Cantidad
Galón de Aceite Mobil 15W40 Sellado	3
Filtro de aceite DONALDSON P551039	1
FILTRO DE COMBUSTIBLE DONALDSON P550318	1
FILTRO HIDRÁULICO DONALDSON P164375	1
DONALDSON P181052 BCAT FILTRO DE AIRE	1
P123160 DONALDSON FILTRO DE AIRE	

Atentamente,

Edilson Naranjo Patarroyo
CC. 79.771.458
Representante Legal
Carrera 17 A 71 – 33
Sur
Tel. 3145235152

FICHA TECNICA BOBCAT 763



ESPECIFICACIONES DEL MOTOR	
Modelo de motor	Kubota V 2203 - 236574
Tipo de motor	Diésel vertical de 4 cilindros en línea refrigerado por agua
Número de cilindros	Cuatro
Cilindrada, pulgadas cúbicas (L)	134,1 (2,2)
Diámetro interior del cilindro, pulgadas (mm)	3,43 (87,0)
Carrera del pistón, pulgadas (mm)	3,64 (92,4)
Tipo de aspiración	Aspiración natural
Potencia nominal del motor, hp (kW)	46,0 (34,0)
Velocidad nominal del motor, rpm	2800
Velocidad de ralentí, rpm	1250
Relación de compresión	23:01
Orden de encendido	1-3-4-2
Sistema de combustible	Inyección indirecta
Bomba de inyección de combustible	Tipo Bosch
Tipo de regulador	Mecánico
Sistema de lubricación	Forzado con bomba trocoidal
Tipo de filtro de aceite	Elemento de papel de flujo completo
Sistema de arranque	Arranque de celda (con bujía incandescente)
Tipo de filtro de aire	Elemento seco
Capacidad del tanque de combustible, gal (L)	23,0 (87,0)
Capacidad de aceite, qts (L)	9,5 (9,0)
Capacidad de enfriamiento, qts (L)	10,5 (10,0)
Clasificación del sistema eléctrico, voltios	12
Sistema de carga	Alternador
Clasificación del alternador, amperios	55

TREN DE TRASMISION	
Tipo de sistema de tracción	Hidrostático, tracción en las 4 ruedas
Número de marchas	2
Cadena simple Tipo de transmisión	Cadena de rodillos 80HS
Tamaño de los neumáticos delanteros	12,00 x 16,5 Tamaño de los neumáticos traseros estándar
Tamaño de los neumáticos traseros	12,00 x 16,5 Tamaño de los neumáticos delanteros
Velocidad máxima, mph (km/h)	7,0 (11,3)

SISTEMA HIDRAULICO	
Tipo de sistema hidráulico	Centro abierto
Tipo de bomba hidráulica	Engranaje
Capacidad de la bomba (estándar), gpm (Lpm)	16,7 (63,0)
Capacidad de la bomba (alto caudal), gpm (Lpm)	27,0 (102,0)
Presión del sistema, bar (psi)	207 (3000)
Capacidad del depósito hidráulico, gal (L)	3,5 (13,2)
Capacidad del sistema hidráulico, gal (L)	6,0 (22,4)

RENDIMIENTO DEL CARGADOR	
Capacidad operativa nominal, lb (kg)	1750 (795)
Carga de vuelco, lb (kg)	3900 (1770)
Tipo de pluma del cargador	Elevación vertical

DIMENSIONES Y PESO	
Distancia entre ejes (nominal), pulg. (mm)	40,6 (1030)
Altura (cabina del operador), pulg. (mm)	76,3 (1940)
Altura (pluma elevada), pulg. (mm)	152,1 (3865)
Longitud (sin cucharón), pulg. (mm)	101,8 (2580)
Longitud (cucharón en el suelo), pulg. (mm)	130,3 (3310)
Ancho (sin cucharón), pulg. (mm)	54,5 (1385)
Altura hasta el pasador de la bisagra (completamente elevado), pulg. (mm)	118,2 (3000)
Ángulo de descarga a la altura máxima, grados	42
Altura de descarga (completamente elevado), pulg. (mm)	91 (2310)
Alcance de descarga a la altura máxima, pulg. (mm)	29,6 (750)
Ángulo de retroceso a nivel del suelo.	grados 25 Ángulo de retroceso a altura máxima, grados - 95 Ángulo de salida grados 23
Ancho del cucharón, pulg. (mm)	68 (1725)
Distancia al suelo, pulg. (mm)	7,5 (190)
Radio de giro (delantero con cucharón), pulg. (mm)	78,8 (2000)
Peso operativo, lb (kg)	5810 (2635)

PREOPERACIONALES

FORMATO INSPECCION DE MINICARGADOR

SST-FT-18
Fecha: 1/Abr/2025
Versión: 01

REFERENCIA G 763 MODELO 2000 MARCA Bobcat TIPO DE MAQUINA/EQUIPO minicargador

No. INTERNO ____ CAPACIDAD 750 KG PERIODO EVALUADO 03-06-25 AL 07-06-25

CONTRATO N° ____ DE ____

OBJETO DE CONTRATO

SISTEMA DE LA MAQUINA	ITEM DE REVISION	N/A	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
			BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL
ELECTRICO / TABLERO DE CONTROL	Funcionamiento y aspecto de la batería, bornes y cables				X		X		X							
	Indicador de temperatura				X		X		X							
	Indicador de aceite				X		X		X							
	Indicador de batería				X		X		X							
	indicador de refrigerante				X		X		X							
	indicador de combustible				X		X		X							
	indicador de filtro de aire				X		X		X							
	*Horometro				X		X		X							
LUCES	*Frontales de trabajo				X		X		X							
	*Traseras de trabajo (Reflector)				X		X		X							
	Señales de giro (derecha, izquierda)				X		X		X							
	*Baliza				NO A		NO A		NO A							
HIDRAULICO	*Nivel de aceite del motor (verificar ausencia de fugas)				X		X		X							
	*Nivel de aceite en la transmisión (verificar ausencia de fugas)				X		X		X							
	*Nivel del sistema hidráulico (verificar ausencia de fugas)				X		X		X							
	*Nivel del líquido de refrigerante del sistema de enfriamiento (verificar ausencia de fugas)				X		X		X							
	*Mangueras, tubos , conexiones y racores (verificar ausencia de fugas)				X		X		X							
GENERAL	*Espejo central convexo				X		X		X							
	*Espejos laterales				X		X		X							
	*Alarma de retroceso				X		X		X							
	Pito				X		X		X							
	* Freno de servicio				X		X		X							
	* Freno de estacionamiento				X		X		X							
	*Cinturones de seguridad				X		X		X							
	Vidrio Panorámico				X		X		X							
	*Kit para Derrames				X		X		X							
	*Extintor de incendios Capacidad: 20 PQS				X		X		X							
	*Cabina antivuelco (R.O.P.S)				X		X		X							
	Asiento				X		X		X							
	Escaleras y apoyos de acceso				X		X		X							
	Llantas buen estado (sin cortaduras profundas y sin abultamientos)				X		X		X							
	Kit ambiental				X		X		X							
	Presión de aire de las llantas				X		X		X							
MECÁNICO	* Servotransmisión				X		X		X							
	* Dirección				X		X		X							
	Estado de pasadores				X		X		X							
	Estado y tensión de las correas				X		X		X							
	Estado de pedales				NO A		NO A		NO A							
	Estado de Orugas (tensionadas)				NO A		NO A		NO A							
	Mecanismo de giro y escualización cuchillas				NO A		NO A		NO A							
	Estado de las Hojas de empuje o Nivelación				NO A		NO A		NO A							
	Mecanismo de giro (Tomameza)				X		X		X							
	Corona de tomameza en buen estado				X		X		X							
	*Mandos de avance				X		X		X							
	* Mando de estacionamiento				X		X		X							
	Estado general desgarrador (balde)				X		X		X							
	*Mandos de levante del brazo				X		X		X							
	Estado de filtro de aire				X		X		X							
	Estado de filtro de combustible				X		X		X							
	Pasadores y tornillos en buen estado				X		X		X							
	* Estado de cilindro (amortiguadores)				X		X		X							
	* Resguardos				X		X		X							
	Anclajes de contrapeso				X		X		X							
	Guardas				X		X		X							
	Estado del bastidor				X		X		X							
	Ausencia de ruidos extraños en el motor				X		X		X							
	*Motor sin grietas				X		X		X							
	Exosto (Humo de escape)				X		X		X							

Operador — Nombre: Luis Eduardo Acuña

Firma: [signature]

Nombre

CONSORCIO SUBA M7	FORMATO INSPECCION DE VIBROCOMPACTADORA	SST-FT-19 Fecha: 1/Abr/2025 Version: 01

REFERENCIA SE 75. MODELO 2021 MARCA SHANTUI TIPO DE MAQUINA/EQUIPO Retroexcavadora.

No. INTERNO _____ CAPACIDAD 0,3 m³ PERIODO EVALUADO 03-06 AL 07-06-2025.

CONTRATO N° 1013 DE 2024.

OBJETO DE CONTRATO

SISTEMA DE LA MAQUINA	ITEM DE REVISION	N/A	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
			BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL
ELECTRICO / TABLERO DE CONTROL	Funcionamiento y aspecto de la batería, bornes y cables				R		R		R							
	Indicador de temperatura				R		R		R							
	Indicador de aceite				R		R		R							
	Indicador de batería				R		R		R							
	Indicador de refrigerante				R		R		R							
	Indicador de combustible				R		R		R							
	Indicador de filtro de aire				R		R		R							
	*Horometro				R		R		R							
LUCES	*Frontales de trabajo															
	*Traseras de trabajo (Reflector)															
	Señales de giro (derecha, izquierda)	N/A														
	*Baliza															
HIDRAULICO	*Nivel de aceite del motor (verificar ausencia de fugas)				R		R		R							
	*Nivel de aceite en la transmisión (verificar ausencia de fugas)				R		R		R							
	*Nivel del sistema hidráulico (verificar ausencia de fugas)				R		R		R							
	*Nivel del líquido de refrigerante del sistema de enfriamiento (verificar ausencia de fugas)				R		R		R							
	*Mangueras, tubos , conexiones y racores (verificar ausencia de fugas)				R		R		R							
GENERAL	*Espejo central convexo	X														
	*Espejos laterales				R		R		R							
	*Alarma de retroceso				R		R		R							
	Pito				R		R		R							
	* Freno de servicio				R		R		R							
	* Freno de estacionamiento				R		R		R							
	*Cinturones de seguridad				R		R		R							
	Vidrio Panorámico				R		R		R							
	*Kit para Derrames				R		R		R							
	*Extintor de incendios Capacidad: 20 POS				R		R		R							
	*Cabina antivuelco (R.O.P.S)				R		R		R							
	Asiento				R		R		R							
	Escaleras y apoyos de acceso	X			R		R		R							
	Llantas buen estado (sin cortaduras profundas y sin abultamientos)				R		R		R							
	Kit ambiental	X			R		R		R							
	Presión de aire de las llantas				R		R		R							
MECÁNICO	* Servotransmisión				R		R		R							
	* Dirección				R		R		R							
	Estado de pasadores				R		R		R							
	Estado y tensión de las correas				R		R		R							
	Estado de pedales				R		R		R							
	Estado de Orugas (tensionadas)				R		R		R							
	Mecanismo de giro y escualización cuchillas				R		R		R							
	Estado de las Hojas de empuje o Nivelación				R		R		R							
	Mecanismo de giro (Tomameza)				R		R		R							
	*Domba Hidráulica				R		R		R							
	Corona de tomameza en buen estado				R		R		R							
	*Mandos de avance				R		R		R							
	* Mando de estacionamiento				R		R		R							
	Estado general desgarrador (balde)				R		R		R							
	*Mandos de levante del brazo				R		R		R							
	Estado de filtro de aire				R		R		R							
	Estado de filtro de combustible				R		R		R							
	Pesadores y tornillos en buen estado				R		R		R							
	* Estado de cilindro (amortiguadores)				R		R		R							
	* Resguardos				R		R		R							
	Andajes de contrapeso				R		R		R							
	Guardas				R		R		R							
	Estado del bastidor				R		R		R							
	Ausencia de ruidos extraños en el motor				R		R		R							
	*Motor sin grietas				R		R		R							
	Exosto (Humo de escape)				R		R		R							

Operador	Nombre	Guillermo Zapata
	Firma	
ResidenteSST	Nombre	
	Firma	

RETROEXCAVADORA

FIHA TECNICA



SHANTUI SE75

Ficha técnica & Especificaciones (2020-2021)

Longitud de transporte: 6.24m

Anchura transporte: 2.26m

Altura de transporte: 2.68m

Capacidad cuchara: 0.32m³

Capacidad de la pala min.: 0.25m³

Capacidad de la pala max.: 0.35m³

DATOS TÉCNICOS - SE75 SHANTUI

Longitud de transporte 6.24 m	Max. Alcance lateral 6.36 m
Anchura transporte 2.26 m	Profundidad de excavación 4.12 m
Altura de transporte 2.68 m	Fabr. del motor Kubota
Capacidad cuchara 0.32 m³	Modelo de motor V3307T
Capacidad de la pala min. 0.25 m³	Rendimiento de motor 49 Kw
Capacidad de la pala max. 0.35 m³	Cilindrada 3.3 l
Anchura orugas 450 mm	Peso 7.650 kg

	HOJA DE VIDA	



IDENTIFICACIÓN Y ESPECIFICACIONES DE EQUIPO

NOMBRE DEL EQUIPO	**RETROEXCAVADORA SHANTUI**
UBICACIÓN DEL EQUIPO	**BOGOTA D,C.**
MARCA	**SHANTUI SE 75**
MODELO	**2023**
SERIE	**66SE07EJNN0900139**
NUMERO DE MOTOR	**CNC0938**
PROPIETARIO	**NORBERTO ANIBAL URREGO B.**

MANTENIMIENTO	FECHA	HOROMETRO ACTUAL	PROXIMO MANTENIMIENTO
PREVENTIVO	**08 – 02- 2025**	**2752**	**3000**
PREVENTIVO	**10 – 05 - 2025**	**3063**	**3313**

CAMBIO DE FILTROS,

- Filtro de Aire interno
- Filtro de Aire externo
- Filtro de combustible
- Filtro de aceite de motor.

LIQUIDOS.

- Cambio de aceite de motor
- Verificación y llenado de aceite hidráulico
- Corrección fugas de aceite hidráulico

Eléctricos.

- Revisión sistema eléctrico.
- Revisión bornes batería.
- Revisión sistema de luces
- Revisiones pachas y conexiones eléctricas

NICOLAS CORTES QUIÑONES
Ingeniero Mecánico
T.P CN230-147772

REPÚBLICA DE COLOMBIA

DIAN

Declaración de Importación

Privada

500

1. Año 2022

Espacio reservado para la DIAN (Antes de diligenciar este formulario lea cuidadosamente las instrucciones)

4. Número de formulario
3520220006038O3-7

Importador

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 901311819 | 6. DV: 8 | 11. Apellidos y nombres o Razón Social: SERVI HITACHI SAS

13. Dirección: CR 69 BIS 3 A 46 | 15. Teléfono: 3142636051 | 16. Cód. Admón: 35 | 17. Cód. Depto: 11 | 18. Cód. Ciudad Municipio: 001

Declarante

24. Número de Identificación Tributaria (NIT): 830049499 | 25. DV: 4 | 26. Razón social del declarante autorizado: AGENCIA DE ADUANAS CONTINENTAL EXPRESS LTDA NIVEL 2 | 27. Tipo usuario: 26 | 28. Cód. usuario: 0384

29. Número documento de identificación: 16288800 | 30. Apellidos y nombres: LOZANO IREGUI NELSON FABIAN

31. Clase Importador	32. Tipo declaración	33. Cod.	34. No.Formulario Anterior	35. Año - Mes - Día	36. Cod. Admón.	37. Declaración de Exportación	38. Año - Mes - Día	39. Cod. Admón.
02	Anticipada	3	XXXXXXXXXXXXXX	XXXX - XX - XX	XX	No. XXXXXXXXXXXXXX	XXXX - XX - XX	XX

40. Cod. lugar ingreso de las mercancías	41. Cod. Depósito	42. Manifiesto de carga	43. Año - Mes - Día	44. Documento de transporte	45. Año - Mes - Día
BUN	20950	No. 116575013019217	2022 - 12 - 25	No. ONEYTA2DI5750500	2022 - 11 - 26

46. Nombre exportador o proveedor en el exterior: JINING ENWEI INTELLIGENT TECHNOLOGY CO., LTD. | 47. Ciudad: JINING CITY | 48. Cod.País Exportador: 215

49. Dirección exportador o proveedor en el exterior: NO. 9, HAICHUAN ROAD, HIGH-TECH ZONE, JINING CITY | 50. E-mail: ENWEIMACHINERY003@126.COM

51. No. de factura	52. Año - Mes - Día	53. Cod. país procedencia	54. Cod. Modo Transporte	55. Código de Bandera	56. Cod. Depto Destino	57. Empresa transportadora	58. Tasa de cambio $ hvs.
ST20221646	2022 - 11 - 12	215	1	351	11	CIA TRANSPORTADORA S.A.	4,825.8

S

59. Subpartida arancelaria	60. Cod. Complementario	61. Cod. Suplementario	62. Cod. Modalidad	63. No. cuotas o meses	64. Valor cuota USD	65. Periodicidad del pago de la cuota	66. Cod. país de origen	67. Cod. Acuerdo
8429520000	XX	XX	C100	XX	XXXX	XX	215	XXX

68. Forma de pago de la importación	69. Tipo de importación	70. Cod. país compra	71. Peso bruto kgs.	dcms.	72. Peso neto kgs.	dcms.	73. Código embalaje	74. No. bultos	75. Subpartidas	76. Cod. unidad comercial	77. Cantidad dcms.
01	01	215	15,303.92		13,773.52		YY	11	3	U	2.0

78. Valor FOB USD	79. Valor fletes USD	80. Valor Seguros USD	81. Valor Otros Gastos USD	82. Sumatoria de fletes, seguros y otros gastos USD	83. Ajuste valor USD	84. Valor aduana USD	85. Código registro o licencia	86. Número	87. Cod. oficina	88. Año	89. Programa No	90. Cód.Interno del Producto
39,000.00	1,993.86	79.76	0.00	2,073.62	0.00	41,073.62	X	XXXXXXXXXX	99	XXXX	XXXXXXXXXX	0

Autoliquidación

Concepto	%	Base	Total Liquidado ($)	Total a pagar con esta declaración ($)	Total Liquidado (USD)
Arancel	0.00	198,214,308	0	0	0
I.V.A.	19.00	198,214,306	37,661,000	0	0
Salvaguardia	0.00	0	0	0	0
Derechos Compensatorios	0.00	0	0	0	0
Derechos Antidumping	0.00	0	0	0	0
Sancion	0	0	0	0	
Recaute	0	0	0	0	
		Total	37,661,000		0

91. Descripción de las mercancías (No inicie la descripción de las mercancías a importar con lo señalado en el arancel de aduanas en la subpartida arancelaria - Incluya marcas, seriales y otros) (Si el campo es insuficiente, continúe el registro en este formulario)

/ DIM 3/3 D.O. GLA-BNV-22-178/ NOS ACOGEMOS AL DECRETO 0925 DE 2013, MERCANCIA NO REQUIERE REGISTRO DE IMPORTACION.//12 DI REF.:
GE75-9, PRODUCTO: EXCAVADORA, MODELO: SE75-9, SERIAL: 66SE07EJNN0900138 / 66SE07EJNN0900139; MOTOR: CN60546 / CN60938, USO O DEST
INO: CONSTRUCCION; AÑO DE FABRICACIÓN: 2022, AÑO MODELO: 2023, COMPLETO CON TODOS SUS ACCESORIOS PARA SU NORMAL FUNCIONAMIENTO, N
ARCA: SHANTUI./ XXXXXXXXXXXXX

IMPORTADORA CASA COLOMBIA

A QUIEN INTERESE

REF: CERTIFICADO EXCAVADORA HIDRÁULICA SHANTUI SE75 S/N 66SE07EJNM000139, EQUIPO NUEVO VENDIDO AL CLIENTE NORBERTO ANIBAL URREGO BARAHONA, BAJO DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN NUMERO 352022000603803-7.

Se ha intervenido el equipo para dar cumplimiento con las recomendaciones de fábrica y realizar el mantenimiento preventivo correspondiente a las 3000 horas de trabajo, donde se cambia el aceite de motor y filtros de motor, aceite de traslaciones y filtración hidráulica.

De acuerdo a la inspección y pruebas realizadas sobre la **EXCAVADORA HIDRÁULICA** marca: **SHANTUI**, modelo **SE75** con número de serie **66SE07EJNM000139,** año **2023**. (con 3063 horas de funcionamiento) se concluye que este equipo esta apto para desempeñarse en obras civiles y de ingeniería, luego de no encontrar fugas de ningún tipo de aceite y fluido, tener estanqueidad y sostenimiento en el sistema hidráulico, bajas emisiones de gases contaminantes, ajuste en los puntos articulado.

Además, se sometió a diferentes mediciones donde se observa que todos los parámetros se encuentran en los rangos establecidos para el sistema hidráulico y para el motor.

Adicionalmente en respaldo de la marca, garantizamos que se cumplan los mantenimientos preventivos.

“POR LO ANTERIOR CERTIFICO QUE ESTA MAQUINA SE ENCUENTRA EN ÓPTIMAS CONDICIONES TÉCNICAS Y MECÁNICAS DE ACUERDO A LOS PARÁMETROS ESTABLECIDOS POR EL FABRICANTE PARA GARANTIZAR UNA OPERACIÓN SEGURA Y ADECUADA”

Se expide este certificado a solicitud del interesado a los 10 días del mes de Mayo de 2025.

Atentamente

NICOLAS CORTES QUIÑONES
Ingeniero Mecánico
T.P CN230-147772

www.importadoracasacolombia.com
repuestos: carrera 70 (av. Rojas) # 74c – 04
sala de ventas y mantenimiento: Diagonal 16 # 96G – 05 (Fontibón) Cel: 3102120689

LISHIDE KOMATSU HITACHI BERCO MAXPOWER SHANTUI

SE75

液压挖掘机

HYDRAULIC EXCAVATOR

司机手册

OPERATOR'S MANUAL

SHANTUI

山推工程机械股份有限公司

SHANTUI CONSTRUCTION MACHINERY CO., LTD.

1 FOREWORD

Foreword

This manual provides rules and guidelines which will help you use this machine safely and effectively .The precautions in this manual must be followed at all times when performing operation and maintenance. Most accidents are caused by the failure to follow fundamental safety rules for the operation and maintenance of machines. Accidents can be prevented by knowing beforehand conditions that may cause a hazard when performing operation and maintenance.

⚠ WARNING

Before beginning operation or maintenance, operators and maintenance personnel must always observe the following points.

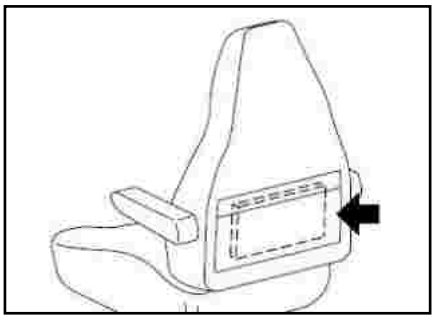
- Read this manual thoroughly and understand its contents fully.
- Read the safety messages and safety labels given in this manual carefully so that they should be understood fully.
- Keep this manual at the storage location for the OPERATOR'S MANUAL given below so that all personnel involved in working on the machine can consult it periodically.
- In case this manual should be lost or damaged, immediately contact SHANTUI or your SHANTUI distributor to obtain a new copy.
- When you sell the machine, make sure that this manual should be provided to the new owner together with the machine.
- In this manual, measurements are expressed in international standard units(SI).For the reference purpose, weight units used in the past are also displayed in ( ).

NOTICE:

- This manual is applicable to SE75-9 and SE75-9A.
- This manual has been adapted to all markets. Optional and special equipment from different markets should be ignored because they may not be suitable for your machine.
- It is forbidden to modify the electrical system of this machine. If the related components are abnormal or damaged, our company is not responsible for it.
- We reserve the right to modify and improve technical data, specifications, design, operation and maintenance instruction of the product without prior notice.

The location of the OPERATOR'S MANUAL

Storage location for the OPERATOR'S MANUAL: magazine box on the back of operator's seat.



Safety Regulations

To operate and use the machine, you must follow the rules and regulations issued by national, provincial autonomous region, and governmental authorities. Therefore, the operating instructions and safety information contained in this manual are merely some helpful advice.

The following symbols together with texts mean the following as they appear in this manual:

⚠ WARNING

- Warning, On the alert! This involves your safety!
- Ignorance of such risk may result in accident, serious injury even death.
- It's the operator's liability to ensure that all warning signs are kept on the machine in good condition and legibly. Otherwise accident is most likely to occur.
- Familiarize with the functions and limitations of the machine.

In addition to the above, the following signal words are used to indicate precautions that should be followed to protect the machine or to give information that is useful to know.

NOTICE This word is used for precautions that must be taken to avoid actions which could shorten the life of the machine.

REMARK This word is used for information that is useful to know.

Vehicle Operation and Maintenance

SHANTUI Construction Machinery Co., Ltd will provide warranty services only in the following cases:

- The machine is used and maintained according to this manual.
- Service and maintenance of components are handled with the time.
- Lubricants and fuel are used according to this manual.
- None of protection seals installed is damaged or some protection seals have been adjusted or re-installed by authorized dealers.
- All changes and maintenance works as well as the methods used are among those specified by SHANTUI Construction Machinery Co., Ltd
- Only the genuine parts or accessories of SHANTUI Construction Machinery Co., Ltd or the parts or accessories approved by the company are used.

⚠ WARNING

- Before operating the machine, the operator must have sufficient operational skills and have read up and understood the related content of the manual.
- Untrained operators may result in the risk of serious injury or personal death.
- Never use a machine without the OPERATOR'S MANUAL.
- Before operating this machine, familiarize with various warning signs, symbols and the owner's manual of this vehicle.

Installation of Communication Equipment

Important !

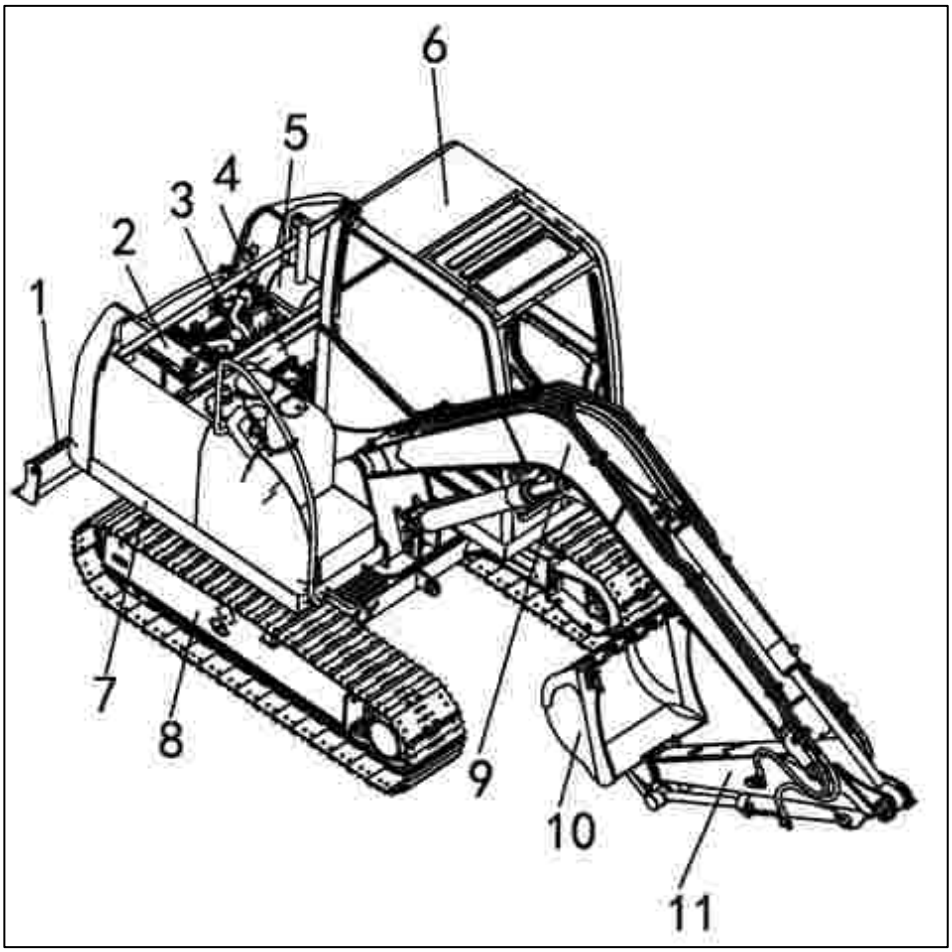
All optional electronic communication equipment must be installed by specially trained personnel in accordance with the requirements of SHANTUI Construction Machinery Co., Ltd specific to this machine.

Electromagnetic Interference

This machine has been tested in accordance with the directive concerning electromagnetic interference. Therefore, all unapproved electronic attachments should be tested before installation and use. This is very important because they may cause electromagnetic interference to the electronic systems on the machine.

Equipment Outline

Introduction



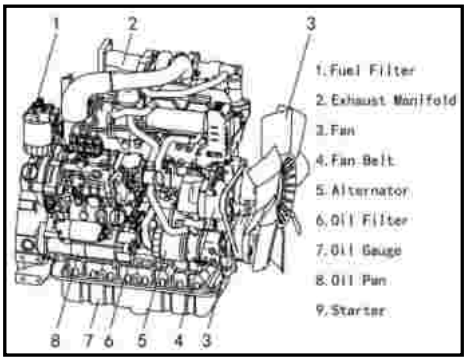
1.Blade	2. Radiator	3.Engine
4. Main Valve	5.Muffler	6. Operator's Cab
7. Revolving Frame	8. Track Frame	9.Boom
10.Bucket	11.Arm	

Specified Use

The machine is intended to be used under normal conditions for the applications described in this manual. If it is used for other purposes or in potentially dangerous environments, for example explosive atmosphere, flammable environment or areas with dust containing asbestos and so on, special safety regulations must be followed and the machine is equipped for such use.
Contact the SHANTUI Construction Machinery Co., Ltd or SHANTUI dealer for further information.

Engine

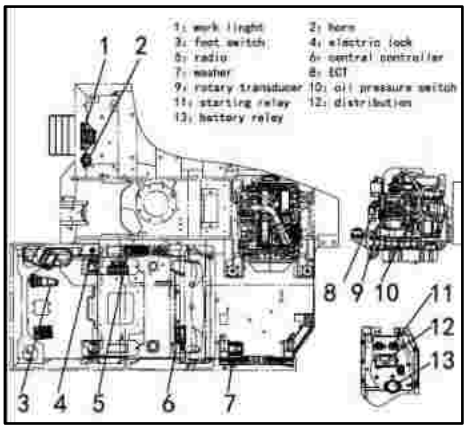
Engine is direct injection, 4-cylinder, 4-stroke, water-cooling, total displacement is 3.331 L, engine model is KUBOTA V3307T, rated power/ speed is 48.9kW/2000rpm.



Electrical system

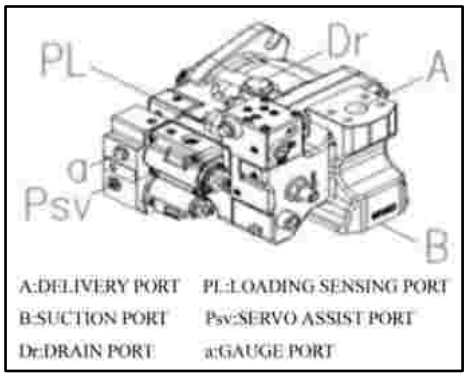
The electrical system includes engine starting system, charging system, machine operation monitoring system, engine-pump control system and air conditioning control system.

The engine speed is controlled by the electric control mode, the throttle knob and the first level automatic idle speed, the two stage automatic idle speed and the speed rising system control.



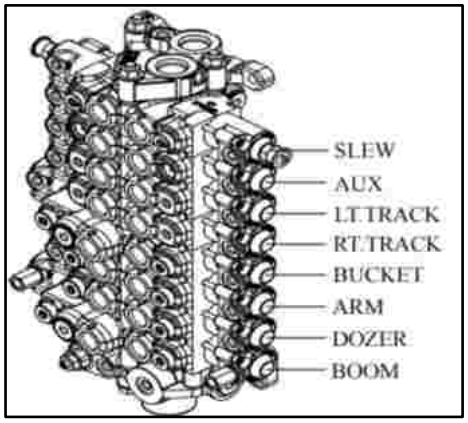
Main Pump

It is a hydraulic equipment that converts mechanical power into hydraulic energy. It consists of a swashplate axial piston pump, servo valve, etc. The pump body consists of rotor group, swashplate group, etc.



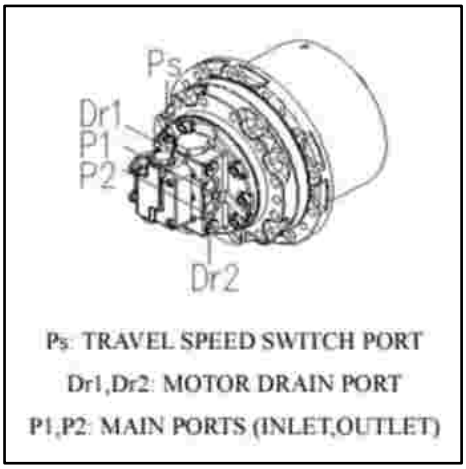
Main Valve

The main valve consists of 10 valve plates and 4 components. The 10 valve plates include plate of inlet, boom, dozer blade, arm, bucket, right track ,left track, AUX, slew, and outlet. The 4 components include relief group, LS relief group, unloading regulator group and check valve group. In addition, the main valve consists of 10 relief valves also.



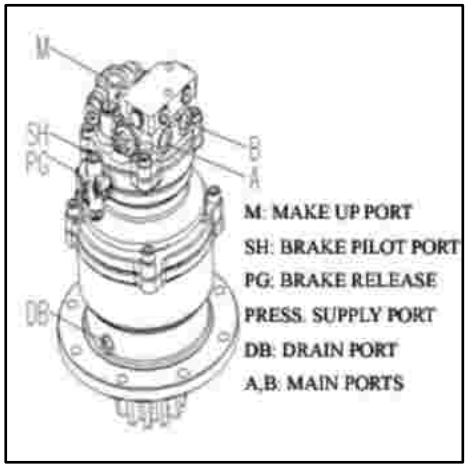
Travel Motor and Gearbox

The travel motor is a swashplate axial piston motor that also includes brake valve group and parking group. The port plate consists of the check valves, the change relief valves, the counter -balance valve. The gearbox consists of the sun gear, the planetary gear, the pinion gear and the housing.



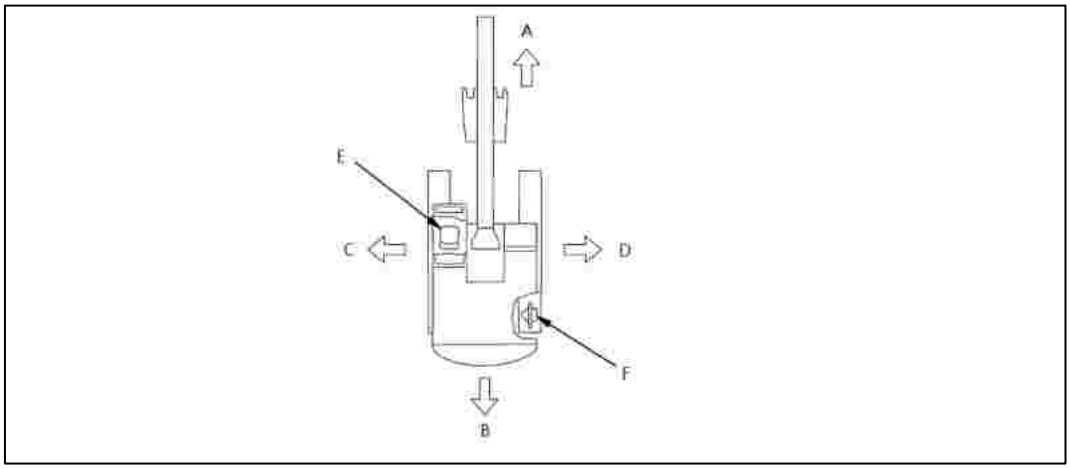
Swing Motor and Gearbox

The swing motor consists of a cylinder block and pistons located in the cylinder. The piston is guided by return plate and spring, so it slips on the swashplates smoothly. It includes relief valves, a time delay valve ,a balance valve, anti-reverse valves and anti-cavitation breather valve.



The gearbox is composed of the sun gear, the planetary gear, the pinion gear and the housing. The power supplied to the output shaft of the swing motor reduces motor speed through the sun gear and the planetary gear, developing high torque that is transmitted to the pinion gear.

Directions of Machine



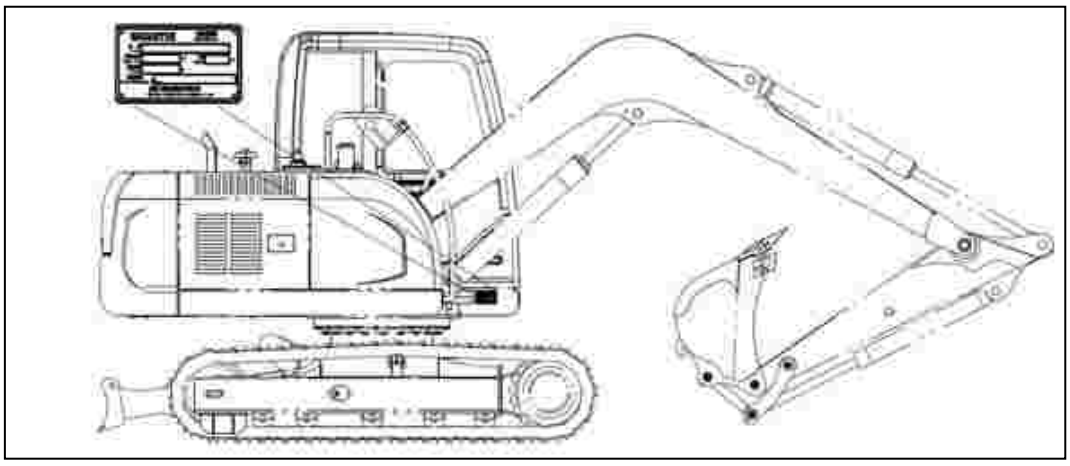
A. Front B. Rear C. Left
D. Right E. Operator's Cab F. Sprocket

In this manual, the terms front, rear, left, and right refer to the travel direction as seen from the operator's seat when the operator's seat is facing the front and the sprocket is at the rear of the machine.

Product Label

The following instructions and texts are the product identification and nameplates that should be on the machine. The product model number should be indicated when ordering spare parts and consultation.

1. The product label (display Model, Exit Number, Whole Machine Weight, Engine Power, etc.), which is located on the right side of the front end of the left frame.



2. The engine model and serial number are located on the engine nameplate on the upper side of the engine block.

Service Meter Location

The current time is displayed by default when power is turned on. Press the button  or , to switch between the current time and the accumulated working time.



Your Machine Serial Numbers and Distributor

Machine serial No.	
Exit Number	
Engine serial No.	
Distributor name	
Address	
Phone/Fax	
Service Personnel	

CONTENTS

1 FOREWORD I
Foreword II
Safety Regulations III
Vehicle Operation and Maintenance IV
Installation of Communication Equipment IV
Electromagnetic Interference IV
Equipment Outline V
Introduction V
Specified Use V
Engine VI
Electrical system VI
Main Pump VI
Main Valve VI
Travel Motor and Gearbox VII
Swing Motor and Gearbox VII
Directions of Machine VIII
Product Label VIII
Service Meter Location IX
Your Machine Serial Numbers and Distributor IX
CONTENTS X
2 SAFETY 1
Location of Safety Labels 2
Safety Labels 3
Basic Safety Information 12
Safety Rules 12
If Problems are Found 12
Working Wear and Personal Protective Items 12
Fire Extinguisher and First Aid Kit 12
Safety Equipment 12
Keep Machine Clean 13
Keep Operator's Compartment Clean 13
Leaving Operator's Seat with Lock 13
Handrails and Steps 14
Mounting and Dismounting 14
No Persons On Attachments 14
Do Not Get Caught In Articulated Portion 14
Burn Prevention 15
Fire Prevention and Explosion Prevention 15
Action if Fire Occurs 16
Windshield Washer Fluid 16
Falling Objects, Flying Objects and Intruding Objects Prevention 16
Attachment Installation 17

Attachment Combinations 17
Cab Window Glasses 17
Unauthorized Modifications 17
Safety on Jobsite 17
Working on Loose Ground 17
Distance to High Voltage Cables 18
Ensure Good Visibility 18
Ventilation for Enclosed Area 18
Signalman's Signal and Signs 19
Emergency Exit from Operator's Cab 19
Asbestos Dust Hazard Prevention 19
Safety Machine Operation 20
Starting Engine 20
Operation 21
Transportation 27
Battery 28
Towing 30
Lifting Work 31
Safety Maintenance Information 32
Maintenance Check 38
Maintenance Service 38
General Information 39
The Following Behaviors are Prohibited 39
User Support 39
General Use of Off-Highway Engines 39
Maintenance of Off-Highway Engines 39
Services that Local Dealers Should Provide 39
Preventive Maintenance and Repair Plan 39
Fuel System 40
Check the Amount of Fuel Leakage 40
Check Fuel Hose Condition 40
Check Fuel Tank 40
3 OPERATION 41
Machine View Illustrations 42
Overall Machine View 42
Controls and Instruments 43
Instructions on Controls and Instruments 43
Electronic Control System 44
Main Interface 44
Keypad 53
The Basic Operation of the Monitor 54
Working mode menu 54
User Menu 55
User Menu Submenu 56
System Maintenance Menu 70

Operating Instructions 71
Trouble Shooting and Investigation 71
Notice and Explanation 72
Switch 73
Control Levers and Pedals 76
Sun Roof 79
Engine Hood 79
Windshield 80
Emergency Hammer 82
Door Lock 82
Cap with Lock 83
Radio 84
Air Conditioner System 89
Tool Box 90
Fuse 91
Machine Operations and Controls 92
Checks Before Start the Engine 92
Adjustment Before Start the Engine 98
Operations Before Starting Engine 99
Starting Engine 101
Normal Starting 101
Starting Engine in Cold Weather 101
After Starting Engine 102
Breaking-in the New Machine 102
Warming-up Operation 102
Stopping the Engine 104
Check After Shut Off Engine 104
Machine Operation 105
Prohibited Operations 109
General Operation Information 111
Recommended Applications 114
Bucket Replacement 115
Parking Machine 116
Check After Completion of the Job 117
Locking 117
Rubber Pad Track Board and Road Liner 118
Transport 121
Cold Weather Operation 130
Long Term Storage 132
Troubles and Actions 133
Running Out of Fuel 133
Phenomena that are not Failures 133

Towing the Machine 134
Lightweight Towing Hole 134
Severe Job Condition 134
Battery Discharges and Charges 135
Removal and Installation of Battery 136
Start Engine with Auxiliary Cable 137
Other Fault 139
4 MAINTENANCE 141
Maintenance Information 142
Lubricants, Fuels and Coolants 144
Electric System Maintenance 146
Hydraulic Device Maintenance 146
Wear Parts 147
Recommended Fuel, Coolant, and Lubricant 148
Tightening Torque Specifications 149
Regular Replacement of Safety Critical Parts 151
Maintenance Schedule 152
Maintenance Procedure 152
Maintenance Schedule Table 153
Maintenance Interval for Hydraulic Breaker 155
Engine System Maintenance 156
Engine 156
Fuel System 159
Cooling System 162
Air Cleaner 166
Electrical System Maintenance 169
Battery 169
Check electrolyte level 169
Battery Connection 169
Check the Alternator Belt Tension 170
Operating Instructions During the Welding Process 170
Hydraulic System Maintenance 171
Hydraulic System Oil Level Check 171
Change Oil in Hydraulic Tank 172
Replace Hydraulic Return Oil Filter Element 173
Clean Hydraulic Tank Strainer 173
Replace the Hydraulic Tank Breathing Valve Filter 174
Replace the Pilot Filter Element 174
Accumulator Use and Maintenance 175
Check/Replace the Swing Reducer Gear Oil 175
Check/Replace the Travel Reducer Gear Oil 176
Bleeding Air from Hydraulic System 177
Air Conditioner System Maintenance 180
Check and Maintenance Air Conditioner 180

Maintenance of Compressor 181
Check Air Conditioner Compressor Belt Tension, Adjust 182
Cleaning/Replacement of Air Conditioning Filters 182
Air Conditioning Operation Inspection 183
Main Failure of Air Conditioning System and its Solution 184
Check and Adjust Track Tension 185
Check and Tighten Track Shoe Bolts 186
Replace Bucket Teeth 187
Lubrication System Maintenance 188
The working device is filled with grease 188
Lubricate Swing Circle 189
Check Grease for Swing Circle 189
Check/Add Windshield Washer Fluid Level 190
Maintenance and Lubrication of Lock Core 190
Maintenance and Lubrication of Hinge 190
5 SPECIFICATIONS 191
Specifications 192
Working Ranges 193
Standard Configuration and Digging Force 194
Operating Weight and Ground Pressure 194
6 ATTACHMENTS AND OPTIONS 195
Safety First 196
Attachment Installation 197
Recommended Attachment Operations 198
Hydraulic Breaker 198
Prohibited Works 199
Supply Grease in the Correct Position 201

2SAFETY

WARNING

Please read and make sure that you fully understand the precautions described in this manual and the safety labels on the machine.When operating or servicing the machine, always follow these precautions strictly.

Location of Safety Labels

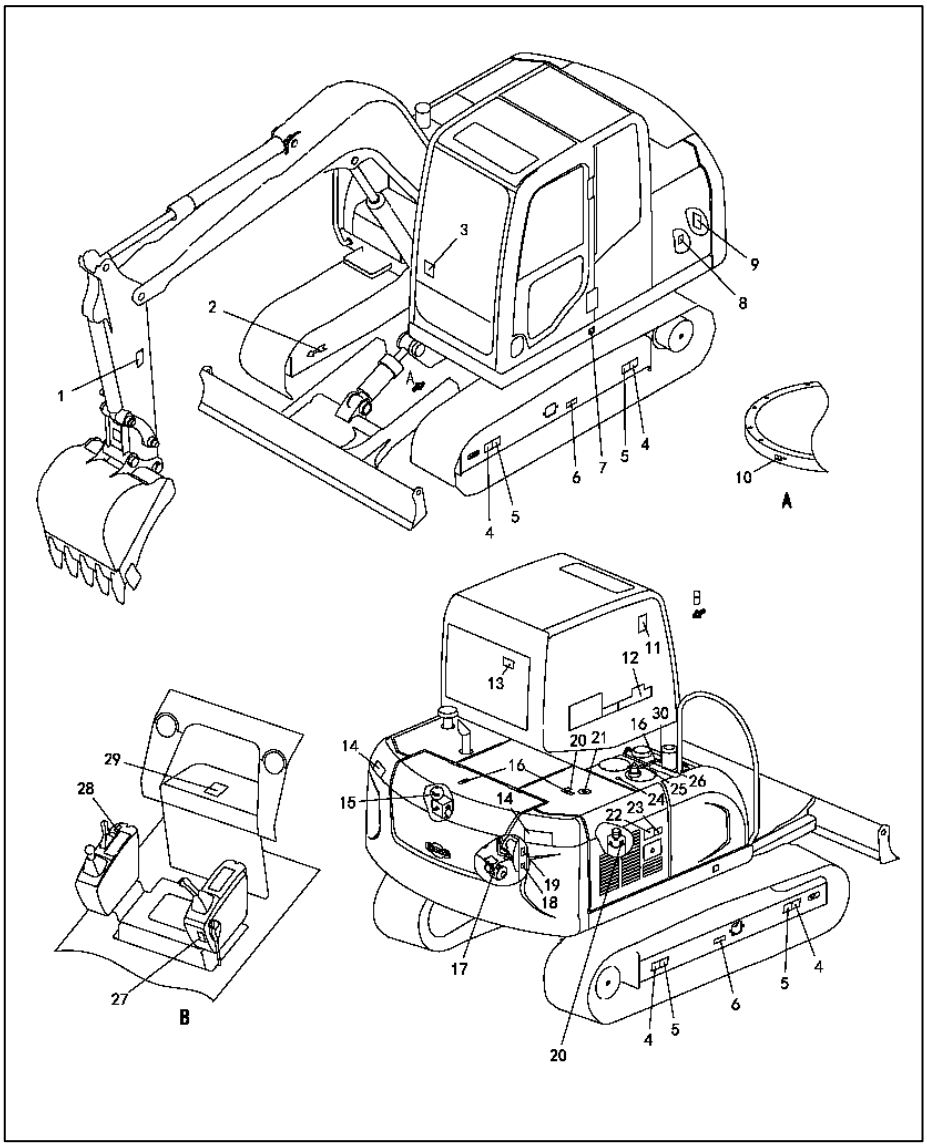
The following warning signs and safety labels are used on this machine.

Be sure that you fully understand the correct position and content of labels.

To ensure that the content of labels can be read properly, be sure that they are in the correct place and always keep them clean.

There are also other labels in addition to the warning signs and safety labels. Handle those labels in the same way.

If the labels are damaged, lost, or cannot be read properly, place an order with SHANTUI distributor.



Safety Labels

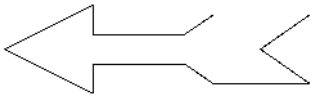
1. Beware of work equipment (09134-11200)



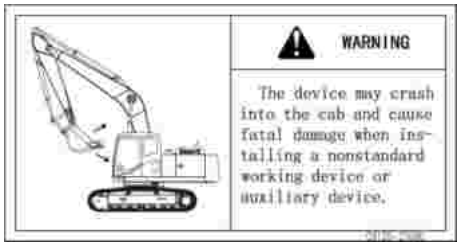
Sign indicates a hazard of being hit by the working device of the machine.

Keep away from machine during operation.

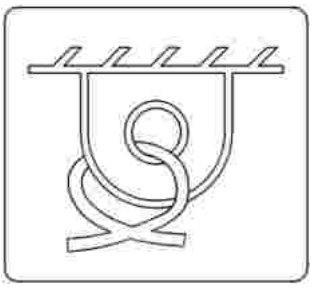
2. Walking direction label (09951-00200)



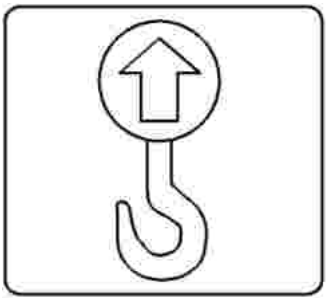
3. Warning label (09135-21680)



4. Fixed position label (09960-01002)



5. Lifting position label (09960-01001)



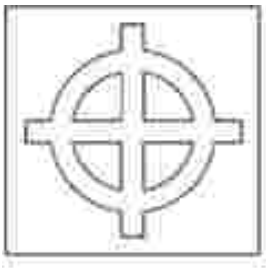
6. Caution when adjusting track tension (09657-10880)



Sign indicates a hazard of flying plug from track adjuster that could cause injury.

Read manual and adjusting track for safe and proper handling.

7. Rotary position label (09960-00812)



8. Note the electric shock (09808-10880)



There is a risk of electric shock. Read the instructions carefully when handling the cable.

9. Notice label (09842-10480)



Do not start the engine by short-circuiting the engine starting circuit and you should start the engine from the seat.

10. Swing circle lubrication label (09845-02000)



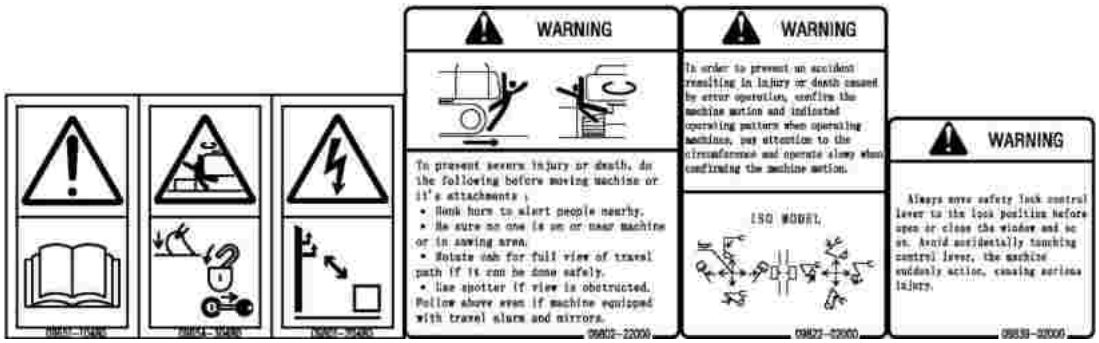
11. Warnings when stowing front window (09803-10480)



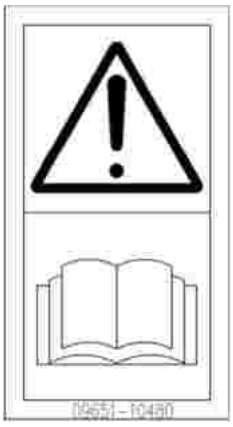
When the front window is stowed, there is the hazard that it will fall.

Always lock the front window securely at the stowed position.

12. Cab safety label (09807-01000)



(1) Caution for operation, inspection and maintenance (09651-10480)



Warning!

Read manual before operation, maintenance, assembly and transportation.

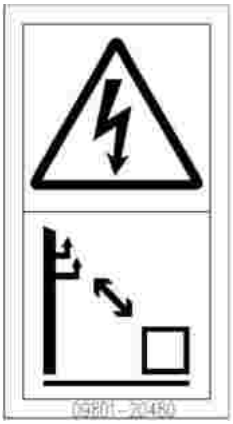
(2) Start and stop safety label (09654-30480)



Sudden movement of the stopped machine may cause the risk of being caught or rolled by the machine.

Lower working device to ground, move safety lever to look position and take engine key with you before leaving machine.

(3) Note the high voltage (09801-20480)



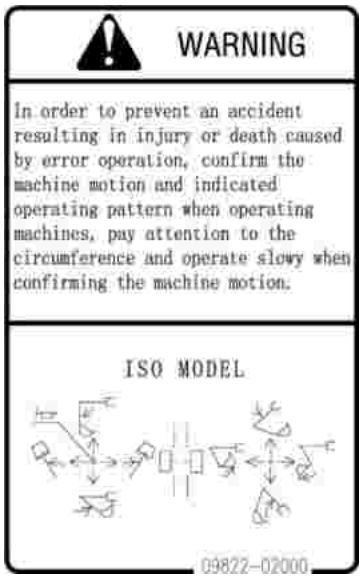
The machine is close to the high voltage cable and can cause an electric shock to the operator.

Keep a safe distance from electric power lines.

(4) Caution before operating (09802-22000)



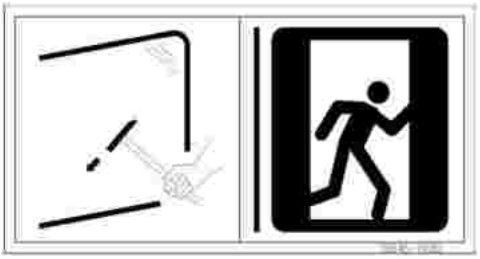
(5) Warning label (ISO model) (09822-02000)



(6) Caution when opening or closing front window (09839-02000)

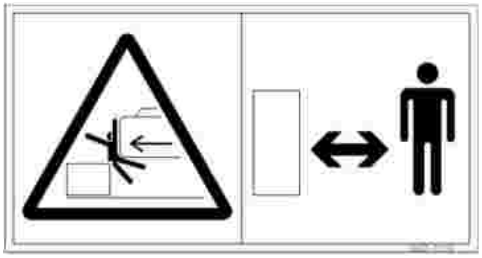


13. Emergency escape label (09645-11680)



Break here with safety hammer and escape from here.

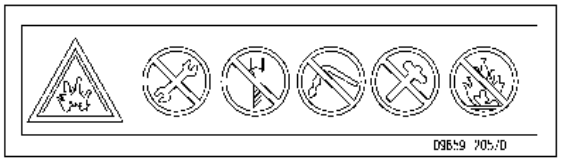
14. Prohibited to enter range of swing (09133-12320)



There is danger of getting caught when upper structure swings.

Do not enter range of swing.

15. Safety label (09659-20570)



Do not drill, cut, impact or decompose in case of explosion. Keep away from open fire.

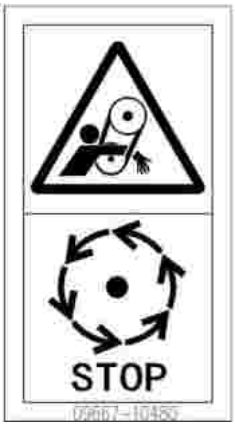
16. Caution against falling (09805-10880)



There is the hazard of falling.

Do not step here!

17. Engine operation attention label (09667-10480)



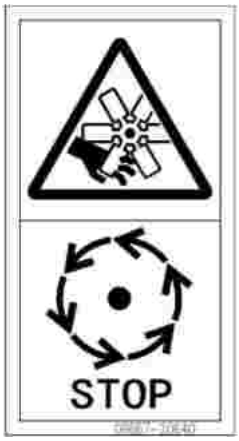
Do not touch or repair while the belt is running.

Turn off before inspection and maintenance.

18. Notice label (09849-02000)



19. Engine operation attention label (09667-20640)



Do not touch or repair while the belt is running.

Turn off before inspection and maintenance.

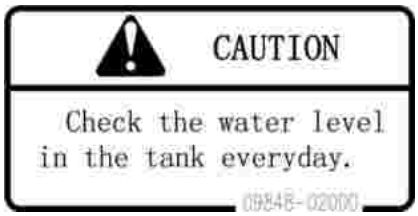
20. Safety label for tank (09653-10640)



Never remove the cap when the engine is at operating (high)temperature. Steam or high temperature oil blowing up from the radiator or hydraulic tank, will cause personal injury and burns.

Never remove the radiator cap or hydraulic tank oil filler when cooling water or hydraulic oil is at high temperatures.

21. Notice label(09848-02000)



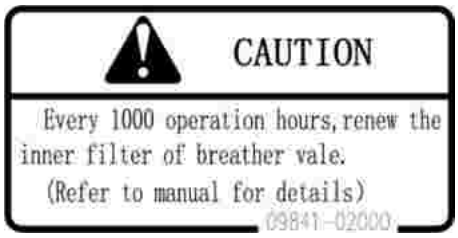
22. Notice label(09846-02000)



23. Notice label (09847-02000)



24. Notice label (09841-02000)



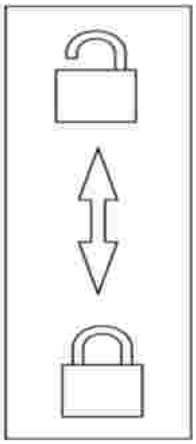
25. Safety label (09653-02100)



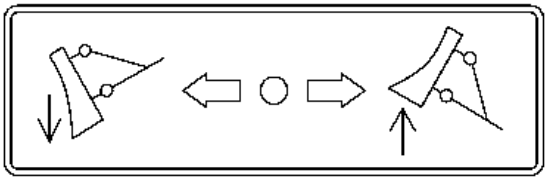
26. Safety label (09843-02000)



27. Lever lock label (09685-00002)



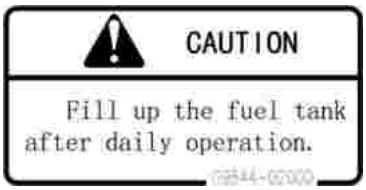
28. Bulldozer application label



29. Safety label (09804-10880)



30. Notice label (09844-02000)



Basic Safety Information

Safety Rules

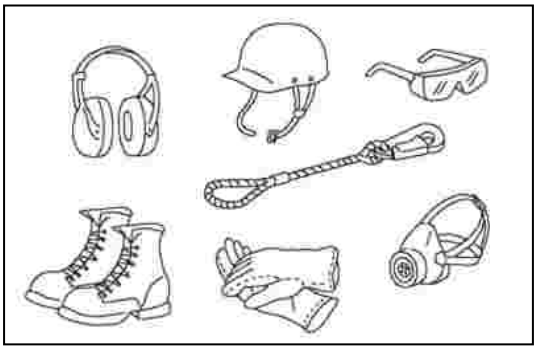
- Only trained and authorized personnel can operate and maintain the machine.
- Follow all safety rules, precautions and instructions when operating or performing maintenance on the machine.
- If you are under the influence of alcohol or medication, your ability to safely operate or repair your machine may be severely impaired putting yourself and everyone else on your jobsite in danger.
- When working with another operator or with a person on worksite traffic duty, be sure that all personnel understand all hand signals that are to be used.

If Problems are Found

If you find any problems in the machine during operation or maintenance (noise, vibration, smell, incorrect gauges, smoke, oil leakage, etc., or any abnormal display on the warning devices or monitor), report to the person in charge and have the necessary action taken. Do not operate the machine until the problem has been corrected.

Working Wear and Personal Protective Items

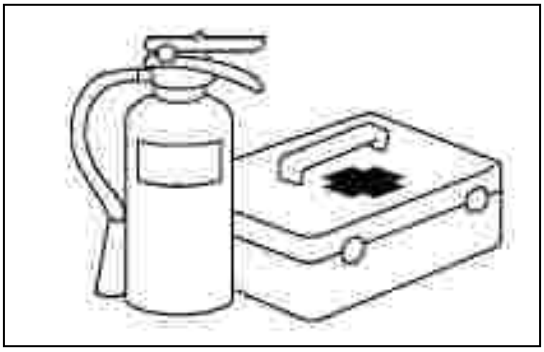
- Do not wear loose clothing and accessories. There is a hazard that they may catch on control levers or other protruding parts.
- If you have long hair and it hangs out from your hard hat, there is a hazard that it may get caught up in the machine, so tie your hair up and be careful not to let it get caught.
- Always wear a hard hat and safety shoes. If the nature of the work requires it, wear safety glasses, mask, gloves, ear plugs, and safety belt when operating or maintaining the machine.
- Check that all protective equipment functions properly before using it.



Fire Extinguisher and First Aid Kit

Always follow the precautions below to prepare for action if any injury or fire should occur.

- Be sure that fire extinguishers have been provided and read the labels to ensure that you know how to use them in emergencies.
- Carry out periodic inspection and maintenance to ensure that the fire extinguisher can always be used.
- Provide a first aid kit in the storage point. Carry out periodic checks and add to the contents if necessary.

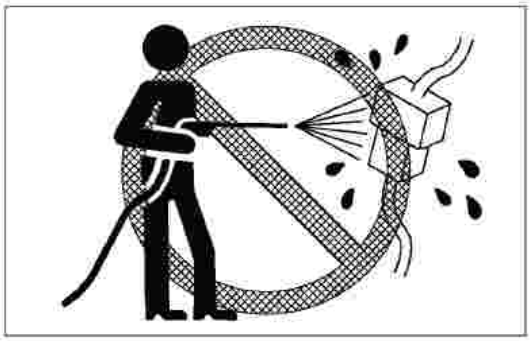


Safety Equipment

- Be sure that all guards and covers are in their proper position. Have guards and covers repaired immediately if they are damaged.
- Understand the method of use of safety features and use them properly.
- Never remove any safety features. Always keep them in good operating condition.

Keep Machine Clean

- If water gets into the electrical system, there is a hazard that it will cause malfunctions or misoperation. Do not use water or steam to wash the electrical system (sensors, connectors).
- If inspection and maintenance is carried out when the machine is still dirty with mud or oil, there is a hazard that you will slip and fall, or that dirt or mud will get into your eyes. Always keep the machine clean.



WARNING

When cleaning the engine around, the following three:

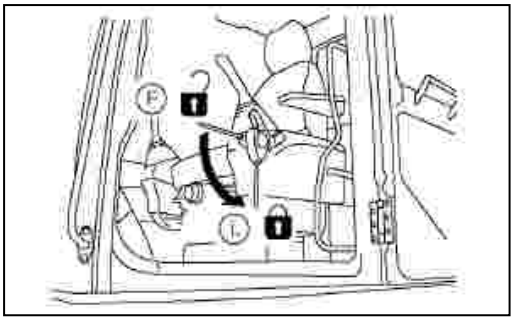
① Compressor; ② Starting motor; ③ Generator

Cannot be cleaned and splashed liquid, otherwise it will cause damage of engine parts.

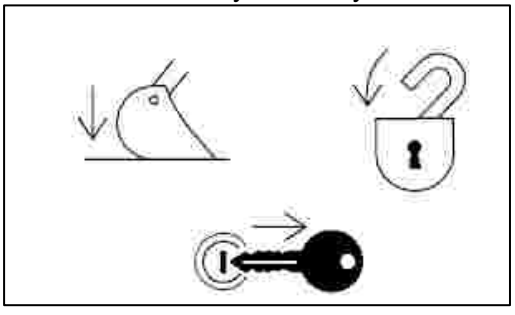
Keep Operator's Compartment Clean

- When entering the operator's compartment, always remove all mud and oil from the soles of your shoes.
- If you operate the pedal with mud or oil affixed to your shoes, your foot may slip and this may cause a serious accident.
- Do not leave parts or tools lying around the operator's compartment.
- Do not stick suction pads to the window glass. Suction pads act as a lens and may cause fire.
- Do not use cellular telephones inside the operator's compartment when driving or operating the machine.
- Never bring any dangerous objects such as flammable or explosive items into the operator's compartment.

Leaving Operator's Seat with Lock



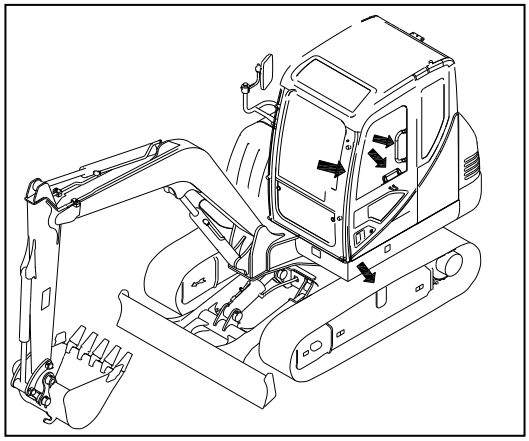
- Before standing up from the operator's seat (such as when opening or closing the front window or roof window, or when removing or installing the bottom window, or when adjusting the operator's seat), always lower the work equipment completely to the ground, set lock lever (1) securely to the LOCK position (L), then stop the engine. If you accidentally touch the control levers or control pedals when they are not locked, there is a hazard that the machine may suddenly move and cause serious injury or property damage.
- When leaving the machine, always lower the work equipment completely to the ground, set lock lever (1) securely to the LOCK position (L), then stop the engine. Use the key to lock all the equipment. Always remove the key, take it with you, and keep it in the specified place.



Handrails and Steps

To prevent personal injury caused by slipping or falling off the machine, always do as follows.

- Use the handrails and steps marked by arrows in the diagram when getting on or off the machine.





- To ensure safety, always face the machine and maintain three-point contact (both feet and one hand, or both hands and one foot) with the handrails and steps (including the track shoe) to ensure that you support yourself.
- Do not grip the control levers or lock lever when getting on or off the machine.
- Never climb on the engine hood or covers where there are no non-slip pads.
- Before getting on or off the machine, check the handrails and steps (including the track shoe). If there is any oil, grease, or mud on the handrails or steps (including the track shoe), wipe it off immediately. Always keep these parts clean. Repair any damage and tighten any loose bolts.
- Do not get on or off the machine while holding tools in your hand.

Mounting and Dismounting

- Never jump on or off the machine. Never get on or off a moving machine.
- If the machine starts to move when there is no operator on the machine, do not jump on to the machine and try to stop it.

No Persons On Attachments

Never let anyone ride on the work equipment, or other attachments. There is a hazard of falling and suffering serious injury.

Do Not Get Caught In Articulated Portion

The clearance around the work equipment will change according to the movement of the link.
If you get caught, this may lead to serious personal injury. Do not allow anyone to approach any rotating or telescoping part.

Burn Prevention

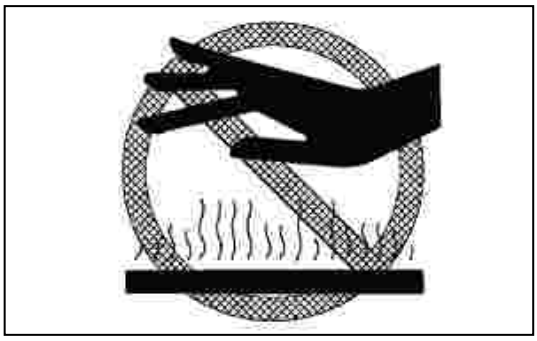
Hot coolant

- To prevent burns from hot water or steam spurting out when checking or draining the coolant, wait for the water to cool to a temperature where it is possible to touch the radiator cap by hand before starting the operation. Even when the coolant has cooled down, loosen the cap slowly to relieve the pressure inside the radiator before removing the cap.



Hot oil

- To prevent burns from hot oil spurting out when checking or draining the oil, wait for the oil to cool to a temperature where it is possible to touch the cap or plug by hand before starting the operation. Even when the oil has cooled down, loosen the cap or plug slowly to relieve the internal pressure before removing the cap or plug.



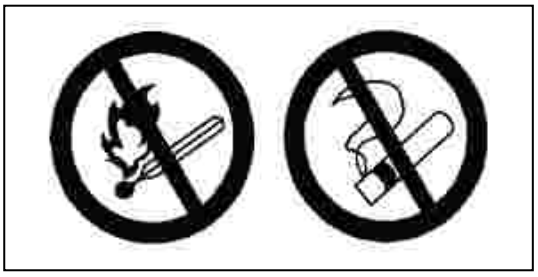
Fire Prevention and Explosion Prevention

- **Fire caused by fuel or oil**

Fuel, oil, antifreeze, and window washer liquid are particularly flammable and can be hazardous. To prevent fire, always observe the following:



- Do not smoke or use any flame near fuel or oil.
- Stop the engine before refueling.
- Do not leave the machine while adding fuel or oil.
- Tighten all fuel and oil caps securely.
- Do not spill fuel on overheated surfaces or on parts of the electrical system.
- Use well-ventilated are as for adding or storing oil and fuel.



- Keep oil and fuel in the determined place and do not allow unauthorized persons to enter.
- After adding fuel or oil, wipe up any spilled fuel or oil.
- When carrying out grinding or welding work on the chassis, move any flammable materials to a safe place before starting.
- When washing parts with oil, use a non-flammable oil. Diesel oil and gasoline may catch fire, so do not use them.
- Put greasy rags and other flammable materials into a safe container to maintain safety at the work place.
- Do not weld or use a cutting torch to cut any pipes or tubes that contain flammable liquids.

- **Fire caused by accumulation of flammable material**
  Remove any dry leaves, chips, pieces of paper, dust, or any other flammable materials accumulated or affixed around the engine, exhaust manifold, muffler, or battery, or inside the under covers.
- **Fire coming from electric wiring**
  Short circuits in the electrical system can cause fire.
  - Always keep electric wiring connections clean and securely tightened.
  - Check the wiring every day for looseness or damage. Tighten any loose connectors or wiring clamps. Repair or replace any damaged wiring.
- **Fire coming from hydraulic line**
  - Check that all the hose and tube clamps, guards, and cushions are securely fixed in position.
  - If they are loose, they may vibrate during operation and rub against other parts. This may lead to damage to the hoses, and cause high-pressure oil to spurt out, leading to fire damage or serious injury.
- **Explosion caused by lighting equipment**
  - When checking fuel, oil, battery electrolyte, window washer fluid, or coolant, always use lighting with anti-explosion specifications.
  - If such lighting equipment is not used, there is danger of explosion that may cause serious injury.
  - When taking the electrical power for the lighting from the machine itself, follow the instructions in of instructions in this manual.

Action if Fire Occurs

If a fire occurs, escape from the machine as follows.
- Turn the start switch OFF to stop the engine.
- Use the handrails and steps to get off the machine.

Windshield Washer Fluid

- Use an ethyl alcohol base washer liquid.
- Methyl alcohol base washer liquid may irritate your eyes, so do not use it.

Falling Objects, Flying Objects and Intruding Objects Prevention

- On jobsite there is a hazard that falling objects, flying objects, or intruding objects may hit or enter the operator's cab, consider the operating conditions and install the necessary guards to protect the operator.
- When carrying out demolition or breaker operations, install a front guard and use a laminated coating sheet on the front.
- When working in mines or quarries where there is a hazard of falling rock, install FOPS (Falling Objects Protective Structure) and a front guard, and use a laminated coating sheet on the front glass.
- When carrying out the above operations, always close the front window. In addition, always ensure that standers-by are a safe distance away and are not in hazard from falling or flying objects.





- The above recommendations assume that the conditions are for standard operations, but it may be necessary to add additional guards according to the operating conditions on the jobsite. Always contact your SHANTUI distributor for advice

Attachment Installation

- When installing optional parts or attachments, there may be problems with safety or legal restrictions. Therefore contact your SHANTUI distributor for advice.
- Any injuries, accidents, or product failures resulting from the use of unauthorized attachments or parts will not be the responsibility of SHANTUI.
- When installing and using optional attachments, read the instruction manual for the attachment, and the general information related to attachments in this manual.

Attachment Combinations

Depending on the type or combination of work equipment, there is a hazard that the work equipment may hit the cab or other parts of the machine.
Before using unfamiliar work equipment, check if there is any hazard of interference, and operate with caution.

Cab Window Glasses

If the cab glass on the work equipment side is broken, there is a hazard that the work equipment may contact the operator's body directly. Stop operation immediately and replace the glass.

Unauthorized Modifications

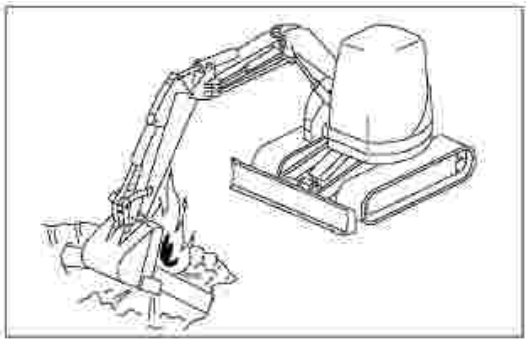
Any modification made without authorization from SHANTUI can create hazards. Before making a modification, consult your SHANTUI distributor.

- SHANTUI will not be responsible for any injuries, accidents, product failures or other property damages resulting from modifications made without authorization from SHANTUI.

Safety on Jobsite

Before starting operations, thoroughly check the area for any unusual conditions that could be dangerous.

- When carrying out operations near combustible materials such as thatched roofs, dry leaves or dry grass, there is a hazard of fire, so be careful when operating.
- Check the terrain and condition of the ground at the jobsite,and determine the safest method of operation. Do not operate where there is a hazard of landslides or falling rocks.
- If water lines, gas lines, or high-voltage electrical lines may be buried under the jobsite, contact each utility and identify their locations. Be careful not to sever or damage any of these lines.
- Take action to prevent unauthorized people from approaching the jobsite. When working on public roads, position flagmen and erect barriers to ensure the safety of passing traffic and pedestrians.
- When traveling or operating in shallow water or on soft ground, check the shape and condition of the bedrock, and the depth and speed of flow of the water before starting operations.

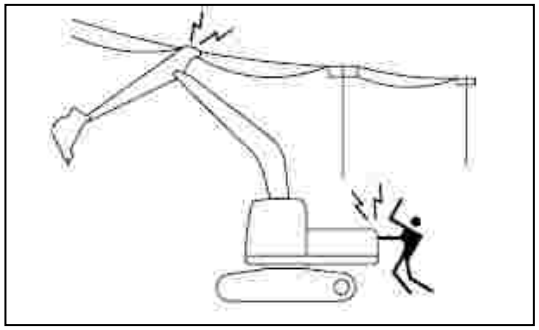


Working on Loose Ground

- Avoid traveling or operating your machine too close to the edge of cliffs, overhangs, and deep ditches. The ground may be weak in such areas. If the ground should collapse under the weight or vibration of the machine, there is a hazard that the machine may fall or tip over. Remember that the soil after heavy rain or blasting or after earthquakes is weak in these areas.

- When working on embankments or near excavated ditches, there is a hazard that the weight and vibration of the machine will cause the soil to collapse. Before starting operations, take steps to ensure that the ground is safe and to prevent the machine from rolling over or falling.

Distance to High Voltage Cables



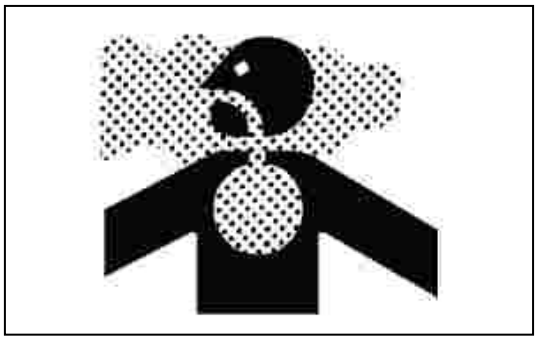
Do not travel or operate the machine near electric cables. There is a hazard of electric shock, which may cause serious injury or property damage. On jobsites where the machine may go close to electric cables, always do as follows.

- Before starting work near electric cables, inform the local power company of the work to be performed, and ask them to take the necessary action.
- Even going close to high-voltage cables can cause electric shock. Always maintain a safe distance (see the table) between the machine and the electric cable. Check with the local power company about safe operating procedure before starting operations.
- To prepare for any possible emergencies, wear rubber shoes and gloves. Lay a rubber sheet on top of the seat, and be careful not to touch the chassis with any exposed part of your body.
- Use a signalman to give warning if the machine approaches too close to the electric cables.
- When carrying out operations near high voltage cables, do not let anyone near the machine.

	Voltage of Cables	Safety Distance
Low voltage	100 V - 200 V	Over 2 m (7 ft)
	6600V	Over 2 m (7 ft)
Extra high voltage	22000 V	Over 3 m (10 ft)
	66000 V	Over 4 m (14ft)
	154000 V	Over 5 m (17 ft)
	187000 V	Over 6 m (20 ft)
	275000 V	Over 7 m (23 ft)
	500000 V	Over 11 m (36 ft)

- If the machine should come too close or touch the electric cable, to prevent electric shock, the operator should not leave the operator's compartment until it has been confirmed that the electricity has been shut off. Also, do not let anyone near the machine.

Ensure Good Visibility



Check for any persons or obstacles in the area around the machine and check the conditions of the jobsite to ensure that operations and travel can be carried out safely. Always do as follows.

- When working in dark places, turn on the working lamp and front lamps installed to the machine, and set up additional lighting in the work area if necessary.
- Stop operations if the visibility is poor, such as in mist, snow, rain, or dust.

Ventilation for Enclosed Area

If it is necessary to start the engine within an enclosed area, or when handling fuel, flushing oil, or paint, open the doors and windows to ensure that adequate ventilation is provided to prevent gas poisoning.

Signalman's Signal and Signs

- Set up signs to inform of road shoulders and soft ground. If the visibility is not good, position a signalman if necessary. Operators should pay careful attention to the signs and follow the instructions from the signalman.
- Only one signalman should give signals.
- Make sure that all workers understand the meaning of all signals and signs before starting work.

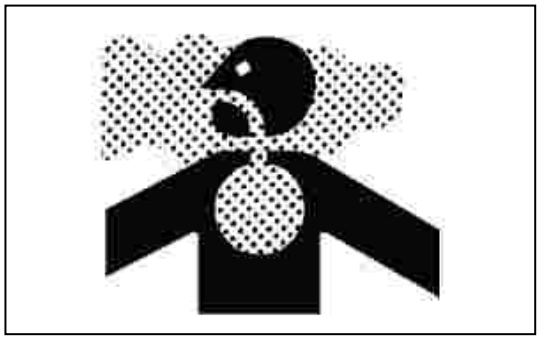
Emergency Exit from Operator's Cab

- If it should be impossible to open the door of the cab, break the window glass with the hammer supplied and use the window as an emergency escape.
- When escaping, remove all the pieces of glass from the window frame first and be careful not to cut yourself on the glass. Be careful also not to slip on the broken pieces of glass on the ground.

Asbestos Dust Hazard Prevention

Asbestos dust in the air can cause lung cancer if it is inhaled. There is danger of inhaling asbestos when working on jobsites handling demolition work or work handling industrial waste. Always observe the following.

- Spray water to keep down the dust when cleaning. Do not use compressed air for cleaning.
- If there is danger that there may be asbestos dust in the air, always operate the machine from an upwind position.
- All workers should use an approved respirator.
- Do not allow other persons to approach during the operation.
- Always observe the rules and regulations for the work site and environmental standards.

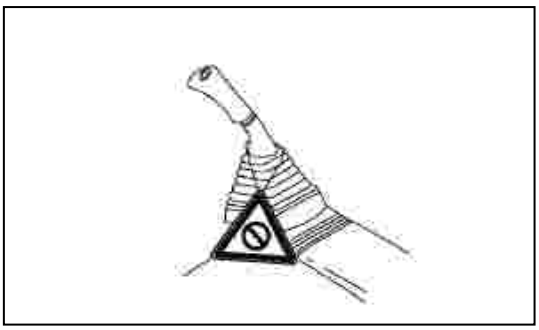


- This machine does not use asbestos, but there is a danger that imitation parts may contain asbestos, so always use genuine SHANTUI parts.

Safety Machine Operation

Starting Engine

If there is a warning tag hanging from the work equipment control lever, do not start the engine or touch the levers .



Checks before starting engine

Carry out the following checks before starting the engine at the beginning of the day's work.

- Remove all dirt from the surface of the window glass to ensure a good view.
- Remove all dirt from the surface of the lens of the working lamps, and check that they light up correctly.
- Check the coolant level, fuel level, and oil level in engine oil pan, check for clogging of the air cleaner, and check for damage to the electric wiring.
- Adjust the operator's seat to a position where it is easy to carry out operations, and check that there is no damage or wear to the seat belt or mounting clamps.
- Check the operation of the instruments and gauges, check the angle of the mirror, and check that the control levers are all at the Neutral position.
- Before starting the engine, check that lock lever is in LOCK position.
- Check that there are no persons or obstacles above, below, or in the area around the machine.

Safety rules for starting engine

- Start and operate the machine only while seated.
- Do not attempt to start the engine by short-circuiting the engine starting circuit. Such an act may cause a serious bodily injury or fire.
- When starting the engine, sound the horn as a warning.
- Do not allow anyone apart from the operator to ride on the machine.

Starting engine in cold weather

- Carry out the warming-up operation thoroughly. If the machine is not thoroughly warmed up before the control levers or control pedals are operated, the reaction of the machine will be slow or the machine may move in a way not expected by the operator.
- Particularly in cold weather, be sure to carry out the warming-up operation thoroughly.
- If the battery electrolyte is frozen, do not charge the battery or start the engine with a different power source. There is a hazard that this will ignite the battery and cause the battery to explode.

Before charging or starting the engine with a different power source, melt the battery electrolyte and check that there is no leakage of electrolyte before starting.

Operation

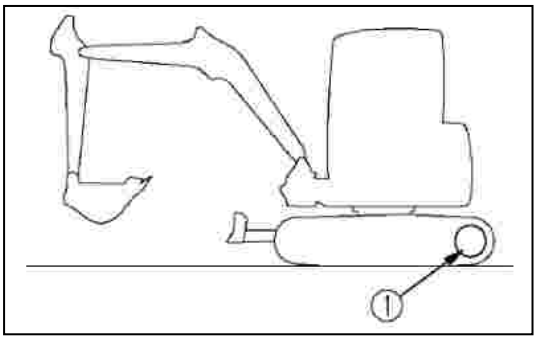
Checks before operation

When carrying out the checks, move the machine to a wide area where there are no obstructions, and operate slowly. Do not allow anyone near the machine.

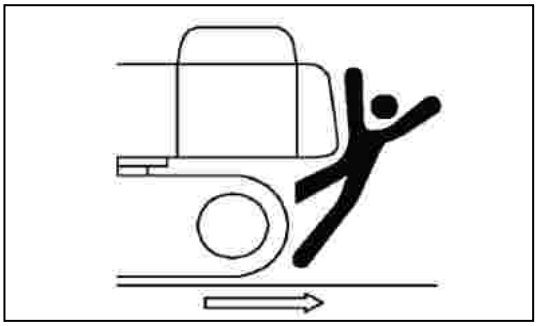
- Always fasten your seat belt.
- Check that the movement of the machine matches the display on the control pattern card. If it does not match, replace it immediately with the correct control pattern card.
- Check the operation of the gauges and equipment, and check the operation of the bucket, arm, boom, travel system, swing system, and steering system.
- Check for any problem in the sound of the machine, vibration, heat, smell, or gauges; check that whether there is leakage of oil or fuel or not.
- If any problem is found, carry out repairs immediately.

Safety rules for changing machine directions

Before traveling, set the machine so that sprocket ① is behind the operator's seat. If sprocket ① is in front of the operator's cab, the direction of operating the joystick is opposite to that of the machine (front and rear travel is reversed, left and right steering is reversed). Be extremely careful when operating the machine in
this situation.



- Before traveling, check again that there is no one in the surrounding area, and that there are no obstacles.
- Before traveling, sound the horn to warn people in the area.
- Always operate the machine only when seated.
- Do not allow anyone apart from the operator to ride on the machine.
- If there is an area to the rear of the machine which cannot be seen, position a signal person. Take special care so as not to hit other accidents or people when turning or swinging the machine.
- Check that the travel alarm works properly.
- Always lock the door and windows of the operator's compartment in position (open or closed).
- On jobsites where there is a hazard of flying objects or of objects entering the operator's compartment, check that the door and windows are securely closed.

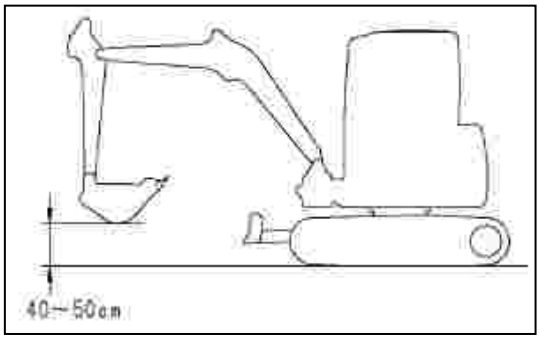


Always be sure to carry out the above precautions even when the machine is equipped with mirrors.

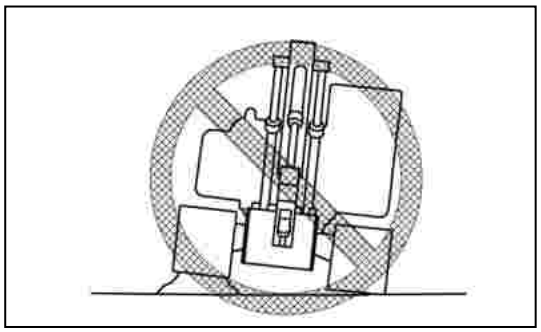


Safety rules for traveling

- Do not operate the machine too quickly, suddenly start, stop or turn.
- When traveling on flat ground, keep the work equipment 40 to 50cm (16 to 20 in) high above the ground.
- When traveling on rough ground, travel at low speed and do not operate the steering suddenly. There is danger that the machine may turn over. The work equipment may hit the ground surface and cause the machine to lose its balance, or may damage the machine or structures in the area.



- Avoid traveling over obstacles when possible. If the machine has to travel over an obstacle, keep the work equipment close to the ground and travel at low speed. Never travel over obstacles which make the machine tilt strongly to one side.
- When traveling or carrying out operations, always keep a safe distance from people, structures, or other machines to avoid coming into contact with them.

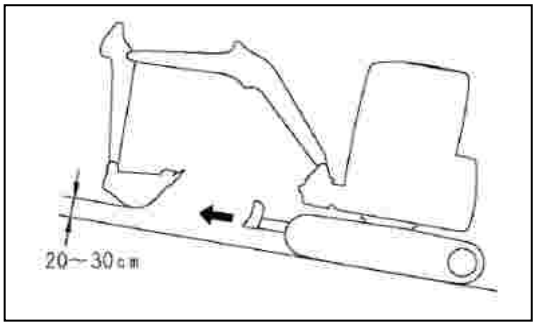


- When passing over bridges or structures, check first that the structure is strong enough to support the weight of the machine.
- When traveling on public roads, check first with the relevant authorities and follow their instructions.
  When operating in tunnels, under bridges, under electric wires, or other places where the height is limited, operate slowly and be extremely careful not to let the work equipment hit anything.

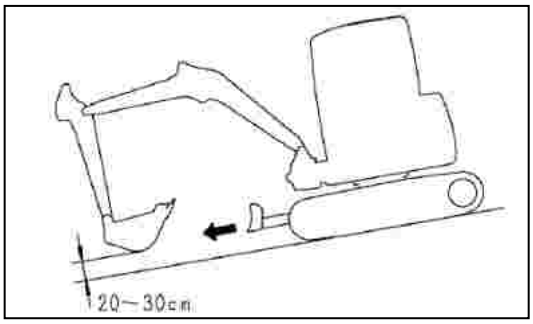
Traveling on slopes

To prevent the machine from tipping over or slipping to the side, always do as follows.

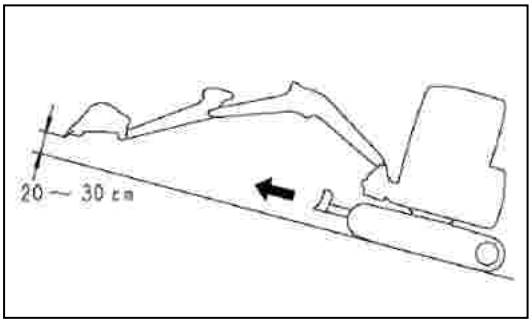
- Keep the work equipment approx. 20 to 30 cm (8 to 12 in) above the ground. In case of emergency, lower the work equipment to the ground immediately to help stop the machine.



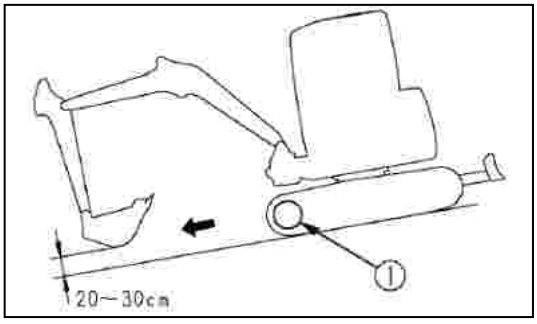
- When traveling up slopes, set the operator's cab facing uphill, when travel down slopes, set the operator's cab facing downhill. Always check the firmness of the ground under the front of the machine when traveling.



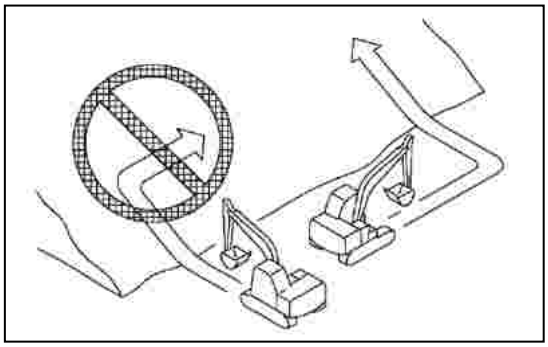
- When traveling up a steep slope, extend the work equipment to the front to improve the balance, keep the work equipment approximately 20 to 30 cm (8 to 12 in) above the ground, and travel at low speed.



- When traveling downhill, lower the engine speed, keep the travel lever close to the neutral position, and travel at low speed. When walking downhill on a slope above 15 degrees, as shown in the right figure, the sprocket ① is placed on the downhill side and the engine speed is lowered.

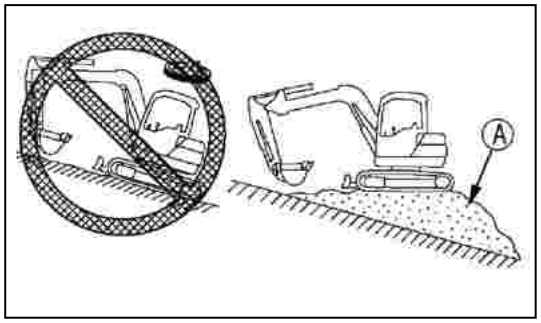


- Always travel straight up or down a slope. Traveling at an angle or across the slope is extremely dangerous.
- Do not turn on slopes or travel across slopes. Always go down to a flat place to change the position of the machine, then travel on to the slope again.
- Travel on grass, fallen leaves, or wet steel plates with low speed. Even with slight slopes there is a hazard that the machine may slip.
- If the engine stops when the machine is traveling on a slope, move the control levers immediately to the neutral position and start the engine again.



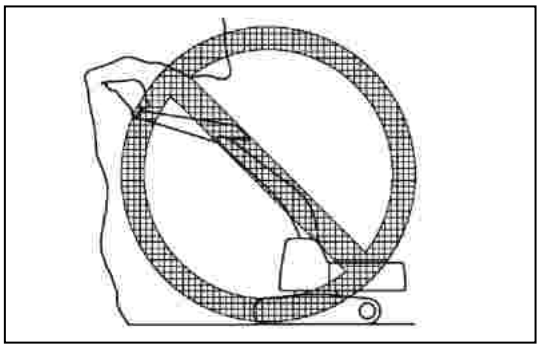
Operations on slopes

- When working on slopes, there is a hazard that the machine may lose its balance and turn over when the swing or work equipment are operated. This may lead to serious injury or property damage, so always provide a stable place when carrying out these operations, and operate carefully.
- Do not swing the work equipment from the uphill side to the downhill side when the bucket is loaded. This operation is dangerous, and may cause the machine to tip over.
- If the machine has to be used on a slope, pile the soil to make a platform (A) that will keep the machine as horizontal as possible.

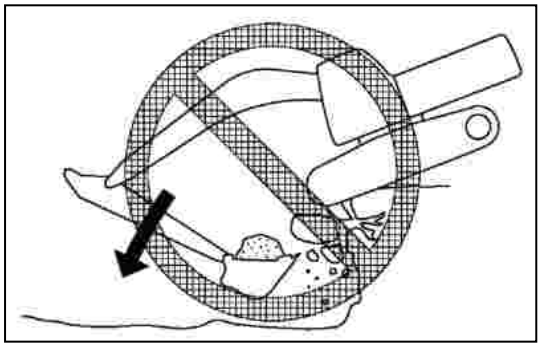


Prohibited operations

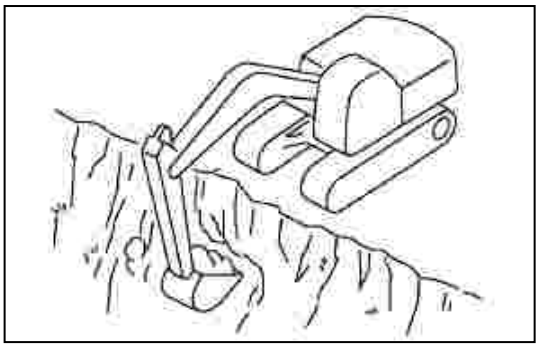
- Never dig the work face under an overhang. There is a hazard that rocks may fall or that the overhang may collapse and fall on top of the machine.



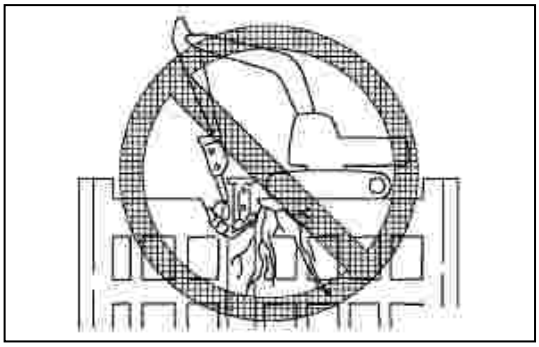
- Do not excavate too deeply under the front of the machine. The ground under the machine may collapse and cause the machine to fall.



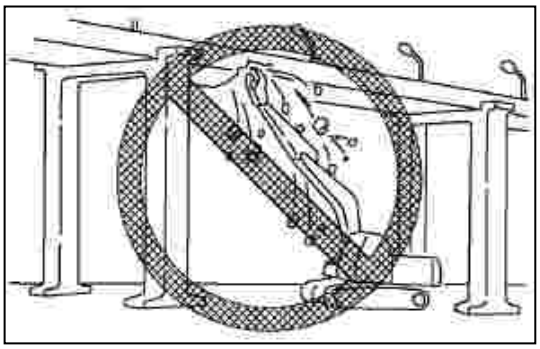
- To make it easier to escape if there is any problem, set the tracks at right angles to the road shoulder or cliff with the sprocket at the rear when carrying out operations.



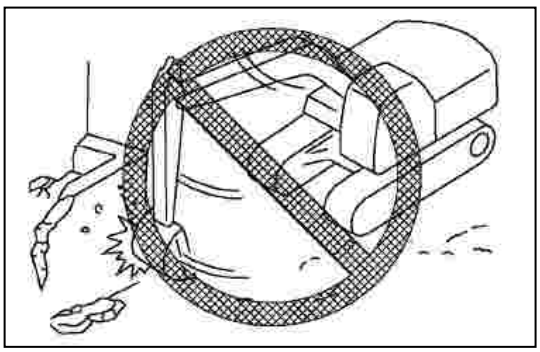
- Do not carry out demolition work under the machine. There is a hazard that the machine may become unstable and tip over.
- When working on or from the top of buildings or other structures, check the strength and the structure before starting operations. There is a hazard of the building collapsing and causing serious injury or damage.



- When carrying out demolition work, do not carry out demolition above your head. There is a hazard of broken parts falling or of the building collapsing and causing serious injury or property damage.



- Do not use the impact force of the work equipment for breaking work. There is a hazard of damage to the work equipment, or a hazard of serious personal injury being caused by flying pieces of broken materials, or of the machine tipping over due to reaction from the impact.
- Generally speaking, the machine is more liable to overturn when the work equipment is at the side than when it is at the front or rear.



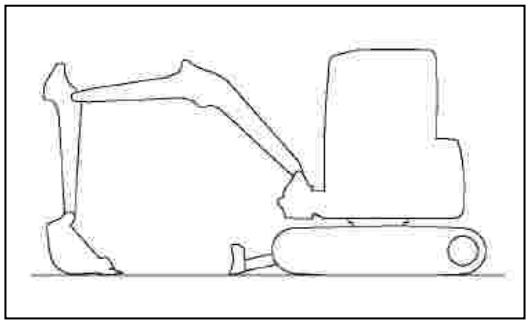
- When using a breaker or other heavy work equipment, there is a hazard of the machine losing its balance and tipping over. When operating on flat ground as well as on slopes.
  - Do not suddenly lower, swing, or stop the work equipment.
  - Do not suddenly extend or retract the boom cylinder. There is a hazard that impact will cause the machine to tip over.
- Do not pass the bucket over the head of other workers or over the operator's seat of dump trucks or other hauling equipment. The load may spill or the bucket may hit the dump truck and cause serious injury or property damage.

Operations on snow

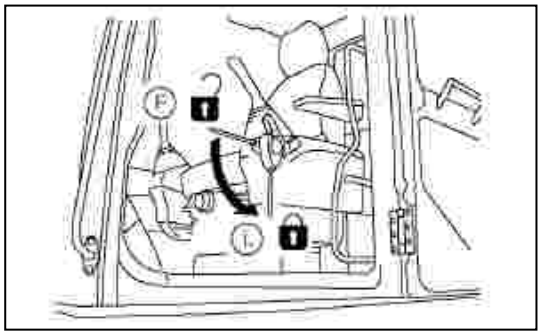
- Snow-covered or frozen surfaces are slippery, so be extremely careful when traveling or operating the machine, and do not operate the levers suddenly. Even a slight slope may cause the machine to slip, so be particularly careful when working on slopes.
- With frozen ground surfaces, the ground becomes soft when the temperature rises, and this may cause the machine to tip over.
- If the machine enters deep snow, there is a hazard that it may tip over or become buried in the snow. Be careful not to leave the road shoulder or to get trapped in a snow drift.
- When clearing snow, the road shoulder and objects placed beside the road are buried in the snow and cannot be seen. There is a hazard of the machine tipping over or hitting covered objects, so always carry out operations carefully.

Parking machine

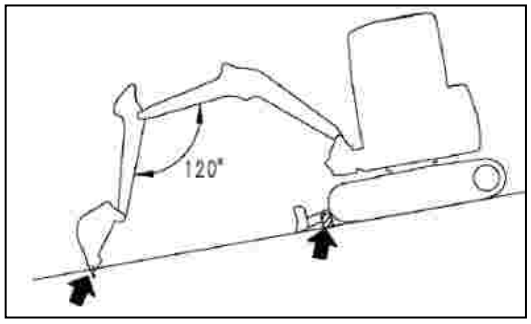
- Park the machine on firm, level ground.
- Select a place where there is no hazard of falling rocks or landslides, or of flooding if the land is low.
- Lower the work equipment completely to the ground



- When leaving the machine, set lock lever to the LOCK position (L), then stop the engine.
- Always close the operator's cab door, and use the key to lock all the equipment in order to prevent any unauthorized person from moving the machine. Always remove the key, take it with you, and leave it in the specified place.



- If it is necessary to park the machine on a slope, always do as follows.
  - Set the bucket on the downhill side, then dig it into the ground.
  - Put blocks under the tracks to prevent the machine from moving.

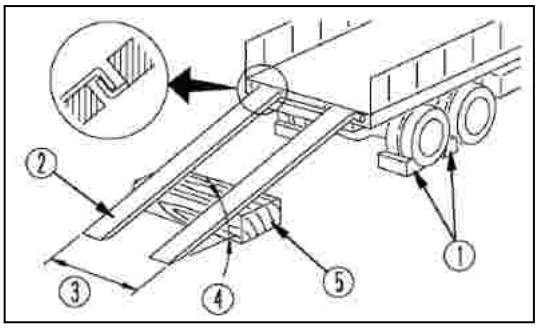


Transportation

Loading and Unloading

When loading or unloading the machine, mistaken operation may bring the hazard of the machine tipping over or falling, so particular care is necessary. Always do as follows.

- Perform loading and unloading on firm, level ground only.Maintain a safe distance from the edge of the road or cliff.Never use the work equipment to load or unload the machine.There is danger that the machine may fall or tip over.
- Always use ramps of adequate strength. Be sure that the ramps are wide, long, and thick enough to provide a safe loading slope. Take suitable steps to prevent the ramps from moving out of position or coming off.
  Be sure the ramp surface is clean and free of grease, oil, ice and loose materials. Remove dirt from machine-tracks. On a rainy day, in particular, be extremely careful since the ramp surface is slippery.



①Stoppers
②Ramp
③Spacing of ramp
④The ramp angle is under 15°
⑤Blocks

- Run the engine at low speed and travel slowly.
- Never correct your steering on the ramps. If necessary, drive off the ramps, correct the direction, then enter the ramps again.
- When on the ramps, do not operate any lever except for the travel lever.
- The center of gravity of the machine will change suddenly at the joint between the ramps and the track or trailer, and there is danger of the machine losing its balance. Travel slowly over this point.
- When loading or unloading to an embankment or platform, make sure that it has suitable width, strength, and grade.
- When swinging the upper structure on the trailer, the trailer is unstable, so pull in the work equipment and swing slowly.
- For machines equipped with a cab, always lock the door after boarding the machine. If this is not done, the door may suddenly open during transportation.
- For details，see “Transport” in the OPERATION section.

Shipping the machine

When shipping the machine on a trailer, do as follows.

- The weight, transportation height, and overall length of the machine differ according to the work equipment, so be sure to confirm the dimensions.
- When passing over bridges or structures on private land, check first that the structure is strong enough to support the weight of the machine. When traveling on public roads, check first with the relevant authorities and follow their instructions.
- For details of the procedure when transporting the machine, see “Transport” in the OPERATION section.

Battery

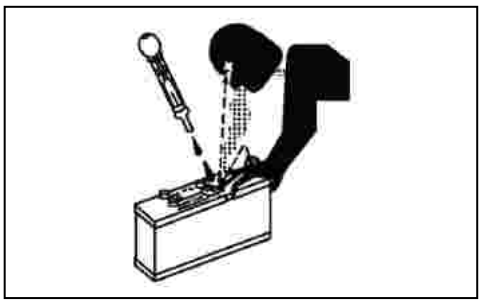
Put the battery cut-off switch OFF (closed).

For the following occasions, puts starting switch OFF (closed) position, put the battery cut-off switch OFF (closed) position. Otherwise may cause electric shock and other major accidents.

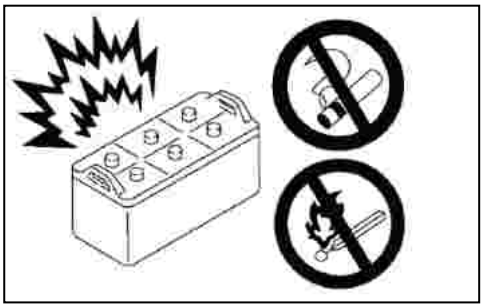
- Long term storage machine (more than one month)
- When repairing the electrical system
- When welding
- When handling the battery
- When replacing fuses and other parts

Battery Safety Operation

- **Electricity**
  - When battery positive and negative electrodes on both ends of a column by metal conductor (such as: metal tools, metal wire, metal parts, etc.) accident nipple, namely external battery short circuit, can produce arc melting polar column, and cause the molten lead alloy splash, serious when the combustion caused a lot of heat.
  - Prevention: battery assembly fault diagnosis using metal tools or use metal wire, avoid direct short circuit battery is negative column.
  - Protection: wear protective glasses and gloves.
  - Emergency treatment: when burning, use live wrench or other tools, external short-circuit metal conductor, immediately disconnect the battery don't contact with, and use the extinguishing fire materials.
- **Sulfuric acid**
  - Filling battery or a battery charging, resulting in shell burst, from sulphuric acid may break out or spills.
  - Prevention: careful handling. Vertical placement; According to the supplementary electrical program to supplement the electricity.
  - Protection: wear protective glasses and acid proof clothes.
  - Emergency treatment: when skin contact with sulfuric acid, immediately flush skin with plenty of clean flowing water surface, and remove contaminated clothes; When the eyes contact with sulfuric acid, rinse immediately with clean water for at least 10 minutes; When due to accidentally splashed acid in the mouth, can drink lots of water or milk. To find a doctor when necessary.



- **Emissions of gases**
  - In rechargeable battery, test process, the mixture of hydrogen and oxygen from the induction in vent. If more than 4% hydrogen concentration in the environment, have open flame, sparks or high fever will be an explosion.
  - Prevention: charging keep ventilation. Smoking is prohibited, to prevent sparks and open flame. Battery wire connection order: first the positive line connection, after connect the cathode lines; Disconnect the battery cable order: first to disconnect the battery negative electrode wire, and then disconnect the battery positive electrode line.
  - Protection: wear protective glasses and acid proof clothes.
  - Emergency treatment: battery burst, a large number of spills, sulfate operator should immediately flush sulfuric acid splash down; When necessary, will be ablation of sulfate personnel immediately to a hospital treatment.



Additional Electric Battery

Before cars started, the car with electric start time is too long and abnormal use, because of leakage and long car stops, the vehicle or the vehicle charging generator failure, the battery can't normal charging battery loss caused by electricity, battery electric eye blackened, even can't start the car. The battery need to supplement by electricity.

Check the battery status indicator (wink), power display:

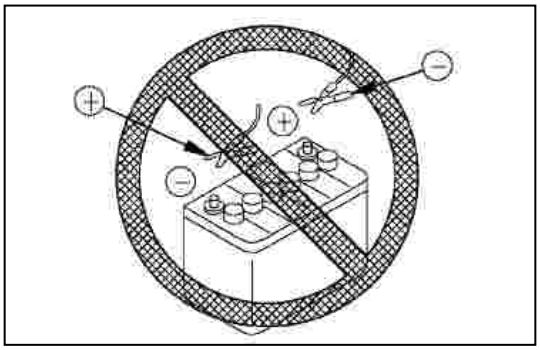
Green: the battery power is enough, can normal boot excavator.
Black: deficiency of battery, the battery should be added.
White: battery needs replacement.

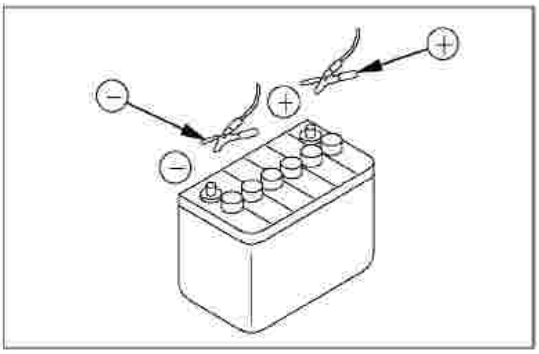
- When charging the battery we must know
  - Wearing glasses.
  - Maintain environmental ventilation when charging, charging under normal temperature.
  - No smoking when charging, and to avoid the introduction of the flame.
  - After charging connection, first connect the positive attachment; Take out stitches before charging, disconnect the cathode attachment first.

For details of battery supplement electricity , see “Battery Discharges and Charges” in the OPERATION section.

Staring Engine with Booster Cables

If any mistake is made in the method of connecting the booster cables, it may cause the battery to explode, so always do as follows.





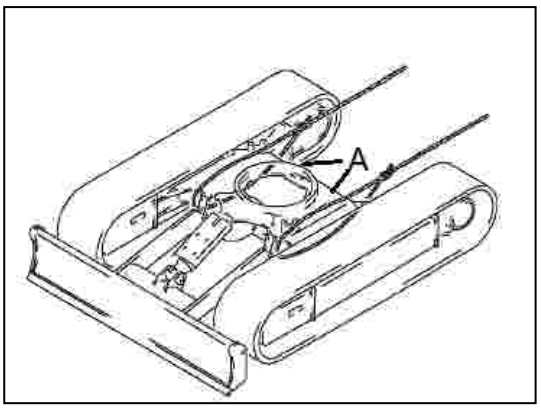
- When starting with a booster cable, carry out the starting operation with two workers (one worker sitting in the operator's seat and the other working with the battery).
- When starting from another machine, do not allow the two machines to touch.
- When connecting the booster cables, turn the starting switch OFF for both the normal machine and problem machine. There is a hazard that the machine will move when the power is connected.
- Be sure to connect the positive (+) cable first when installing the booster cables. Disconnect the negative (-) cable (ground side) first when removing them.
- When removing the booster cables, be careful not to let the booster cable clips touch each other or to let the clips touch the machine.
- Always wear safety goggles and rubber gloves when starting the engine with booster cables.
- When connecting a normal machine to a problem machine with booster cables, always use a normal machine with the same battery voltage as the problem machine.
- For details of the starting procedure when using booster cables, see “Starting Engine with Booster Cables” in the OPERATION section.

Towing

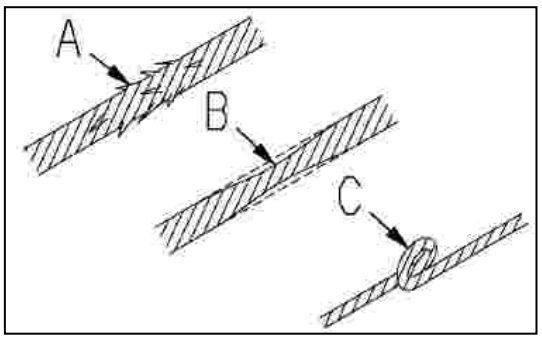
Safety Rules for Towing

Serious injury or death could result if a disabled machine is towed incorrectly or if there is a mistake in the selection or inspection of the wire rope.
For towing, see “Towing the Machine” in the OPERATION section.

- Always wear leather gloves when handling wire rope.
- Fix the wire rope to the frame of the crawler frame (allow two holes at A for traction)
- During the towing operation, never stand between the towing machine and the machine being towed.
- Never tow a machine on a slope.



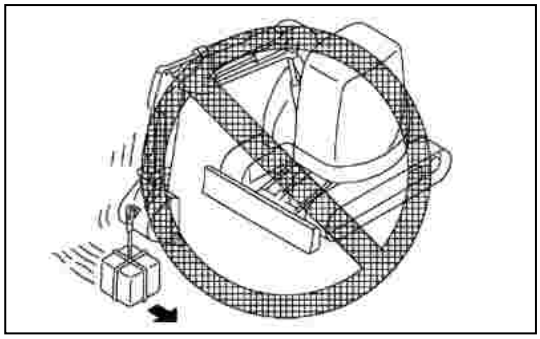
- Never use a wire rope which has cut strands (A), reduced diameter (B), or kinks (C). There is danger that the rope may break during the towing operation.

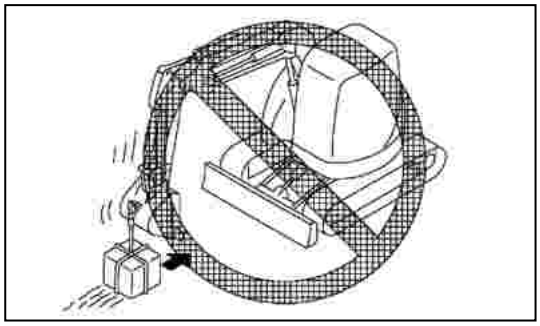


Lifting Work

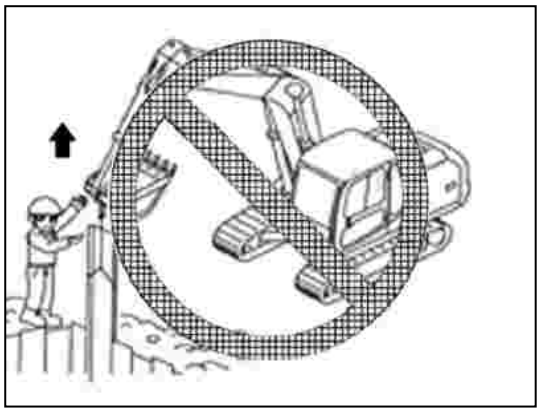
Safety rules for lifting objects

- Do not carry out lifting work on slopes, soft ground, or other places where the machine is not stable.
- Use wire rope that conforms to the specified standard.
- Do not exceed the specified lifting load.
- For details of the maximum lifting load permitted for this machine, see “Bucket with hook”.
- It is dangerous if the load hits any worker or structure. Always check carefully that the surrounding area is safe before swinging or turning the machine.
- Do not start, swing, or stop the machine suddenly. There is a hazard that the lifted load will swing.
- Don't use two machines together to lift, it is very dangerous.
- Do not use the work equipment or swing to pull the load in any direction. There is danger that the hook may break and the load come off, causing the work equipment to move suddenly and cause personal injury.
- Do not leave the operator's seat when there is a raised load.





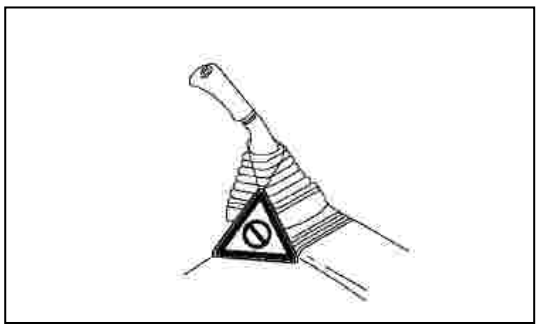
- Do not pull pile.



Safety Maintenance Information

Warning tag

- Always attach the "DO NOT OPERATE" warning tag to the work equipment control lever. Attach additional warning tags around the machine if necessary.
- Keep this warning tag in the tool box while it is not used. If there is not the tool box, keep the tag in the operation manual pocket.
- If others start the engine, or touch or operate the work equipment control lever while you are performing service or maintenance, you could suffer serious injury or property damage.





Keep work place clean and tidy

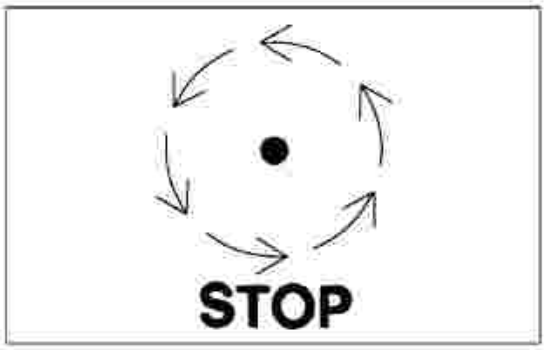
- Do not leave hammers or other tools lying around in the work place. Wipe up all grease, oil, or other substances that will cause you to slip. Always keep the work place clean and tidy to enable you to carry out operations safely. If the work place is not kept clean and tidy, there is the danger that you will trip, slip, or fall over and injure yourself.
- When cleaning the ceiling window which is made of organic glass (polycarbonate), use tap water and avoid use of organic solvents for cleaning. An organic solvent like benzene, toluene or methanol can invite a chemical reaction like dissolution and decomposition on the window glass, deteriorating polycarbonate in use.

Appoint leader when working with others

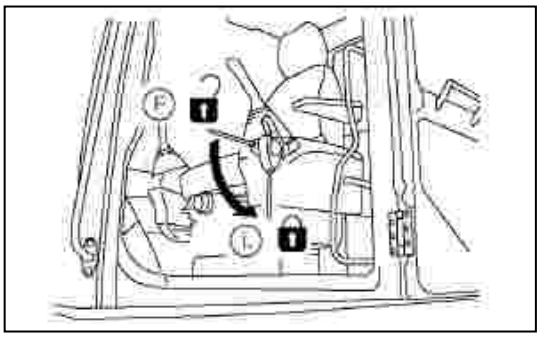
When repairing the machine or when removing and installing the work equipment, appoint a leader and follow his instructions during the operation.

Turn off the engine before checking and maintenance

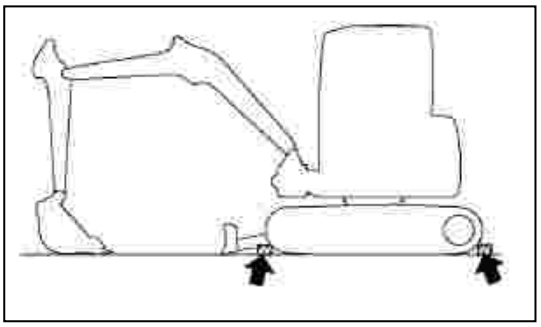
- Park the machine on firm, level ground.
- Select a place where there is no hazard of falling rocks or landslides, or of flooding if the land is low.
- Lower the work equipment completely to the ground.
- Check that the battery relay is off and main power is not conducted. (Wait for approx. one minute after turning off the engine starting switch key and press the horn switch. If the horn does not sound, it is not activated.)



- Push up the work equipment control lever to middle position and push up lock lever to the LOCK position (L),then turn off the engine.



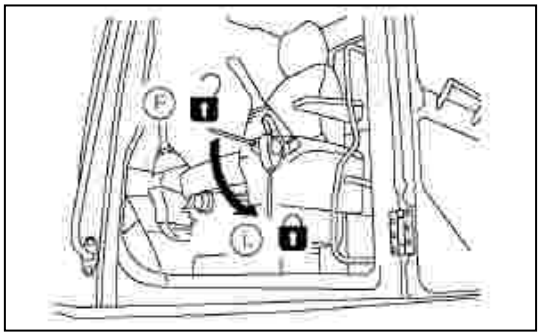
- Put blocks under the track to prevent the machine from moving.



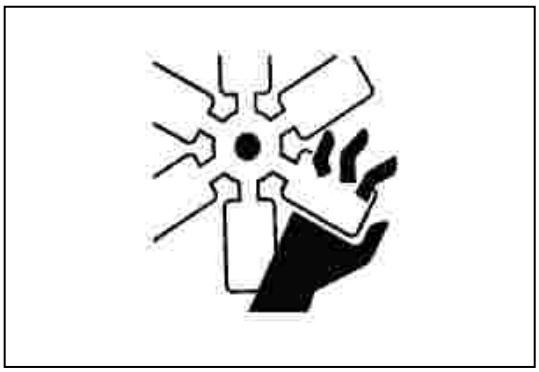
Two workers for maintenance when engine is running

To prevent injury, do not carry out maintenance with the engine running. If maintenance must be carried out with the engine running, carry out the operation with at least two workers and do as follows.

- One worker must always sit in the operator's seat and be ready to stop the engine at any time. All workers must maintain contact with the other workers.
- Set lock lever to the LOCK position (L).

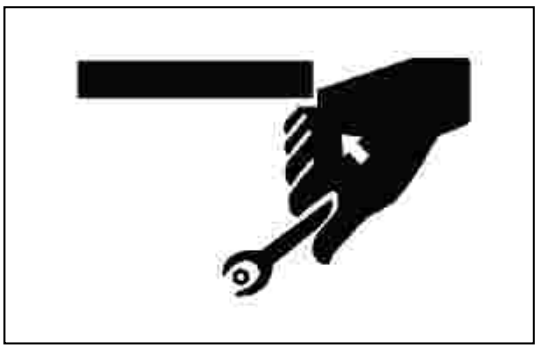


- When carrying out operations near the fan, fan belt, or other rotating parts, there is a hazard of being caught in the parts, so be careful not to come close.
- Do not touch any control levers. If any control lever must be operated, give a signal to the other workers to warn them to move to a safe place.
- Never drop or insert tools or other objects into the fan or fan belt. Parts may break or be sent flying.



Proper tools

Use only tools suited to the task and be sure to use the tools correctly. Using damaged, low quality, faulty, makeshift tools or improper use of the tools could cause serious personal injury.



Personnel

Only authorized personnel can service and repair the machine. Do not allow unauthorized personnel into the area. If necessary, employ an observer.

Attachment



- Appoint a leader before starting removal or installation operations for attachments.
- Place attachments that have been removed from the machine in a stable condition so that they do not fall. And take steps to prevent unauthorized persons from entering the storage area.

Work under the machine

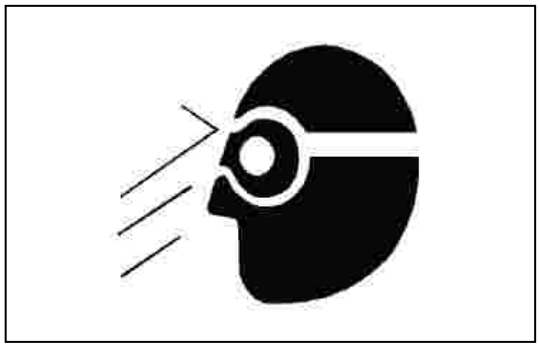


- If it is necessary to go under the work equipment or the machine to carry out service and maintenance, support the work equipment and machine securely with blocks and stands strong enough to support the weight of the work equipment and machine.
- It is extremely dangerous to work under the machine if the track shoes are lifted off the ground and the machine is supported only with the work equipment. If any of the control levers is touched by accident, or there is damage occurring to the hydraulic piping, the work equipment or the machine will suddenly drop. This is extremely dangerous. Never work under the work equipment or the machine.

Noise

When carrying out maintenance of the engine and you are exposed to noise for long periods of time, wear ear covers or ear plugs while working.
If the noise from the machine is too loud, it may cause temporary or permanent hearing problems.

When using hammer



When using a hammer, pins may fly out or metal particles may be scattered. This may lead to serious injury. Always do as follows.

- When hitting hard metal parts such as pins, bucket teeth, cutting edges, or bearings are hit with a hammer, there is a hazard that pieces might be scattered and cause injury. Always wear safety goggles and gloves.
- When hitting pins or bucket teeth, there is a hazard that broken pieces might be sent flying and injure people in the surrounding area. Always check that there is no one in the surrounding area.
- There is a hazard that the pin hit with strong force may fly out and injure people in the surrounding area.

Welding works

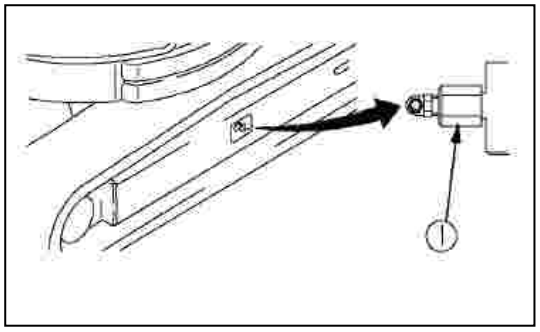
Welding operations must always be carried out by a qualified welder and in a place equipped with proper equipment. There is a hazard of gas, fire, or electrocution when carrying out welding, so never allow any unqualified personnel to carry out welding.

Removing battery terminals

When repairing the electrical system or when carrying out electrical welding, remove the negative (-) terminal of the battery to prevent the flow of current.

Safety first when using high-pressure grease to adjust track tension

- Grease is pumped into the track tension adjustment system under high pressure. If the specified procedure for maintenance is not followed when making adjustment, grease drain plug (1) may fly out and cause serious injury or property damage.
- When loosening grease drain plug (1) to loosen the track tension, never loosen it more than one turn. Loosen the grease drain plug slowly.
- When loosening grease drain plug (1) to loosen the track tension, never loosen it more than one turn. Loosen the grease drain plug slowly.





Do not disassemble recoil springs

Never attempt to disassemble the recoils spring assembly. It contains a spring under high pressure which serves as a shock absorber for the idler. If it is disassembled by mistake, the spring will fly out and cause serious injury. When it becomes necessary to disassemble it, ask your SHANTUI distributor to do the work.

Pay attention to the high pressure oil

Hydraulic system is stressful .When inspecting or replacing the pipe or hose, be sure to check the pressure inside the hydraulic circuit has been released, otherwise, it will cause major accidents. So do as the following provisions:

- Release the pressure. When the hydraulic system has pressure,don't inspect and replace the operation.
- If there are any pipe or hose leaks,or its surrounding area is wet, check whether the pipe or hose burst, and whether the hose expansion. Wear protective equipment such as goggles and leather gloves, when check.
- High pressure oil from the hole leakage will penetrate into the skin, if it contact with eyes direction, you will be at the risk of blindness. If skin or eyes was hit by a high pressure oil, Rinse with clean water and contact the doctor immediately.



Operation of the pipeline and high pressure hose

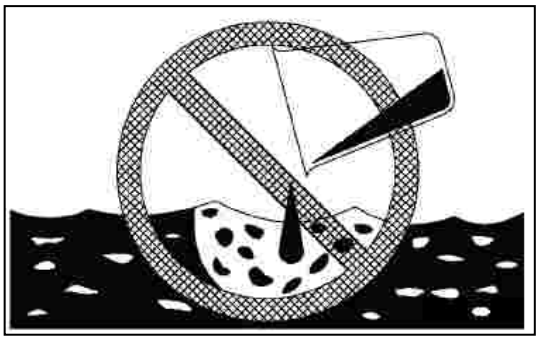
- If high pressure hose or pipeline leak, it will cause a fire or the operation failure, lead to major accidents. If you find the hose leaks or the installation of piping parts loose, stop working and tighten the installation site to specified torque again. If there is any damage on hose or piping or deformation, contact with the SHANTUI distributor.

The hose should be replaced, if existence as follows:

- Hose damage, pipe joint deformation, o-ring damage.
- Cladding torn or broken, or reinforcing steel wire exposed.
- Clad inflation in some places.
- Movable part of the hose distorted or signs of a crush.
- Cladding with foreign matter.

Waste materials

- To prevent pollution, pay careful attention to the method of disposing of waste materials.
- Always put oil drained from your machine in containers. Never drain oil directly onto the ground or dump into the sewage system, rivers, the sea, or lakes.
- Obey appropriate laws and regulations when disposing of harmful objects such as oil, fuel, coolant, solvent, filters, and batteries.



Air conditioner maintenance

- If air conditioner refrigerant gets into your eyes, it may cause blindness; if it touches your skin, it may cause frostbite. Never touch refrigerant.

Compressed air

- When carrying out cleaning with compressed air, there is a hazard of serious injury caused by flying particles.
- When using compressed air to clean elements or the radiator, always wear safety goggles, dust mask, gloves, and other protective equipment.

Periodic replacement of safety critical parts

- For using the machine safely for an extended period of time, replace safety-critical parts like hoses and seat belts periodically. Replacement of safety-critical parts: See “Safety Critical Parts”.
- The material of these components naturally changes over time, and repeated use causes deterioration, wear, and fatigue. As a result, there is a hazard that these components may fail and cause serious injury or death. It is difficult to judge the remaining life of these components from external inspection or the feeling when operating, so always replace them at the specified interval.
- Replace or repair safety-critical parts if any defect is found, even when they have not reached the time specified interval.

Maintenance Check

It is important to conduct further inspections of the machine at the beginning of the work. Check content includes: tightness of each bolt, compare each set value with the actual value and make minor adjustments。

Tracking inspection is divided into three phases: the first time is done after 500 hours, the second time after 1000 hours, and the third time after 2000 hours.

The inspection time, SHANTUI Construction Machinery Co., Ltd. has the right to make changes without prior notice.

Maintenance Service

In addition to the measures described in this manual's maintenance program, the authorized service center also provides maintenance information based on the status test and information about the general status of the machine.

Information about this content can be obtained from the nearest authorized service center.

General Information

The Following Behaviors are Prohibited

- Unauthorized removal or disposal of equipment, components, off-highway engines or equipment in accordance with this regulation before the machine is sold or delivered to the end user;
- Deliberate removal or discard of such devices or components after sale or delivery to the end user;
- It is also illegal to arbitrarily modify the calibration of the fuel system to increase the certified engine power or torque;
- Do not change the off-highway engine that has passed the verification. Otherwise, the engine will not match the overall machine system of the current engine model that meets the national standard.

User Support

SHANTUI Construction Machinery Co., Ltd. is willing to provide warranty services to ensure better implementation of the emission control system. If you do not qualify for the warranty you deserve under the emissions control system warranty, please contact your nearest regional office for assistance.

General Use of Off-Highway Engines

The premise of the maintenance is that the machine is used in the manner specified in the OPERATOR'S MANUAL and only the specified fuel and lubricant are used.

Maintenance of Off-Highway Engines

Off-highway engines are routinely designed, and any local distribution agent can perform the off-highway engine emission control maintenance tasks specified in this manual. This type of maintenance includes maintenance of engine emission control devices.

In order to provide written proof of the status of regular maintenance that has been carried out, SHANTUI Construction Machinery Co., Ltd. recommends that users keep all maintenance records and receipts. These records and receipts should be given to all users who purchase off-highway engines.

Services that Local Dealers Should Provide

The local dealers are equipped with original parts from the manufacturer, special tools, the latest technical information and well-trained service technicians, so they are able to provide you with quality and reliable service. Please inform your local dealer for your repair service request. They will develop a special maintenance plan according to your needs.

For regular maintenance work, it is best to contact your local dealer to agree on the time to deploy the required equipment and service technicians to repair your machine to ensure and improve your machine usage.

Preventive Maintenance and Repair Plan

In order to maintain engine reliability, noise radiation and control of exhaust emissions, it is important to maintain, inspect, adjust and maintain the engine on a regular basis.

Fuel System

Fuel recommendation:

- For industrial and heavy-duty mobile equipment engines, No. 2D is a less volatile distilled fuel.
- It is recommended to use diesel fuel in accordance with EN 590 or ASTM D975.
- The minimum cetane number is 45. Cetane number is allowed to be higher than 50 for temperatures below -20℃ (-4°F) or elevations above 1500m (5000ft).
- If the sulfur content in diesel is increased by 0.5%, the maintenance time of engine oil and filter element is reduced by 50%.
- Diesel fuel with sulfur content exceeding 1.0% is not allowed.

Check the Amount of Fuel Leakage

Visually inspect each fuel fitting and hose while the engine is running at high idle speed.

Check Fuel Hose Condition

- Ageing
- Cracking
- Blistering
- Abrasion

Check Fuel Tank

- Drainage of condensate
- Check for cracks and damage
- Check the installation
- Check for leaks

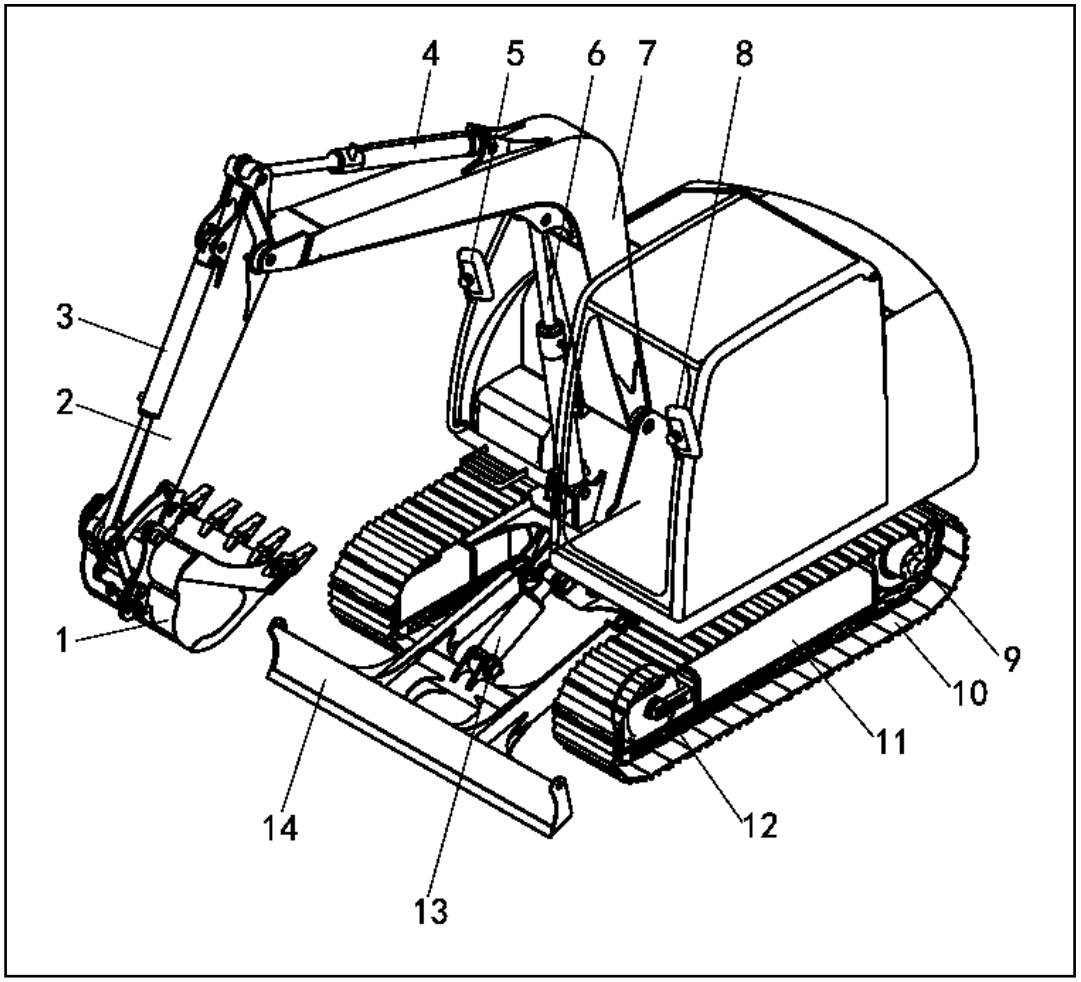
3OPERATION

WARNING

Please read and make sure that you understand the SAFETY section before reading this section.

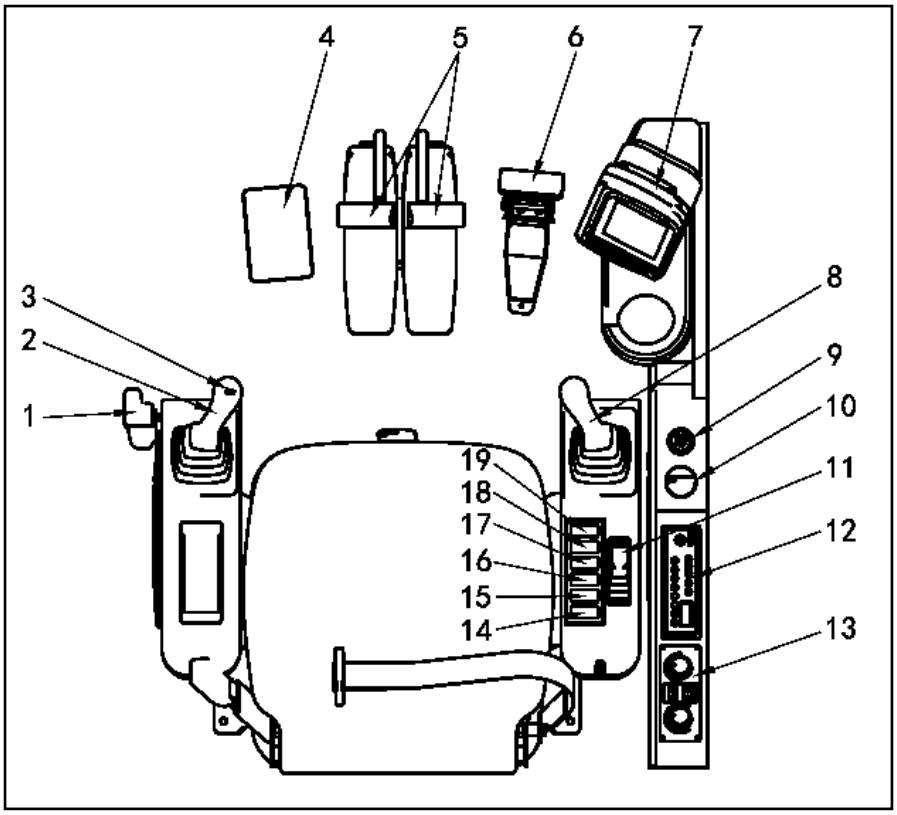
Machine View Illustrations

Overall Machine View



1. Bucket
2. Arm
3. Bucket cylinder
4. Arm cylinder
5. Rear view mirror
6. Boom cylinder
7. Boom
8. Rear view mirror
9. Sprocket
10. Track shoe
11. Track frame
12. Idler
13. Blade cylinder
14. Blade

Controls and Instruments



1. Lock Lever
2. Left work equipment control lever
3. Horn switch
4. Left pedal
5. Travel levers
6. Right pedal
7. Monitor
8. Right work equipment control lever
9. Ignition switch
10. Fuel control dial
11. Dozer blade lever
12. Radio
13. Air conditioning control panel
14. Double-speed switch
15. Cab lamp switch
16. Working lamp switch
17. Air conditioning switch
18. Washer switch
19. Wiper switch

Instructions on Controls and Instruments

Do not operate the machine until you know the function and position of the instruments and operating controls. Carefully read through this OPERATOR'S MANUAL, your safety is involved!

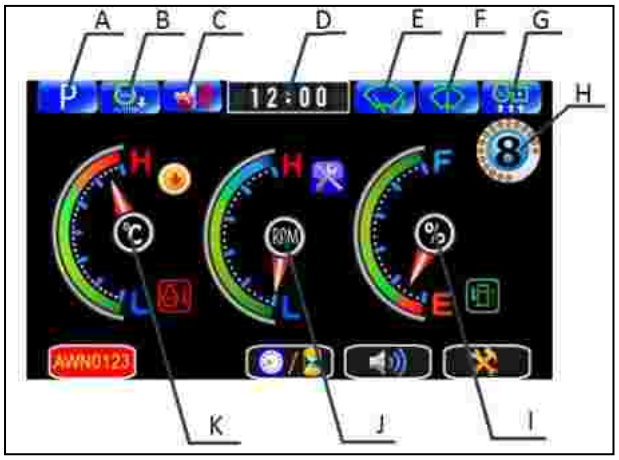
Electronic Control System

Main Interface

This shows working state, alarm information, operating tips. It used black background and many icons.

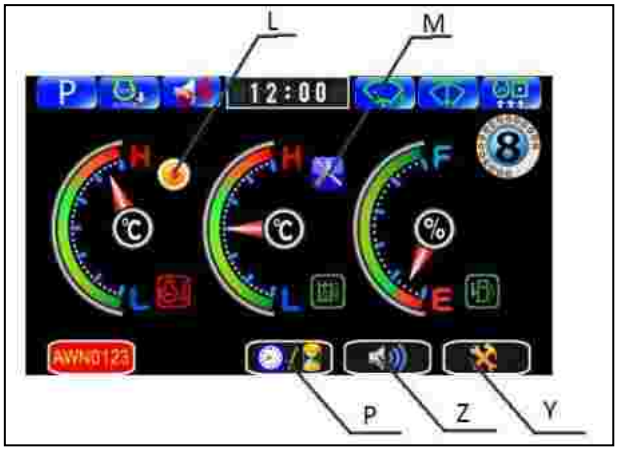
1.The middle gauge shows engine speed default. The main interface shows as follows:

1) Working states:



A. Working mode: P, E, A, B.
B. Auto idle: activate or deactivate auto idle.
C. Buzzer : activate or deactivate.
D. Real time and working time: You can toggle between real time and working time.
E. Wiper tap position: It is optional, some types show noting.If it shows,it has three tap positions.
F. Washer: It is optional, some types show noting. When the monitor has the function, it is active the function when shows.
G. Auto Warm-up（optional）: It is activate or deactivate.
H. Work gear display : Two display modes at the same time, the number show the wok gear, while lighting the same number of display indicator；
I. Fuel level gauge: The gauge shows the level in the fuel tank.
J. Engine speed gauge: The speed screen is displayed when the warning screen is not shown.
K. Engine coolant temperature gauge: The gauge shows the temperature of the engine coolant.

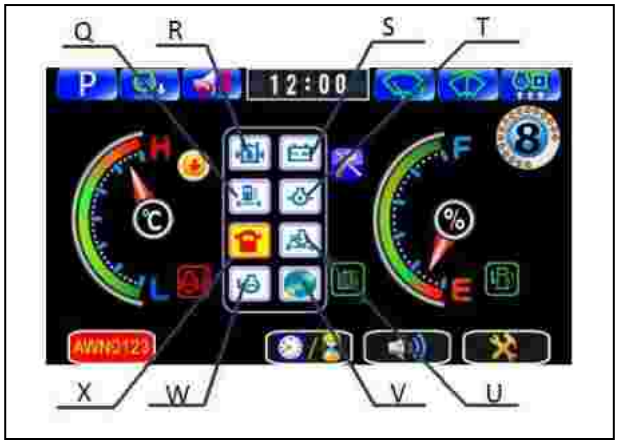
2) Indicators:



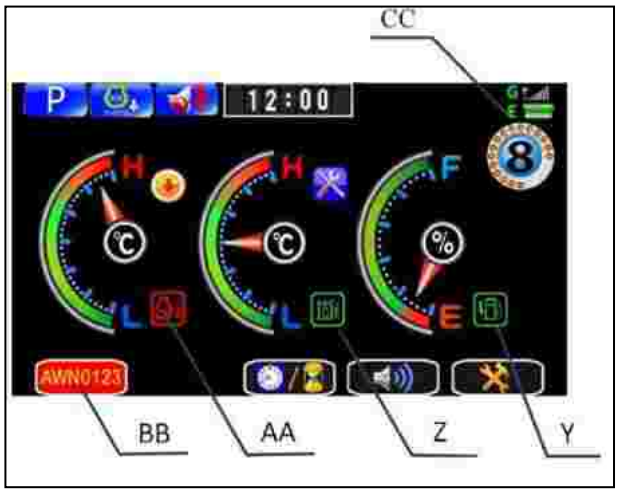
L. Engine idle running icon: If there is A kind alarm, engine run in idle and it shows the icon.
M. Maintain indicator: The value of the remained time for next service is less than 25h.
Y. User menu indicator: The indicator correspond to select button, press the select button can enter main menu.
Z. Buzzer stop indicator: The indicator correspond to arrow right button, press the arrow right button can active or deactivate buzzer stop function.
P. Real time and working time select indicator: The indicator correspond to arrow left button, press the arrow right button can select the real time or working time.

2.When the machine has one of alarm signal in the following, the main interface displays alarm signal icon in the central area, the display interface as follows:

3) Warning indicators:



Q. Clogged fuel oil filter: normal(blue), warning(red).
R. High hydraulic pressure: normal(blue), warning(red).
S. Wrong battery charge: normal(blue), warning(red).
T. Low engine oil pressure: normal(blue), warning(red).
U. Clogged engine air filter: normal(blue), warning(red).
V. GPS communication error: normal(blue), warning(red).
W. Low coolant level: normal(blue), warning(red).
X. High water in fuel level: normal(blue), warning(red).



Y. Low fuel oil level: normal(green), warning(red)
Z. High hydraulic oil temperature(optional equipment): normal(green), warning(red).
AA. High engine coolant temperature: normal(green), warning(red).
BB. Warning code: If it displays warning code in here, the operator can press arrow up button to check detail warning information.(AWNXXXX----A style warning/BWNXXXX----B style warning).
CC. GPS coherent signal (optional equipment): It includes GPS signal and battery level.

NOTICE

- When the screen has black spot or white spot, if no more than 15, it is normal.
- When the voltage is lower than 9v, it will be a black screen occasionally, and it is normal.

3.Details for icons as below:

1) Work mode

According to the selected engine speed, working mode will be set P, E, A, B.



Power max (Heavy mode): For maximum productivity during hard digging and trenching



Economic mode: For economical operation during general applications



Automatic mode: According to the selected engine speed, working mode will be set automatically.



Breaker Mode

NOTICE

If need breaker mode, it is used to activate B mode. If not will damage breaker.

2) Auto idle



Activate “Auto idle” function (green)



Deactivate “Auto idle” function (white)

NOTICE

- Auto idle button  can activates or deactivates “Auto idle” function of ECU. The engine speed will be lowered automatically to idle mode to reduce fuel consumption if any of control levers, travel levers or engine speed control switch is not operated for 5 seconds. If any one of the above is operated, the engine speed returns to the speed set with the engine speed control switch.
- If not operate after 15 seconds (it can set) in idle mode, will be the secondary idle (1100rpm).

3) Buzzer states

 Activate “Buzzer” (green)

 Deactivate “Buzzer” (red)

REMARK

The indicator  is to warn the operator when the electronic system senses a machine malfunction or a safety related failure. Stop the machine immediately and investigate the cause. When it is warning, a warning alarm sounds, the display interface shows the button navigation , the operator can press arrow right  to deactivate it.It shows the indicator .

NOTICE

It sounds all the time when coolant temperature high alarm happens.It can't be blocked.

4) Maintain indicator

It shows nothing by default. When the value of remained time for next engine service is less than 25h, or surpass the maintain time, it shows  maintain indicator. After servicing the maintenance items, the maintain indicator will disappear.

5) Real time/working time

Real time: it displays current time.

Working time: this style in the time segment display,it is working time. The white is integer, and the red is decimal place.

REMARK

It displays the current time in fault. The operator can press arrow left button to exchange the real time and working time.

6) Auto Warm-up

When you enable the auto warm-up function and the system satisfy the following conditions, the icon  shows and does not display the icon when this function is shut off or conditions not satisfied. This function is shut off on start by default, and that is the icon does not display.
These conditions are presented below:

a) Coolant temperature below 30℃;

b) Engine speed below 1300rpm;

c) The engine is started within 5 minutes.

7) Gauge of coolant temperature

The gauge shows the temperature of the engine coolant and it has a red mark on the above end meaning “engine overheated”. It shows warning indicator, if the coolant temperature becomes abnormally high, and the buzzer alarm sounds.



8) Working gear

Current working gear display as shown in the figure, working gears use two ways to represent the current gear.

For example, the number 8 indicates 8 levels, and the 8 display indicators light up at the same time.



9) Gauge of the fuel level

The gauge shows the level in the fuel tank and it has a red mark on the bottom end indicating “fuel empty”. When the gauge is in this region, refuel the machine immediately in order to avoid air entering into the system.



10) Gauge of the hydraulic oil temperature（optional equipment）

The gauge of hydraulic oil temperature display as shown on the right, the gauge shows the current hydraulic oil temperature with progressive color.

If the pointer to the red area, then the hydraulic oil temperature is too high, the lower right side of the dial oil pressure alarm icon turns red, the buzzer sounds.



11) Warning screen

This screen is to warn the operator when the electronic system senses a machine malfunction or a safety related failure. Stop the machine immediately and investigate the cause. The emergency alarm indicator is gray in normal, but it is red while in fault.



(1).**High engine coolant temperature**

When the coolant temperature is normal, the icon  is green. When the coolant temperature is too high, the icon  turns red and blinks, and the buzzer sounds. Stop the engine immediately and investigate the cause.

(2).Low engine oil pressure

When the engine oil pressure is normal, the icon  is blue. When the engine oil pressure is too low, the icon  turns red and blinks, and buzzer sounds. Stop the engine immediately and investigate the cause.

(3). High hydraulic oil pressure

When the hydraulic oil pressure is normal, the icon  is blue; When the hydraulic oil pressure is too high, the icon  turns red and blinks, and buzzer sounds. Stop the engine immediately and investigate the cause.

(4). Low coolant level

When the coolant level is normal, the icon  is blue; When the coolant level is too low,the icon  turns red and blinks, and buzzer sounds. Stop the engine immediately and investigate the cause.

(5). Low fuel level

Normal indicator ; Warning indicator ,and the buzzer sounds. Stop the operation as soon as possible to troubleshoot.

(6). Clogged engine air filter

Normal indicator ; Warning indicator ,and the buzzer sounds. Stop the operation as soon as possible to troubleshoot.

(7). Water in fuel

Normal indicator ; Warning indicator ,and the buzzer sounds. Stop the operation as soon as possible to troubleshoot.

(8). Wrong battery charge

Normal indicator ; Warning indicator ,and the buzzer sounds. Stop the operation as soon as possible to troubleshoot.

(9). High hydraulic oil temperature

Normal indicator ; Warning indicator ,and the buzzer sounds. Stop the operation as soon as possible to troubleshoot.

(10). GPS communication error（optional equipment）

Normal indicator ; Warning indicator ,and the buzzer sounds. Stop the operation as soon as possible to troubleshoot.

(11). Clog fuel oil filter（optional equipment）

Normal indicator ; Warning indicator ,and the buzzer sounds. Stop the operation as soon as possible to troubleshoot.

- **After the alarm occurs, the follow terms need to immediately shut down the machine to inspect:**

 High engine coolant temperature，it indicates that the coolant temperature is above the set alarm value.

Low engine oil pressure， it indicates that the oil pressure is lower than the engine safety value.

 High hydraulic oil pressure, it indicates that the hydraulic system main pressure is higher than the set alarm value.

 Low coolant level: It needs to add coolant.

- **After the alarm occurs, the follow terms need to stop the operation as soon as possible to troubleshoot:**

 Low fuel level: it needs to add fuel oil.

 Clogged engine air filter, it indicates that the air cleaner is dirty.

 Water in fuel, it indicates the oil water separator has excess water.

High hydraulic oil temperature, it indicates that the hydraulic oil temperature is higher than the set alarm value.

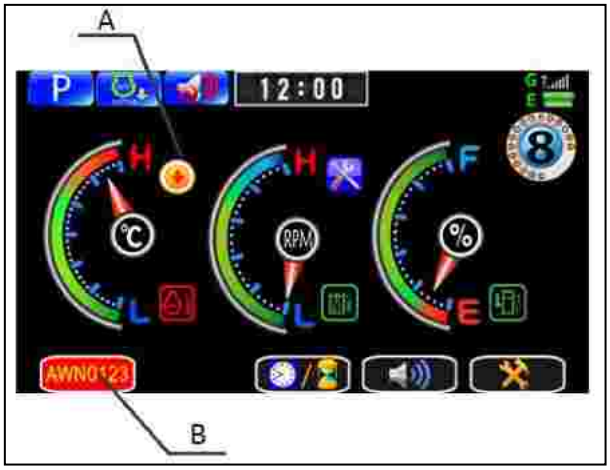
Wrong battery charge, it indicates that the voltage is lower than the set alarm lower limit or higher than the set alarm upper limit.

 GPS communication error.

 Clog fuel oil filter, it indicates that the fuel filter is dirty.

12) Information bar

The information bar is shown:



A------work status

B------alarm information

(1) Work status bar

When there is a class A alarm, the engine run at idle speed, the icon  is shown.

(2) Alarm information bar

When the alarm icon appears, the alarm message is flashing here, the alarm message is as follows:

Class A alarms:

(1) AWN0001---Coolant temperature high time out

(2) AWN0002--- Hydraulic oil temperature high time out

(3) AWN0003---Engine oil pressure low time out

(4) AWN0004---Low coolant level time out

(5) AWN0005---GPS communication error time out

(6) AWN0006---GPS open box error time out

(7) AWN0007---GPS change card error time out

(8) AWN0008---GPS fetch card error time out

(9) AWN0009---GPS slop over time out

REMARK

If the alarm occurs, the engine will be operated to reduce the idle speed.

Class B alarms:

(1) BWN0001---System voltage high

(2) BWN0002---System voltage low

(3) BWN0003---Pressure A high

(4) BWN0004---Pressure B high

(5) BWN0005---Coolant temperature high

(6) BWN0006---Fuel level low

(7) BWN0007--- Engine oil pressure low

(8) BWN0008--- Engine oil pressure sensor open

(9) BWN0009---Water in oil filter error

(10) BWN0010---Air cleaner clog

(11) BWN0011---Coolant level low

(12) BWN0012---GPS_ANT fault

(13) BWN0013---GPS_module fault

(14) BWN0014---GSM_module fault

(15) BWN0015---GSM_signal fault

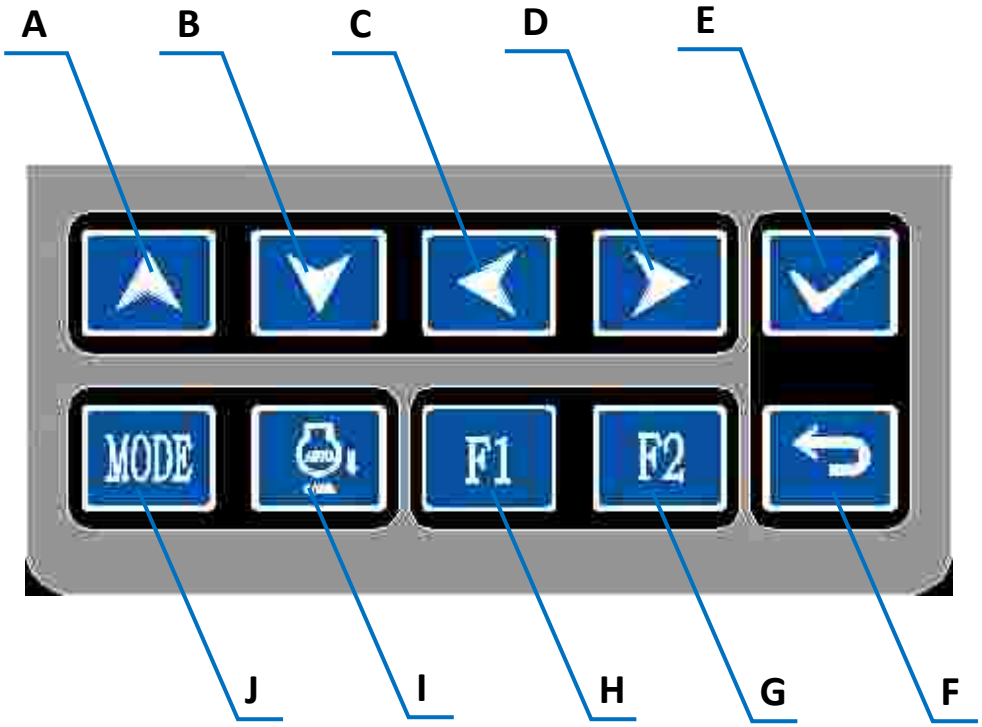
(16) BWN0017---Coolant temperature sensor open

(17) BWN0018---Coolant temperature sensor over

(18) BWN0019---Communication failure with throttle controller

(19) BWN0020---Communication failure with

Keypad



A------Arrow up button；
B------Arrow down button
C------Arrow left button
D------Arrow light button
E------Select button
F------ESC button
G------Spare button F2
H------Spare button F1
I------Auto idle button
J------Working mode button

REMARK

Do not touch the keypad with a sharp object, and avoid pressing the button firmly, and keep the keypad clean.

The Basic Operation of the Monitor

1.Starts the engine normally

When the start switch is turned to ON position, it displays the main interface, emergency alarm icon and the general alarm icon is gray or not displayed.

2.It turns off the engine normally

When the start switch is turned to OFF position, the display is turned off.

3.An abnormality exists during start-up of the engine or during operation

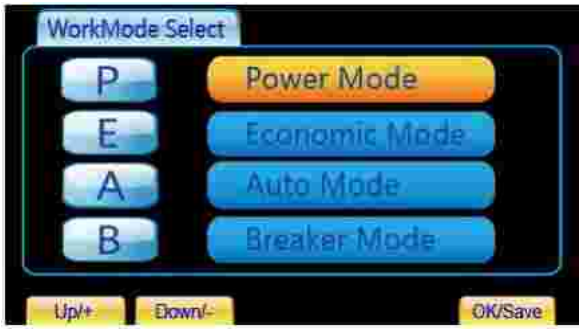
When an exception occurs, the emergency alarm icon and the general alarm icon will display red in the main interface, and display the corresponding alarm information code, and the buzzer will sound.

REMARK

- When alarms occur, the corresponding alarm icon in the corresponding location turn red.
- The alarm code is displayed cyclically. Press the corresponding key under the alarm code to view the alarm code details.

Working mode menu

In the main interface, the user presses the MODE key to enter the working mode selection interface, as shown in the right figure:
There are four working modes:



P Power mode
E Economic mode
A Auto mode
B Breaker Mode

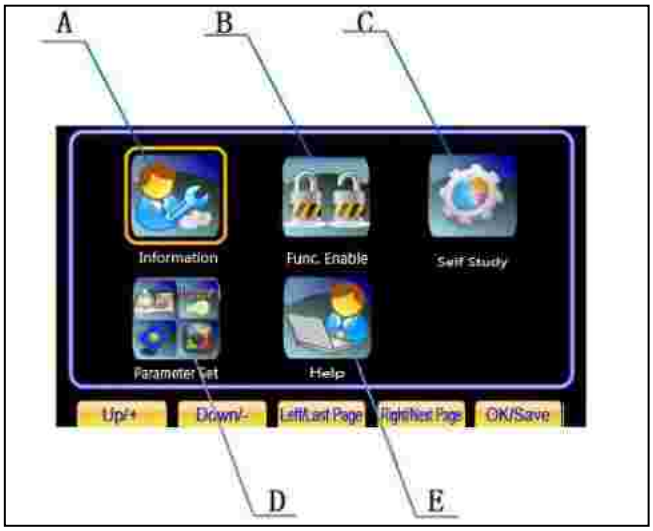
Users can select the appropriate working mode by pressing the up and down keys. Press confirmation key to save mode selection.



User Menu

In the main menu, the operator can press the button  to enter user menu, as follows:

A. Information
B. FUNC, Enable
C. Self Study
D. Parameter Set
E. Help



Explanation:

Information: It displays excavator operating parameters, maintenance information and alarm information.

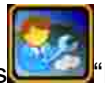
FUNC, Enable: For the user to select whether to turn on the automatic warm-up, stage time, mode memory and key backlight function.

Self Study: The user may can auto-tune the throttle.

Parameter Set: Set the current time, system language, key backlight, restore default, and screen brightness.

 Help: It display the service phone, firmware version number, vehicle information (Equipment number, model number and machine code), error code and other information.

REMARK

- Select button: Press the button , and it can enter into subscreen or confirm/save.
- ESC button；Press the button , and it can return to the previous menu or undo the operation.
- Submenu: It displays the name of the submenu selected by the current yellow check box.
- By default, the yellow check box selects "Information" automatic. It can press arrow up, arrow down, arrow left, arrow right to move the yellow check box to select corresponding function. Then press select button enter into the submenu, or press ESC button to turn back the main menu.

- Press the save button, if it shows the icon , the date save fails, and need to set data again, until to see the icon .
- If the sub menu shows the icon  in the lower right corner, press select button to turn back main menu.

User Menu Submenu

1. Information（the default selection）

The information's submenu shows as follows:



1) It shows main menu "Information":

   ① It can press the direction button to select "Information" submenu.

   ② It can press the select button  to enter submenu, or press ESC button  to turn back main menu.

2) If enter into "Information" submenu, it can press the direction button to select yellow check box. By default, it is "running information" .

① It can press arrow left or arrow right to select “Preserve information”  or “Warning information” .

② Press the select button  to enter the submenu, or press ESC button  to turn back main menu.

A. Running Information（by default）



Enter “Running Information” submenu, it shows as follows:

① Press the ESC button , and turns back “Information”  submenu.

② Press arrow down button  to see next page, and press select button  to turn back main menu.

The home page displays real-time operating information, it includes the following:

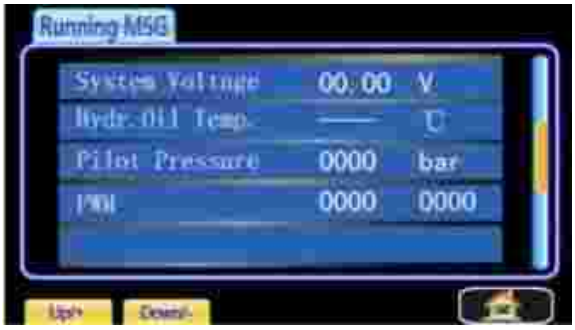
a) Engine speed
b) Coolant temperature
c) Fuel level
d) System pressure A
e) System pressure B



③ Turn to the second page to running information, the display interface as shown as below, press the up button  to turn back the page, press the down button  to turn down the next page, press the select button  to return to the main interface.

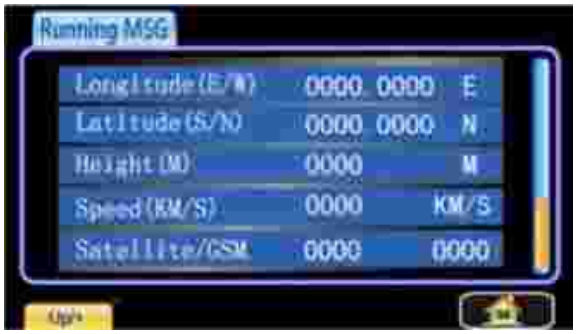
It displays real-time operating information, it includes the following:

f) System voltage；
g) Hydraulic oil temperature
h) Pilot oil pressure
i) PWM；



④ Enter the third page of the running information, the display interface as shown as below. Press the up button to scroll the previous page, and press select button to return main menu.

It displays real-time operating information, it includes the following:



j) Longitude(E/W)
k) Latitude(S/N)
l) Height(M)
m) Speed(KM/S)
n) Satellite/GSM

B.  Preserve Information

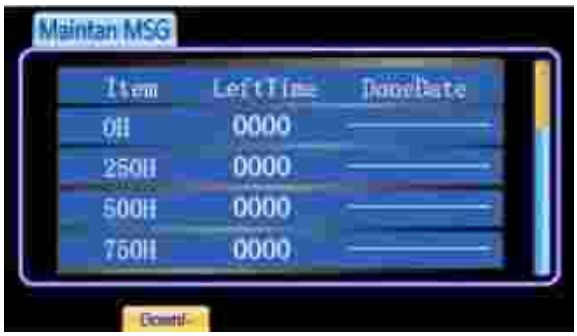
Enter the “Preserve Information ”submenu, then it displays the home page, as follows:



① Press ESC button , then it returns “Information”  submenu.

② Enter the menu, press down button  to scroll next page, and press select button  to return main menu.

The page shows the maintenance items, and it includes the following:



a) 0H
b) 250H
c) 500H
d) 750H

③ Turn to the second page to running information, the display interface as shown as below, press the up button to turn back the page, press the down button to turn down the next page, press the select button to return to the main interface.

The maintenance items in the second page, it includes the following:

e) 1000H
f) 1250H
g) 1500H
h) 1750H



④ Turn to the third page to running information, the display interface as shown as below, and press select button to return main menu.



The third page of maintenance items shows as follows:

i) 2000H

C.  Warning Information

Enter the “Warning Information ”submenu, then it displays the home page, as follows:

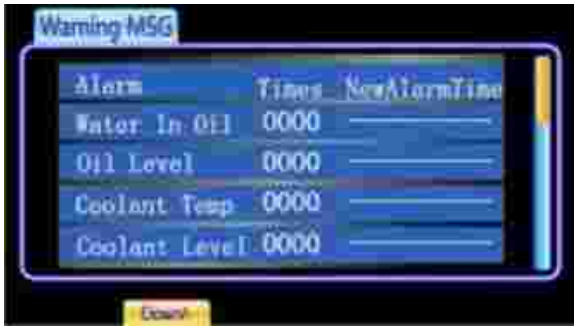


① Press ESC button  to return “Information”  submenu.

② Press down button  to next page, and press select button  to return main menu.

Alarm items:

a) Water in oil；
b) Oil level；
c) Coolant temperature
d) Coolant level；



③ Press the up button  to turn back the page, press the down button  to turn down the next page, press the select button  to return to the main interface.

Alarm items:

e) Air cleaner
f) Oil pressure
g) System voltage
h) System pressure



④ Press up button  to previous page, and press select button  to return main menu.

Alarm items:

i) GPS communication error



2. Function Enable

"Function Enable" submenu:



(1) In this menu, select "Function Enable"  submenu, then press select button  to enter submenu, or press ESC button  to return main menu.

(2) It can press the direction button to select "Function Enable"  submenu.

(3) If it enter "Function Enable"  submenu, press up and down to move yellow check box, and it is "Auto Warm Enable" by default.

① It can press the left or right button to active or deactivate the function.

② Press the select button  to save, or press the ESC button  to return main menu.

③ It can press the up or down button to select "Total/Current Time", "Start From Last Mode", "Key Backlight Enable", it also can press the left or right button to active or deactivate the function. Press the select button to save, or press the ESC button to return main menu

REMARK

 "Turn on this function"

 "Turn off this function"

3. Self Study

This menu is for the user to throttle the throttle self-tuning menu, when found that the actual speed and set value deviation can be carried out.

(1) When the engine is not started, enter this menu. The display interface as shown as right. In this case, the throttle setting can not be performed.



(2) When the engine starts, enter this menu. The display interface as shown as right. In this case, the throttle setting can be performed.



(3) When the throttle self-tuning, the display interface as shown as right, and do not carry out any operation on the machine until the throttle calibration is completed.



(4) When the throttle self-tuning is completed, the interface as shown as right. Please restart the engine, and observe the existence of the actual speed value and the set value. If there is still a large deviation, you can repeat the above process.



4. Parameter Set

“Parameter Set” submenu:



(1) It shows main menu “Parameter Set” submenu.

① It can press the direction button to select “Parameter Set”  submenu.

② It can press the select button  to enter submenu, or press ESC button  to turn back main menu.

(2) If enter into “Parameter Set” submenu, it can press the direction button to select yellow check box. By default, it is “Clock and Date”.

① It can press arrow left or arrow right to select submenu (Clock & Date, Key Backlight, LCD Brightness, Language and Default parameter).

② Press the select button  to enter the menu’s submenu, or press ESC button  to turn back main menu.

A. Clock & Date（by default）



1) It shows the menu “Parameter Set” .

① It can press the direction button to select yellow check box.

② Press the select button  to enter the menu’s submenu, or press ESC button  to turn back main menu.

2) After entering the “Clock & Date” submenu, the clock display page is shown by default, as follows:

① In this menu, it can press the arrow right button  to turn to clock adjustment page. The interface is shown as follows, and the red number can be adjusted.



i. Press the left  or right  button to select the number you want to adjust.

ii. Press the up  or down  button to increase or decrease number.

iii. Press the select button  to save the adjusting number, or press the ESC button  to return the menu of “Parameter Set”.



B. Language

“Language” submenu shows as follows:



1) It shows the menu of “Parameter Set”:

① It can press the direction button to select “Language” submenu.

② It can press the select button  to enter submenu, or press ESC button  to turn back main menu.

2) After enter into “Language” sub menu:

① By default, it is“简体中文”, and it can press up  or down  button to select the language that you want.

② Press the select button  to save the adjusting number, or press the ESC button  to return the menu of “Parameter Set”.

C.  Key Backlight

"Key Backlight" submenu shows as follows:



1) If it shows the menu of "Parameter Set":

① It can press the direction button to select "Key Backlight"  submenu.

② It can press the select button  to enter submenu, or press ESC button  to turn back main menu.

2) After enter into "Key Backlight" sub menu:

① Press the left or right button to select the number you want to adjust.

② Press the up or down button to increase or decrease number.

③ Press the select button  to save the adjusting number, or press the ESC button  to return the menu of "Parameter Set".

REMARK

The day starting time is 06:00 and the night starting time is 18:30, by default.

D. Default Parameter

“Default Parameter” submenu shows as follows:



(1) If it shows the menu of “Parameter Set”:

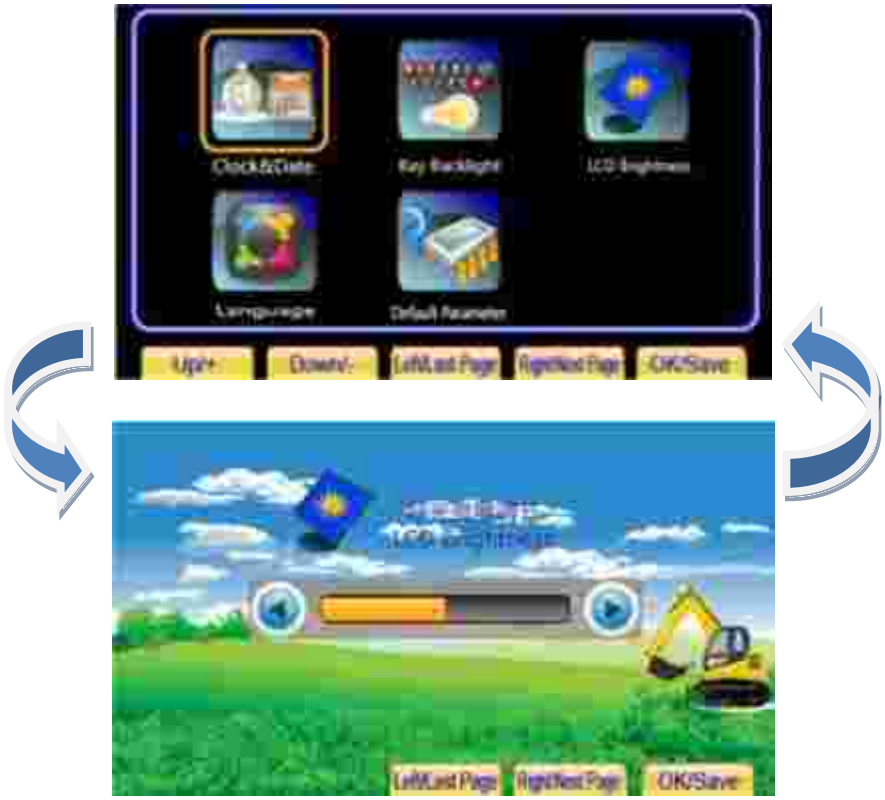
① It can press the direction button to select “Default Parameter”  submenu.

② It can press the select button  to enter submenu, or press ESC button  to turn back main menu.

(2) After enter into “Default Parameter” sub menu, it can press select button  to restore the default parameter settings under user rights, or press the ESC button  to return the menu of “Parameter Set”.

E.  LCD Brightness

“LCD Brightness” submenu shows as follows:



(1) If it shows the menu of “Parameter Set”:

① It can press the direction button to select “LCD Brightness”  submenu.

② It can press the select button  to enter submenu, or press ESC button  to turn back main menu.

(2) After enter into “LCD Brightness” menu:

① Press the left or right button to increase or decrease LCD brightness.

② Press the select button  to save the setting, or press the ESC button  to return the menu of “Parameter Set”.

5. Help

"User menu" shows as follows:



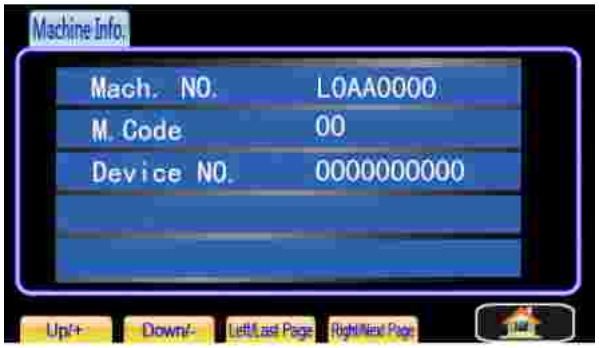
(1) If it shows the menu of "User menu":

① It can press the direction button to select the menu of the "Help" .

② It can press the select button  to enter submenu, or press ESC button  to turn back main menu.

(2) After enter into "Help"  submenu:

① It shows engine model, machine code and device number. It shows as above.

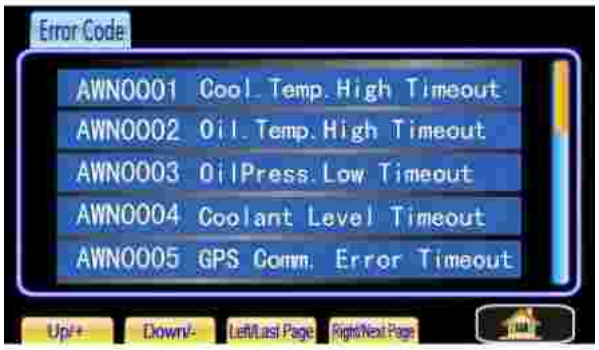


i. Press right button  to turn to the next page of error code.

ii. Press the select button  to return main menu.

② Enter into the menu of "Error Code", the interface shows as follows:

i. Press the up or down button to check error code.



ii. Press the left button  to show the page of the "Machine Information".

iii. Press the right button  to show the page of the "Software Version"

iv. Press the select button  to return main menu.

③ If enter into the “Software version”, the interface is shown as follows:

i. Press the left button  to the page of “Error Code.”

ii. Press the right button  to the page of “Contact us”

iii. Press the select button  to return the main menu.



④ If enter into the page of “Contact us”, it shows the contact number. The interface is shown as follows:

i. Press the left button  to turn back “Software version”.

ii. Press the select button  to return the main menu.



System Maintenance Menu

The menu is used for factory maintenance.

Operating Instructions

Make sure the control lockout lever is in downward (lockout) position, otherwise the engine cannot be started.

If the user turns the ignition switch to ON position, the system will initialize all internal devices and its operating system, then enter the main menu.

(1) Turn the key to the starting positioning, release the key when the engine has started. The engine runs at low idling speed.

(2) According to the working condition, it can set the working mode. (【A】 mode by default)

【P】mode: For maximum productivity during hard digging and trenching

【E】mode: For economical operation during general applications

【A】mode: Automatic mode (When you are not familiar the mode of the machine, it can select the mode.)

【B】mode: For breaker operations

It suggests using E mode. According to the selected engine speed, working mode will be set automatically.

If it is automatic idle state, lift the lockout lever, and operate the working device or walking handle, then the engine will run to the selected mode automatically.

(3) After work, leave the engine running at low idling speed for approx.2 to 3 minutes before shutting off the engine. Otherwise the lubrication of the turbocharger may be jeopardized, resulting in shorter service lift and great risk of bearing seizure.

Turn the ignition switch to stop position.

Trouble Shooting and Investigation

The monitor displays the working state, and also detects the engine lubrication system, cooling system, air intake system and power generation system at the same time.

(1) High coolant temperature alarm: It indicates that the coolant temperature is above the setting value. When it is warning, must check the cooling system whether lack of the coolant, whether it is leakage, or check the actual temperature of the tank is too high, the coolant temperature sensor is short circuit.

(2) Low oil pressure alarm: investigate from the following aspects:

- Engine oil filter is dirty or not.
- Engine oil pump is working properly or not.
- The engine oil is lack or not.

(3) High hydraulic oil pressure alarm: investigate from the following aspects

- Check that the main relief valve of the main valve is functioning properly or not.
- If not, please contact the nearest dealer to ask for help.

⚠ Warning

Once the alarm signal is displayed, it should stop the machine immediately. Otherwise, the engine speed will reduce to idle speed after the setting time, and record the fault time.

(4) Low coolant level alarm: investigate from the following aspects:

- The coolant level is below the low level or not.
- Whether the radiator lacks coolant, the radiator and the seal are leaking or not.

(5) Low fuel oil level: The amount of the fuel(less than 10% of the oil in the fuel tank) in the tank should be checked and the fuel should be added in time.

(6) Air filter clog alarm: It indicates that the main filter element of the air cleaner is dirty, and it should be cleaned or replaced timely.

(7) System voltage wrong

① System voltage low: At this time try to start the engine, then according to the actual situation to determine the fault.

- If starting is normal, and after running ten minters the alarm is disappear. Battery is a slight loss of power, and it can run along time to solve the problem.
- If starting is normal, and after running ten minters the alarm is shown all the time. It should check whether the generator and charging line is normal, and the battery is damaged or not.
- If starting is abnormal, the battery is a serious loss of electricity or has been damaged, and it should repair or replace the battery.

② System voltage high: It indicates that the battery voltage is higher than the upper limit of the setting value. In this case, the actual voltage (the voltage should be 9V-16V) of the battery should be measured. If the measured voltage is greater than 16V, the generator has been damaged. The generator should be repaired or replaced.

Notice and Explanation

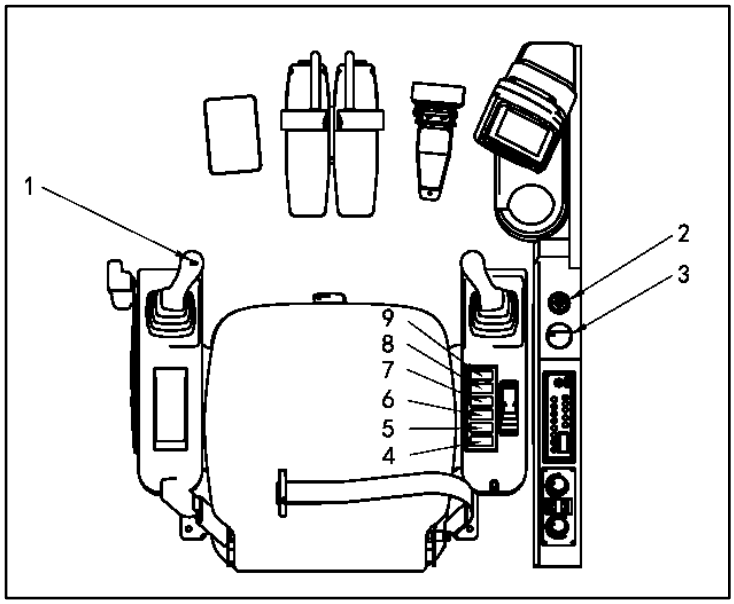
The above describes the main screen of the electronic control system and its operating procedures, and it needs to pay attention to the following of operation:

- In order to prevent misoperation, the system response has a certain delay.
- When two or more keys are pressed at the same time, the command is invalid.
- When the operation mode is changed, the system has some adjustment time. Do not change frequently.
- (optional equipment) It indicates that this feature may not available depending on the model and production stage.

⚠ Warning

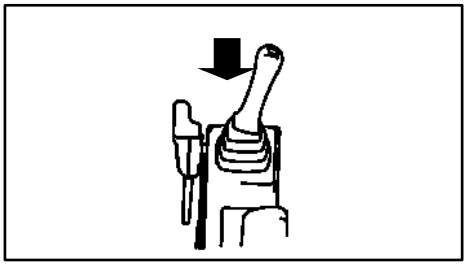
The above picture is used for operation reference, if does not match, to prevail in kind.Specific text and sequence of operations may change due to system upgrades, without notice.

Switch



1. Speaker switch

When press the button on the top of the left control level, the speaker will sound.

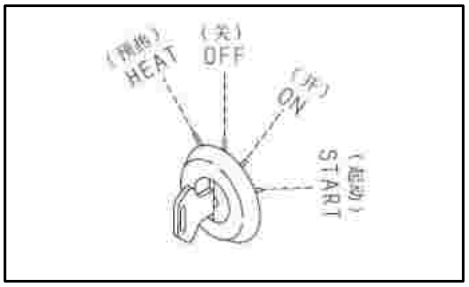


2. Ignition switch

This ignition switch(2) is used for starting or stopping engine.

OFF position

The key can be inserted or removed. All switches of the electrical system are closed and the engine is stopped.



ON position

The current flows in the charge and lamp circuits. While the engine is running, keep the starts switch key in the ON position.

START position

When the ignition switch is turned to START position, the starter will be engaged to run the engine, provide that the battery disconnect switch has been activated. Keep the switch in this position when starting the engine. After the engine starts, release the switch immediately, and it will return to the ON position automatically.

HEAT (preheating) position

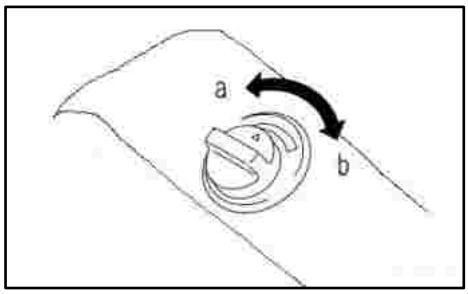
To start the engine in winter, the key should be transferred to this position. When the key is set to the HEAT position, the warm-up monitor is illuminated. Keys are maintained in this position and the monitor displays the preheating icon. If the key is released or the preheating time exceeds 15S, the monitor preheating icon disappears and the preheating function ends. Then the key is transferred to the START position to start the engine.

3. Fuel control switch

This switch (3) is use to control the engine speed and output power.

(a) Low idle position: Turn the switch to the left (ant-clockwise)

(b) High idle position: Turn the switch to the right (clockwise)

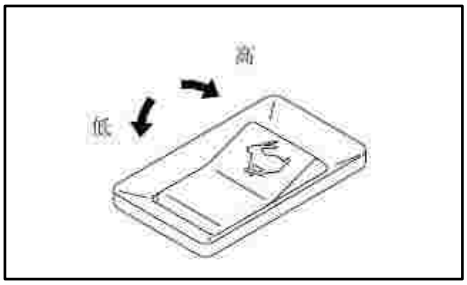


4. Travel speed switch

This switch (4) is used to select low or high speed.

Low speed position: Travel at low speed.

High speed position: Travel at high speed.

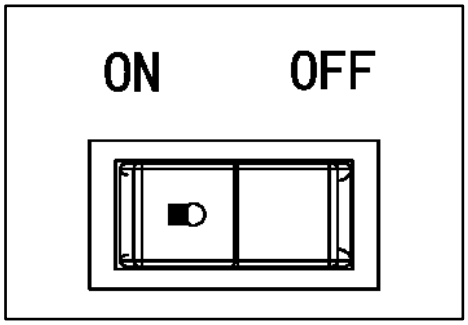


5. Cab lights switch

This switch (5) is used to control the cab lights.

Position ON: The light is ON.

Position OFF: The light is OFF.

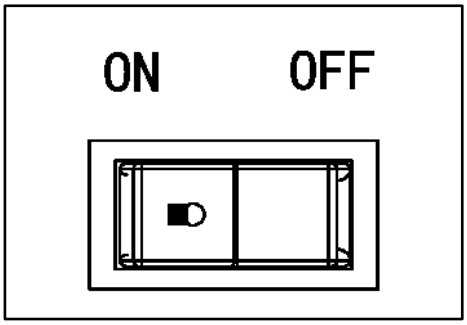


6. Working lights switch

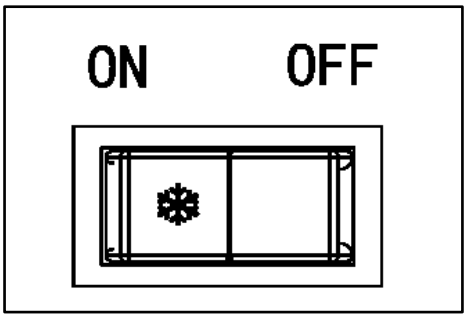
This switch (6) is used to control the working lights.

Position ON: The light is ON.

Position OFF: The light is OFF.



7. Air conditioning switch



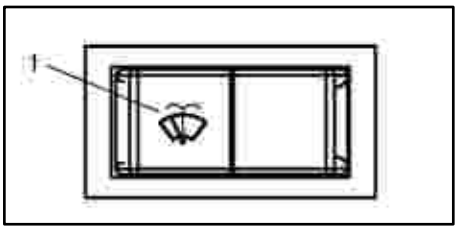
This switch (7) is used to control the air conditioning.

Position ON: The air conditioning is ON.

Position OFF: The air conditioning is OFF.

8. Washer switch

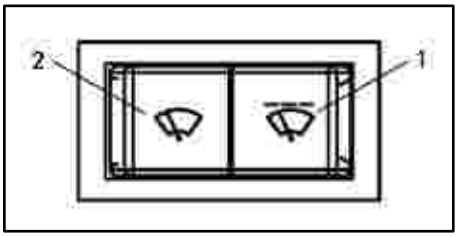
This switch (8) is used to control the washer.



Press the left Icon position ①, the washer works; Release the switch, it will reset automatically and the washer will close.

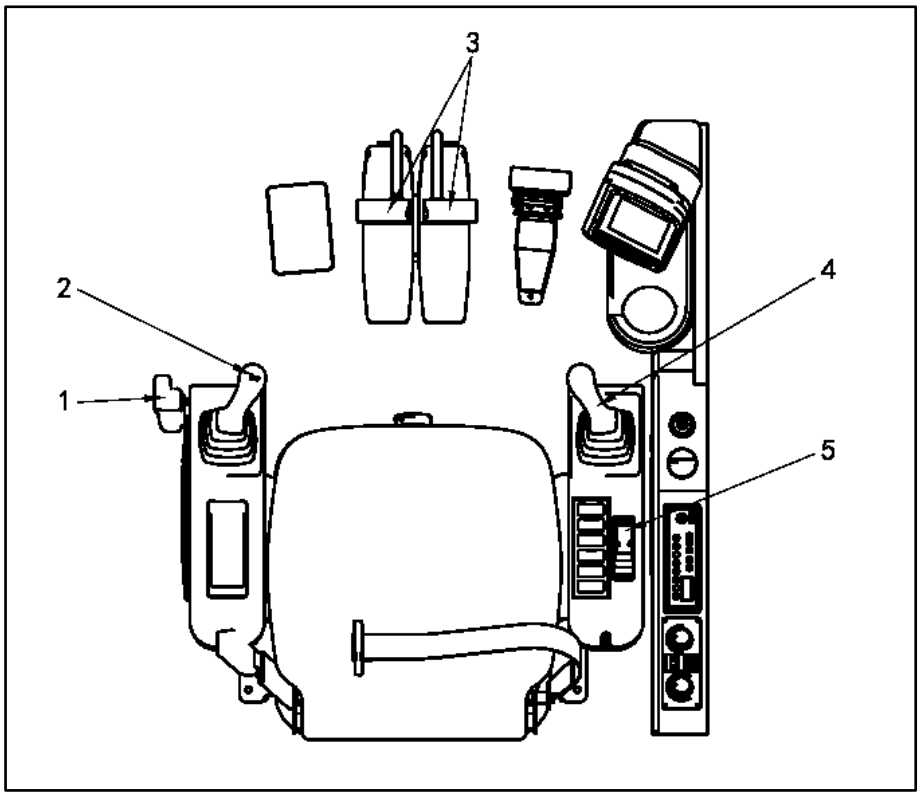
9. Wiper switch

This switch (9) is used to control the wiper.



Press the right icon position ① to open the low-speed wiper; press the left icon position ② to open the high-speed wiper; press the middle position to close the wiper.

Control Levers and Pedals



1 Lock lever

2 Left work equipment control lever

3 Travel levers

4 Right work equipment control lever

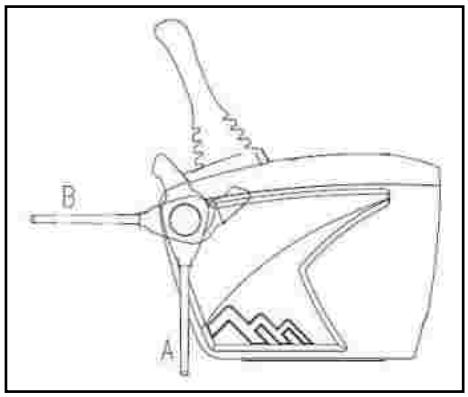
5 Dozer blade lever

1. Lock Lever

WARNING

- When leaving the operator's compartment, set the lock lever securely to the LOCK position. If the lock lever is not at the LOCK position and the control levers or control pedals are touched by mistake, it may lead to serious personal injury.
- Check that the condition of the lever is as shown in the diagram.
- When pulling the lock lever up, be careful not to touch the work equipment control lever.
- When pushing the lock lever down, be careful not to touch the work equipment control lever.

This lever (1) is a device to lock the work equipment, swing, travel, and dozer blade control levers.



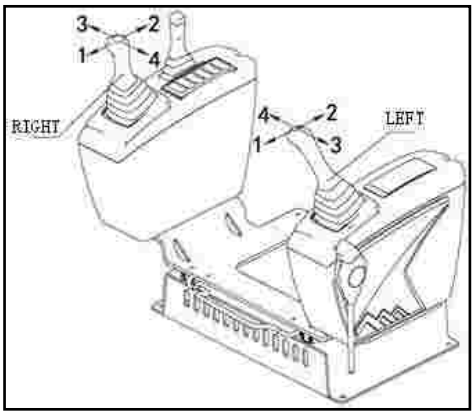
A-LOCK position: Even when levers or attachment control pedal (if equipped) are operated, machine does not move.

B- FREE position: Machine moves according to operation of levers or attachment control panel (if equipped).

REMARK

This lock lever is of hydraulic lock type. Accordingly, when it is in the lock position (L), the control levers or control pedals move but the machine does not move. Safe start of engine is allowed only when the lock lever is in position A.

2. Work Equipment Control Lever



Left work equipment control lever (2) is used to operate the arm and upper structure.

·1 Arm OUT;
·2 Arm IN;
·3 Swing to right;
·4 Swing to left;

Right work equipment control lever (4) is used to operate the boom and bucket.

·1 Boom LOWER
·2 Boom RAISE
·3 Bucket DUMP
·4 Bucket CURL

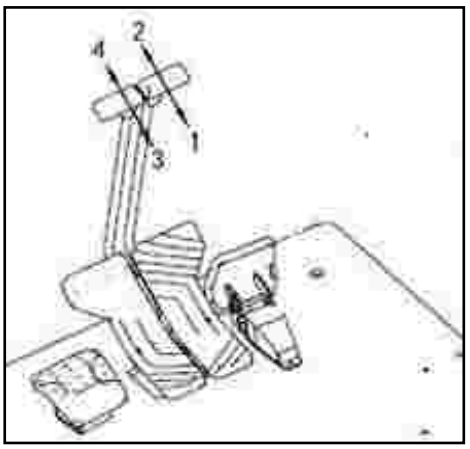
Neutral: The boom and bucket are held in position and do not move.

3. Travel Levers

WARNING

- Do not rest your foot on the pedal during operations. If the pedal is depressed by mistake, the machine may suddenly move and cause a serious accident. Be extremely careful when operating the pedal for travel or steering operations.
- If the track frame is facing the rear, the direction of travel operations will be reversed when the travel lever is operated. (The machine will travel forward when operated in reverse, and in reverse when operated forward; the left and right directions will also be reversed.)
- When operating the travel levers, check if the track frame is facing the front or the rear. (If the sprocket is at the rear, the track frame is facing the front.)

This lever (3) is used to change the direction of travel between forward and reverse.



1 3 REVERSE: The lever is pulled back (The pedal is angled back)

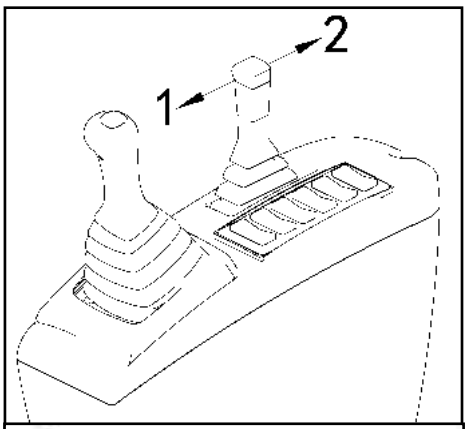
2 4 FORWARD: The lever is pushed forward (The pedal is angled forward)

Neutral: The machine stops

4. Dozer blade lever

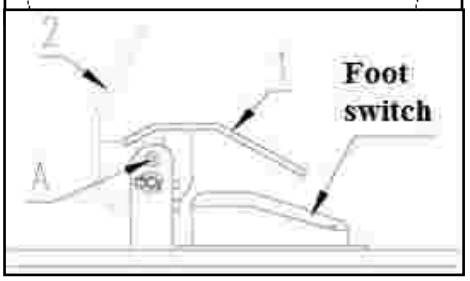
Dozer blade lever (5) for the dozer lift and fall.

1. Dozer Fall;
2. Dozer Lift



5. Foot switch (optional)

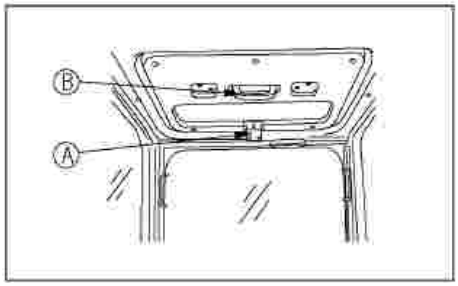
The screw A must be removed before use, then turn the pedal from state 1 to state 2,and Then screw A tight.



Sun Roof

WARNING

- When leaving the operator's seat, set the lock lever securely to the LOCK position .
- If the lock leaver is at the FREE position and the control levers or control pedals is touched by mistake, this may lead to a serious accident



1. Opening

- Set the lock lever securely to the LOCK position.
- Push up lock (A) in the front center of the roof window and check that the lock is released. Then hold grip (B) and push up the roof window.

2. Closing

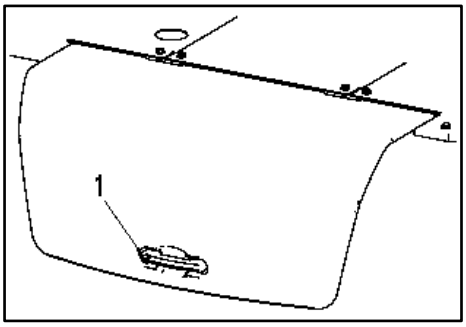
Pull the ceiling down, holding handle (B) and set locks(A). If the locks do not engage properly, open the ceiling once again and try to shut it.

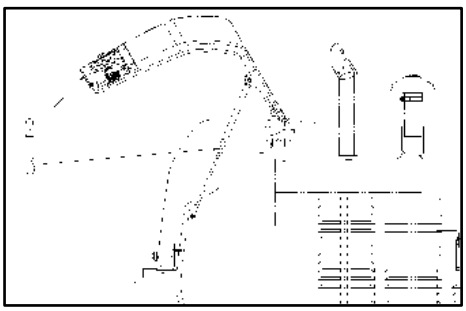
Engine Hood

WARNING

When checking and maintaining in the inside of engine hood, keep the engine hood open for the corbelled lever.

1. Push down engine hood lock core (1), free to engine hood lock.
2. Pull engine hood up (2), the corbelled lever play engine hood out the max opening position
3. When turning engine hood (2) off, pull down in the centre of the corbelled lever ,then put down and push the engine hood slowly to lock.





NOTICE

Must be keeping engine hood locking, except opening it.

REMARK

Don’t move grip when engine hood is being lock.

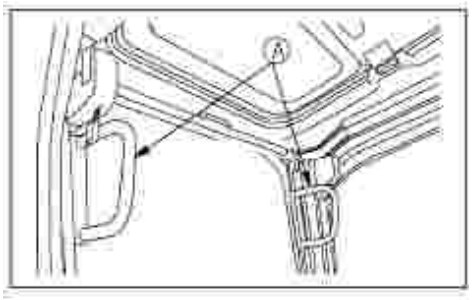
Windshield

WARNING

- When opening or closing the front window, bottom window, or door, always set the lock lever to the LOCK position. If the lock lever is at the FREE position and the control levers or control pedals is touched mistakenly, this may lead to a serious accident.
- When opening or closing the front window, park the machine on flat ground, lower the work equipment completely to the ground, stop the engine, then carrying out the operation.
- When opening the front window, hold the grips with both hands, pull up, and do not let go until the automatic lock catch is locked
- When closing the front window, the window will move very quickly under its own gravity. Hold the grips securely with both hands when closing it.

It is possible to stow (pull up) the front window in the roof of the operator's compartment.

1. Opening

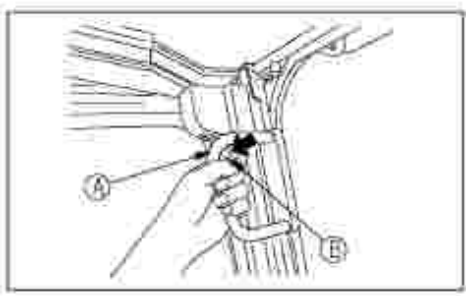


1). Park the machine on flat ground, lower the work equipment completely to the ground, then stop the engine.

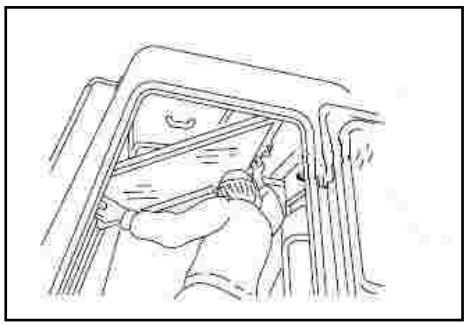
2). Set the lock lever securely to the LOCK position.

3). Check that the wiper blade is stowed in the right stay.

4). Hold two handles (A) on the top left and top right of the front window, and pull the two lock levers (B) to release the locks at the top of the front window. The top of the front window will come out.



5). Hold lower knob (C) with your left hand from inside the operator's cab, and grip toper knob (D) with your right hand, pull it up, and push it against lock catch at the rear of the cab securely to lock the window.

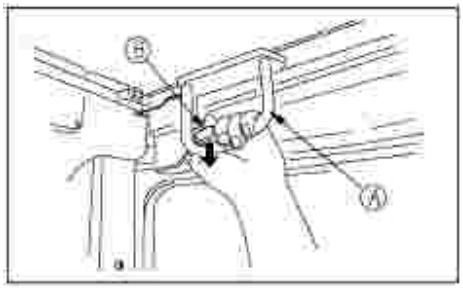


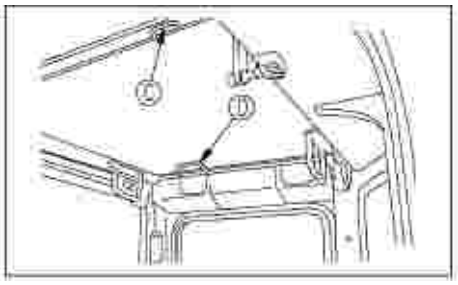
2. Closing

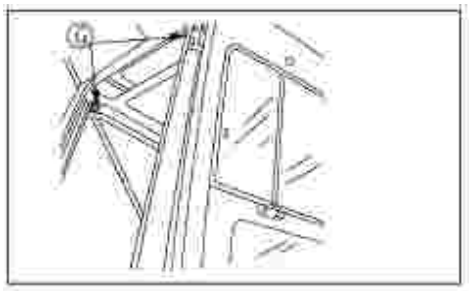
WARNING

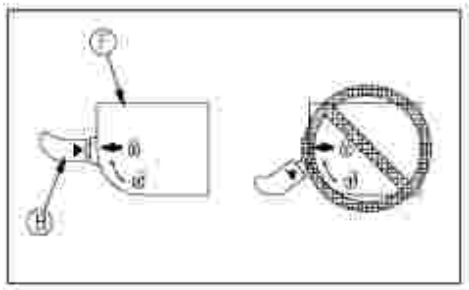
- When closing the window, lower it slowly and be careful not to get your hand caught.

1). Park the machine on flat ground, lower the work equipment completely to the ground, then stop the engine.
2). Set the lock lever securely to the LOCK position.
3). Grip left and right handles (A), and pull down lever (B) to release the lock.
4). Grip handle (C) at the bottom of the front window with your left hand and handle (D) at the top with your right hand, push to the front, then lower slowly.
5). When the bottom of the window reaches the top of the bottom window, push the top of the window to the front to push it against left and right lock catches (G) and engage the lock.
6). Check that lever (B) is securely at the LOCK position. The lock is engaged if the arrow on lock case (F) matches the position of the arrow on lever (B).Check visually.
If the arrow on lock case (F) does not match the position of the arrow on lever (B), the lock is not engaged. Repeat the operation in Step 5 to engage the lock.



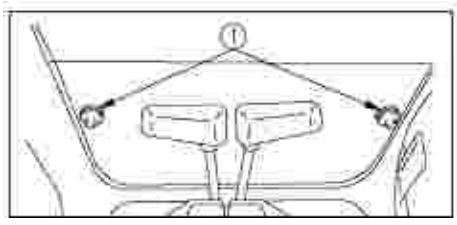


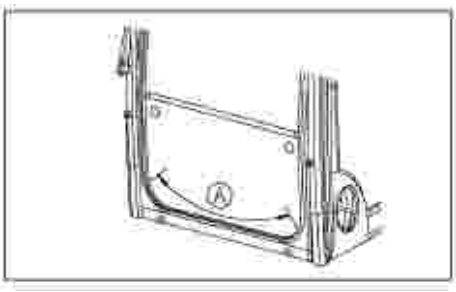




3. Removing Lower Windshield

1). Open the front window, then hold grip (1), pull up, and remove the bottom window.
If sand or dust is collected at the bottom of the front window, it will be difficult to remove the window. In addition, when stowing, the sand and dust stuck to the glass will be carried inside the cab. To prevent this, clean area (A) before removing.
2). After removing the lower windshield, store it at the right rear of the operator's cab, and set lever to lock position to hold it securely in position.

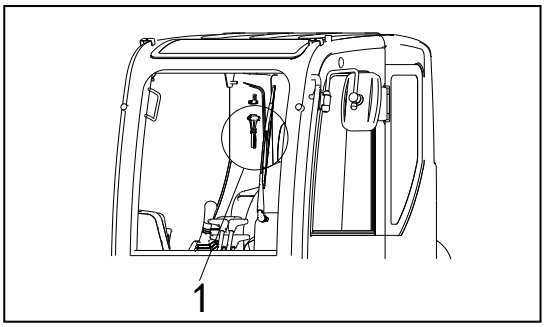


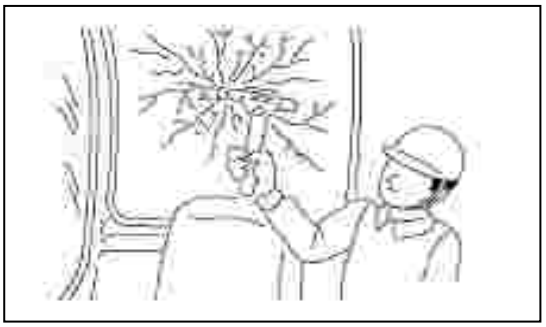


Emergency Hammer

WARNING

- When you hitting the glass with emergency hammer, you should be careful to prevent from being injured by splashed glass fragments.
- Before escaping, you should clear the glass fragments from the window frames to avoid being hurt. Furth more, you should pay attention to the glass fragments scattering under your feet to avoid slipping.



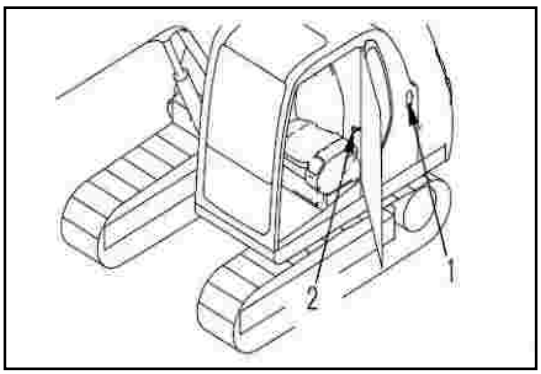


The cab has two emergency exits, door and the back window. If you can't escape from the cab door smoothly in an emergency, you can break the glass by breaking the glass at the right rear pillar of the cab to escape from the cab. Hold tight to the handle and break the glass with its sharp end.

Door Lock

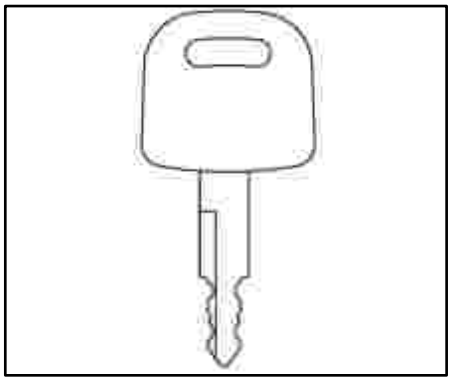
Use the door lock to fix the door in position after opening it.

1. Push the door against catch (1) to lock it in position.
2. When closing the door, push down the lever (2) on the left of the operator's seat to release the catch.
3. When attaching the door in position, lock it firmly to the catch.



Cap with Lock

Fuel tank, cab, tool box and engine hood, right and left door with lock, open and close those cap with starting key. Insert the key the end, then turn the key clockwise. If the key is turned before it is inserted all the way, it may break.



1. Opening and closing caps with lock

Opening the Cap

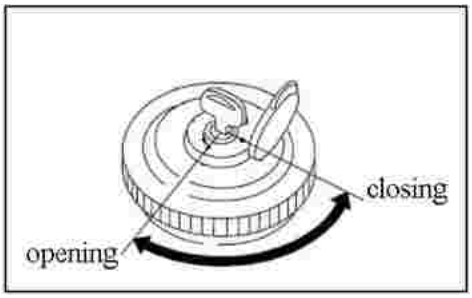
1) Insert the key into the key slot.

2) Turn the key clockwise, then open the cap.

Locking the Cap

1) Turn the cap until tight, then insert the key into the key slot.

2) Turn the key anticlockwise, then remove the key.



2. Opening and closing caps with hood

Opening the hood

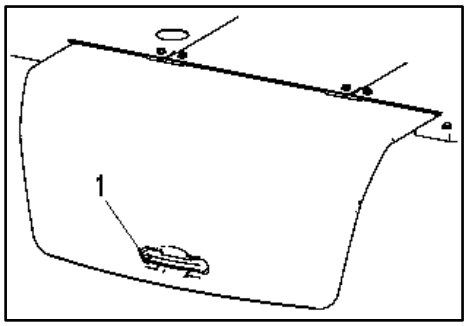
1).Insert the key into the key slot.

2).Turn the key clockwise, open the hood by grip.

Locking the hood

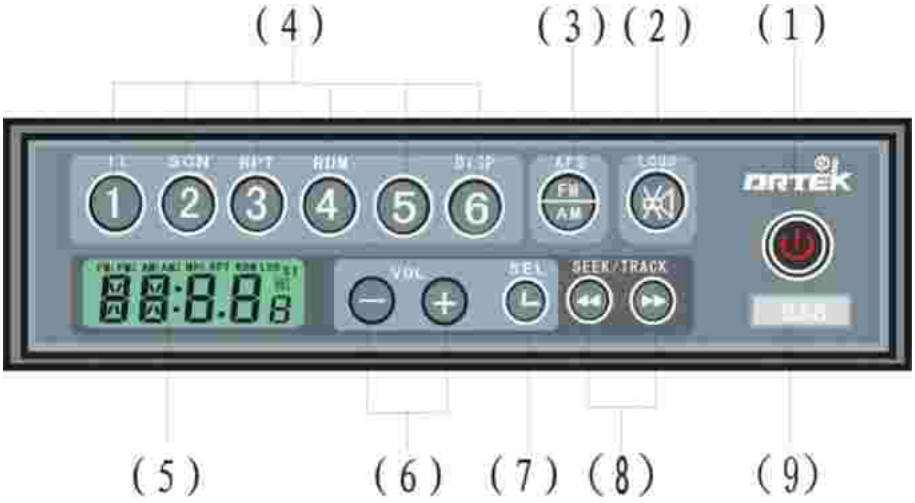
1) Turn the hood until tight, then insert the key into the key slot.

2) Turn the key anticlockwise, then remove the key.



Radio

1. Control Panel



(1) POWER/MODE
(2) MUTE/LOUDNESS
(3) APS (Auto Preset Store)/BAND
(4) PRESET FUNCTION KEYS
(5) LCD DISPLAY
(6) VOL+/-
(7) SEL (Sound Effects)/CLOCK
(8) SEEK/MUSIC TRACK
(9) USB PORT

2. Maintenance

(1) Please read this manual before use the kit.
(2) Please keep this manual for reference.
(3) Kit fuse out of specification is prohibited.
(4) Speaker impedance must be equal or over 4Ω.
(5) Keep away from water / dust / magnetic environments to kit.
(6) The kit out of order please shut down power , then inform our service department.
(7) The kit without guarantee for self-caused damages.

3. Features:

◆FM/AM tuning radio.
◆Auto seek，manual seek, to preset store station.
◆24 preset station (12FM,12 AM).
◆USB MP3 player.
◆MP3 scan and quick scan.
◆MP3 repeat，random，pause function.
◆MP3 music form and play time indication.
◆MP3 continuous play from interruption.
◆BEEP tone
◆Mute and loudness.
◆Volume，treble，bass，balance.
◆Clock for 12/24 hour interchange.
◆AUX input (optional).
◆LCD display.

4. Function Keys

（1） POWER/MODE

◇POWER: Switches on and off when preset and held for few seconds.
◇MODE: Radio ⇔ MP3.

（2） MUTE/LOUDNESS

◇MUTE: Switches on.
◇LOUDNESS: Preset and held for few seconds.

（3） APS (Auto Preset Stores) / BAND

◇BAND: Switches to change band of FM1/ FM2/AM1/ AM2.
◇APS: Preset and held for few seconds to auto scan and prestore stations.

（4） PRESET FUNCTION KEYS

◇RADIO: Switches to play prestore stations, preset and held for few seconds to store the current frequency to prestore stations.
◇MP3 PLAYER:

<1/PAUSE> Pause / Player

<2/SCN> Scan / Player

<3/RPT> Repeat / Player

<4/RDM> Random / Player

<6/DISP> Music form / Play time

（5） ◀◀ / ▶▶ SEEK / MUSIC TRACK

◇RADIO: Switches up/down to seek radio frequencies.
◇MP3 PLAYER: Switches up/down to track play music.

（6） SEL (Sound Effects) / CLOCK

◇SEL (Sound Effects): Adjust the volume/ balance/ treble/ bass.
◇CLOCK : Adjust the clock display.

（7） VOL+／–

Adjust the volume.

5. Operations

(1) RADIO

- Band

Softly touch <APS> to change FM1/FM2/AM1/AM2.

- Auto Seek

Softly touch ◀◀ / ▶▶ to auto seek station and play.

- Manual Seek

Preset and held ◀◀ / ▶▶ for few seconds to manual seek up/down, then switches ◀◀ / ▶▶ to trim in 2 seconds

- Auto Preset Stores

Preset and held <APS> for few seconds to auto scan all stations and store to preset function keys.

- Play Preset Stations

Softly touch preset function keys 1、2、3、4、5、6 to play preset stations.

- Store Current Audition Station

Preset and held button of 1、2、3、4、5、6 for few seconds to store current audition station.

(2) MP3

- Softly touch< POWER / MODE > to MP3 in radio mode.
- USB Player

Without USB then LCD DISPLAY show "----".

With USB but no MP3 format inside then LCD DISPLAY show"000".

After loading, LCD DISPLAY show the total of songs then start to play.

- Music form / Play time

Music form and Play time can change each other in LCD DISPLAY by Softly touch<6/DISP>.

- Scan and Quick scan

Softly touch ◀◀ / ▶▶ to scan up/down music songs , preset and held ◀◀ / ▶▶ for few seconds to quick scan , then switches ◀◀ / ▶▶ to trim in 2 seconds.

- Pause, Repeat, Random, Scan

Softly touch<1/ ▌▌ >, <2/SCN>,<3/REPT>, <4/RDM> to select operating mode , then touch selected button again to back original mode.

(3) SOUND EFFECTS

Softly touch<SEL> to change VOL -> BAS -> TRE -> BAL.

Volume: When LCD show "VOL" then press <VOL＋/－> to adjust.

Bass: When LCD show "BAS" then press <VOL＋/－> to adjust.

Treble: When LCD show "TRE" then press <VOL＋/－> to adjust.

Balance: When LCD show "BAL" then press <VOL＋/－> to adjust.

(4) CLOCK

- Clock Display

Softly touch <SEL> to display clock mode when out of sound effects adjust.

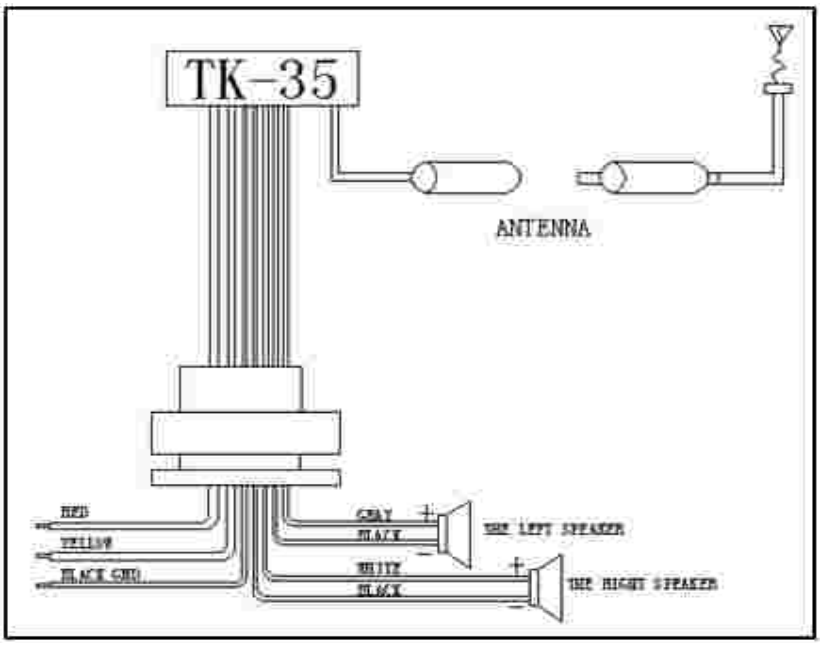
- Adjust Clock

Preset and held<SEL> for few seconds to enter clock adjust mode , then press <VOL+/-> to adjust hours up/down , after that softly touch<SEL> change to minutes mode , then press <VOL+/-> to adjust minutes up/down , finally softly touch <SEL> again to back original mode.

- When adjust hours or minutes , if preset and held<SEL> then option to 12 or 24 hour display.

6. Installation method

Please turn off the power before install the kit , (Below drawing is a standard,customer requirement is specially made).



7. Problems Shooting

Problem	Why and settle methods
No sound	1.Check connection 2.Delete Mute function 3.Increase Volume up 4.Restart
No Display	Wrong installation
USB no play	1. USB in correct insertion 2. USB without MP3 format 3. MP3 sizes over 511

8. Specifications

FM

Frequency cover	87.5-108 MHz (China) 76.0-90.0 MHz (Japan)
IF	10.7 MHz
Usual sensitivity	10 dB
S/N ratio	50 dB

AM

Frequency cover	522-1620 KHz (China) 522-1629 KHz (Japan)
IF	450 KHz
Usual sensitivity	30 dB
S/N ratio	40 dB

MP3

Port	USB1.1, 2.0
Format	MPEG1/2/2.5 Layer 3 Audio
VBR	32Kbps-320Kbps
Pick points	8k, 11.025k, 12k, 16k, 22.05k, 24k, 32k, 44.1k, 48k

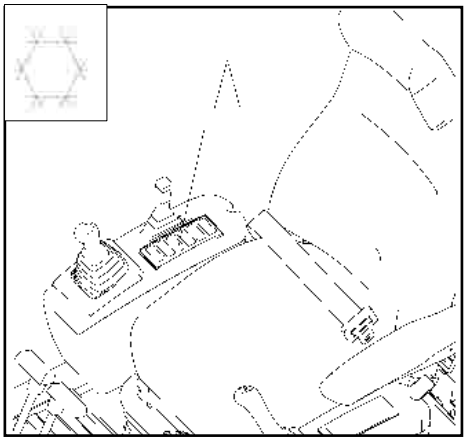
Others

Power supply	12V
Max output	25×2W
Dimensions	178W*50H*90D mm

Air Conditioner System

REMARK

Before operating the air conditioner, first press the button A.



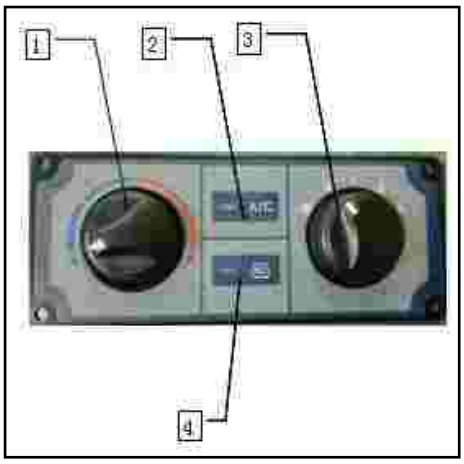
1. Air Conditioner Control Panel

1) Temperature Control Switch

Switch (1) is used to control temperature inside the cab. The temperature can be set between 17°c (63.4°f) and 30°c (87.6°f).

- Turn right to maximize the interior temperature can be set to 30 ℃
- Turn left to maximize the interior temperature can be set to 17 ℃

2) Air Conditioner switch



Switch (2) is used to turn the air conditioner on or off. Press air conditioner switch (2) when the fan is operating. The air conditioner is switched on and starts to work. Press the switch again to stop the air conditioner.

Air conditioner cannot be operated while the fan is off.

3) Fan Switch

Switch (3) is used to adjust the air flow.

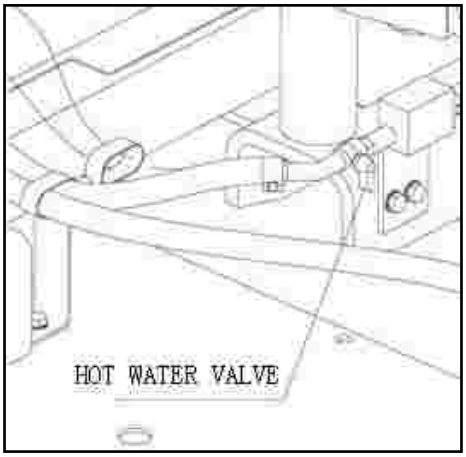
The air flow can be adjusted to 3 levels.

4) Internal and external gas circulation switch

This switch is used to turn on internal and external gas circulation. (Lighting for internal circulation)

2. Refrigeration

Make sure the hot water valve switch is in the closed state (Switch vertically down).



Set the temperature control switch to the maximum left.

Adjust the air volume adjustment switch [1] to the 1 position (LOW), compressor start to work, while HVAC UNIT also began to drive the motor to send cold air to the cab.

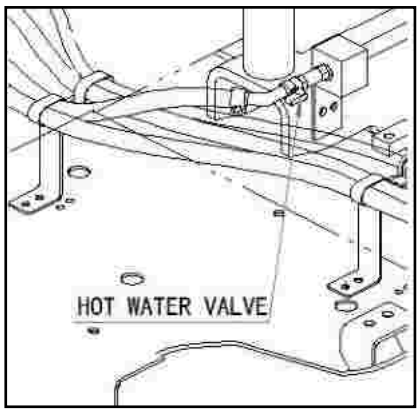
Activating the air conditioner Turn the air volume switch to 3 position (HIGH) to quickly cool the room temperature.

Press the compressor power switch [2], the indicator light is on.

When the room temperature is right, adjust the temperature and air flow switch to make it stable.

3. Heating

Verify that the hot water valve switch is in the open state (horizontal position). Turn off the cooling A / C switch and adjust the air flow switch to LOW or the desired position. The motor on the HVAC UNIT starts and sends hot air to the cab.



NOTICE

Turn off the power after the engine stops.

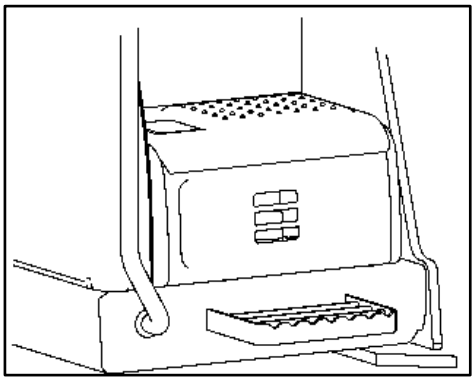
Using high-grade cooling or heating, medium and low-grade air conditioning to maintain operation.

In the spring, autumn and winter do not use air conditioning, air conditioning compressor should be run once a week.

Tool Box

The box in the front of the right revolving frame.

Used to store the tools.



Fuse

NOTICE

Before replacing a fuse, be sure to turn off the starting switch.

Only fuses of the same specifications can be used for replacement. When replacing fuses, the main switch of the power supply must be turned off first

The machine is provided with a safe box which is arranged above the air conditioner in the cab.

The fuses protect the electrical equipment and wiring from burning out.

If the fuse becomes corroded, or white powder can be seen, or the fuse is loose in the fuse holder, replace the fuse.

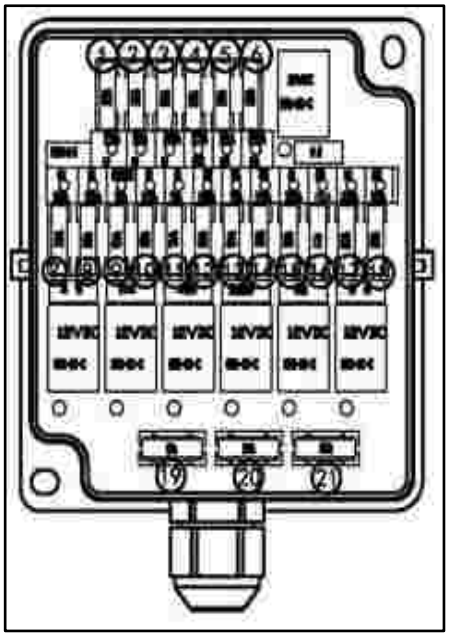
Replace the fuse with another of the same capacity.

⚠ 警告

- Do not install the fuse that is specified on the label, otherwise there is a risk of damage to the circuit board or fire.
- When the fuse is burnt out, the cause of the failure must be found out before it can be replaced.
- After the fuse is blown out, the fuse must be replaced with the same standard.
- When the fuse is corroded, the surface appears white powder or fuse is loose, should check and timely.
- Clear related circuit fault.
- The fused fuse cannot be repaired, and should be replaced in a timely manner.

Fuse capacity and Name of function

Reference	Fuse capacity	Name of function
1	15A	Spare
2	10A	Spare
3	20A	Spare
4	15A	Spare
5	10A	The CAB dome light
6	20A	Electric lock
7	20A	Relay
8	30A	Air conditioner
9	5A	Safety lock
10	20A	Headlamp
11	10A	Horn
12	20A	Working light
13	5A	Radio
14	15A	Solenoid valve
15	30A	Spare
16	20A	Cigarette lighter
17	15A	Wiper
18	10A	Analog electricity



Machine Operations and Controls

Checks Before Start the Engine

1. Walk-around Checks

Before starting the engine, look around and under the machine to check for loose nuts and bolts, or leakage of oil, fuel, or coolant, and check condition of the work equipment and hydraulic system. Also check for loose wiring and play, and accumulation of dust at places with high temperatures.

WARNING

Remove any flammable materials from around the battery, engine, muffler, turbocharger, or other high temperature engine parts. Leakage of fuel or oil will cause the machine to catch fire. Check carefully, be sure to repair any problem, or contact your SHANTUI distributor.

Perform the following inspections and cleaning every day before starting engine for the day's work.

1). Check for damage, wear, play in work equipment, cylinders, linkage, hoses. Check for cracks, excessive wear, play in work equipment, cylinders, linkage, and hoses. If any problem is found, repair it.

2). Remove dirt and debris from around the engine, battery, and radiator. Check for dirt accumulated around the engine and radiator. Also check for flammable material (dry leaves, twigs, etc.) around the battery, engine muffler, turbocharger, or other high temperature engine parts. If any dirt or flammable materials are found, remove them.

3). Check for coolant and oil leakage around the engine. Check for oil leakage from the engine and coolant leaks from the cooling system. If any problem is found, repair it.

4). Check for oil leakage from hydraulic equipment, hydraulic tank, hoses, and joints. Check for oil leakage. If any problem is found, repair the area where oil is leaking.

5). Check the undercarriage (track, sprocket, idler, guard) for damage, wear, loose bolts, or leakage of oil from rollers. If any problem is found, repair it.

6). Check for problems in handrails, steps, loose bolts. If any problem is found, repair it. Tighten any loose bolts.

7). Check for problem in gauges, monitor. Check for problem in the gauges and monitor in the operator's cab. If any problem is found, replace the parts. Clean off any dirt from the surface.

8). Clean, check rear view mirror. Check that there is no damage to the rear view mirror. If there is any damage, replace with new parts. Clean the surface of the mirror and adjust the angle so that the area at the rear can be seen from the operator's seat.

9). Seat belt and mounting clamps. Check for damage or wear to the seat belt and mounting clamps. If there is any damage, replace with new parts.

10). Check bucket with hook (if equipped) for damage. Check for damage to the hook, guide, and hook mount. If any problem is found, contact your SHANTUI distributor for repairs.

2. Checks Before Starting

1) Check Coolant Level, Add Coolant

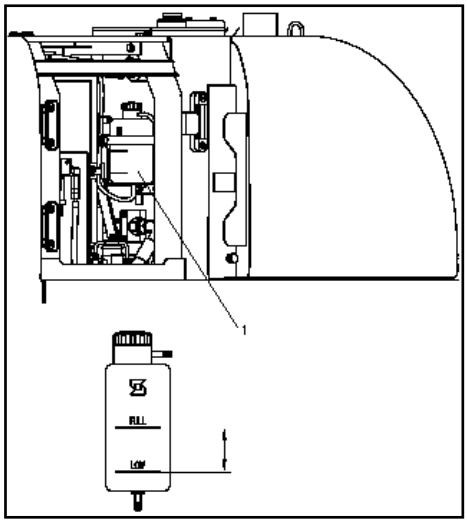
WARNING

- Do not open the radiator cap unless necessary. Wait for the engine to cool down before checking the coolant in the sub-tank.
- Immediately after the engine is stopped, the coolant is at a high temperature and the radiator is under high internal pressure. If the cap is removed to check the coolant level in this condition, there is a hazard of burns. Wait for the temperature to go down, and then turn the cap slowly to release the pressure before removing it.

(1) Open the door at the rear right of the machine, and check if the coolant in sub-tank (1) (shown in the diagram on the right) is between the FULL and LOW marks. If the coolant level is low, add coolant to the FULL level through the filler port of sub-tank (1).

(2) After adding coolant, tighten the cap securely.

(3) If the sub-tank (1) is empty, there is probably leakage of coolant. After inspecting, repair any problem immediately. If there is no problem, check the coolant level in the radiator. If the coolant level is low, add coolant to the radiator, and then fill the sub-tank (1).



2) Check Oil Level, Add Oil

WARNING

Parts and oil are at high temperature immediately after the engine is stopped and may cause serious burns. Wait for the oil temperature to go down before performing this operation.

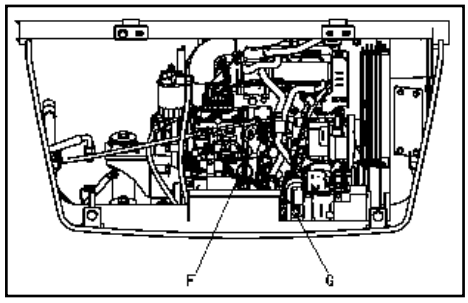
(1) Open the engine hood.

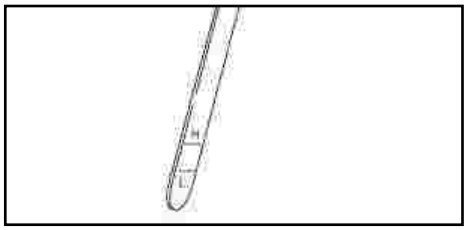
(2) Remove dipstick (G), and wipe the oil off with a cloth.

(3) Fully insert dipstick (G) into filler pipe (F), then remove it.

(4) The oil level should be between the H and L marks on dipstick (G).If the oil level is below the L mark, add oil through oil filler (F).If the oil is above the H line, open drain valve (P) at the bottom of the engine oil pan, drain the excess engine oil, then check the oil level again.

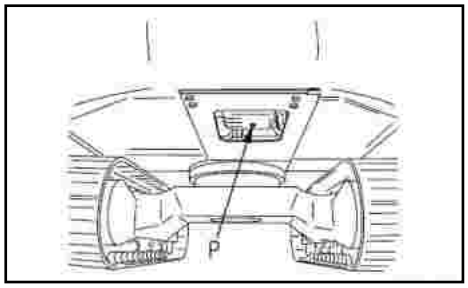
(5) If oil level is correct, securely tighten the oil filler cap and close the engine hood.





REMARK

When checking the oil level after the engine has been operated, wait for at least 15 minutes after stopping the engine before checking.
If the machine is at an angle, make it horizontal before checking.



3) Check Fuel Level, Add Fuel

WARNING

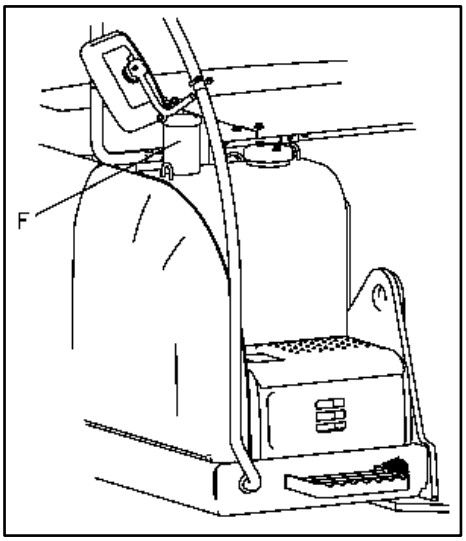
When adding fuel, never spill the fuel or let it overflow. It will cause fire. If any fuel has spilled, wipe it up completely. If fuel has spilled over soil or sand, remove that soil or sand. Fuel is highly flammable and dangerous. Never bring flames near fuel.

(1) Check the fuel level gauge on the monitor panel for fuel level.

(2) If fuel is found to be low, unscrew fuel filler cap (F) on the fuel tank and add fuel through the filler port.

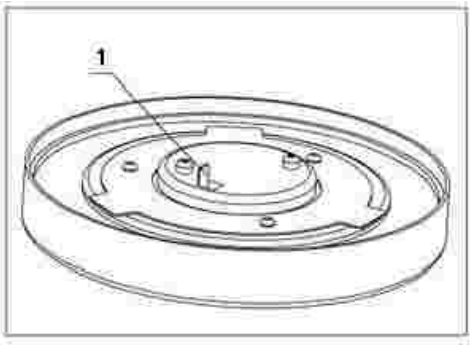
Fuel tank capacity: 120L

(3) After adding fuel, tighten fuel filler cap (F) securely.



REMARK

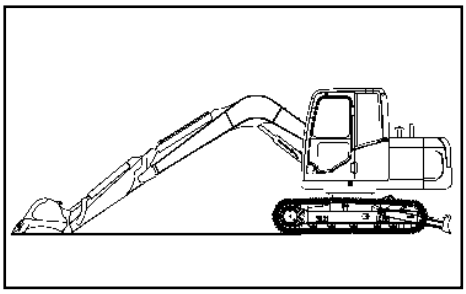
If breather hole (1) on the cap is clogged, the pressure in the tank will drop and fuel will not flow. Clean the hole from time to time.



4) Check Oil Level in Hydraulic Tank, Add Oil

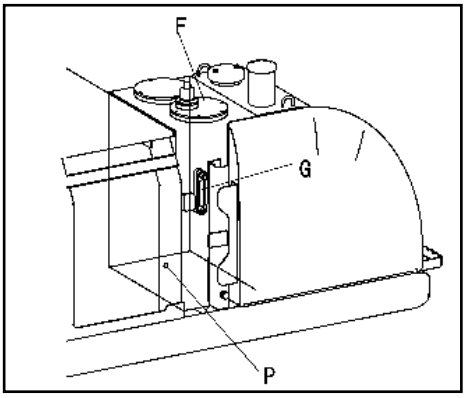
WARNING

When removing the oil filler cap, oil may spurt out, so turn the cap slowly to release the internal pressure before removing the cap.



(1) If the work equipment is not in the condition shown in the diagram on the right, start the engine, run the engine at low speed, retract the arm and bucket cylinder rods fully, then lower the boom, set the bucket teeth in contact with the ground, and stop the engine.

(2) Check sight gauge (G) from the right window installed to the operator's compartment. The oil level should be between the H and L lines.



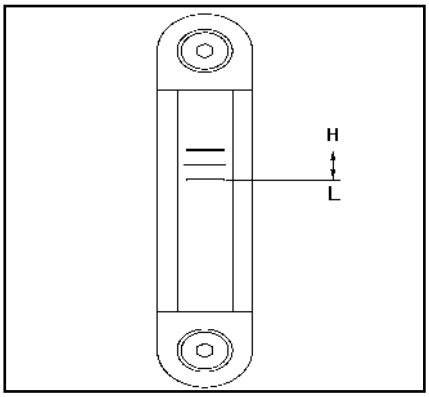
NOTICE

Do not add oil above the H line. This will damage the hydraulic circuit or cause the oil to spurt out.

If oil has been added to above the H level, stop the engine and wait for the hydraulic oil to cool down, and then drain the excess oil from drain plug (P).

(3) If the oil level is below the L line, remove the oil filler cap and add oil through oil filler (F) at the top of the hydraulic tank.

(4) Fully extend the boom, stick, and bucket cylinder in the condition shown in the diagram on the right. Remove the oil filler cap, and then install the cap to increase the internal pressure of the tank.



NOTICE

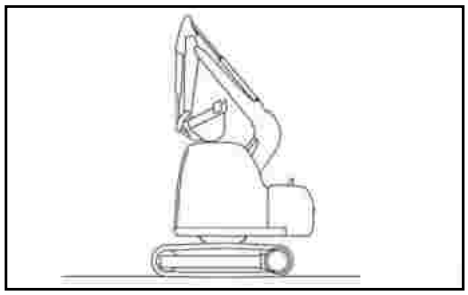
Be sure to pressurize the hydraulic tank. If not pressurized, the pump will inhale the air, which can adversely affect the equipment.

REMARK

The oil level will vary depending upon the oil temperature.

Accordingly, use the following as a guide:

- Before starting operation: around L level (Oil temperature 10 to 30°C (50 to 86°F))
- Normal operation: around H level (Oil temperature 50 to 80°C (122 to 176°F))



5) Check Air Cleaner Element

WARNING

Do not clean the air cleaner element until the air cleaner clogging monitor  on the monitor panel light up. If the element is cleaned frequently before the air cleaner clogging monitor light up, the air cleaner will not be able to display its performance fully, and the cleaning efficiency will also go down.

The filter element should be cleaned or replaced immediately when the monitor instrument shows the  sign.

For more information about cleaning the air cleaner element, see " Air Cleaner Element - Check/ Clean/ Replace" section.

6) Check Electric Wiring

WARNING

- If the fuses frequently blow or if there are traces of short circuits in the electrical wiring, locate the cause and immediately perform repairs, or contact your SHANTUI distributor for repairs.
- Be sure to check that there is no inflammable material accumulated around the battery. If present, remove it as soon as possible.
- Keep the top surface of the battery clean and check the breather hole in the battery cap. If it is clogged with dirt or dust, wash the battery cap to clean the breather hole.

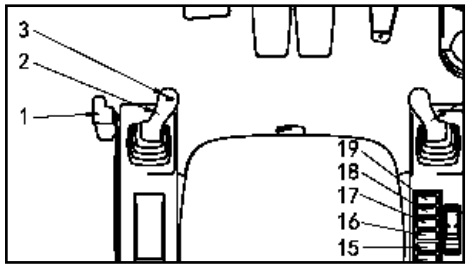
Check that there is no damage to the fuses; that fuses of the specified capacity are used; that there is no disconnection or trace of short-circuiting in the electric wiring and no damage to the covering. Check whether it is loosened terminals or not. Tighten loosened terminals.

Pay particular attention to the electric wiring when checking the battery, engine starting motor and alternator.

Also check that there is no inflammable material accumulated around the engine. If present, remove it as soon as possible.

For inquiries about the causes and corrective suggestions, please contact your SHANTUI distributor.

7) Check Function of Horn

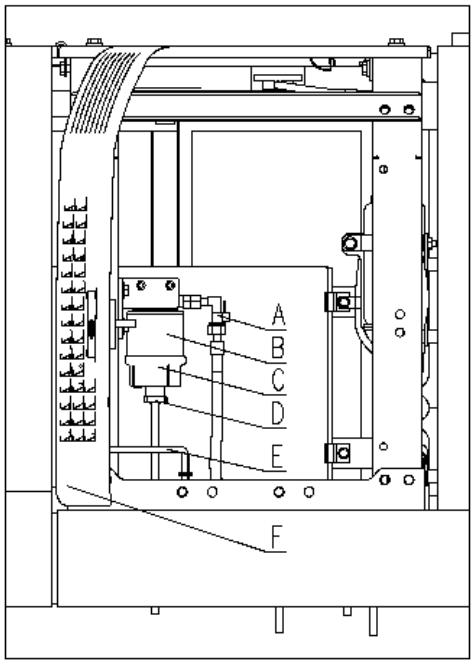


(1) Turn the starting switch to the ON position.

(2) Confirm that the horn sounds immediately when the horn button (3) is pressed.

If the horn does not sound, contact your SHANTUI distributor for repair.

8) Check for Water and Sediment in Water Separator, Drain Water



When the water separator monitor lights up red on the machine monitor, according to the following method of water:

(1) Open the door (F) at the rear right of the machine, lock the support frame (E).

(2) Turn the valve (A) to the close position.

(3) Place a container directly beneath the fuel pre-filter, unscrew the drain valve (D) of the fuel pre-filter manually, and drain the water from the water cup (C)

(4) If the water cup (C) has impurities, need to place a piece of cloth outside the cup, use a filter wrench to turn the collector cup to remove it, with clean diesel cleaning cups.

(5) Install the water cap (1) by the filter wrench after the water cap cleaned up.

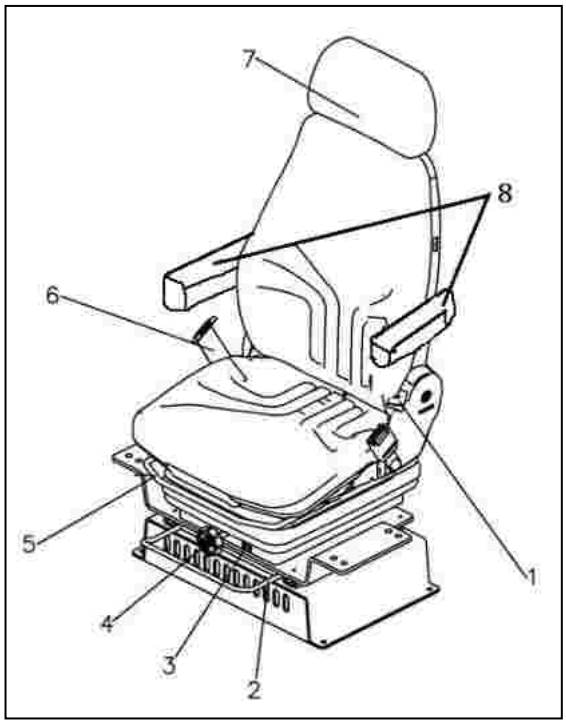
(6) Open valve (A), close right side door (F).

Adjustment Before Start the Engine

WARNING

- Always adjust the operator's seat before starting each operation or when the operators change shift.
- Adjust the operator's seat so control levers and switches can be operated freely and easily with the operator's back against the backrest.

1. Driver seat



1) Backrest adjustment

Pull up the backrest adjustment handle (1) and release the handle when the backrest is in the best position for easy operation.

NOTICE: When adjusting the inclination of the backrest, do not interfere with the air conditioner cover at the rear of the seat.

2) Integral front and rear adjustment of seat and control box

Pull up on the handle (2), place the seat in the proper position, and then release the handle. In this case, the seat moves forward and backward together with the left and right control boxes as a whole.

3) Weight adjustment

Turn the knob (4) clockwise, the seat suspension becomes hard, turn the knob (4) anticlockwise, the seat suspension becomes soft. Turn the knob (4), so that the indicator of the weight display (3) is consistent with the weight of the operator.

Adjustable range:50~130kg

4) Seat fore-and-aft adjustment

Pull up the handle (5), adjust the seat to the desired position, and then release the handle.

Adjustment distance:130mm

5) Seat height adjustment

Raise the seat upwards, it will increase by 30mm when you hear the “click”. Continue to lift it upwards， it will increase by 30mm again when you hear the second “click”. Then lift up, the seat will be lowered to the lowest position.

Adjust height:60mm （30mm one grade）

6) Headrest height and angle adjustment

Pulling the headrest (7) up can adjust the height of the headrest (7), and push the headrest (7) back and forth to make the headrest (7) reach a suitable angle.

7) Handrail

The height of the handrail can be adjusted by turning the lower roller of the handrail.

WARNING

- If the seat belt is worn or damaged or accidentally deformed, replace the seat belt.
- Replace your seat belt every 3 years even if you do not see any abnormalities.
- Be sure to fasten your seat belt during the operation. When wearing a seat belt, do not twist it.
- No modifications of seat belts or their supports are allowed. Seat belts are restricted to one operator.

NOTICE

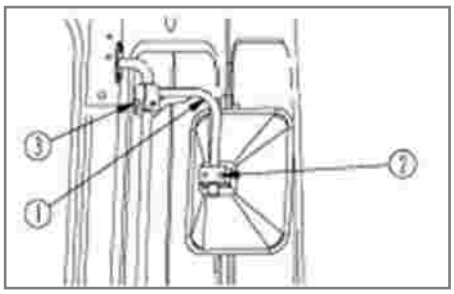
If the seat belt (6) needs to be cleaned, a neutral soap solution must be used. Roll the seat belt up before drying it out at full stretch. Make sure seat belt is installed in the correct way.

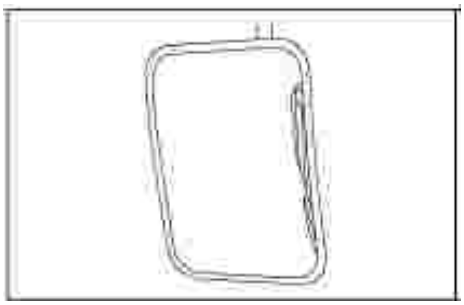
2. Rearview Mirrors Adjustment

WARNING

Be sure to adjust the mirrors before starting work. If they are not adjusted properly, you cannot secure the visibility and may be injured or may injure someone seriously.

- Adjust the mirror rod (1) so that it is possible to see people at the rear left of the machine.
- The figure on the right shows the mirror on the left side of the cab.
- Fix mirror securing stay the way the side view mirror stretches outward to the maximum.
- If the side view mirror does not move smoothly when adjusting its angle, loosen mirror securing bolt (2) and mirror securing stay bolt (3).
- When adjusting the side view mirror angle, make an adjustment so that the side of the machine comes into view on the mirror.





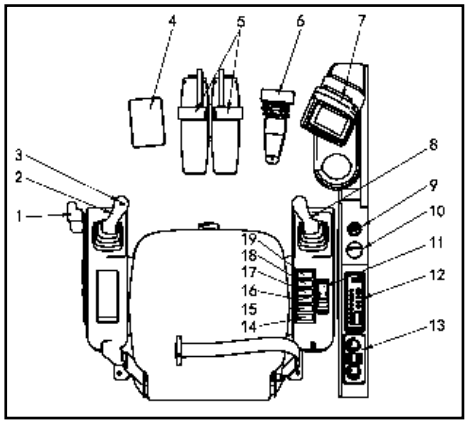
Operations Before Starting Engine

WARNING

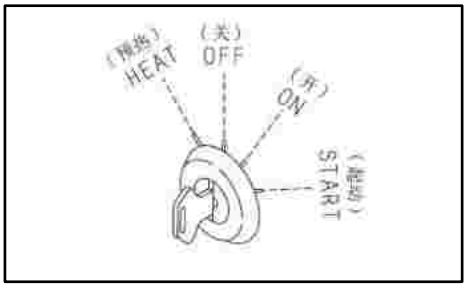
- When starting the engine, check that the lock lever is securely at the LOCK position. If the lock lever is not locked, the engine will not start.
- When standing up from the seat, be sure to set the lock lever at the LOCK position, regardless of whether the engine is running.

1. Check that lock lever (1) is at the LOCK position.

2. Check the position of each lever.



3.Insert the key in starting switch (9), turn the key to the ON position, then carry out the following checks.



1) The buzzer sounds and the following monitors and meters light up.

A. Working mode

B. Auto idle

C. Buzzer stop

D. Real time or working time

E. Wiper tap position (optional)

F. Washer (optional)

G. Auto Warm-up

H. Work gear display

I. Fuel level gauge

J. Engine speed gauge

K. Engine coolant temperature gauge

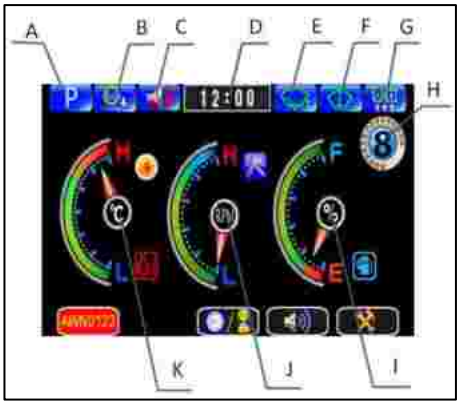
L. Engine idle running icon

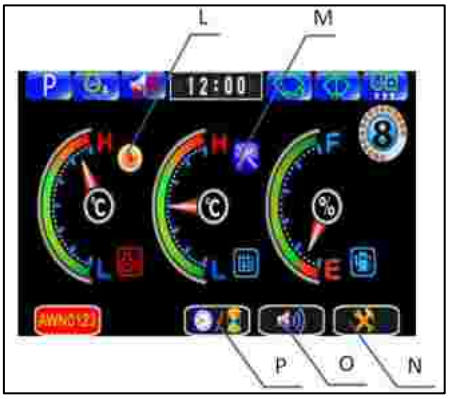
M. Maintain indicator

N. User menu indicator

O. Buzzer stop indicator

P. Real time and working time select indicator





If the monitors do not light up or the buzzer does not sound, there is probably a failure in the monitor, so contact your SHANTUI distributor for repairs.

2) Turn the lamp switch (16) and open the working lamp.

If any lamp does not light up, the bulb is probably blown up or there is a disconnection, so contact your SHANTUI distributor for repairs.

4. Confirm that the horn sounds when the horn button (3) is pressed.

Starting Engine

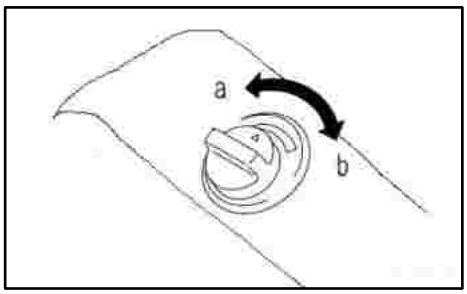
Normal Starting

WARNING

- Check that there are no persons or obstacles in the surrounding area, then sound the horn and start the engine.
- Exhaust gas is toxic. When starting the engine in confined spaces, be particularly careful to ensure good ventilation.

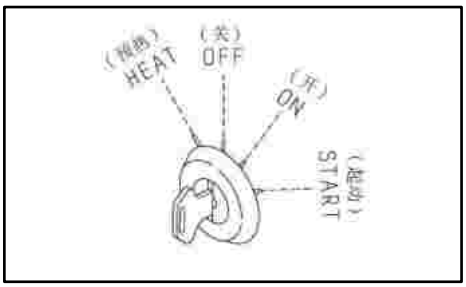
NOTICE

Do not crank the starting motor continuously for more than 20 seconds. If the engine does not start, wait for at least 2 minutes before trying again.



1) Turn fuel control dial to center position between the low idle and high idle positions
2) Turn the key in starting switch to the START position. The engine will start.
3) After the engine starts, release the key in starting switch.

The key will automatically return to the ON position.



Starting Engine in Cold Weather

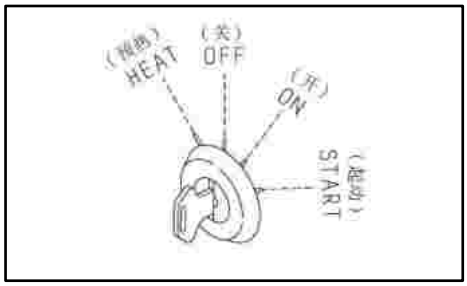
WARNING

- Check that there are no persons or obstacles in the surrounding area, then sound the horn and start the engine.
- Never use starting aid fluids as they may cause explosions.

NOTICE

Do not crank the starting motor continuously for more than 20 seconds. If the engine does not start, wait for at least 2 minutes and repeat from Step2.

When starting in low temperatures, do as follows.



1) Turn fuel control dial to center position between the low idle and high idle positions
2) Hold the key in starting switch in the HEAT position, and check that engine pre-heating monitor lights up.

After about 30 seconds, engine pre-heating monitor lamp will flash about 10 seconds to indicate that pre-heating is finished.

REMARK

The monitors and gauges will light up also when the key is turned to the HEAT position, but this is not a problem.

3) When engine pre-heating monitor goes out, turn the key in starting switch to the START position to start the engine.

4) After the engine starts, release the key in starting switch. The key will automatically return to the ON position.

After Starting Engine

WARNING

- Emergency stop. If there is not any circumstance or fault, the starting switch should be turned to OFF position.
- If the machine is not fully preheated, the operating device will react slowly to the joystick and will not move as required by the operator, so be sure to preheat. Especially in cold area, be sure to fully preheat the operation.

Breaking-in the New Machine

WARNING

- The machine has been thoroughly adjusted and tested before shipment from the factory. However, operating the machine under full load before breaking the machine in can adversely affect the performance and shorten the machine life.
- Be sure to break in the machine for the initial 100 hours (as indicated on the service meter).
- During the running in operation, observe the precautions required in this manual.

- Run the engine at idle for 5 minutes after starting it.
- Avoid operation with heavy loads or at high speeds.
- Avoid sudden starts, sudden acceleration, unnecessary sudden stops, and sudden changes in direction.

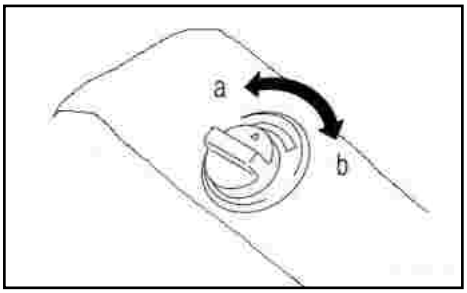
Warming-up Operation

NOTICE

- The most suitable temperature of the hydraulic oil is 50°C- 80°C. If the machine needs to be operated when the oil is at a low temperature, the temperature must be increased by at least 20°C before starting work in order to prolong the service life of the machine.
- When the hydraulic oil is lower than 20°C, do not perform operations the levers suddenly.
- After starting the engine, do not make the engine suddenly accelerate before the warming-up operation is completed. Especially in cold weather, if the engine suddenly accelerated, will take white smoke, but this does not mean that is not normal.
- Do not run the engine at low or high idle continuously for more than 20 minutes.
- If it is necessary to run the engine at idle, apply a load from time to time or run the

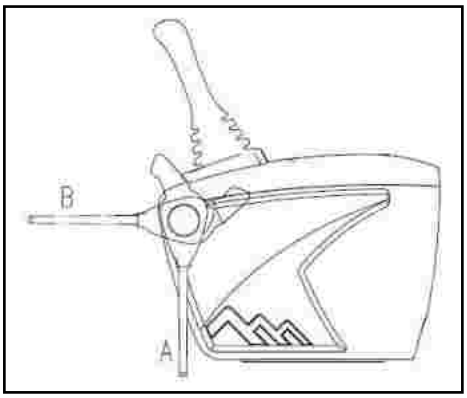
Do not start operation immediately after starting the engine. First of all, the following operations and checks.

1. Turn fuel control dial to center position between the low idle and high idle positions and run the engine at a mid-range speed about 5 minutes.



2. Set lock lever slowly and securely to FREE position (B), then raise the bucket from the ground.

3. Operate bucket control lever and arm control lever slowly to move the bucket cylinder and arm cylinder to the end of the stroke.

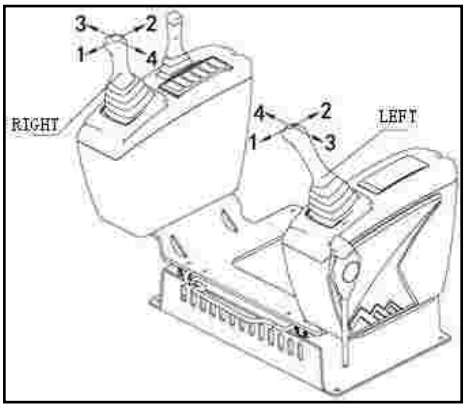


NOTICE

When the work equipment is retracted, take care that it does not interfere with the machine body or ground

4. Operate the bucket for 30 seconds and the arm for 30 seconds in turn fully for 5 minutes.

5. After performing the warming-up operation, check and be sure all the gauges on machine monitor and the caution lamps are in the following conditions:



- Fuel level monitor in the green range;
- Coolant temperature monitor in the green range;
- No alarm icon is displayed in the central area of the interface.

6. Check for abnormal exhaust gas color, noise, or vibration. If any problem is found, contact your SHANTUI distributor.

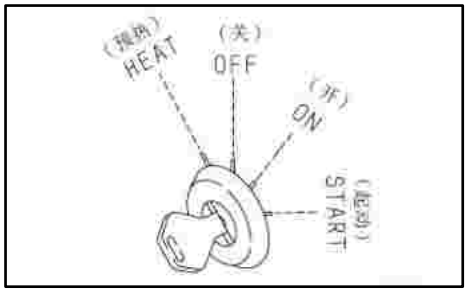
7. Set lock lever slowly and securely to LOCK position (A), and make sure that the left and right control levels are not operated for turning and operating devices.

Stopping the Engine

NOTICE

If the engine is stopped abruptly, service life of component parts of the engine may be considerably reduced. Do not stop the engine abruptly except in an emergency.

If the engine has overheated, do not try to stop it abruptly but run it at medium speed to allow it to cool down gradually, and then stop it.



1. Run the engine at low idle for about 5 minutes to cool down gradually.

2. Turn the key in starting switch to the OFF position and stop the engine.

3. Remove the key from starting switch.

Check After Shut Off Engine

1.Walk around the machine and check the work equipment, machine exterior, and undercarriage, also check for any leakage of oil or coolant. If any problems are found, repair them.

2. Fill the fuel tank.

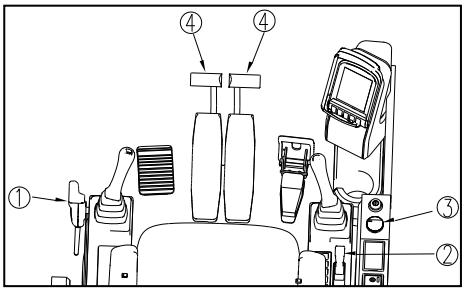
3. Check the engine compartment for paper and debris. Clean out any paper and debris to avoid a fire hazard.

4. Remove any mud affixed to the undercarriage.

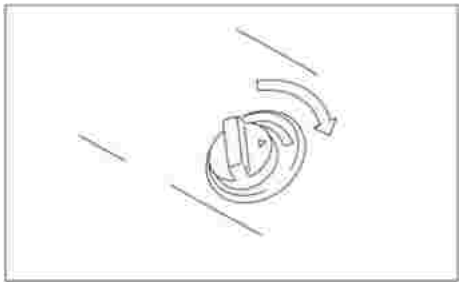
Machine Operation

1. Matters need attention of moving the Machine

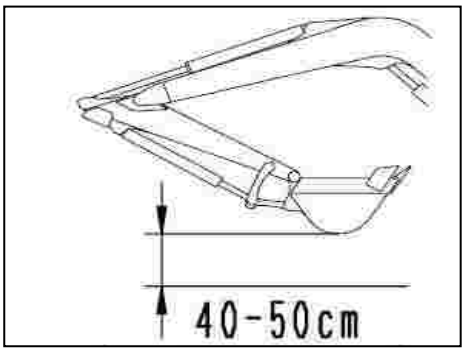
WARNING



- Before operating the control lever, check the direction of the track frame. If the sprocket is at the front, the machine moves in the opposite direction from the operation of the travel lever.
- Before starting the machine off, check that the area around the machine is safe and sound the horn.
- Clear any obstacles from the travel path, here is a blind spot at the rear of the machine, so be particularly careful when traveling in reverse.
- Do not allow anyone to enter the area around the machine.
- Before starting the machine off, check that the alarm sounds normally.



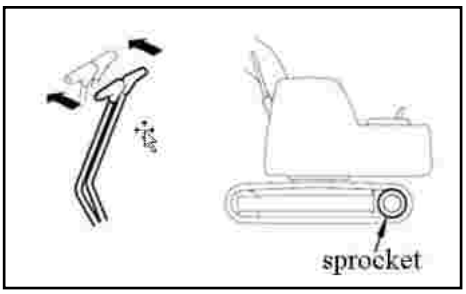
Turn fuel control dial (3) towards the full speed position to increase the engine speed.



2. Moving Machine Forward

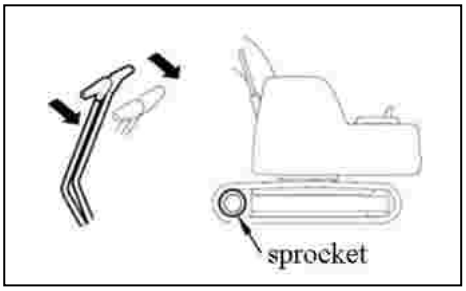
1) Set lock lever (1) in the free position, fold the work equipment, and raise it 40 to 50cm (16 to 20in) from the ground.
2) Slowly pull the blade lever (2) backward in order to raise it.
3) Operate the right and left travel levers(4).

- When sprocket is at the rear of the machine:



Slowly push the levers(4) forward to move the machine.

- When sprocket is at the front of the machine:



Slowly pull the levers(4) backward to move the machine.

3. Moving Machine Backward

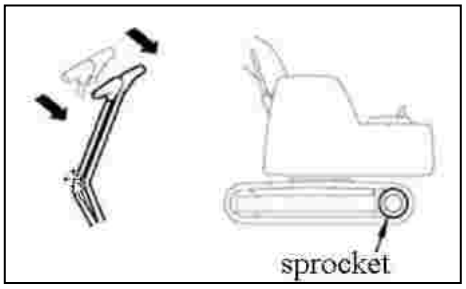
1) Set lock lever (1) in the free position, fold the work equipment, and raise it 40 to 50cm (16 to 20in) from the ground.

2) Slowly pull the blade lever (2) backward in order to raise it.

3) Operate the right and left travel levers (4).

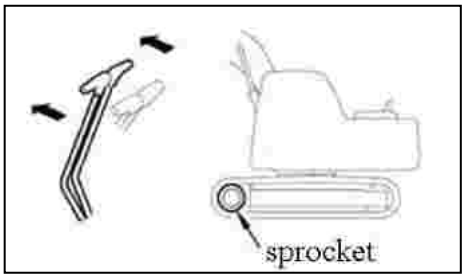
- When sprocket is at the rear of the machine:

Slowly pull the levers(4) backward to move the machine



- When sprocket is at the front of the machine:

Slowly push the levers(4) backward to move the machine

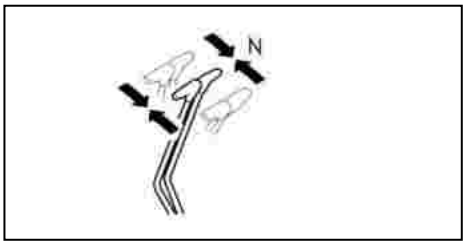


4. Stopping Machine

WARNING

Avoid stopping suddenly, Give yourself ample room when stopping.

Put the left and right travel levers (4) in the neutral position, then stop the machine.

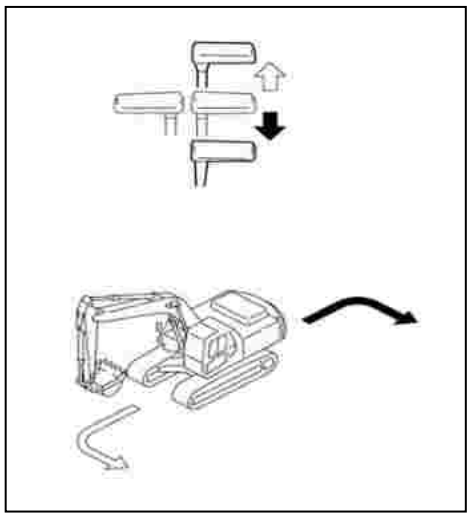


5. Steering the Machine

WARNING

Before operating the travel levers, check the direction of the track frame，If the sprocket is at the front,the machine moves in the reverse direction to the operation of the travel levers.

Use the travel levers to change direction.
Avoid sudden changes of direction as much as possible. Especially when performing counter-rotation (spin turn), stop the machine before turning.
Operate two travel levers (4) as follows:



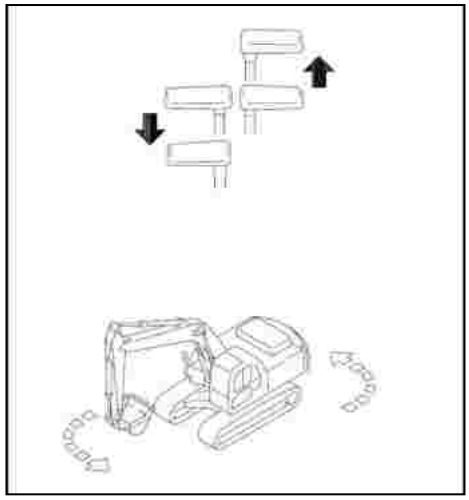
1) Steering the Machine when Stopped

When turning to the left:
Push the right travel lever forward to turn left when traveling forward; and pull it back to turn left when traveling in reverse.

REMARK

When turning to the right, operate the left travel lever in the same way.

2) Counter-rotation Turn (Spin Turn)



When using counter-rotation (spin turn) to turn left, pull the left travel lever back and push the right travel lever forward.

REMARK

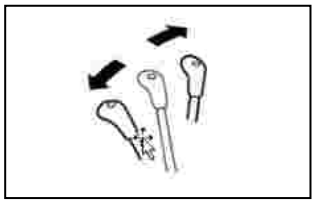
When using counter-rotation to turn right, pull the right travel lever back and push the left travel lever forward.

6. Swinging

WARNING

The tail of the machine extends outside the tracks. Before operating the swing, check that the area around the machine is safe.

1) Before starting the swing operation，Set lock lever (1) in the free position.
2) Operate the left work equipment control lever to swing the upper structure.

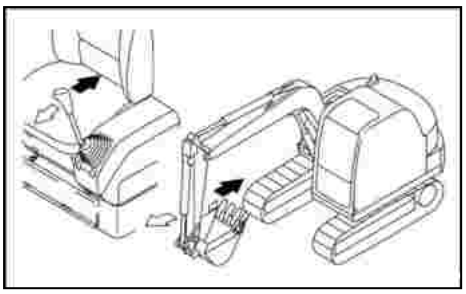


7. Work Equipment Controls and Operations

WARNING

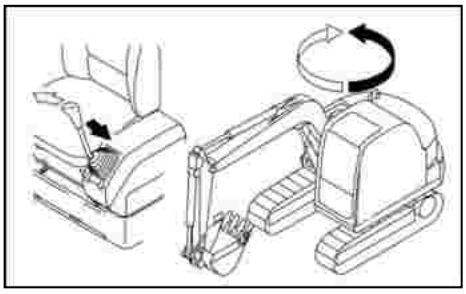
If the working device lever is operated quickly, the working equipment will move rapidly; if the working equipment lever is operated slowly, the working equipment will move slowly.

Use the control levers to operate the work equipment.
Note that when the levers are released, they return to the hold position and the work equipment is held in that position.



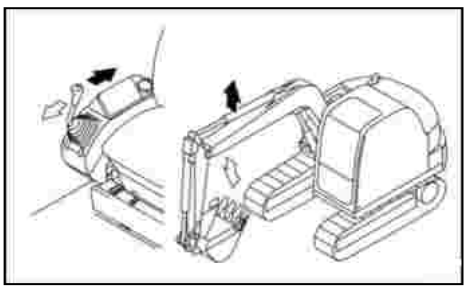
- Arm operation

Operate the left control lever forward or backward to control the arm



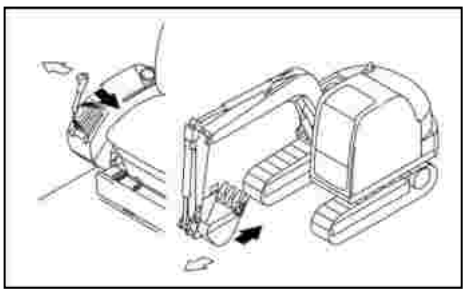
- Swing operation

Operate the left control lever to the left or right to swing the upper structure.



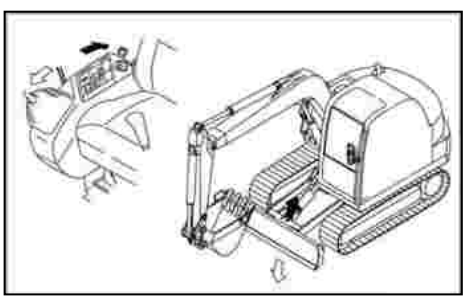
- Boom operation

Operate the right control lever forward or backward to operate the boom.



- Bucket operation

Operate the right control lever to the left or right to operate the bucket.



- Blade operation

Move the blade lever to operate the blade.

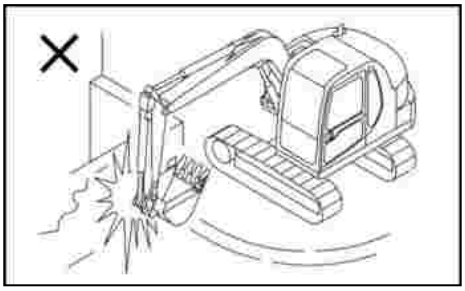
Prohibited Operations

WARNING

- If it is necessary to operate the work equipment control lever when the machine is traveling, stop the machine, then operate the control lever.
- If any lever is operated when the auto-deceleration is being actuated, the engine speed will suddenly increase, so be careful when operating.

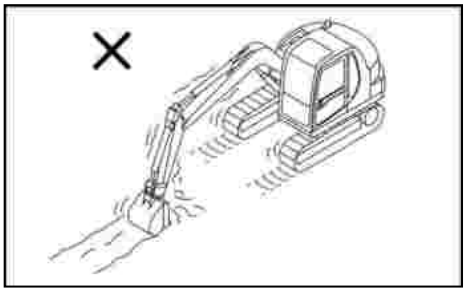
1. Operations Using Swing Force

Do not use the swing force to compact soil or break objects. This is not only dangerous, but will also drastically reduce the life of the machine.



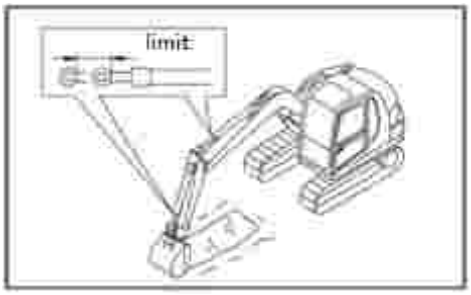
2. Operations Using Travel Force

Do not dig the bucket into the ground and use the travel force to carry out excavation. This will damage the machine or work equipment.



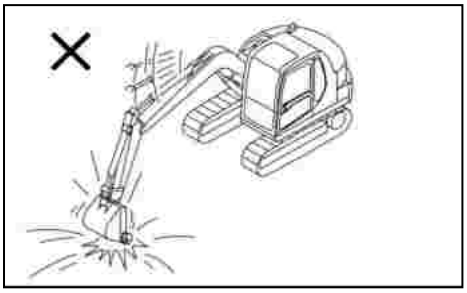
3. Operations Using Stroke Ends of Hydraulic Cylinders

If the work equipment is used with the cylinder rod operated to its stroke end, and given impact by some external force, the hydraulic cylinders will be damaged, causing personal injury. Avoid operations with the hydraulic cylinder fully retracted or fully extended.



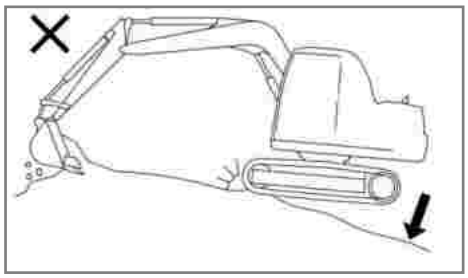
4. Operations Using Bucket Dropping Force

Do not use the dropping force of the machine for digging, or use the dropping force of the bucket as s pickaxe, breaker, or pile driver.
This will drastically reduce the life of the machine.



5. Operations Using Machine Dropping Force

Do not use the dropping force of the machine for digging.



6. Digging Hard Rocky Ground

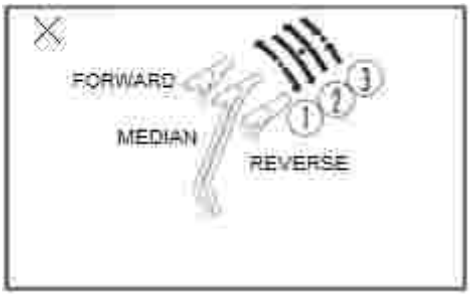
It is better to excavate it after breaking up by some other means. This will not only save the machine from damage but will make for better economy.

7. Sudden Lever or Pedal Shifting High Speed Travel

(1) Do not operate the levers and pedals suddenly or take any other action to move the machine quickly.

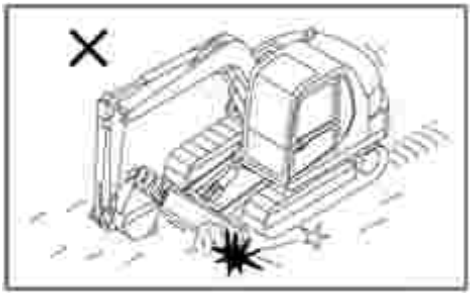
(2) Do not operate the levers or pedals suddenly from FORWARD to REVERSE (or from REVERSE to FORWARD).

(3) Do not operate the levers or pedals suddenly (do not release them suddenly) to stop the machine when traveling at high.



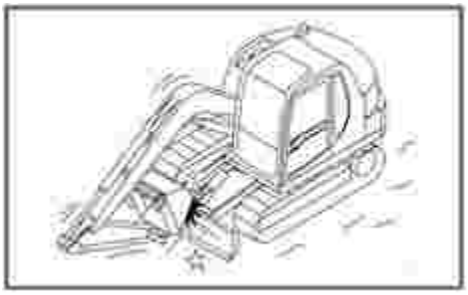
8. Avoid Blade impacted

Do not given impact by some stones or road shoulder, this will premature damage the blade or hydraulic cylinders.



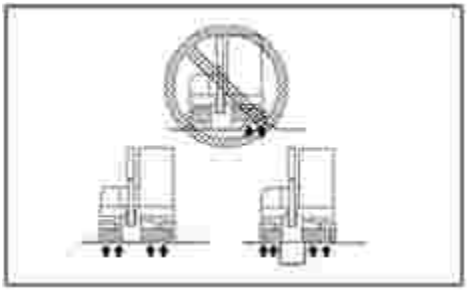
9. Fold the work equipment

Be careful not to allow the bucket to impact the blade when the work equipment is folded in traveling or transport attitude



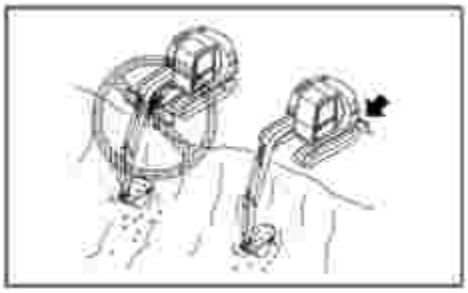
10. Sustain blade on both sides

Do not sustain the machine with one end of the blade when using blade.



11. Blade in backhoe operation

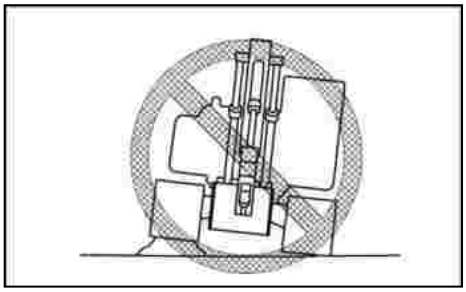
When the excavator is in deep excavation while the blade is at the front, be careful not to impact the blade with the boom cylinder. In addition to the blade must be in the front, insure put the blade placed in the rear.



General Operation Information

Traveling

Traveling over boulders, tree stumps, or other obstacles will cause a big shock to the chassis (and in particular to the tracks), and this will cause damage to the machine. For this reason, always remove any obstacles or travel around them, or take other steps to avoid traveling over such obstacles as far as possible.



If there is no way to avoid traveling over an obstacle, reduce the travel speed, keep the work equipment close to the ground, and try to travel so that the center of the track passes over the obstacle.

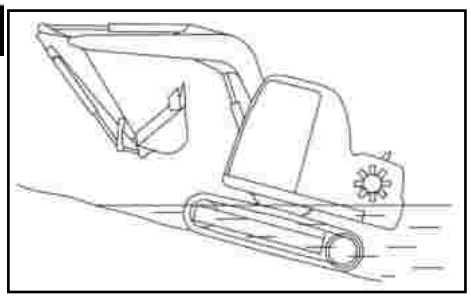
High Speed Travel

On uneven roadbeds such as rock beds or uneven roads with large rocks, travel at low speed. When traveling at high speed, set the idler in the forward direction.

Permissible Depth of Water

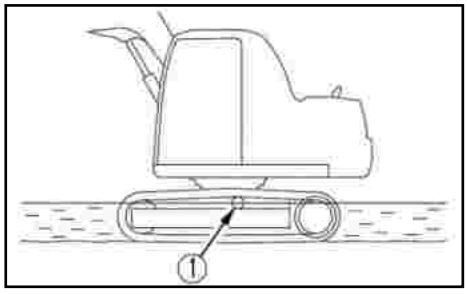
⚠ WARNING

- When driving the machine out of water, if the angle of the machine exceeds 15°, the rear of the upper structure will go under water, and water will be thrown up by the radiator fan. This may cause the fan to break.
- Be extremely careful when driving the machine out of water.



Do not drive the machine in water deeper than the center of carrier roller (1).

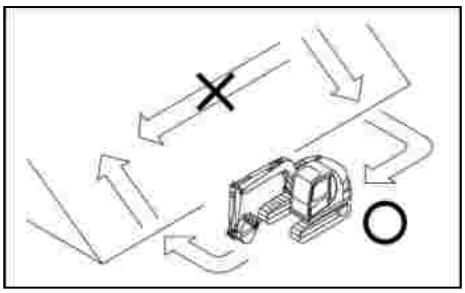
Supply grease to the parts which have been under water for a long time until the used grease is projected out of the bearings (around the bucket pin, in particular).

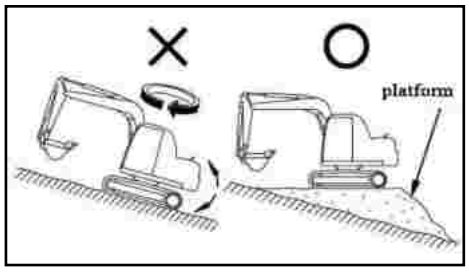


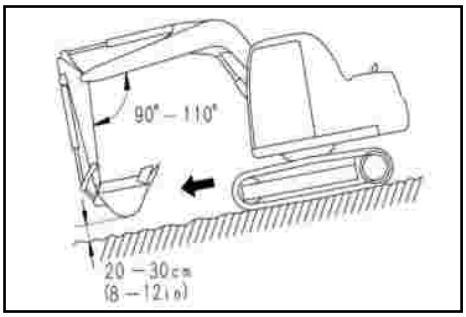
Traveling on Slopes

WARNING

- Turning or operating the work equipment when working on slopes may cause the machine to lose it balance and turn over, so avoid such operations.
- It is particularly dangerous to swing downhill when the bucket is loaded.
- If such operations have to be performed, pile soil to make a platform on the slope so the machine is kept horizontal during operation.
- Do not travel up or down steep slopes. There is a danger that the machine may turn over.
- Never turn on slopes or travel across slopes.
- Always go down to a flat place to perform these operations. It may be longer, but it will ensure safety.
- Always operate or travel in such a way that it is possible to stop safely at any time if the machine slips or becomes unstable.
- When traveling uphill, if the shoes slip or it is impossible to travel uphill using only the force of the tracks, do not use the pulling force of the arm to help the machine travel uphill. There is danger that the machine may turn over.



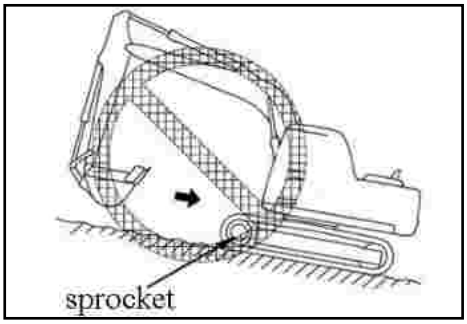




When traveling down steep hills, use the travel lever and fuel control dial to keep the travel speed low. When traveling down a steep hill of more than 15°, set the work equipment to the posture as shown in the figure above and lower the engine speed.

REMARK

When traveling up a steep hill of more than 15°, set the work equipment to the posture shown in the diagram on the right.



1. Traveling Downhill

Put the travel lever in the neutral position. This will cause the brake to be automatically applied.

2. If the Track Shoe is slippery

When walking uphill, if the track shoes are slipping or the force of the track alone cannot be uphill, the pull of the bucket can be used to help the machine to climb uphill.

3. Engine Stopped on Slope

If the engine stops when traveling uphill, move the travel levers to the neutral position, lower the bucket to the ground, stop the machine, then start the engine again.

4. Cab Doors on Slope

If the engine stops when the machine is on a slope, never use the left work equipment control lever to carry out swing operations. The upper structure will swing under its own weight.
Take good care when opening or closing the sliding door (the cab specification). There is the danger that it will likely gain momentum due to its own weight and open or shut suddenly.

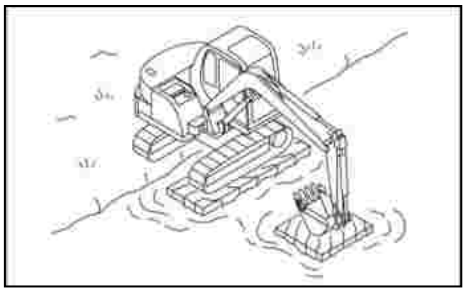
Escape from Mud

Always operate carefully to avoid getting stuck in mud. If the machine does get stuck in mud, do as follows to get the machine out.

1. Track on One Side Stuck

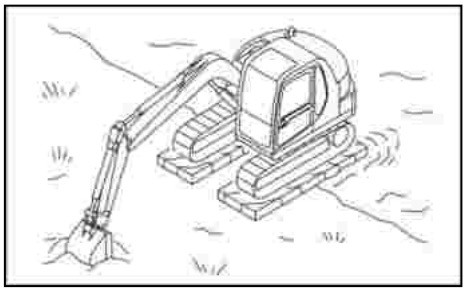
NOTICE

When using the boom or arm to raise the machine, always have the bottom of the bucket in contact with the ground. The angle between the boom and arm should be 90° to 110°.
The same applies when using the bucket installed in the reverse direction.
When only one side is stuck in mud, use the bucket to raise the track, then lay boards or logs and drive the machine out.



2. Tracks on Both Sides Stuck

When the tracks on both sides are stuck in mud and they slip making it impossible for the machine to move, lay boards or logs as explained above, and dig the bucket into the ground in front. Then pull in the arm as in normal digging operations and put the travel levers in the FORWARD position to pull the machine out.

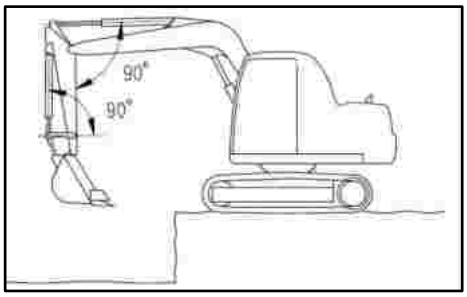


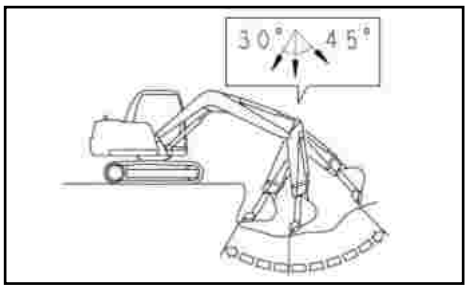
Recommended Applications

In addition to the following, it is possible to further increase the range of applications by using various attachments.

Backhoe Work

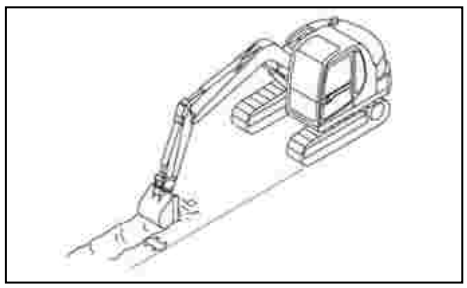
A backhoe is suitable for excavating areas that are lower than the machine.
When the condition of the machine is as shown in the diagram on the right (angle between [bucket cylinder and link] and [arm cylinder and arm] is 90°), the maximum excavation force is obtained from the pushing force of each cylinder.
When excavating, use this angle effectively to optimize your working efficiency.
The range for excavating with the arm is from a 45° angle away from the machine to a 30° angle towards the machine.
There may be some differences depending on the excavation depth, but try to stay within the above range rather than operating the cylinder to the end of its stroke.





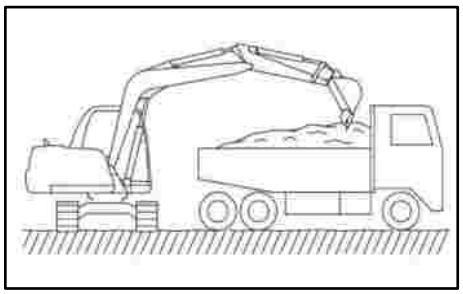
Ditching

Ditching work can be performed efficiently by attaching a bucket which matches the digging operation and then setting the tracks parallel to the line of the ditch to be excavated.
To excavate a wide ditch, first dig both sides and then finally remove the center portion.



Loading Work

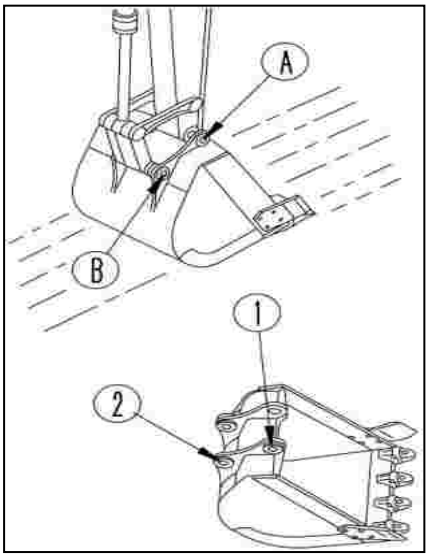
In places where the swing angle is narrow, work efficiency can be enhanced by locating the dump truck in a place easily visible to the operator.
Loading is easier and capacity greater if you begin from the behind of the dump truck body than if loading is done from the side.



Bucket Replacement

WARNING

- When pins are knocked in with a hammer, pieces of metal may fly and cause serious injury. When carrying out this operation, always wear goggles, hard hat, gloves, and other protective equipment.
- When the bucket is removed, place it in a stable condition.
- If pins are hit with a strong force, there is a hazard that the pin may fly out and injure people in the surrounding area. Make sure that there is no one in the surrounding area before starting the operation.
- When removing the pins, do not stand behind the bucket. In addition, be extremely careful not to put your foot under the bucket while standing at the side for the work.
- When removing or inserting pins, be extremely careful not to get your fingers caught.
- Never insert your fingers into the pin holes when aligning the holes.

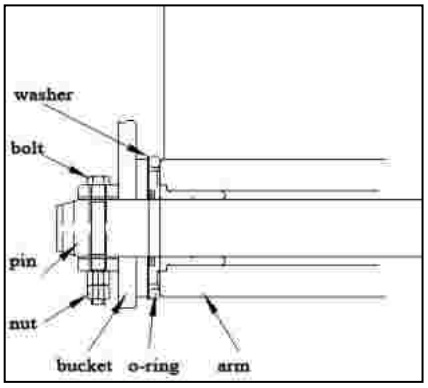


Stop the machine on a firm and flat surface and do the work. When performing joint work, appoint a lead and follow that person's instructions and signals.

1. When removing the pins, place the bucket so that it is in light contact with the ground.
If the bucket is lowered strongly to the ground, the resistance will be increased and it will be difficult to remove the pins.

NOTICE

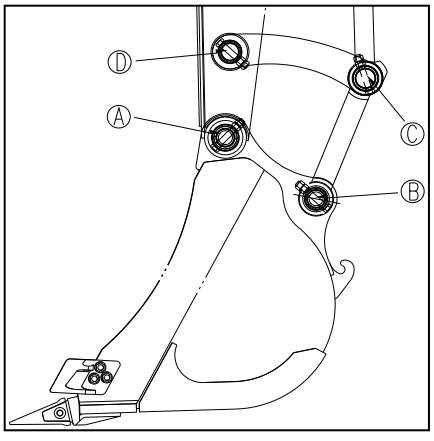
After removing the pins, make sure that mud or sand does not get on them.
Dust seals are fitted at both ends of the bushings, be careful not to damage them.



2. Remove the double nut on the stopper bolt and pull out pin (A) and pin (B), and then remove the bucket.
3. Align the arm with holes (1) of the replacement bucket and the link with holes (2), then insert grease-coated pins (A) and (B) into hole (1) and hole (2) respectively.

REMARK

When installing the bucket, for arm pin portion (A), fit O-ring to bucket in the position shown in the diagram on the right. After inserting the pin, fit it in the standard groove.

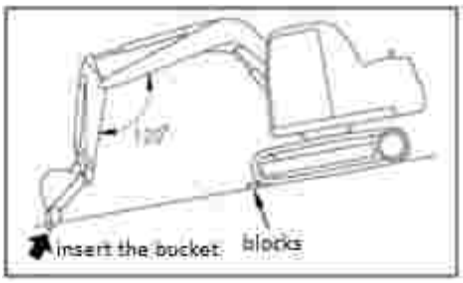


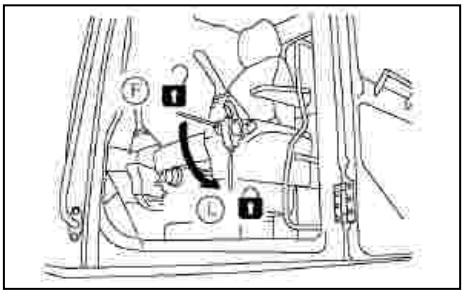
4.Install the stopper bolts、washer and nuts for each pin, then grease the pin through portion（A)、(B)、(C) and （D）. Lubricate with grease thoroughly until the grease comes out from the end face.

Parking Machine

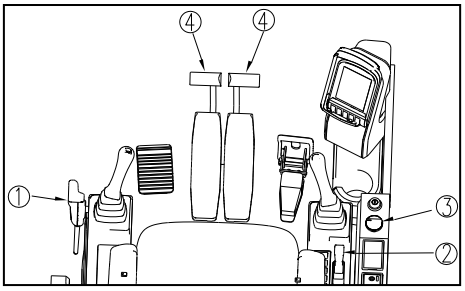
WARNING

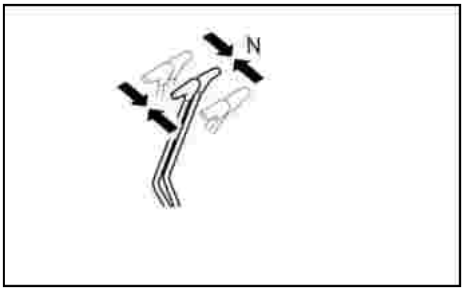
- Avoid stopping suddenly. Give yourself ample room when stopping.
- When stopping the machine, select flat hard ground and avoid dangerous places. If it is unavoidably necessary to park the machine on a slope, insert blocks underneath the track shoes. As an additional safety measure, thrust the bucket into the ground.
- If the control lever is touched by accident, the machine may move suddenly, and this may lead to a serious accident. Before leaving the operator's compartment, always set the lock lever securely to LOCK position.



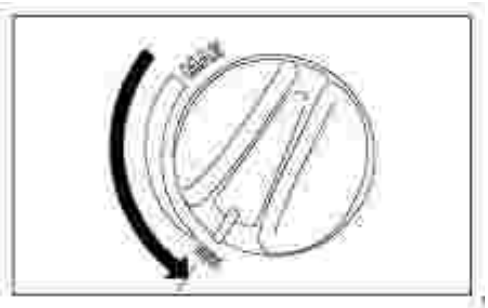


1. Put left and right travel levers(4) in the neutral position. The machine stops.

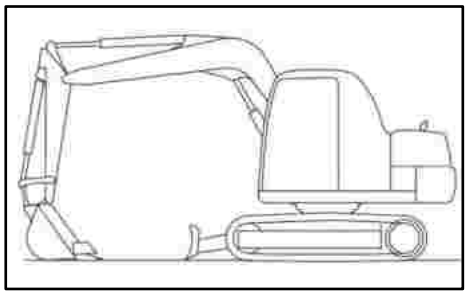




2. Turn fuel control dial（3） to low idling position (MIN) and lower the engine speed.

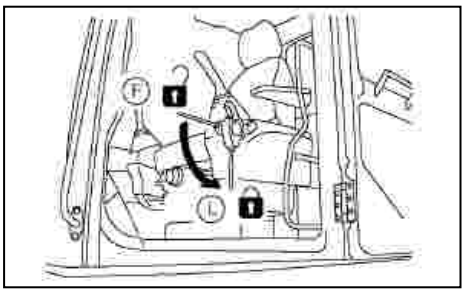


3. Lower the bucket horizontally until the bottom touches the ground.



4.Drop the blade to the ground.

5. Set lock lever（1） in the LOCK position (L).



Check After Completion of the Job

1. Check the engine cooling water temperature and engine oil pressure with the machine monitor. If the coolant temperature gauge is in the red range, allow it to cool until the indicator enters the green range, then stop the engine. If the engine oil pressure monitor lights up, stop the engine immediately.

2. Stop the engine.

Locking

（1）Operator's cab door. Always close the window.

（2）Fuel tank filler port

（3）Engine hood

（4）Tool box cover

（5）Left side door of the machine

（6）Right side door of the machine

（7）Air conditioner fresh filter intake port

REMARK:

Use the starting switch key to lock and unlock all these places.

Rubber Pad Track Board and Road Liner

(Machinery with rubber padded track boards and road liners)
Rubber track and road liner have excellent performance that metal track does not. However, if they are used in the same way as the metal tracks, their advantages cannot be fully utilized.
The rubber track board shall be operated without deformation in a manner suitable for the working site conditions and nature of work.

Comparison of Truck Shoe

	Rubber track shoe	road liner	metal track shoe
Vibration	excellent	excellent	common
Travel smoothly	excellent	well	well
noise	excellent	excellent	common
Don't destroy paver surface	excellent	excellent	common
convenience	excellent	common	common
duration	common	well	excellent
traction force	excellent	excellent	excellent

Considering the characteristics of the materials used, rubber tracks and road liners have various advantages. Their weakness, however, is that they are not strong enough. Therefore, it is important to understand the advantages of rubber track boards and road liners and to comply with the operational and prohibited matters. This will extend the service life of the rubber track board and road liner and the machine to fully display the advantages of the rubber track and road liner. Before using rubber tracks and road liners, read Use Rubber Track Shoe and Road Liner on this page.

Warranty on Rubber Tracks and Road Liner

The track must be inspected and maintained to the proper tension. In addition, the crawler board must not be used near objects that will damage the crawler board, such as steel plate edges, u-shaped grooves, blocks, gravel or rocks with sharp corners, iron bars or scrap iron. Any damage caused by the incorrect use of the machine by the user will not be covered by the warranty.

Use Rubber Truck Shoe and Road Liner

1. Forbidden operation

Do not do the following types of work:

- Rubber tracks and road liners can be damaged by handing and steeling on crushed stone, extremely hard rock, flange beam, scrap iron, or sharp corners of steel plates.
- In places such as riverbeds with lots pebbles, rocks can push in and damage rubber tracks and road liners, or cause tracks to fall off. If bulldozing operation is carried out when the track board slips, the service life of rubber track board and road liner will be shortened.
- Be careful not to let oil, fuel or chemical solvents get on the rubber tracks and road liners. If the material sticks to the shock plate, remove it immediately. Also, don't walk on oily roads.
- When storing the machine for a long time(three months or more),store it indoors to protect it from the sun and rain.
- DO not used the machine in hot areas, such as places with burning wood, steel plates exposed to the hot sun, or places with asphalt.
- DO not move the machine when the side track is lifted by the working device. This will damage the rubber track board and make the rubber track board fall off.
- When rubbers parts of road liners are worn or damaged, or installation bolt heads are scratched, track boards should be replaced immediately. If the bolt head breaks, it will be difficult to remove.
- When installing road liners, be sure to attach the liners to all links on either side of the chain. If only installed on part of the chain, its durability will be significantly reduced.

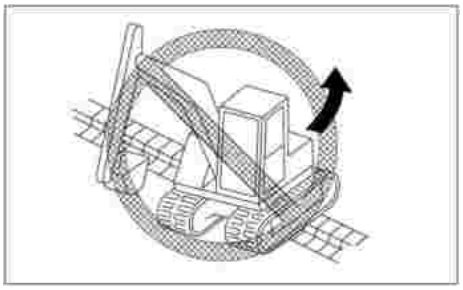
2. Extend the service life

When working，observe the following points:

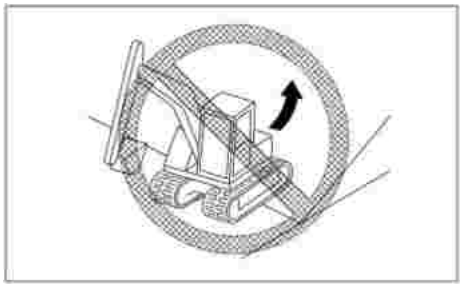
- Avoid turning in place on concrete pavement.
- Avoid sudden change of walking direction, which cause premature wear and tear of rubber track board and road liner.
- Steering should be avoided when passing through a place with a large drop. When passing over the obstacles or places with large drop, the machine should go straight over the obstacles to prevent the track board from falling off.
- If the machine has been scooped up, slowly fall down.
- Avoid working with substances(beans, grains or oily vegetable)that will give off oil during extrusion, or washing the machine after use.
- Salt can damage the attachment of the steel core, so avoid working in the beach area.
- When working on salt, sugar, wheat or beans, if there are deep scratches on the rubber track board and road liner, these substances will enter the rubber relief or scratch parts, repair the rubber pad before use.
- Do not engage in work involving scraping of wall or concrete embankments.
- Rubber tracks and road liners slip easily on snow or frozen roads. Be careful not to slip when walking or working on slope.
- When working in extremely cold places, the characteristics of rubber track board and road liner will change, which will shorten the service life of rubber track board and road liner.
- Due to the characteristics of the rubber, to -25℃~55℃（-13℉～131℉）within the scope of use rubber crawler board.
  Due to the characteristics of the rubber, to -25℃～65℃（-13℉～149℉）within the scope of use road liner.
- When the bucket operation, pay attention to the rubber track board and road liner do not be damaged by the bucket.
- Be sure to keep the rubber tracks at a proper tension to prevent them from falling off.

3. If the tension is low, the rubber track will fall off under the following conditions:

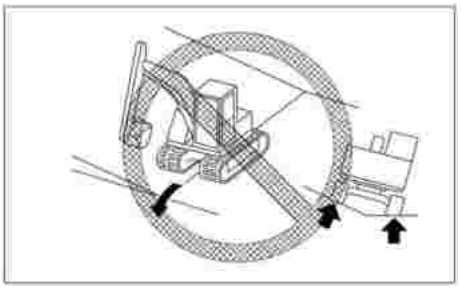
1) Avoid steering when crossing the curb, rocks or places with large drop(about 20cm(8min)).When crossing this obstacle, walk at right angles to it.



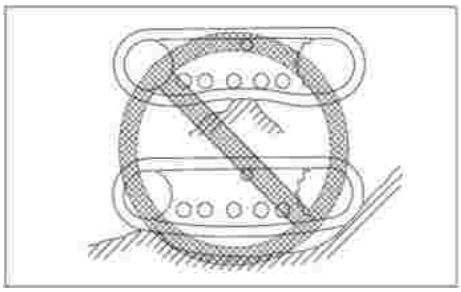
2) When going back up the slope, do not turn while moving from the flat to the slope. If you must turn on a slope, turn slowly.



3) Avoid walking along the edge of the slope or on uneven ground, which may cause one side of the crawler to pick up(the angle of inclination of the machine is more than 10°)and the other side of the crawler to be on flat ground. In order to avoid damage to the rubber track board and road liner, it is necessary to walk on the flat ground on both sides of the belly belt.

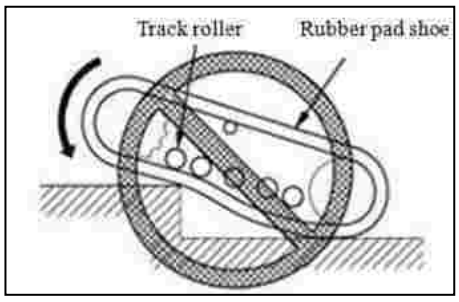


4) If the machine is operated as described in 1-3 above, the rubber track plate will become loose. Do not let the machine turn at the position shown in the figure.

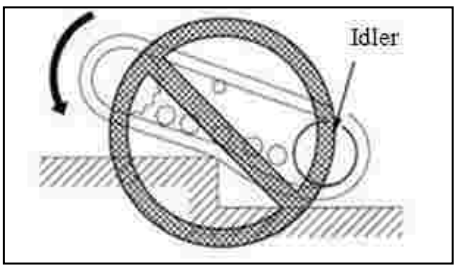


4. The principle of the rubber pad shoe fall off

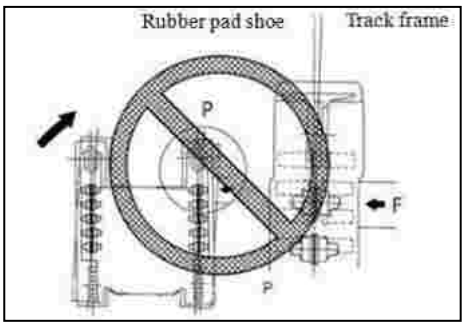
1) When walking on the obstacle, a gap is formed between the crawler supporting wheel and the rubber crawler board. In this case, the rubber track plate will come off.



2) In addition, if the machine walks backward, a gap will be formed between the crawler, supporting wheel, guiding wheel and rubber belly belt plate.

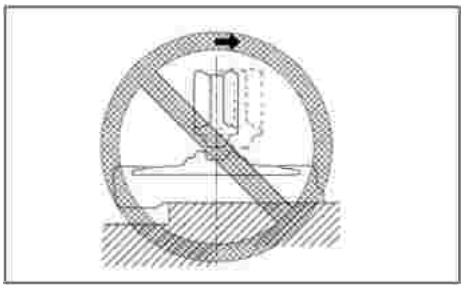


- When the rubber crawler board turns because it spans an object or because some other object cannot move sideways.

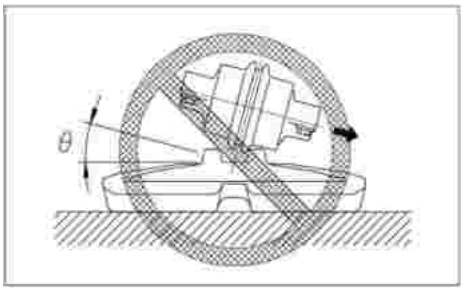


- When the rubber track plate is out of line and the guide wheel or the supporting wheel is not aligned with the center part.

- If the machine is walking backwards in this situation, the rubber track will come off.



- If the machine turn in this case, the rubber tracks will come off.



Transport

When transporting the machine, observe all related laws and regulations, and be careful to assure safety.

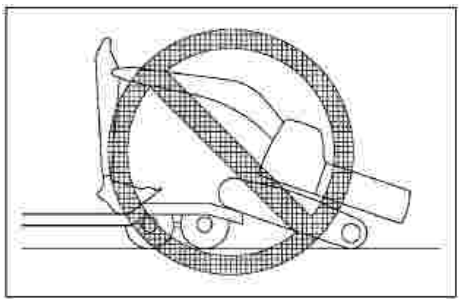
Transportation Method

Usually, machines are transported by trailers. Select the method of transportation to match the weight and dimensions given in SPECIFICATIONS section.
Note that the weight and dimensions given in SPECIFICATIONS section may differ according to the type of shoe or arm, or other attachments.

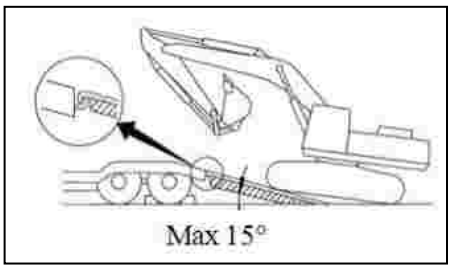
Loading and Unloading

WARNING

Always obey the following when loading or unloading the machine from a trailer.



- Select firm, level ground when loading or unloading the machine. Maintain a safe distance from the edge of the road.
- To cancel the automatic idle during loading and unloading, If the automatic idle is not cancelled the machine will suddenly move.
- Always set the travel speed switch to low speed (Lo), run the engine at low idling, and operate the machine slowly when loading or unloading.
- In cold areas, carry out the warming-up operation thoroughly and make sure that the engine speed is stable before carrying out the loading or unloading operation.



- Never correct your steering on the ramps. There is danger that the machine may tip over. If necessary, drive off the ramps or back on to the trailer and correct the direction.
- It is dangerous to use the work equipment for loading and unloading operations. Always use ramps.
- When on the ramps, do not operate any lever except the travel lever.
- The center of gravity of the machine will change suddenly at the joint between the ramps and the trailer, and there is danger of the machine losing its balance. Travel slowly over this point.
- If it is necessary to swing the work equipment on the trailer platform, the footing is unstable, so be extremely careful that the machine does not tip over. If the work equipment is installed to the machine, pull the work equipment in, and operate slowly to prevent the machine from losing its balance.
- Position a flagman to give guidance to prevent the machine from coming off the ramps and to ensure safety in the operation.

Always observe the following regarding the ramps and trailer platform.

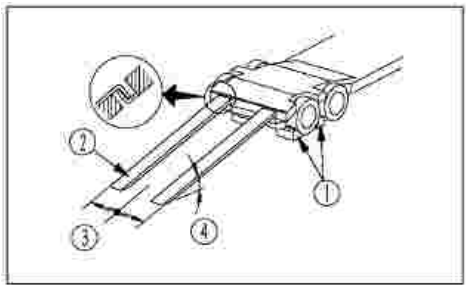
- ◆ Use ramps with ample width, length, thickness, and strength and install them at a maximum slope of 15°.
- ◆ When using piled soil, compact the piled soil fully to prevent the slope face from collapsing.
- ◆ Clean the machine tracks and ramps before starting in order to prevent the machine from slipping on the ramps.
- ◆ There is danger of the machine slipping if there is water, snow, grease, oil, or ice on the ramp surface.

Always obey the following when loading or unloading the machinery, the machinery from ramp way or platform.

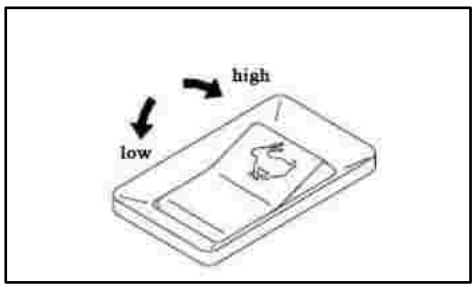
A. Loading

1. Load and unload on firm level ground only. Maintain a safe distance from the edge of a road.

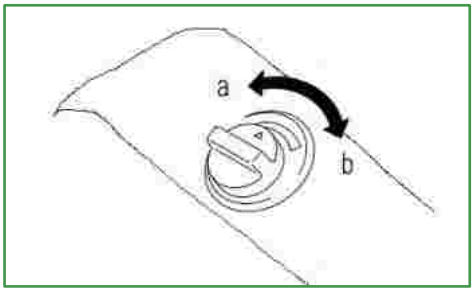
2. Apply the trailer brakes securely, then put blocks under the tires to prevent the trailer from moving. Then install a ramp between the trailer and the machine, making sure both ramps are on the same level. The slope of the ramp shall not exceed a maximum of 15 degrees. Adjust the distance between the ramps to match the track center.



3. Set the travel speed switch to low speed.



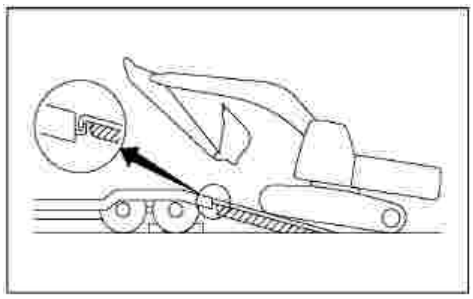
4. Turn the travel speed selector switch to low speed travel.

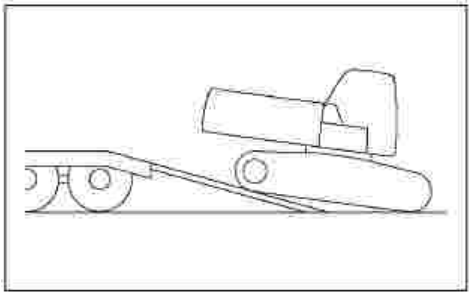


5. Set the machine to face the ramp and work slowly, lower the work equipment as far as possible without causing interference.

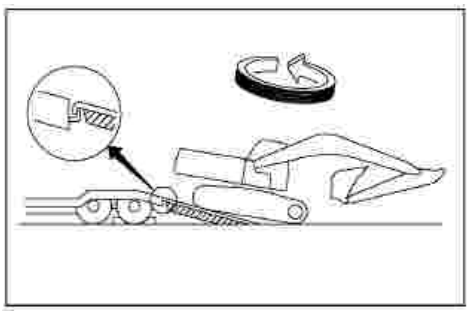
If the machine is equipped with work equipment, set the work equipment at the front, and travel forward to load it; if it has no work equipment, travel in reverse to load it.

When on the ramps, operate only the travel lever. Do not operate any other lever.

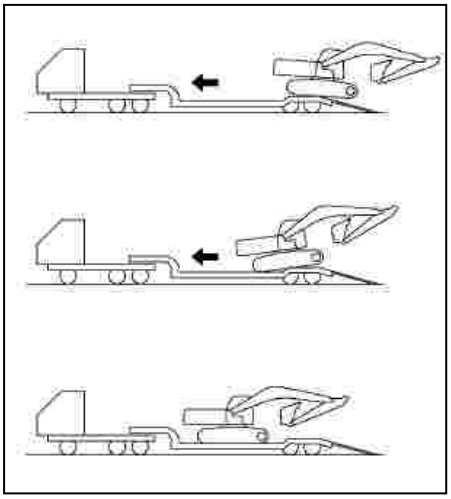




6.Swing the upper structure slowly 180°.



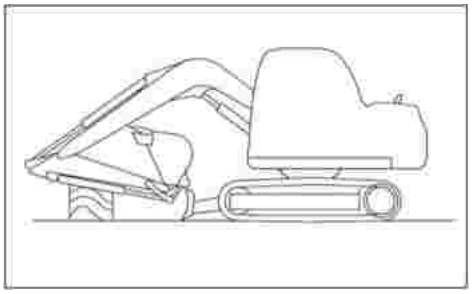
7.Drive slowly in reverse and load the machine onto the trailer.



B. Securing Machine

NOTICE

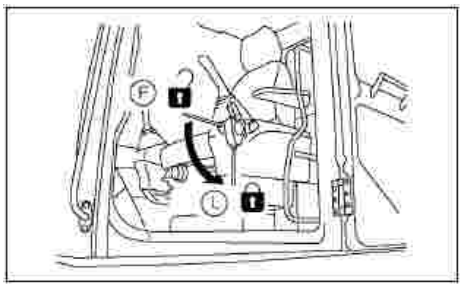
- Stow the radio antenna. Reassemble the mirrors so that they are within the width of the machine.
- To prevent damage to the bucket cylinder during transportation, put a wooden block under the tip of the bucket link to prevent the bucket cylinder from touching the floor.
- Check that the engine hood catch is locked. Hold the grip of the engine hood and raise it slightly. If it does not open, the catch is locked. If the engine hood catch is not locked, there is danger that the engine hood may open during transportation.

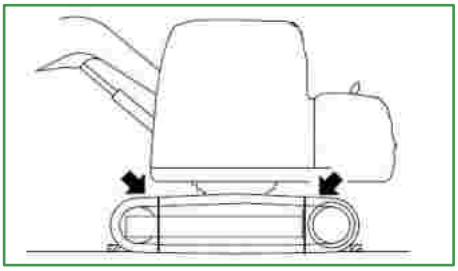


Load the machine onto a trailer as follows.

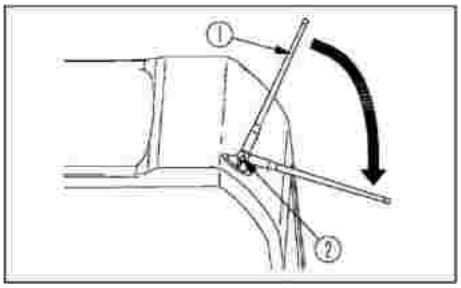
1. Lower the blade.
2. Extend the bucket and arm cylinders fully, then lower the boom slowly.
3. Set the lock lever securely to the LOCK position (L).
4. Stop the engine, then remove the key from the starting switch.
5. Close all doors, windows, and covers. Lock the covers, caps, and doors fitted with locks.
6. Place blocks under both ends of the tracks to prevent the machine from moving during transportation, and secure the machine with chains or wire rope of suitable strength.

   Be particularly careful to secure the machine in position so it does not slip to the side



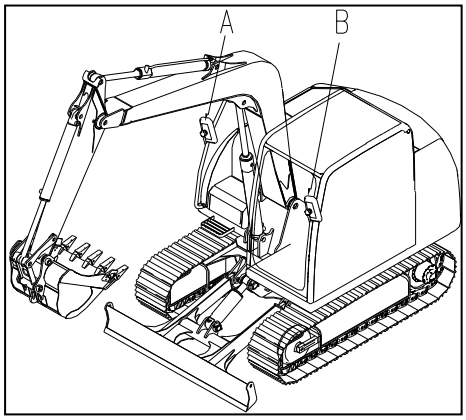


C. Stowing Radio Antenna



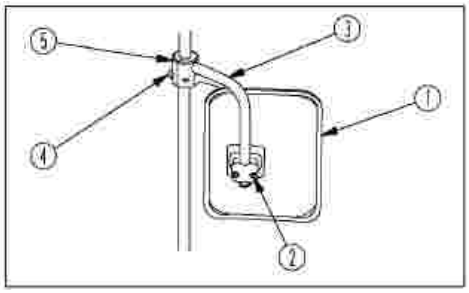
- Loosen bolt (2) of radio antenna (1) at the rear of the cab, lower the antenna, then tighten bolt (2) again to secure radio antenna (1) in position.
- When unloading the machine from the trailer and operating it, follow the opposite procedure from stowing to set radio antenna (1) vertical, then secure it in position with bolt (2).

D. Rearview Mirrors



- The mirrors are at the positions shown in the diagram on the right.
  If they are damaged, or are to be removed for shipment, or are to be installed again, use the following procedure.
- After installing the mirrors, be sure to adjust them.

1. **Removal mirrors (A), (B)**



(1) Loosen mounting bolt (2), then remove mirror (1) from support (3).
(2) Loosen bolt (4) and remove support (3) and clamp (5) from the handrail.

2. Installation mirrors (A), (B)

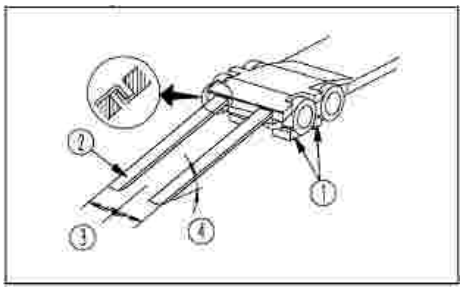
(1) Install support (3) and clamp (5) to the handrail, then tighten with bolt (4).

(2) Install mirror (1) to support (3),then tighten lock bolt (2).

E. Unloading

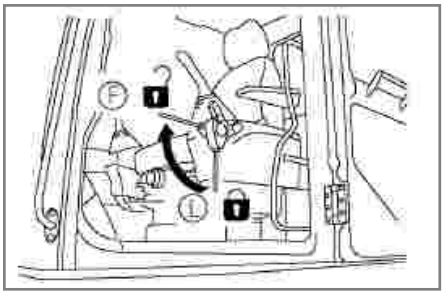
1) Load and unload on firm level ground only. Maintain a safe distance from the edge of a road.

2) Apply the trailer brakes securely, then put blocks (1) under the tires to prevent the trailer from moving.



Set left and right ramps (2) parallel to each other and equally spaced to the left and right of center (3) of the trailer. Make angle of installation (4) a maximum of 15°.

If the ramps bend a large amount under the weight of the machine, put blocks under the ramps to prevent them from bending.

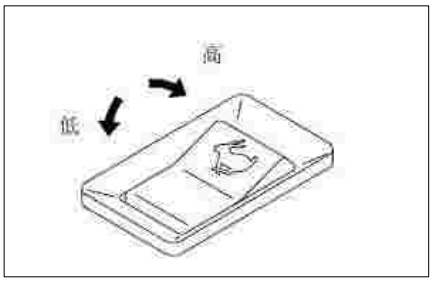


3) Remove the chains and wire ropes fastening the machine.

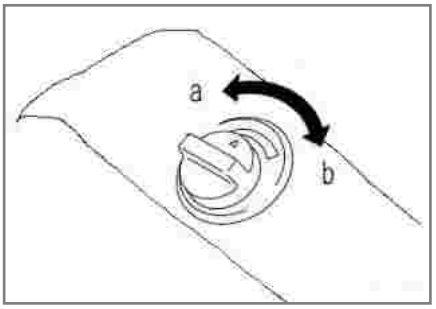
4) Start the engine. Warm the engine up fully.

5) Set the lock lever to FREE position (F).

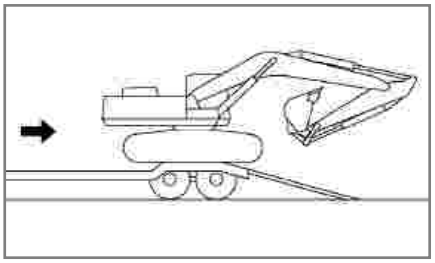
6) Turn the travel speed selector switch to low speed travel.



7) Operate the fuel control dial to set the engine speed to low idling.



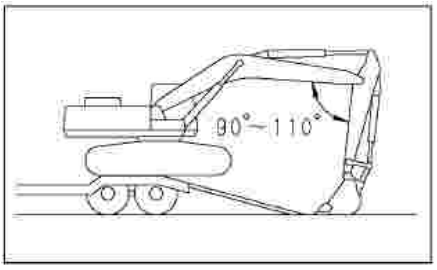
8) Raise the work equipment, pull in the arm under the boom, then move the machine slowly. Lower the work equipment as far as possible without causing interference.



9) When the machine is horizontal on top of the rear wheels of the trailer, stop the machine.

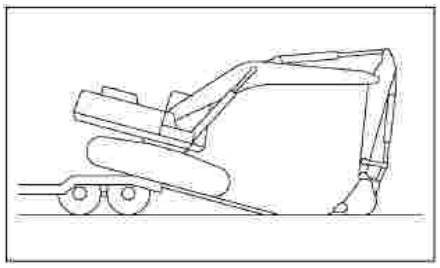
NOTICE

- When unloading the machine, always keep the arm and boom at an angle of 90° - 110°.
- If the machine is unloaded with the arm pulled in, it will cause damage to the machine.
- When moving onto the ramps, do not thrust the bucket into the ground. This will cause damage to the hydraulic cylinders.



10) When moving from the rear of the trailer on to the ramps, set the angle of the arm and boom to 90° to 110°, lower the bucket to the ground, then move the machine slowly.

When on the ramps, operate only the travel lever. Do not operate any other lever.



11) When moving down the ramps, operate the boom and arm slowly to lower the machine carefully until it is completely off the ramps.

Lifting Machine

WARNING

- Never raise the machine with any worker on it.
- Always make sure that the wire rope is of ample strength for the weight of this machine.
- When carrying out lifting operations, set the lock lever to the LOCK position to prevent the machine from moving unexpectedly.
- Do not lift the machine while the upper body is turning to the side. Before lifting, the working device should be turned to one end of the driving wheel and make the lower body parallel to the upper body.
- When lifting, keep the machine horizontal.
- Never enter the area under or around a raised machine.
- Never try to lift the machine in any posture other than the posture given in the procedure below or using lifting equipment other than in the procedure below. There is a hazard that the machine may lose its balance

---

NOTICE

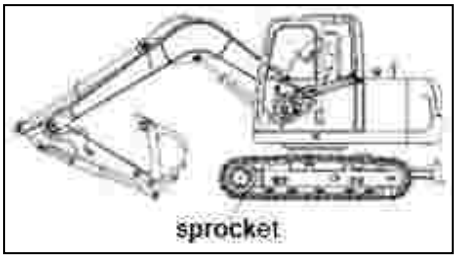
The lifting procedure applies to machines with standard specifications.

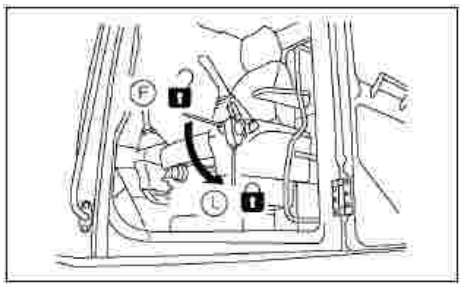
The method of lifting differs according to attachments and options actually installed on the machine.

For the proper lifting procedures, contact your SHANTUI distributor.

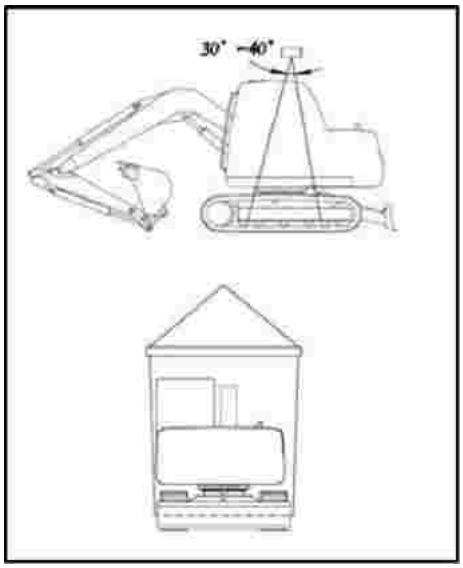
When lifting the machine, carry out the operation on flat ground as follows

1. Start the engine, then the swing the upper structure so that the work equipment will be on the side of sprocket. Rise the blade.
2. Extend the bucket cylinder and arm cylinder fully, then lower the work equipment to the ground as shown in the diagram on the right using the boom cylinder.
3. Set the lock lever securely to the LOCK position (L)
4. Stop the engine, check that there is nothing around the operator's compartment, then get off the machine.





5. Close the cab door and front glass securely.
6. Pass wire ropes between the 1st and 2nd track rollers from the front and between the 1st and 2nd track rollers from the rear. However, for machines equipped with a full roller guard for the track roller, pass the wire rope under the track.
7. Set the lifting angle of the wire rope to 30° to 40°, then lifting the machine slowly.
8. After the machine comes off the ground, check the hook condition and the lifting posture, and then lift slowly.



Cold Weather Operation

Cold Weather Operation Information

If the temperature becomes low, it becomes difficult to start the engine, and the coolant may freeze, so do as follows

1.Fuel and Lubricants

Change to fuel and oil with low viscosity for all components. For details of the specified viscosity, see "Recommended Fuel, Coolant, and Lubricant" in the MAINTENANCE section.

2. Cooling System Coolant

WARNING

- Antifreeze is toxic. Be careful not to get it into your eyes or on your skin. If it should get into your eyes or on your skin, wash it off with large amounts of fresh water and see a doctor at once.
- When changing the coolant or when handling coolant containing antifreeze that has been drained when repairing the radiator, please contact your SHANTUI distributor。
- Do not let it flow into drainage ditches or spray it onto the ground surface.
- Antifreeze is flammable. Do not bring any flame close. Do not smoke when handling antifreeze.

NOTICE

- Use SHANTUI special coolant wherever available.
- Never use methanol, ethanol, or propanol-based antifreeze.
- Do not use any water leakage prevention agent, either alone, or in combination with antifreeze.
- Do not mix one brand of antifreeze with a different brand.
- When using SHANTUI special coolant, there is no need to use a corrosion resistor.

3. Battery

WARNING

- The battery generates flammable gas. Do not bring fire or sparks near the battery
- Battery electrolyte is dangerous. If it gets in your eyes or on your skin, wash it off with a large amount of water and consult a doctor.
- Battery electrolyte dissolves paint. If it gets on the bodywork, wash it off immediately with water.
- If the battery electrolyte is frozen, do not charge the battery or start the engine with a different power source. There is danger that the battery may explode.

When the ambient temperature drops, the capacity of the battery will also drop. If the battery charge ratio is low, the battery electrolyte may freeze. Maintain the battery charge as close as possible to 100%. Insulate it against cold temperature to ensure the machine can be started easily the next morning.

4.Grease used to lubrication a system

The lubrication system uses no.2 extreme pressure lithium base grease.
When replacing the grease, please contact the SHANTUI distributor.

After Daily Work Completion

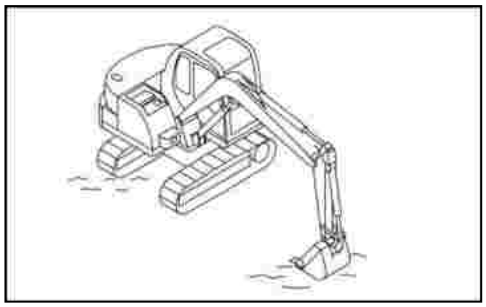
WARNING

- Performing idle-running of the tracks is dangerous, stay well away from the tracks.
- After work completion, fill the fuel tank to capacity. This minimizes moisture condensation in the tank when the temperature drops.

To prevent mud, water, or the undercarriage from freezing and making it impossible for the machine to move on the following morning, observe the following precautions.

- Remove all the mud and water from the machine body. In particular, wipe the hydraulic cylinder rods clean to prevent damage to the seal caused by mud, dirt, or drops of water on the rod from getting inside the seal.
- Park the machine on hard, dry ground. If this is impossible, park the machine on boards. The boards can prevent the tracks from freezing to the ground, and allow the machine to be moved the next morning.
- Open the drain valve and drain any water collected in the fuel system to prevent it from freezing
- After operation in water or mud, remove water from undercarriage as described below to extend undercarriage service life.

1. Swing 90° with engine at low idle and bring the work equipment to the side of the track.
2. Jack up the machine until the track is raised slightly from the ground. Rotate the track under no load. Repeat this procedure on both the left and right sides.



After Cold Weather Season

When the season changes and the weather becomes warm, do as follows.

- Replace the fuel and oil for all parts with oil of the viscosity specified.

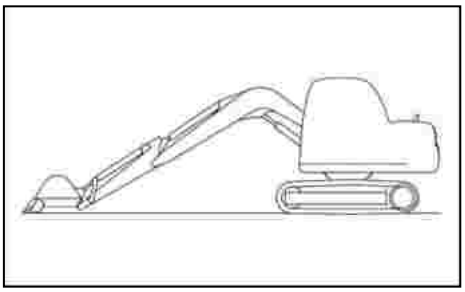
  For details, see "Recommended Fuel, Coolant, and Lubricant".
- If for some reason it is not possible to use permanent type coolant, replace it with glycol-based coolant, or if there is no coolant, must clean the cooling system completely, and add fresh soft water.

Long Term Storage

1. Before Storage

NOTICE

When storing the machine (1 month or more), set the machine in the posture shown in the diagram on the right to protect the cylinder rod(To prevent rusting of the cylinder rod).



When putting the machine in storage for a long time (more than one month), do as follows.

- Clean and wash all parts, then store the machine indoors. If the machine has to be stored outdoors, select level ground and cover the machine with canvas.
- Completely fill the fuel tank and Lubricate and change the oil before storage.
- Coat the exposed portion of the hydraulic cylinder piston rod with grease.
- Disconnect the negative terminals of the battery and cover it or remove it from the machine and store it.
- Set the attachment control pedal to the lock position on machines ready for attachments.
- Set the stop valve to the LOCK position on machines ready for attachments. Install the blind plugs to the elbows.

2. During Storage

⚠ WARNING

If it is necessary to perform the rust-prevention operation while the machine is indoors, open the doors and windows to improve ventilation and prevent gas poisoning.

- During storage, operate and move the machine for a short distance once a month so that a new film of oil will coat moving parts. At the same time, also charge the battery.
- If the machine is equipped with an air conditioner, operate the air conditioner for 3 to 5 minutes once a month to lubricate all parts of the air conditioner compressor.

3. After Storage

NOTICE

If the machine has been stored without carrying out the monthly rust-prevention operation, consult your SHANTUI distributor before using it.

When using the machine after long-term storage, do as follows before using it.

- Wipe off the grease from the hydraulic cylinder rods.
- Add oil and grease at all lubrication points.

4.Starting Machine after Long-Term Storage

Following these steps to cancel the automatic warm-up when starting machine after long-term storage.

1) Turn the starting key to the ON position.
2) Turn the throttle control knob from low speed to full speed, and hold this position for 3 seconds, then turn it to low speed and start the engine.

Troubles and Actions

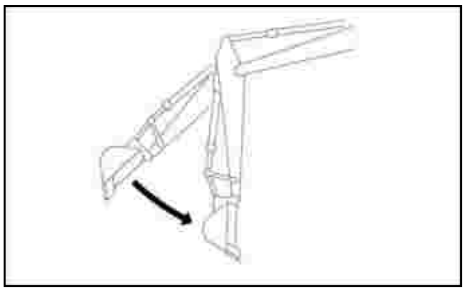
Running Out of Fuel

When starting the engine again after running out of fuel, fill with fuel, then bleed the air from the fuel system before starting the engine
For details, see “Air Bleed of Fuel System” in the MAINTENANCE section.

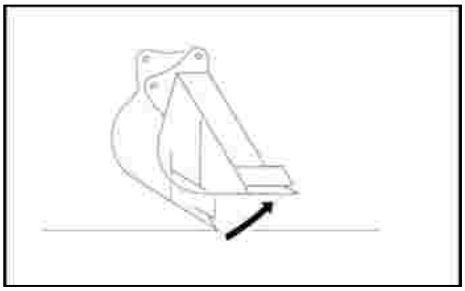
Phenomena that are not Failures

Note that the following phenomena are not failures：

- When the arm control lever is operated to the IN position and the work equipment is lowered under no load from a high position, the arm speed will drop momentarily when the arm is more or less at the vertical position.



- When the bucket control lever is operated to the CURL position and the work equipment is lowered under no load from a high position, the bucket speed will drop momentarily when the bucket teeth are more or less at the horizontal position. The bucket or arm will fluctuate by itself during heavy-duty digging operations.



- When starting or stopping the swing, noise will be emitted from the brake valve
- When going down a steep slope at low speed, a noise will be emitted from the travel motor brake valve.

Towing the Machine

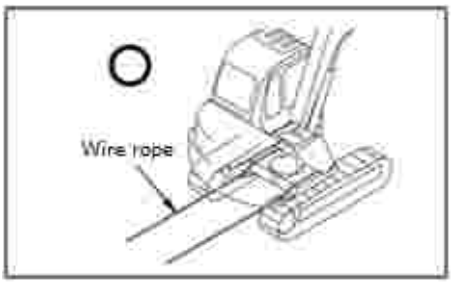
WARNING

- Always check that the wire rope used for towing has ample strength for the weight of the machine being towed.
- Do not apply any sudden load to the wire rope.

If the machine sinks in mud and cannot get out under its own power, or if the drawbar pull of the excavator is being used to tow a heavy object, use a wire rope as shown in the diagram on the right

Place pieces of wood between wire ropes and body to prevent damage to ropes and body

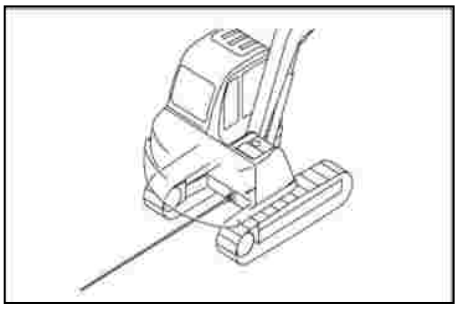
Do not use Lightweight Towing Hole at this time.



Lightweight Towing Hole

WARNING

- The shackle must always be used.
- Hold the wire rope level and direct it straight to the track frame.
- Move the machine slowly and be careful not to apply any sudden load to the wire rope.

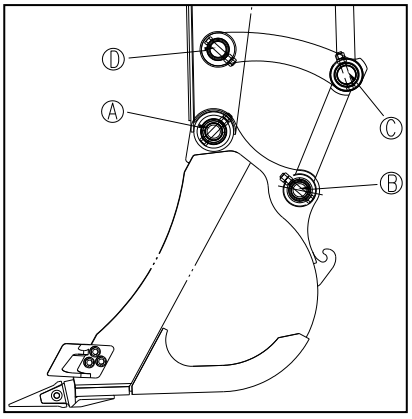


There is a hole in the track frame to fit the shackle when towing light objects.

Severe Job Condition

- When carrying out digging operations in water, if the work equipment mounting pin goes into the water, carry out greasing every time before operation (four places altogether: A B C D).
- For heavy-duty operations and deep digging, carry out greasing of the work equipment mounting pins every time before operation(four places altogether: A B C D).

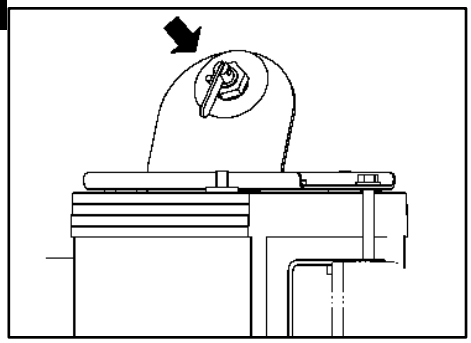
After greasing, operate the bucket several times, then grease again.



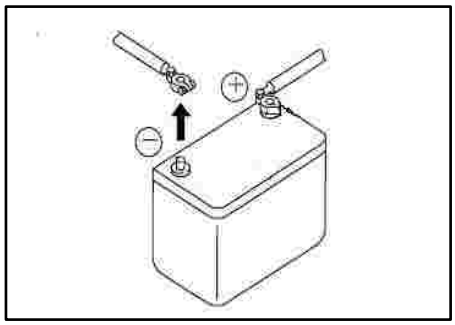
Battery Discharges and Charges

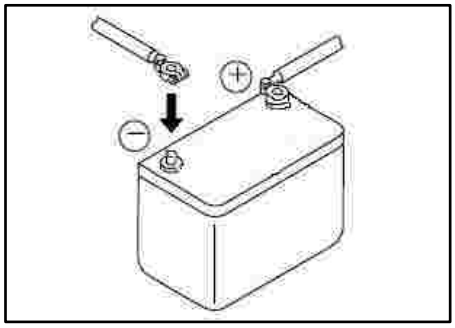
1. Battery Discharges

WARNING



- It is dangerous to charge a battery when mounted on a machine. Make sure that it is dismounted before charging.
- When checking or handling the battery, stop the engine and turn the starting switch key to the OFF position.
- The battery generates hydrogen gas, so there is a hazard of explosion. Do not bring lighted cigarettes near the battery, or do anything that will cause sparks.
- When handling batteries, always wear safety glasses and rubber gloves.
- Battery electrolyte is dilute sulfuric acid, and it will attack your clothes and skin. If it gets on your clothes or on your skin, immediately wash it off with a large amount of water. If it gets in your eyes, wash it out with fresh water and consult a doctor.
- When removing the battery, first disconnect the cable from the ground (normally the negative (-) terminal). When installing, install the positive (+) terminal first. If a tool touches the positive terminal and the chassis, there is danger that it will cause a spark, so be extremely careful.
- If the terminals are loose, there is danger that the defective contact may generate sparks that will cause an explosion.
- When removing or installing the terminals, check which is the positive(+) terminal and which is the negative (-) terminal.

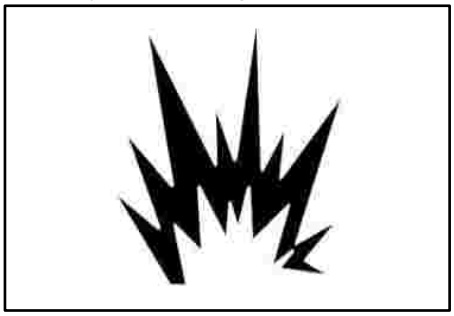




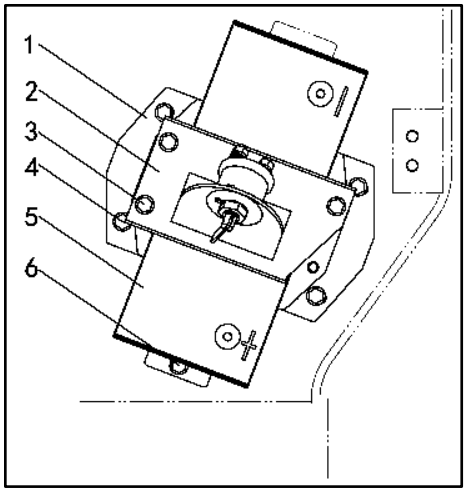
2. Battery Charges

When charging the battery, if the battery is not handled correctly, there is a hazard that the battery may explode. and the instruction manual accompanying the charger, and do as follows.

- Set the voltage of the charger to match the voltage of the battery to be charged. If the correct voltage is not selected, the charger may overheat and cause an explosion.
- Connect the positive (+) charger clip of the charger to the positive (+) terminal of the battery, then connect the negative (-) charger clip of the charger to the negative (-) terminal of the battery. Be sure to attach the clips securely.
- Set the charging current to 1/10 of the value of the rated battery capacity; when carrying out rapid charging, set it to less than the rated battery capacity.
- If the charger current is too high, the electrolyte will leak or dry up, and this may cause the battery to catch fire and explode.
- If the battery electrolyte is frozen, do not charge the battery or start the engine with a different power source. There is a danger that this will ignite the battery electrolyte and cause the battery to explode.



Removal and Installation of Battery



- When removing the battery and charging it, remove the three bolts (3) of the cover (2) and remove the cover.
- When removing the battery, first disconnect the grounding cable (the cathode (-) terminal of the battery group).

  NOTICE

  Do not allow any tool to come into contact between the battery terminals and the machine, which creates a risk of sparks.

- Remove cable on all terminals of battery and do insulation protection for battery terminals.
- Remove the two bolts (4) of the plate (1) and remove the plate (1).
- Then remove the bolt (6) and the battery can be fully moved at this time.
- The installation process of the battery pack is opposite to that of the disassembly process.
- When installing the battery, connect the grounding cable finally.
- When changing batteries, fix the batteries firmly.

NOTICE

1. In the process of moving the battery, it should be taken and put lightly. It is strictly forbidden to bump or beat the battery body and wiring column.

2. After installing the battery in place, check whether the battery is moving. If moving, fasten the battery firmly again (but not too tightly causing the battery to be pressurized and deformed).

Start Engine with Auxiliary Cable

When starting the engine with an auxiliary cable, follow the following steps:

1. Connect and disconnect the auxiliary cable

WARNING

- When connecting the cable, the positive terminal (+) should not touch the cathode terminal(-).
- Wear goggles when starting the engine with an auxiliary cable.
- Be careful not to allow normal machines to touch each other with faulty machines. This prevents sparks near the battery and ignites the hydrogen released by the battery. If hydrogen explodes, it can cause serious damage.
- Make sure that the auxiliary cable is connected correctly. Finally, connect to the turntable, but there are sparks when connected, so connect as far as possible to the place away from the battery. (However, avoid connecting the cable to the working device because it has a bad electrical conductivity.)
- Be careful when removing cables from machines that have already been started. To avoid hydrogen explosions, do not let the cable end touch each other or contact the machine.

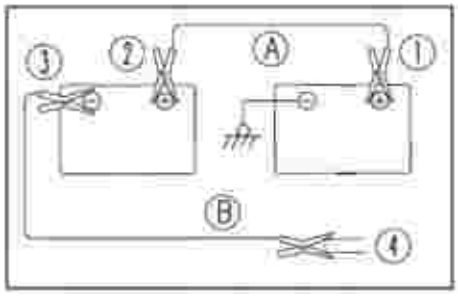
NOTICE

- Specifications for auxiliary cables and wire clips should be suitable for battery specifications.
- The battery capacity of the normal machine must be the same as that of the starting machine.
- Check whether cables and wire clips are damaged or corroded.
- Make sure the cable and wire clips are securely connected.
- Check whether safety locking joysticks of the two machines are in a locked position.
- Check whether each joystick is in the middle position.

2. Connection of auxiliary cables

Set the starter switch of both the normal machine and the faulty one in the OFF position.

Connect the auxiliary cables in the order of the numbers marked in the figure and the following steps.



1). Make sure that the starting switch for both the normal machine and the faulty machine is in the OFF position.

2). Connect a wire clip of the auxiliary cable (A) to the positive terminal (+) of the faulty machine.

3). Connect another wire clip of the auxiliary cable (A) to the positive terminal (+) of the normal machine.

4). Connect a wire clip of the auxiliary cable (B) to the cathode terminal(-) of the normal machine.

5). Connect another wire clip of the auxiliary cable (B) to the engine cylinder block of the faulty machine.

3. Start the engine

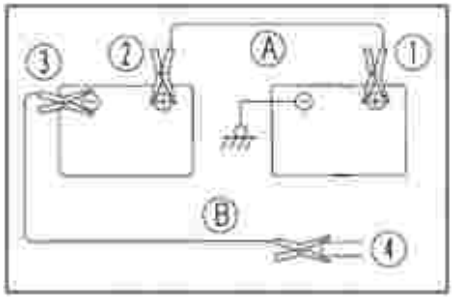
WARNING

Ensure that the safe locking joystick for both normal and faulty machines should be in a locked position. Also check that all joysticks are in the hold or median position.

1) Make sure the wire clip is securely connected to the battery terminal.
2) Start the engine of the normal machine and keep it running at high idling speed.
3) Turn the starter switch of the faulty machine to the start position and start the engine. If the engine does not start for the first time, restart after 2 minutes.

4. Disconnect the auxiliary cable

After the engine is starting, disconnect the auxiliary cable opposite to the connection order.



1) Remove a wire clip of the auxiliary cable (B) from the engine cylinder block of the faulty machine.
2) Remove another wire clip from the auxiliary cable (B) from the cathode terminal (-) of the normal machine.
3) Remove a wire clip of the auxiliary cable (A) from the positive terminal (+) of the normal machine.
4) Remove another wire clip of the auxiliary cable (A) from the positive terminal (+) of the faulty machine.

Other Fault

1.Electrical System

- ( ):When dealing with these items, please contact SHANTUI distributor.
- If there are any problems or causes not listed in the following table, please contact SHANTUI distributor for repair.

Problem	Main Cause	Solutions
Even if the engine is running at high speed, the lights are not lit	● Wire Failure	● (Check and repair loose, terminals, circuit breaks)
Lighting flashes while the engine is running	● Belt Tension Adjustment Error	● Adjust fan belt tension, see "Maintenance of Every 250 Hours"
The charging monitor does not go out even when the engine is running	● AC generator fault ● Wire fault	● (Replace) ● (Check and Repair)
Abnormal noise from AC generators	● AC generator fault	● (Replace)
The starter motor does not work when the starter switch is turned to ON	● Wire fault ● Starter motor fault ● Insufficient battery charging ● Safety relay fault	● (Check and Repair) ● (Replace) ● Charge ● (Replace)
Starter motor pinion keeps running	● Insufficient battery charging ● Starter motor fault	● Charge ● (Replace)
The starter motor rotates the engine slowly	● Insufficient battery charging ● Starter motor fault	● Charge ● (Replace)
The starter motor is detached before the engine starts.	● Wire fault ● Insufficient battery charging	● Check and Repair ● Replace

2.Chassis

In case of problems or causes which are not listed below, contact your SHANTUI distributor.

Problem	Main causes	Solutions
Speed of travel, swing, boom, arm, bucket is low	● Lack of hydraulic oil	● Add oil to specified level, see Maintenance
Pump generates abnormal noise	● Clogged filler element in hydraulic	● Clean, see Maintenance
Excessive rise in hydraulic oil temperature	● Loosen fan belt ● Dirty oil cooler ● Lack of hydraulic oil	● Check and adjust fan belt tension, see Maintenance ● Clean, see Maintenance ● Add oil to specified level, see Maintenance
Track comes off	● Track too loose	● Adjust track tension, see Maintenance
Abnormal wear of sprocket		
Bucket rises slowly, does not rise	● Lack of hydraulic oil	● Add oil to specified level, see Maintenance

3.Engine

- ( ): Always contact your SHANTUI distributor when dealing with these items.
- In cases of problems or causes which are not listed below, contact your SHANTUI distributor for repairs.

Problem	Main causes	Solutions
Engine oil pressure monitor lights up	● Engine oil pan oil level is low(sucking in air) ● Clogged oil filter element ● Defective tightening of oil pipe, pipe joint, oil leakage from damaged point ● Defective monitor	● Add oil to specified level ● Replace filter ● (Check, repair) ● (Replace)
Steam spurts out from top of radiator (pressure valve) Radiator coolant level monitor lights up	● Coolant level low, leakage of water ● Dirt or scale accumulated in cooling system ● Clogged radiator fins or damaged fins ● Defective thermostat ● Loose radiator filler cap (high-altitude operations) ● Defective water level sensor	● Check, add coolant, repair ● Change coolant, flush inside of cooling system, ● (Replace thermostat) ● Tighten cap or replace packing ● (Replace sensor)
Even after long hours of operation,radiator coolant level monitor lights up	● Defective thermostat	● (Replace thermostat)
Engine does not start when starting motor is turned	● Lack of fuel ● Air in fuel system ● Defective fuel injection pump or defective nozzle ● Starting motor cranks engine sluggishly ● Engine pre-heating monitor does not light up ● Defective compression	● Add fuel, see Check Before Starting ● Repair place where air is sucked in ● (Replace pump or nozzle) ● See Electrical System ● See Electrical System ● (Adjust valve clearance)
Exhaust gas is white or blue	● Too much oil in oil pan ● Improper fuel ● Start the engine suddenly accelerated in the cold days	● Set oil to specified level, see Check Before Starting ● Change to specified fuel ● Avoid suddenly acceleration before the warm-up operation is completed
Exhaust gas occasionally turns black	● Clogged air cleaner element ● Defective nozzle ● Defective compression	● Clean or replace ● (Replace nozzle) ● (See defective compression as above)
Combustion noise occasionally make breathing sound	● Defective nozzle	● (Replace nozzle)
Abnormal noise generated(combustion or mechanical)	● Low-grade fuel being used ● Overheating ● Damage inside muffler ● Excessive valve clearance	● Change to specified fuel ● Refer to " Radiator coolant level monitor lights up" as above ● Replace muffler ● (Adjust valve clearance)
The engine stops when operating	● Clogged fuel cleaner element ● Defective engine or defective fuel line	● Replace ● (Check, repair)

4MAINTENANCE

WARNING

Please read and make sure that you understand the SAFETY section before reading this section.

Maintenance Information

Do not perform any inspection and maintenance operation that is not found in this manual.

Service Meter Reading

Check the service meter reading every day to see if the time has come for any necessary maintenance to be performed.

Genuine Replacement Parts

Use SHANTUI genuine parts specified in the Parts Book as replacement parts.

Genuine Lubricants

Use SHANTUI genuine oils and grease. Choose oils and grease with proper viscosity specified for ambient temperature.

Windshield Washer Fluid

Use automobile window washer fluid, and be careful not to let any dirt get into it.

Fresh and Clean Lubricants

Use clean oil and grease. Also, keep the containers of the oil and grease clean. Keep foreign materials away from oil and grease.

Check Drained Oil and Used Filter

After oil is changed or filters are replaced, check the old oil and filters for metal particles and foreign materials. If large quantity of metal particles or foreign materials are found, always report to the person in charge, and carry out suitable action.

Fuel Strainer

If your machine is equipped with a fuel strainer, do not remove it while fueling.

Welding Instructions

- Cut off power. Wait for approx. one minute after turning off the engine starting switch key, and then disconnect the negative (-) terminal of the battery.
- Do not apply more than 200V continuously.
- Connect grounding cable within 1m (3.3 ft) of the area to be welded. If grounding cable is connected near instruments, connectors, etc., the instruments may malfunction.
- If a seal or bearing happens to come between the part being welded and grounding point, change the grounding point to avoid such parts.
- Do not use the area around the work equipment pins or the hydraulic cylinders as the grounding point.

Do not Drop Things Inside Machine

- When opening inspection windows or the oil filler port of the tank to carry out inspection, be careful not to drop nuts, bolts or tools inside the machine.
- If such things are dropped inside the machine, it may cause damage and/or malfunction of the machine, and will lead to failure. If you drop anything inside the machine, always remove it immediately.
- Do not put unnecessary things in your pockets. Carry only things which are necessary for inspection.

Dusty Jobsite

When working at dusty worksites, do as follows:

- Clean the radiator fins and other parts of the heat exchange equipment more frequently, and take care not to let the fins become clogged.
- Replace the fuel filter more frequently.
- Clean electrical components, especially the starting motor and alternator, to avoid accumulation of dust.
- When checking and replacing the oil or filters, move the machine to a place where there is no dust and take care
- To prevent dust from entering the system.

Avoid Mixing Lubricants

If a different brand or grade of oil has to be added, drain the old oil and replace all the oil with the new brand or grade of oil. Never mix different brand or grade of oil.

Locking the Inspection Covers

Lock inspection cover securely into position with the lock bar. If inspection or maintenance is performed with inspection cover not locked in position, there is a danger that it may be suddenly blow shut by the wind and cause injury to the worker.

Hydraulic System - Air Bleeding

When hydraulic equipment has been repaired or replaced, or the hydraulic piping has been removed and installed again, the air must be bled from the circuit.

Hydraulic Hose Installation

- When removing parts at locations where there are O-rings or gasket seals, clean the mounting surface, and replace with new parts. When doing this, be careful not to forget to assemble the O-rings and gaskets.
- When installing the hoses, do not twist them or bend them sharply. If they are installed so, their service life will be shortened extremely and they may be damaged.

Checks After Inspection and Maintenance Works

If you forget to perform the checks after inspection and maintenance, unexpected problems may occur, and this may lead to serious injury or property damage. Always do the following:

Checks after operation (with engine stopped)

- Have any inspection and maintenance points been forgotten?
- Have all inspection and maintenance items been performed correctly?
- Have any tools or parts been dropped inside the machine? It is particularly dangerous if parts are dropped inside the machine and get caught in the lever linkage mechanism.
- Are there any leakages of coolant or oil? Have all nuts and bolts been tightened?

Checks when operating engine

- For details of the checks when operating the engine, see "Engine System Maintenance" and pay careful attention to safety.
- Are the inspection and maintenance items working properly? Is there any leakage of fuel or oil when the engine speed is raised?

Lubricants, Fuels and Coolants

1.Lubricants

- Oil is used in the engine and hydraulic equipment under extremely severe conditions (high temperature, high pressure), and deteriorates with use.
- Always use oil that matches the grade and maximum and minimum ambient temperatures recommended in the OPERATOR'S MANUAL. Even if the oil is not dirty, always change the oil at the specified interval.
- Oil corresponds to blood in the human body, always be careful when handling it to prevent any impurities (water, metal particles, dirt, etc.) from getting in. When storing or adding oil, take special care not to let any impurities in.
- Never mix oils of different grades or brands.
- Always add the specified amount of oil. Having too much oil or too little oil are both causes of problems.
- If the oil in the work equipment is not clear, there is probably water or air getting into the circuit. In such cases, please contact your SHANTUI distributor.
- When changing the oil, always replace the related filters at the same time.
- We recommend you have an analysis made of the oil periodically to check the condition of the machine. For those who wish to use this service, please contact your SHANTUI distributor.
- When using commercially available oil, it may be necessary to reduce the oil change interval.

2.Fuel

- The fuel pump is a precision instrument, and if fuel containing water or dirt is used, it cannot work properly.
- Be extremely careful not to let impurities get in when storing or adding fuel.
- Always use the fuel specified for the temperature in the OPERATOR'S MANUAL.
- If the fuel is used at temperatures lower than the specified temperature (particularly at temperatures below -15°C (5°F), the fuel will solidify.
- To prevent moisture in the air from condensing into water in the fuel tank, fill the fuel tank at the end of each day's work.
- Before starting the engine, or when 10 minutes have passed after adding fuel, drain the sediment and water from the fuel tank.
- If the engine runs out of fuel, or if the filters have been replaced, it is necessary to bleed the air from the circuit.

3.Coolant of the Cooling System

- When diluting the antifreeze coolant, use distilled water or tap water (soft water).Natural water, such as a river water or well water (hard water), contains large amounts of minerals (calcium, magnesium, etc.), and this makes it easier for scale to form inside the engine or radiator. Once scale is deposited inside the engine or radiator, it is extremely difficult to remove. It also causes overheating due to poor heat exchange.
- When using antifreeze, always observe the precautions given in the OPERATOR'S MANUAL.
- SHANTUI machines are supplied with SHANTUI coolant. SHANTUI coolant has excellent anticorrosion, antifreeze and cooling properties and can be used continuously for 1 years or 2000 hours. This antifreeze can be used even in hot areas.
- Antifreeze coolant is flammable, so be sure to keep it away from flame.
- The ratio of coolant to water differs according to the ambient temperature.
- If the engine overheats, wait for the engine to cool before adding coolant.
- If the coolant level is low, it will cause overheating, and will also cause problems with corrosion due to air entering the coolant.

4.Grease

- Grease is used to prevent seizure and noises at the joints.
- This construction equipment is used under heavy-duty conditions. Always use the recommended grease and follow the change intervals and recommended ambient temperatures given in this OPERATOR'S MANUAL.
- The nipples not included in the MAINTENANCE section are nipples for overhaul, so they do not need grease. If any part becomes stiff after being used for long time, add grease

  If any part becomes stiff after being used for long time, add grease.
- Always wipe off all of the old grease that is pushed out when greasing. Be particularly careful to wipe off the old grease in places where sand or dirt sticking in the grease would cause wear of the rotating parts.

5.Storing of Oil and Fuel

- Keep indoors to prevent any water, dirt, or other impurities from getting in.
- When keeping drum cans for a long period, put the drum on its side so that the filler port of the drums is at the side to prevent moisture from being sucked in. If drums have to be stored outside, cover them with a waterproof sheet or take other measures to protect them.
- To prevent any change in quality during long-term storage, be sure to use in the order of first in - first out (use the oldest oil or fuel first).

6.Filters

- Filters are extremely important safety parts. They prevent impurities in the fuel and air circuits from entering important equipment and causing problems. Replace all filters periodically. However, when working in severe conditions, replace the filters at shorter intervals according to the oil and fuel (sulfur content) being used.
- Never try to clean the filters (cartridge type) and use them again. Always replace with new filters.
- When replacing oil filters, check if any metal particles are attached to the old filter. If any metal particles are found, contact your SHANTUI distributor.
- Do not open packs of spare filters until just before they are to be used.
- Always use SHANTUI genuine filters.

Electric System Maintenance

- It is extremely dangerous if the electrical equipment becomes wet or the covering of the wiring is damaged. This will cause an electrical short circuit and may lead to malfunction of the machine. Do not wash the inside of the operator's cab with water. When washing the machine, be careful not to let water get into the electrical components.
- Service relating to the electric system is checking fan belt tension, checking damage or wear to the fan belt and checking battery fluid level.
- Never install any electric components other than those specified by SHANTUI.
- External electron-magnetic interference may cause malfunction of the control system controller, before installing a radio receiver or other wireless equipment, contact your SHANTUI distributor.
- When working at the seashore, carefully clean the electric system to prevent corrosion.
- When installing electrical equipment, connect it to the special power source connector. Do not connect the optional power source to the fuse, starting switch, or battery relay.

Hydraulic Device Maintenance

- The hydraulic device is in high temperature during and after operation.In addition, due to the high pressure in the process of operation, the following matters should be noted during the inspection and maintenance of the hydraulic device:
  - Leave the machine in a flat place so that the bucket is completely lowered to the ground, and check and maintain it without pressure applied to the oil path of the cylinder.
  - Be sure to stop the engine
  - After the operation, the hydraulic oil and lubricating oil are still in the state of high temperature and high pressure, and the maintenance can only be carried out after the oil temperature of each part drops.
  - Sometimes even though the temperature has dropped, the internal pressure is still there. The internal pressure should be released before maintenance. At the same time, slowly loosen the screw plug, screw and screw loose pipe joint, avoid the front of the body, and remove it while releasing internal pressure.
  - During the inspection and maintenance of the hydraulic oil circuit, please be sure to discharge the air in the hydraulic tank and release the internal pressure.
- Inspection and maintenance includes inspection of hydraulic oil level, filter and replacement of hydraulic oil. When removing the high pressure hose, be careful not to damage the o-ring. If there is any damage, please replace it.
- When replacing and cleaning the filter element and screen of the hydraulic oil filter, when repairing, replacing and removing the hydraulic piping of the hydraulic device, air shall be discharged from the oil path.

Wear Parts

Replace wear parts such as the filter element or air cleaner element at the time of periodic maintenance or before they reach the wear limit.
The wear parts should be replaced correctly in order to ensure more economic use of the machine.
Replacing parts always use SHANTUI genuine parts.
When ordering parts, check the part number in the parts catalog.

Wear Parts List

(The parts in parentheses are to be replaced at the same time)

Item	Part No.	Part Name	Q'ty	Replacement frequency
Engine oil filter	J170-03B-015000	Oil filter element	1	See "Maintenance Schedule" for details
Hydraulic oil filter	J213-78A-050000 J213-78A-111000 J170-84B-111000	Oil return filter Tank breather filter Pilot filter element	1 1 1	
Fuel filter	J170-03B-011000 J170-05A-022000	Diesel fine filter element Diesel pre-filter filter element	1 1	
Air cleaner	J160-07A-011010 J160-07A-011020	Main element Safety element	1 1	
Bucket	J160-63A-000032 (J160-63A-000042) (J160-63A-000052)	Tooth (Pin) (Ferrule)	5 (5) (5)	——
	J160-63A-000011 J160-63A-000021 (01803-01622) (01675-21657)	Left edge Right edge (Nut) (Bolt)	1 1 (6) (6)	——
Bulldozer	J170-53B-110060	Blade (Welding)	1	——

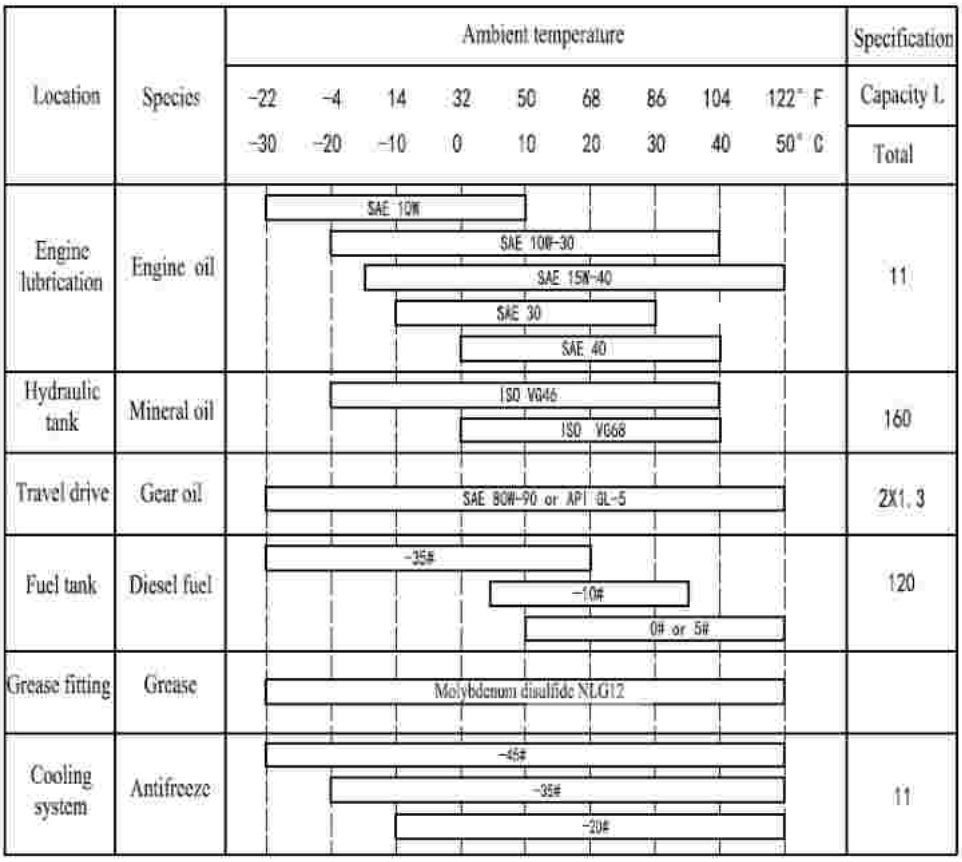
NOTICE: Actual replacement frequency accord to Maintenance Schedule.

Recommended Fuel, Coolant, and Lubricant

1. Recommended Lubricant and Auxiliary Material

	Parts						
	Engine Oil	Fuel	Hydraulic Oil	Anti-freeze	Swing reducer	Travel reducer	Air conditioner
Stuff requirement	API CI-4 SAE 15W-40	S<0.5%	ISO VG46	-45° C	Self-lubricating	API GL-5 SAE 80W-90	R134a
Suggested type	Premium Blue	0# or -10# or -35#	CHEVRON	——		Mobil GX	——
Quantity added	11L	120L	160L	11L		2X1.3L	0.75kg

2. Correct Selection



Please buy SHANTUI genuine oil from SHANTUI distributor, in order to ensure the quality of oil.

NOTICE
SAE: Society of Automotive Engineers
ISO: International Organization for Standardization
API: American Petroleum Institute

Tightening Torque Specifications

WARNING

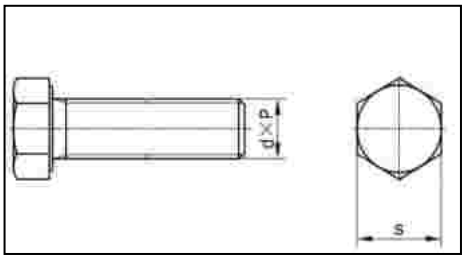
- If nuts, bolts, or other parts are not tightened to the specified torque, it will cause looseness or damage to the tightened parts, and this will cause failure of the machine or problems with operation.
- Always pay careful attention when tightening parts.

Unless otherwise specified, tighten the metric nuts and bolts to the torque shown in the table below.

If it is necessary to replace any nut or bolt, always use a SHANTUI genuine part of the same size as the part that was replaced.

Tightening Torque List

Thread diameter	Across flats S/mm	Tightening torque：[N·m(Kgf·m)]	
		Extent	Target
M6	10	11.8～14.7	13.2
M8	13	27～34	31.4
M10	16	59～74	65.7
M12	18	98～123	112.7
M14	21	157～196	176
M16	24	245～309	279
M18	27	343～427	382
M20	30	490～608	549
M22	34	662～829	745
M24	36	824～1030	927
M27	41	1180～1470	1323
M30	46	1520～1910	1715
M33	50	1960～2450	2205
M36	55	2450～3040	2744
M39	60	2890～3630	3283



Apply the following table for Hydraulic Hose

N • m

Nominal number	Thread Diameter M	Width across flats S	Target value	Extent
L[a]	M12X1.5	14	16	15-17
	M14X1.5	17	16	15-17
	M16X1.5	19	26	25-28
	M18X1.5	22	37	35-39
	M22X1.5	27	47	45-50
	M26X1.5	32	89	85-94
	M30X2	36	116	110-121
	M36X2	41	137	130-143
	M45X2	50	226	215-237
	M52X2	60	347	330-363
S[a]	M22X1.2	27	79	75-83
	M24X1.5	30	84	80-88
	M30X2	36	126	120-132
	M36X2	41	179	170-187
	M45X2	50	263	250-275

NOTICE:

L[a]: Light series connector

S[a]: Heavy series connector

Regular Replacement of Safety Critical Parts

- To ensure safety, the user must perform regular maintenance on the machine when operating or driving the machine. In addition, in order to further improve safety, users should also periodically replace parts in the safety critical parts list. These parts have a particularly close relationship to safety and fire protection, so please contact your SHANTUI for replacement.
- For these parts, the material changes over time and they are prone to wear or deterioration. However, it is difficult to completely judge the condition of the parts through regular maintenance. Therefore, the specified time is up, regardless of the situation, it must be replaced. This is necessary to ensure that these parts always maintain their function completely.
- If these parts have not returned to the replacement cycle, they must be repaired or replaced immediately.
- If the hose clamp deteriorates, such as deformation or cracks, replace the hose clamp while replacing the hose.
- The following checks should be performed on hydraulic hoses that are not listed as regular replacement parts. If abnormalities are found, tighten or replace them.
- When replacing the hose, replace the O-ring, gasket and other similar parts at the same time.

Safety critical parts

Number	Part Name	Q'ty	Replacement frequency
1	Fuel hose (fuel tank—fuel pre-filter)	1	Every 2 years or 3000 hours, whichever comes first.
2	Fuel hose (fuel pre-filter — electronic fuel pump)	1	
3	Hose (electronic fuel pump — fuel fine filter)	1	
4	Fuel return hose (engine — fuel tank)	1	
5	Hydraulic hose (pump drain)	1	
6	Hydraulic hose (main pump oil suction)	2	
7	Hydraulic hose (boom cylinder — control valve)	2	
8	Hydraulic hose (arm cylinder — control valve)	4	
9	Hydraulic hose (bucket cylinder — control valve)	4	
10	Hydraulic hose (swing motor — control valve)	2	
11	seat belt	1	Every 3 years

Maintenance Schedule

If the machine is equipped with a hydraulic breaker, the maintenance schedule for some parts will be different. For details, see "Maintenance Interval For Hydraulic Breaker" to confirm the correct maintenance schedule when carrying out maintenance.
The maintenance schedule and maintenance procedures are carried out in accordance with the Maintenance Table, which is attached to the cab.

Maintenance Procedure

1. Initial 50 hours of maintenance

Perform the following maintenance only when the new machine is used for the first time for 50 hours.

- Replace engine oil and oil filter
- Check / clean the hydraulic tank suction filter

2. Initial 500 hours of maintenance

Perform the following maintenance only when the new machine is used for the first time for 500 hours.

- Replace engine oil and oil filter
- Replace fuel pre-filter element
- Replace fuel fine filter element
- Replace the hydraulic oil return filter element
- Replace the pilot filter element
- Replace the gear oil of the travel reducer
- Check / clean the hydraulic tank suction filter

REMARK: Maintenance every 250 hours at the same time.

3. Initial 1000 hours of maintenance

Perform the following maintenance only when the new machine is used for the first time for 1000 hours.

- Replace the hydraulic tank breathing valve filter element
- Replace the air conditioning evaporator filter element
- Replace air cleaner main filter element and safety filter element

REMARK: The initial 500 hours maintenance project is carried out at the same time.

4. When required

- Check/clean/replace air cleaner filter element
- Clean/replace coolant of the cooling system
- Check/tighten track shoe bolts
- Check/adjust track tension
- Replace bucket teeth (horizontal pin type)
- Check/add window washer fluid level
- Bleeding air from hydraulic system
- Check, adjust and replace compressor

5. Inspection before starting

For details on the following items, see "Check before Start" in the OPERATION section.

- Check the coolant level and add water
- Check the oil level in the engine oil pan and refuel
- Check the fuel level and refuel
- Discharge water and sediment from the fuel tank
- Check the water and sediment in the water separator, drain water
- Check the oil level in the hydraulic tank and refuel
- Check the wire
- Check the function of the horn

Maintenance Schedule Table

1. Every 8 hours maintenance

- Working device is filled with grease
- Check/add coolant level in cooling system
- Check/add engine oil level
- Check/add fuel level
- Check/add hydraulic oil level
- Check for water and sediment in water separator, drain water
- Check air cleaner filter
- Check electric wiring
- Check/tighten track shoe bolts
- Check alternator and compressor belt tension

2. Every 250 hours of maintenance

- Filling swing circle grease
- Check/clean the radiator and condenser fins
- Check/discharge water and sediment in the fuel tank
- Check the gear oil level of the travel reducer
- Check/clean air conditioning filter
- Check/adjust the fan belt tension
- Check/adjust compressor belt tension
- Check/adjust track tension

3. Every 500 hours of maintenance

- Replace engine oil and oil filter
- Replace fuel fine filter element
- Replace fuel pre-filter element
- Check / clean the hydraulic tank suction filter
- Check the grease of the swing circle gear

4. Every 1000 hours of maintenance

- Replace the hydraulic oil return filter element
- Replace the hydraulic tank breathing valve filter
- Replace the pilot filter element
- Replace the gear oil of the travel reducer
- Replace the air conditioning evaporator filter
- Replace the air cleaner main filter and safety filter

5. Every 2000 hours of maintenance

- Replace hydraulic tank suction filter
- Replace hydraulic oil
- Replace the coolant

6. Every 1 year of maintenance

For the first time 2000 hours, the following maintenance is performed every 1 year.

- Replace the grease in the oil tank of the rotary device

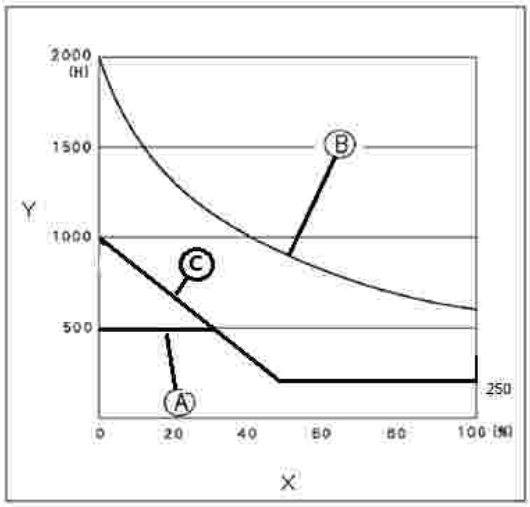
NOTICE: Special tools are required for inspection and maintenance. Please contact SHANTUI dealer.

Maintenance Interval for Hydraulic Breaker

For machine equipped with a hydraulic breaker, the hydraulic oil deteriorates faster than for normal bucket digging operations, so set the maintenance intervals as follows.

- Replace hydraulic filter element

On a new machine, replace the element after the first 100 to 150 hours, then carry out further replacement of the element according to the table on the right.



- Change oil in hydraulic tank

Change the oil according to the table on the right.

X: Breaker operating ratio (%)

Y: Replacement interval (H)

A: Hydraulic tank breathing valve filter
B:Hydraulic oil replacement cycle
C:Hydraulic oil return filter, pilot filter filter replacement cycle

REMARK

- Breaker operating ratio 100% means that only the breaker is used.
- Breaker operating ratio 0% means that the breaker is not used.
- The surrounding of the hydraulic tank breathing valve needs to be cleaned irregularly during the replacement cycle.

Engine System Maintenance

Engine

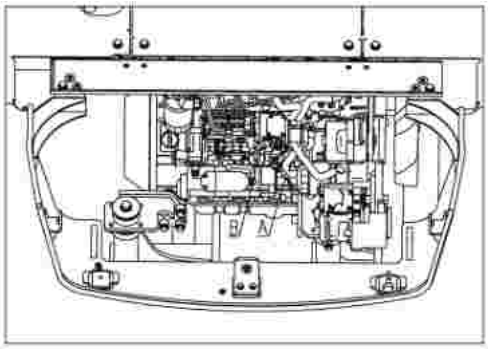
WARNING

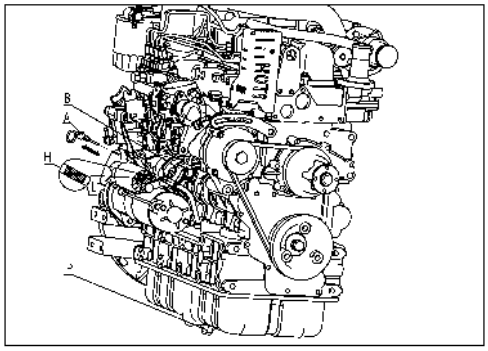
- If the warm-up operation for the hydraulic equipment is not carried out thoroughly, and the machine is moved, the reaction of the control levers and pedals will be slow and the movement may not be what the operator intended. Always warm up the hydraulic equipment. In particular, in cold areas, always warm up the hydraulic equipment thoroughly.
- If the engine is stopped abruptly, service life of component parts of the engine may be considerably reduced. Do not stop the engine abruptly except in an emergency. If the engine has overheated, do not try to stop it abruptly but run it at medium speed to allow it to cool down gradually, and then stop it.

1. Check/Add Engine Oil

NOTICE

- If the machine is at an angle, make it horizontal before checking.
- When checking the oil level before the engine has been operated, or wait for at least 15 minutes after stopping the engine before checking.
- Oil level should be checked every day, while oil too much or too little will cause fault.





1) Open the engine hood and ensure that the gas spring is locked.
2) Pull out the oil level gauge (A) and dry the oil with a clean cloth.
3) Re-insert the oil gauge (A) completely into the oil pipe and pull it out. Observe the oil level of the oil level.
4) If the oil level is between H and L, it indicates normal. If the oil level is lower than the L mark, it should be filled through the filler port (B).Appropriate amount of oil and then check the oil level.
5) If the oil level is higher than H, drain more oil through the drain valve (P) at the bottom of the engine and check the oil level.
6) If the oil level is normal, tighten the filler cap and close the engine hood.

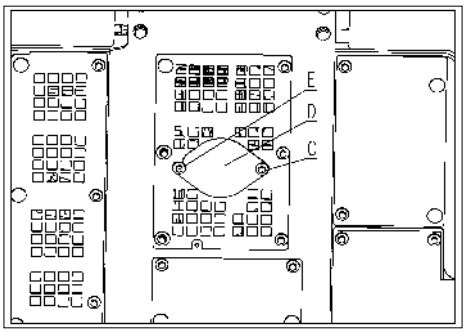
2. Change Engine Oil and Oil filter

WARNING

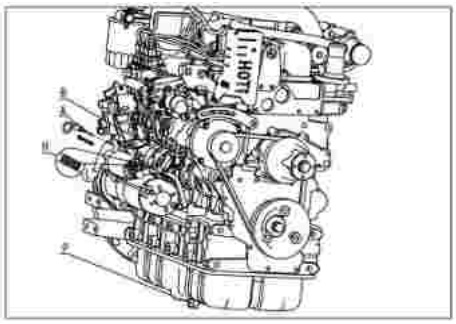
- Parts and oil are at high temperature immediately after the engine is stopped and may cause serious burns. Wait for the oil temperature to go down before performing this operation.
- Dispose scrap oil and fluid by environmental methods.

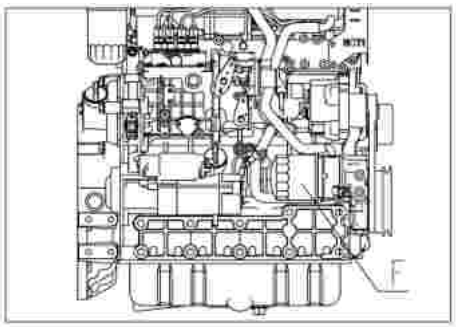
NOTICE

- While engine oil be used CI-4, replaced every 500 hours or 6 months, whoever attains shall be first. Applicable conditions of 500 hours time interval:
  - Oil filter contain original part accords with engine specification requirements.
  - Sulfur amount of fuel not exceeding 0.1% according with weight calculate.
  - Using engine oil accords with" Recommended Lubricant and Auxiliary Material ".
  - Choose the correct lubricating oil viscosity relative to ambient temperature, refer to "Recommended Lubricant and Auxiliary Material".
- If any above condition not be satisfied or equipment works in acidic, much dust environment or sulfur amount of fuel exceeding 0.5%,should be replace engine oil and oil filter in a shorter interval.



1). Place equipment to flat and wide position , stop engine, make engine horizontal.
2). Wait for at least 15 minutes after stopping the engine.
3). Use a container that can hold at least 20L, and place the container under engine oil pan valve(P).
4). Remove the bolt (C) (M12), loosen the bolt (E) (M12), and rotate the cover (D) until the drain port is completely exposed.
5). Open the valve(P) and row slowly out of the oil from the oil drain valve(P), in order not to let the oil splashed onto the body.
6). Check the discharge of oil, if it is found that there are a large number of scrap metal and foreign body, please contact SHANTUI dealer.
7).Close the valve(P),reset the cover plate(D) and screw the bolts(C、E).
8). Open the rear engine cover and look it with a pneumatic spring.
9). Set the container to catch the oil under the oil filter cartridge(F),and using a filter wrench remove the oil filter cartridge(F).
10). When installing, clean the filter install base, fill clean oil to new filter, apply oil to the packing surface and bring the packing surface into contact with the seal surface of filter cartridge.
11). Use the filter wrench tighten the filter cartridge by 3/4 turns.
12). After changing the oil filter, fill the oil through the oil filling port(B) to between H and L scale, close to the location of the H.





13). Stop engine after run engine 1 minute at low idle speed, check oil level through above" Check/Add Engine Oil".

14).After checking the oil level according with the requirements, start engine order to checking filter sealing. If seal is not good, remove the oil filter and check the sealing surface. reinstall after adjusting.

15).When changing oil, oil needs to be about 11L which contains the filter required. Refer to "Recommended Lubricant and Auxiliary Material".

REMARK

Usually, the filter cartridge is tightened too far that not help to improve seal.

Do not mix different types of oil. When changing the type of oil, drain all the old oil and fill completely with the new oil.

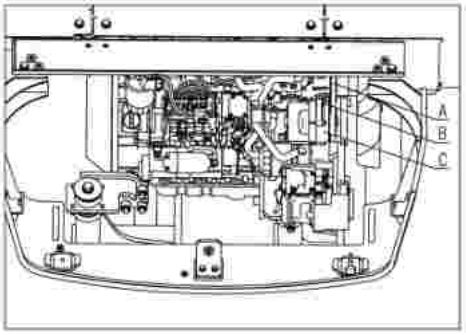
Always replace the engine oil and the filter at the same time.

3. Fan Belt Tension-Check/Adjust

WARNING

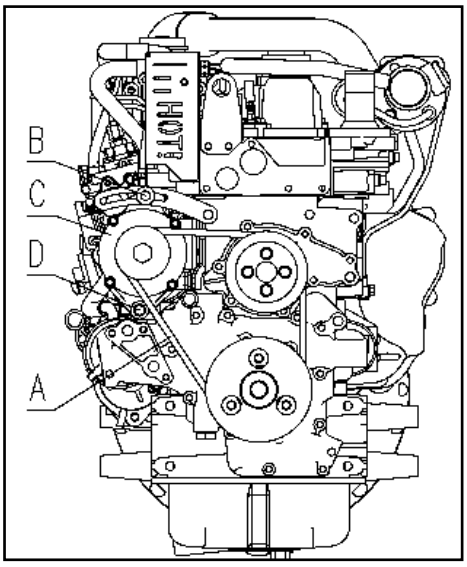
- Check the tension of the fan belt, the engine must be stopped because the rotating parts can cause personal injury.
- Check the belt every 250 hours.

Press the belt at a point midway between the drive pulley and compressor pulley with a finger force of approx. 98N and check that the deflection is 9～13mm.



If not, follow the steps below to adjust:

1) Open the engine hood.
2) Loosen the bolts (B) and (D)
3) Adjust the alternator(C), press the belt at a point midway between the drive pulley and compressor pulley with a finger force of approx. 98N and check that the deflection is 7～10mm.
4) Tighten the bolts (B) and (D).
5) Check for damage to the pulleys, and wear of the V-groove and V-belt. Be particularly careful to check that the V-belt is not in contact with the bottom of the V-groove.
6) If the belt has elongated and there is no more allowance for adjustment, or if the belt is cut or cracked, replace the belt.
7) Close the engine hood and lock it.



Fuel System

1. Fuel level-check/add

WARNING

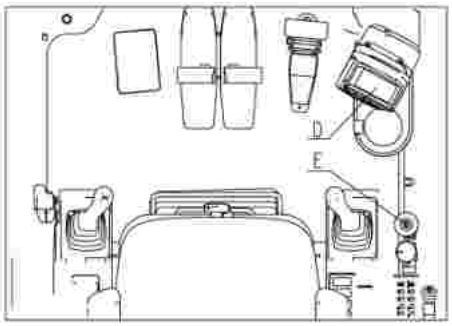
- Before opening the fuel tank cap, wipe clean the area around it. When adding fuel, never let the fuel overflow. This may cause a fire. If any fuel is spilled, wipe it up completely. Never bring flames near fuel because it is highly flammable and dangerous.
- Take care to protect the environment when disposing of used oils and waste liquids.

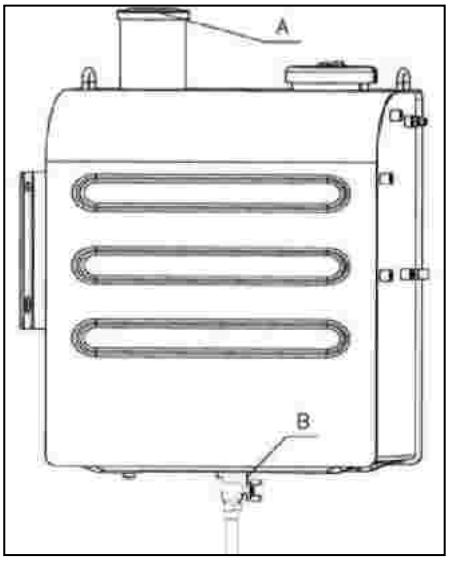
1) Turn the engine starting switch (E) to the ON position and check the fuel level gauge (D) on the monitor panel for fuel level.
2) If fuel is found to be low, unscrew fuel filler cap (A) on the fuel tank and add fuel through the filler port until float gauge comes up to the highest point.

Fuel tank capacity: 120L

3) After adding fuel, tighten fuel filler cap (A) securely

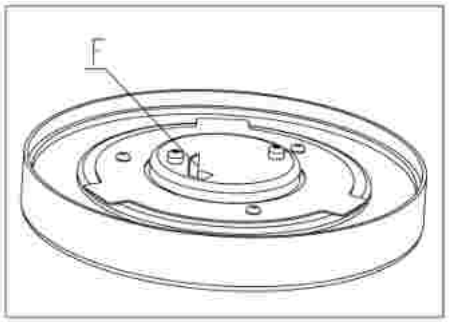
For more information on fuel quality, refer to “Recommended Lubricant and Auxiliary Material”.



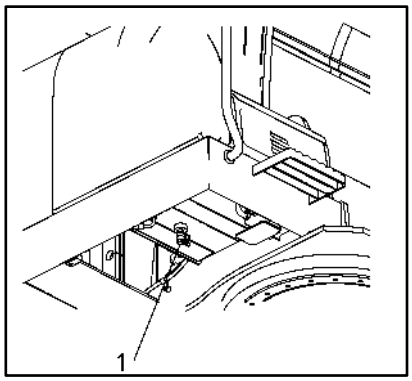


REMARK

- Keep the fuel tank full during shutdown period so as to avoid formation of condensate water in the tank.
- Drain sediments every 250h.Open the discharge valve (B) at the bottom of the fuel tank and drain sediments.
- If breather hole (F) on the cap is clogged, the pressure in the tank will drop and fuel will not flow. Clean the hole from time to time.



2. Fuel tank-Drain



NOTICE

- Use only diesel when flushing the inside of the tank.
- Before operating the machine, carry out this procedure

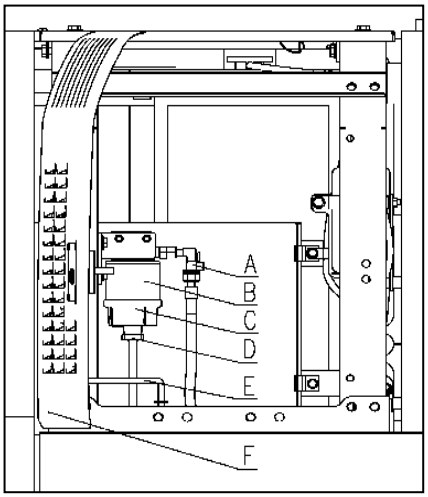
1) Prepare a container to catch drain fuel.
2) Open the valve (1) on the bottom of the tank and drain the deposits and water accumulated in the bottom of the tank with the fuel. At this point, be careful not to let the fuel splashed on the body.
3) Close the drain valve (1) only when the clean fuel flows out.

3. Replace/ Maintenance Fuel Filter Element

WARNING

- After the engine has been operated, all parts are at high temperature, so do not replace the filter immediately. Wait for all parts to cool down before starting the operation.
- When replacing the filter, wait for at least 30 seconds after stopping the engine to let the internal pressure go down before replacing the filter.
- Do not bring any fire or flame close.

1) Drainage and cleaning of fuel pre-filter



NOTICE

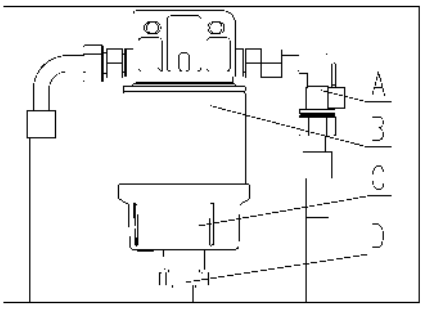
On the monitor display pre-filter water separator alarm, you must release the pre-filter water, and cleaning cups.

(1) Open right side door (F), lock the support frame (E).

(2) Turn the valve (A) to the close position.

(3) Place a container directly beneath the fuel pre-filter, unscrew the drain valve (D) of the fuel pre-filter manually, and drain the water from the catch cup (C)

(4) If the water cup (C) has impurities, need to place a piece of cloth outside the cup, use a filter wrench to turn the collector cup to remove it, with clean diesel cleaning cups.



(5) Install the water cap (C) by the filter wrench after the water cap cleaned up.

(6) Open valve (A), close right side door (F)

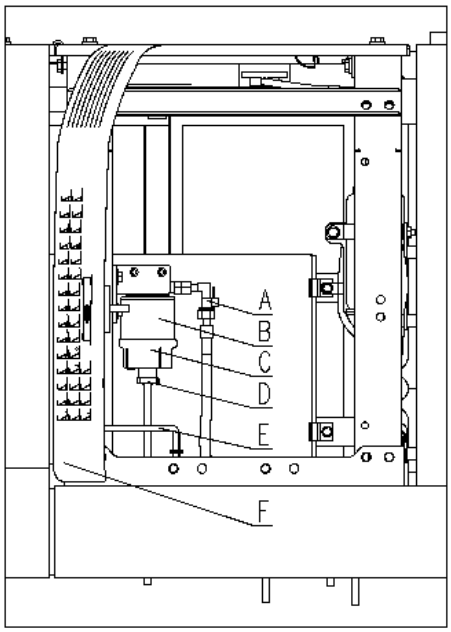
NOTICE

- The water cup (C) needs to be discharged frequently and should not be drained after alarming. Once the fuel is mixed with water, it will cause damage to the engine.
- When there are impurities in the cup, you need to immediately clean up the cup, or impurities into the engine will cause engine clogging or wear.

2) Replace Fuel Pre-Filter Element

NOTICE

- Fuel pre-filter every 500 hours or 6 months replacement, whichever comes first, cannot be reused after cleaning.
- Fuel pre-filter and fine filter element must be replaced at the same time.



(1) Open right side door (F), lock the support frame (E).

(2) Turn the valve (A) to the close position.

(3) Place a piece of cloth on the cup (C) and loosen the catch cup with a wrench (not to be removed).

(4) Place a container directly beneath the fuel pre-filter and a piece of cloth on the fuel pre-filter element (B). Turn the filter element to the left to remove it.

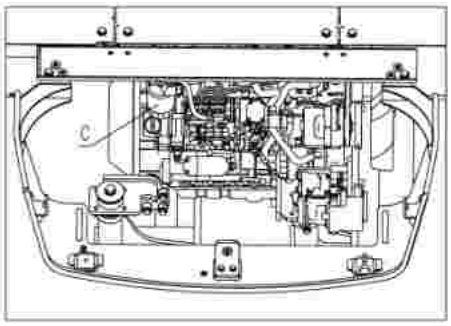
(5) Separate the cup (C) from the fuel pre-filter (B) and clean the cup as described above.

(6) Clean the filter holder, fill the new filter with clean fuel

(7) Coat the packing surface thinly with oil, then install to the filter holder. Tighten until the packing surface contacts the seal surface of the filter holder.

(8) Then tighten the filter 3/4 of a turn.

3) Replace Fuel Fine Filter Element



(1) Open the engine hood.

(2) Using a filter wrench, turn fuel filter element (C) to the left to remove it.

(3) Clean the filter holder, coat the packing surface thinly with oil, then install to the filter holder. Tighten until the packing surface contacts the seal surface of the filter holder.

(4) Then tighten the filter 1/2 of a turn.

(5) After replacing the filter element and open valve (A) bleed the air.

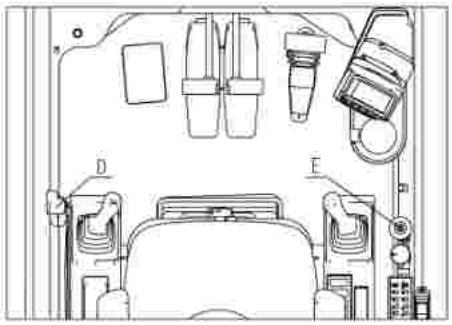
REMARK

- Do not allow the fuel to be filled directly into the filter cartridge. Otherwise, the fuel that does not pass through the filter may cause the injector blockage or system failure
- When replacing the filter cartridge, always use a SHANTUI genuine part. If any part other than a SHANTUI genuine filter cartridge is used, dust or dirt may get in and cause problems with the injection system.

4. Air Bleed of Fuel System

WARNING

- When working with fuel injection equipment, ensure that high pressure fuel will not contact any unprotected part of your body.
- If the fuel in the fuel tank is used up or air enters the system for some reason, you must bleed the system.



1) Under any circumstances, never allow loose seal of fuel system to take place before engine start. Otherwise, the fuel injection pump may be therefore seriously damaged.
2) Set the start key (E) switch to the ON position o turn on the electronic fuel pump.
3) Maintain power for at least 10 minutes, to ensure that oil is full of fuel.
4) After replacing the filter cartridge, start the engine and run it at low idling for 10 minutes and slide the safety lock lever (D) to the lock position.
5) After start, check that there is no leakage.

Cooling System

If engine temperature is too high, you should clean the radiator even if coolant level is normal.

If engine temperature remains too high, you must contact an authorized service center for remedy.

The coolant could antifreezing and rust proofing, and it should check antifreeze properties every 500h.

Coolant should be changed every 2,000 h or 1 year, whichever comes first.

When delivered, the cooling system has been filled with mixture of coolant-water and concentrated antifreeze which can lower freezing point of coolant and raise its boiling point.

The concentrated antifreeze solution contains effective rustproof additives which are used to protect the engine and radiator. The endurance of these additives is limited.

NOTICE

Never mix the concentrated antifreeze solution with any antifreeze or additive produced by other manufacturer. The mixture may bring adverse effects.

Antifreeze content should not be less than 40%.

Cooling system capacity is approx.11L.

The 40% antifreeze can lower freezing point to -25℃.

The 50% antifreeze can lower freezing point to -37℃.

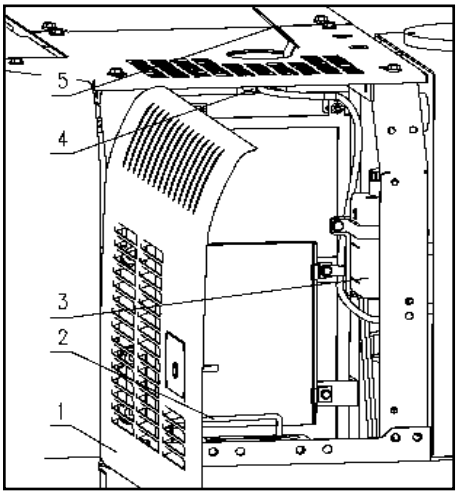
1. Checking Coolant Level and Pipeline

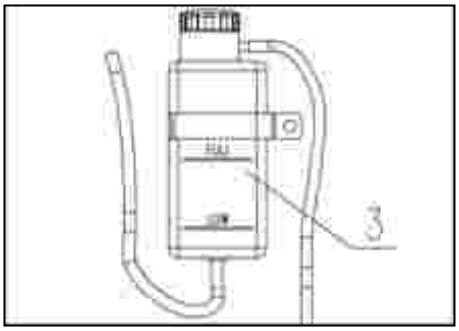
WARNING

After the engine is just turned off, coolant is still hot. Do not directly open the radiator cap rapidly before coolant cools down. Instead, open it slowly to release internal pressure.

Check coolant level on a daily basis as follows:

1) Open right side door (1), lock the support frame (2).
2) Check coolant level in sub-tank (3).
3) If liquid level is between “FULL” and “LOW”, it is OK.
4) If liquid level is below “LOW”, fill sub-tank (3) with coolant up to between “FULL” and “LOW”.
5) If the sub-tank (3) is empty, check and fix it in time.
6) Open radiator cap (5). Open main radiator cap (4) and check coolant volume. Put water to water tank if the liquid level is low.
7) Check the rubber hose and clamp, change them if there has any damage, or the engine shouldn’t be start.



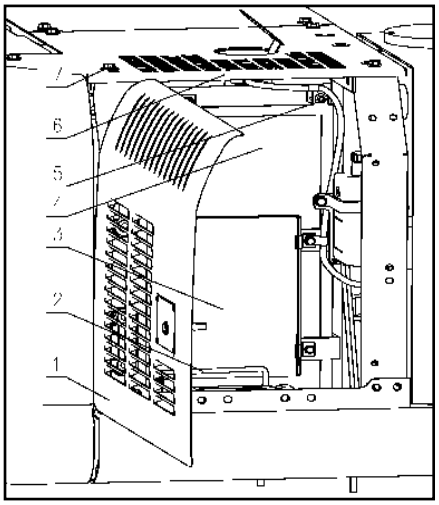


2. Clean Fins of Radiator and Condenser

WARNING

- Compressed air, vapor or water may cause bodily injury, so you must wear goggles. Do not use vapor to clean the air-to-air intercooler.
- When using compressed air, be sure to keep a certain distance from fins so as to prevent damage.
- When using compressed air, be sure to keep a certain distance from fins so as to prevent damage.
- Check on a daily basis despite of maintenance interval under dusty circumstances.

1) Open right side door(1) , lock the support frame(2) .
2) Remove the five bolts (7) (M12),then remove the cover (6).
3) Strike butterfly bolt (5) and dust gauze (4).
4) Using compressed air, clear all sludge, dust and leaves adhering to radiator fins (3).



NOTICE

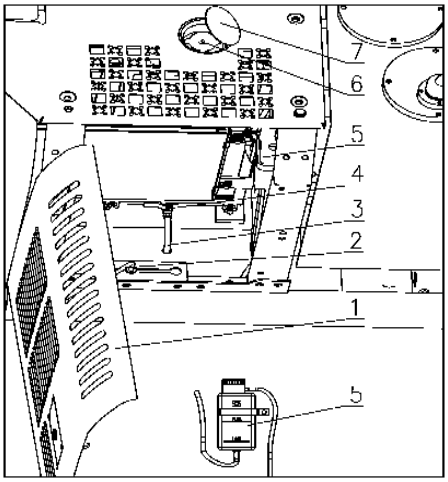
- Be sure to clean all fins every 250h.
- Dust gauze(4) should be cleaned when the dust is heavy.

3. Clean Inside of Cooling System

WARNING

- Immediately after the engine is stopped, the coolant is at a high temperature and the radiator is under high internal pressure. If the cap is removed to check the coolant level in this condition, there is a hazard of burns. Wait for the temperature to go down, and then turn the cap slowly to release the pressure before removing it.
- When standing up from the operator's seat, always place the lock lever in the LOCK position.
- Take care to protect the environment when disposing of waste liquid.

1) Open right side door (1), lock the support frame (2).
2) Open the up cover board (7).
3) Check that the cooling water temperature has gone down enough to make it possible to touch the radiator cap (6) surface by hand, then turn radiator cap slowly, then remove it.
4) Set the container under drain valve (4) to catch the coolant mixture.
5) Open the drain valve (4) and release coolant.
6) After draining the coolant, close drain valve (4), and fill with city water. When the radiator is full, start the engine and run at low idling to raise the temperature to at least 90°C, and then continue to run for approx. 10 minutes.



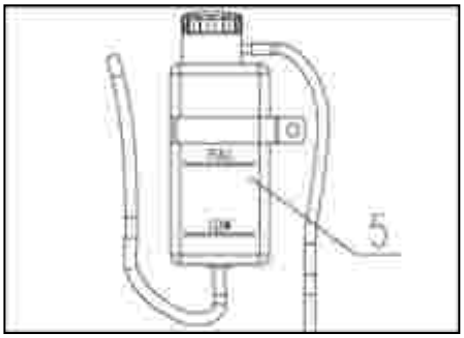
NOTICE

Use distilled water or tap water (soft water) as coolant.Never use well water, river water or simple water.

7) Turn off engine, open the drain valve (4) and release water, and then close the valve.

8) Add the recommended coolant through the radiator coolant filler.

9) Run the engine at low idling for 5 minutes to remove the air from the water, and then run at high idling for 5 minutes. (Leave radiator cap removed when doing this.)



10) Realse the coolant in sub-tank (5), clean inside of it, and add coolant to sub-tank (5) until the level between the FULL and LOW marks.

11) Stop the engine, refill coolant until full after about 3 minutes. Add SHANTUI dedicated coolant until level in sub-tank reaches the appropriate position. Install the radiator water tank cap(6).

NOTICE

- At coolant change, cooling system capacity is approx. 11L.
- Cooling system should be cleaned every time coolant changed.
- Never fill the engine which is operating or just finishes work and is still hot with cold coolant. This may result in cracking on cylinder block and head.
- Delayed coolant change may result in cooling system clogging and the risk of engine cylinder sticking.

Air Cleaner

1. Air cleaner overview

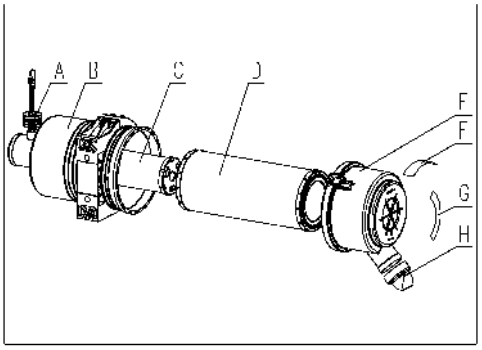
The air cleaner can prevent dust and other foreign materials from entering the engine. Air enters the outer main filter first and then the safety element.
The degree of wear of the engine largely depends on the cleanliness of the suction air. Therefore, you must check the air cleaner periodically and service it properly. This is very important. When working with the air cleaner, maintain high cleanliness.

NOTICE

- Under any circumstances, never run an engine without filter or with a damaged filter.
- Regular check pipes of the air filter to the engine intake manifold to be sure not happen leak and damage.
- To prepare a standby air filter and save it at drying and fine dust place.

The air filter adopts radial sealing and double-layer filtering, and its structure is as follows:

A. Dust Alarm Sensor
B. Air Filter Element Hood
C. Safety Element
D. Main Element
E. Air Cleaner Cover
F. SHANTUI Label
G. Check Number Label
H. Dust Valve



WARNING

- If inspection, cleaning, or maintenance is carried out with the engine running, dirt will enter the engine and cause damage to the engine. Always stop the engine before carrying out these operations.
- When using compressed air, there is danger of dirt flying and causing personal injury.Always wear protective glasses, dust mask, or other protective equipment.

2. Check intake resistance

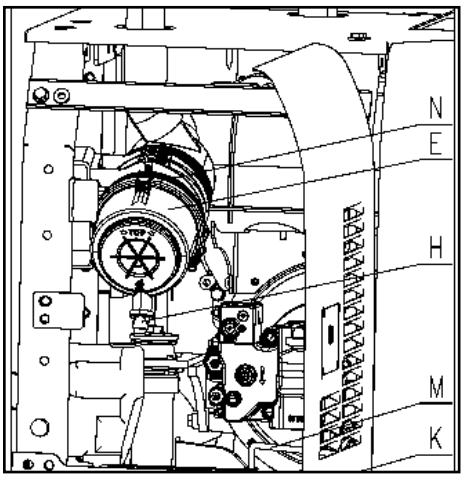
Do not clean the air cleaner element until the air cleaner clogging monitor on the monitor panel light up. If the element is cleaned frequently before the air cleaner clogging monitor light up, the air cleaner will not be able to display its performance fully, and the cleaning efficiency will also go down.

3. Cleaning Air Element

(1) Open the left side door(K) ,lock the support frame (M);

(2) Remove hooks (N) on the air cleaner cover;

(3) Remove air cleaner cover (E).

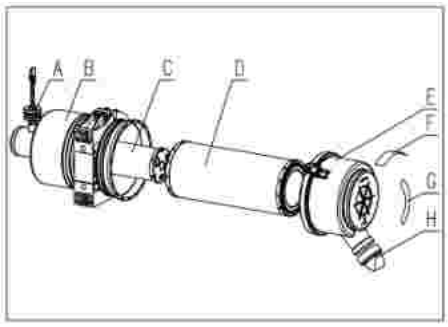


NOTICE

Check for crack, damage, lost in dust valve(H). If any problem is found, replace the parts and clean off any dirt from the dust valve.

(4) Clean the cover (E) and dust valve (H), clean interior of cover with a clean cloth

(5) Remove the main element: Hold the main element (D), rock it lightly up and down and to the left and right, and rotate the element to the left and right to pull it out.



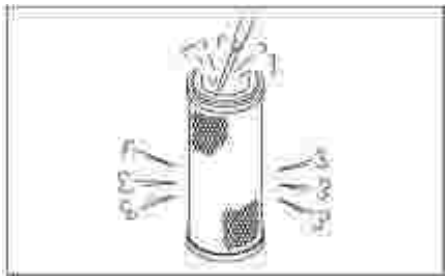
NOTICE

Be sure not to remove the safety element (C), otherwise the dirt will enter easily causing the engine to malfunction. Unless the safety element has been damaged and prepared to replace spare parts.

(6) Clean the main element (D) and air filter element hood (B):

- Mechanical cleaning: Lean main element against softy clean surface and beat end of element carefully. Do not lean against hard thing or beat element violent.
- Clean using compressed air: Direct dry compressed air (less than 0.69 MPa (7 kgf/cm^2, 99.4 PSI)) to the main element from inside along its folds, then direct it from outside along its folds and again from inside. Do not hold the nozzle closer than 3～5cm.
- If small holes or thinner parts are found on the element when it is checked by shining a light through it after cleaning, replace the main element.



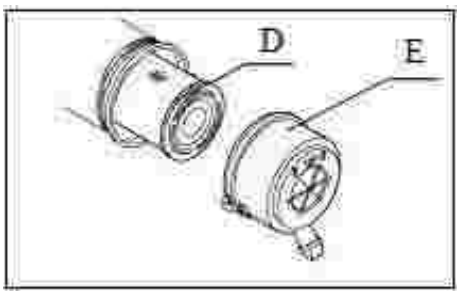


NOTICE

- When cleaning the main element, do not hit or beat it against anything
- You must not determine life of element by means of visual inspection only. Dust alarm sensor is most reliable.
- Must not leave the air cleaner cover (E) open wide for too long unless unavoidable.
- After 6th cleaning or 1 year, main element must be replaced. When replace the main element, replace the safety element at the same time. When dust alarm sensor is alarm howbeit after main element was cleaned, main filter element and safety filter element must be replaced even not reach 6 times cleaning.
- Use element as dedicated to SHANTUI Construction Machinery Co., Ltd

(7) Push the new main element (D) in straight with your hand when installing it to the air cleaner body. If the element is held and rocked lightly up and down and to the left and right while pushing it in, the element can be inserted easily.

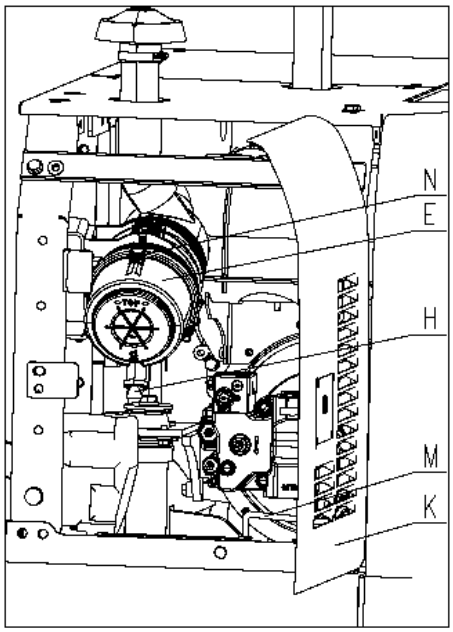
(8) Always install cover (E) so that the TOP arrow is pointing the above. Hook the tip of hook (N) to the protruding part of the air cleaner body and lock it in position.



NOTICE

- The main element cannot be pushed through the cover, which can damage the body and hooks.
- If the main element is not properly installed, remove the cover and re-install the main element until the main element is properly installed.
- Always install the cover so that the dust alarm sensor is facing the ground.
- Remove one seal from the filter cover whenever the main element has been cleaned. The main element may be cleaned, at the most six times.

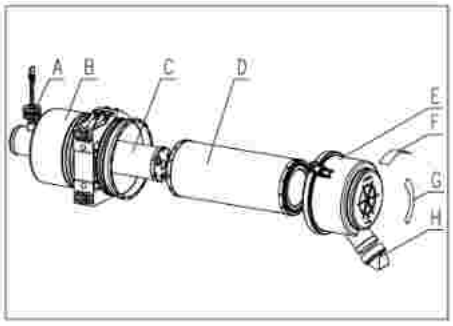
4. Replace Air Filter Element



1) Open left side door (K), lock the support lever (M).
2) Remove the hooks (N) at the air cleaner cover.
3) Remove air cleaner cover (E).
4) Clean the cover (E) and dust valve (H), clean interior of cover with a clean cloth.
5) Remove the main element: Hold the main element (D), rock it lightly up and down and to the left and right, and rotate the element to the left and right to pull it out.

NOTICE: Never remove the safety element.

6) Clean interior of air cleaner body (B) with a clean cloth.
7) Ready a new main element and a safety element, check for the new element. If there is any damage, replace with new parts.
8) Remove safety element (C), then quickly install the new safety element.
9) Push the new main element (D) in straight with your hand when installing it to the air cleaner body. If the element is held and rocked lightly up and down and to the left and right while pushing it in, the element can be inserted easily.



10) Always install cover (E) so that the TOP arrow is pointing the above. Hook the tip of hook (N) to the protruding part of the air cleaner body and lock it in position.

NOTICE

- The safety element works as a protective filter in case the main element should be damaged.
- If the indicator is still alight even though the main element has been cleaned or replaced, the safety element should be replace.

NOTICE

- The safety element must always be replaced, never cleaned.
- When replace the main element, replace the safety element at the same time.
- Never remove the safety element unless it is to be replaced.
- The safety element should be remove carefully and with precision so that no impurities enter the engine.
- Carefully check that the new safety element is correctly installed.

Electrical System Maintenance

Battery

- The battery disconnect switch is located in the left side of the machine.
- The machine is equipped with an AC generator, when the engine is running, the battery switch must always be in the open position. If the battery switch is switched off when the engine is running, the alternator may be damaged.
- After a day's work, should close the battery switch.
- The machine is equipped with the battery for maintenance free battery.

⚠ WARNING

- Battery of gas (hydrogen) flammable.
- Don't expose it to a fire, such as an open flame, a cigarette, or a spark.
- If the electrolyte of the battery is splashed on the clothes or skin, rinse immediately with water.
- If the electrolyte of the battery is splashed into the eyes, rinse immediately with plenty of water and accept the doctor's examination as soon as possible.

Check electrolyte level

1. Open the left door on the left side of the machine;
2. Loosen the cap and the electrolyte level should stay approximately 10mm above the panel.

If the liquid level is too low:

1) Distilled water must be added.

2) Operate the machine after filling to mix the water and the electrolyte of the battery, which is especially important in cold climates.

3) Check that the cable terminals and poles are clean, tightly fastened, and coated with petroleum jelly or similar materials.

Refer to “Battery” in SAFETY section for battery regulations.

Refer to “Battery Discharges and Charges” in OPERATION section.

This is not required for maintenance free batteries

Battery Connection

- Battery terminal must not be confused with each other. Each connecting terminal is clearly marked with (+) or (-) mark. If the cable is connected to the fault, the rectifier of the AC generator will be damaged immediately.
- Disconnect the battery, first disconnect the battery switch

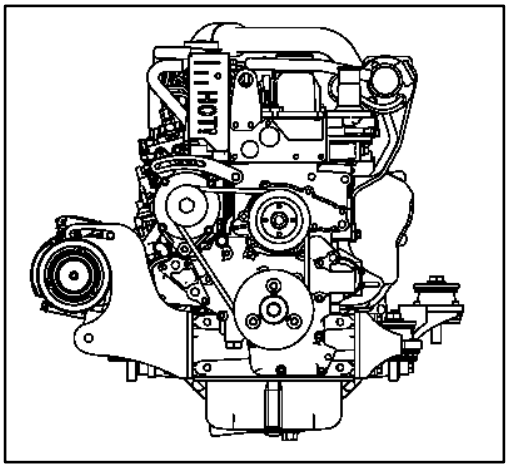
Check the Alternator Belt Tension

WARNING

- When the belt tightening force is checked, the engine must be stopped, because the rotating parts can cause damage.
- Under the correct belt tightening force, it should be possible to the belt under the pressure of about 15 mm. If more than 15 mm, you need to replace a new belt.

Wiring is not correct will affect the work of the alternator and damage to the machine, so it should always follow the instructions below:

- The battery and alternator cables must not be disconnected while the engine is running. Failure to do so may occur in alternator and electronic components.
- Disconnect and insulate the battery cable before performing any maintenance inspections on the equipment of the alternator.



Operating Instructions During the Welding Process

- The battery switch must be turned off before soldering the machine or any device mounted on the machine.
- Before performing any welding on the machine, the battery cable must be disconnected and the cable plug removed from the electronic control unit.
- When disconnecting and reconnecting, the battery switch should be turned off.
- The grounding conductor of the welding equipment should be as close as possible to the welding point.
- Remove all paints within a radius of 10 cm (4 inches) around the solder joint before soldering. Because the heated paint will emit harmful gases.
- All paints will decompose and form a large number of compounds when heated. If exposed to them for a long time, it may cause pain, allergies and health hazards.
- In addition to harm to health, the quality and strength of welding will be damaged, and even the weld will break in the future. Therefore, do not solder directly on the painted surface.

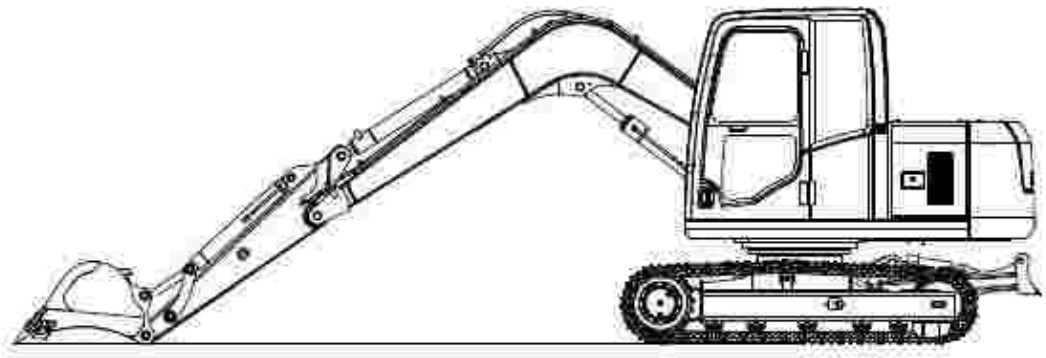
Hydraulic System Maintenance

Hydraulic System Oil Level Check

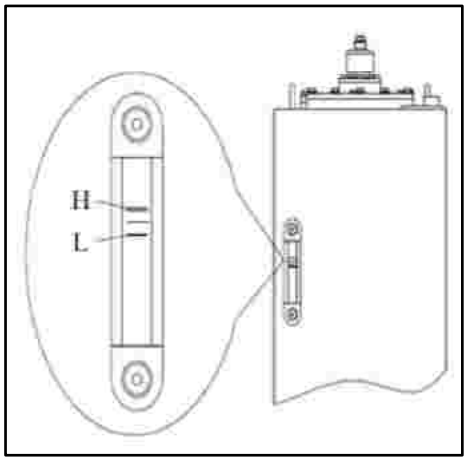
⚠ WARNING

- Any work on hydraulic system requires great demands on cleanliness.
- Check hydraulic oil level every day.
- If the machine is equipped with a large flow attachment like hydraulic breaker, the change intervals of hydraulic return oil filter element, tank strainer, pilot filter element and hydraulic oil should reduce by half.

If any repairment or maintenance needs to be performed, set the work equipment in the posture shown in the diagram below.



1. Retract the arm and bucket cylinder rods fully, then lower the boom, put the bucket teeth in contact with the ground, as shown in the diagram above.
2. Stop the engine.
3. Set the lock lever to the FREE position, then operate the work equipment control levers fully in all directions several times to release the pressure in hydraulic circuit.
4. Set the lock lever to the LOCK position.
5. Open the right side door, then check oil level on sight gauge.
6. The oil level should be between the H and L lines. If the oil level is below the L line, add oil.

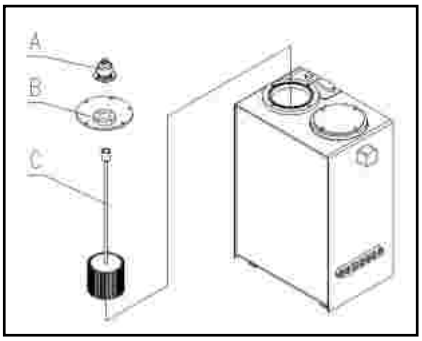


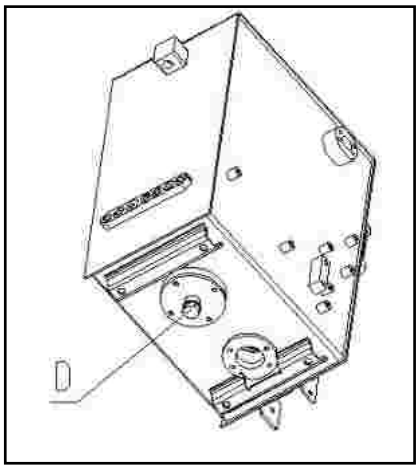
Change Oil in Hydraulic Tank

WARNING

Be careful, hot hydraulic oil may burn the skin without effective protection.

1. Swing so that the drain plug at the bottom of the hydraulic tank is in middle of the left and right track.
2. Retract the arm and bucket cylinders, then lower the boom and put the teeth in contact with the ground.
3. Stop the engine.
4. Set the lock lever to the FREE position, then operate the work equipment control levers fully in all directions several times to release the pressure in hydraulic circuit.
5. Set the lock lever to the LOCK position.
6. Release the inside pressure of hydraulic oil tank through breather filter “A”.
7. Remove the cover “B”.
8. Remove the tank strainer “C”.
9. Set a container directly under the drain plug “D”.
10. Loosen the drain plug “D”.
11. Drain the oil.
12. After draining the oil, tighten the plug “D”.
13. Install a new hydraulic tank suction strainer element.
14. Fill with hydraulic oil and install the breather filter.
15. Check that the oil level is between the H and L lines.





REMARK

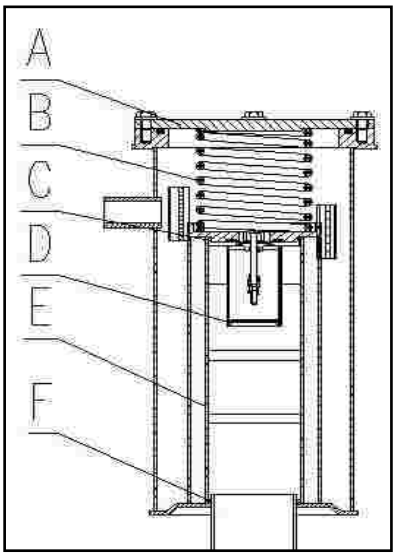
If mineral oil needs to be changed for Bio, please contact your SHANTUI distributor.

Replace Hydraulic Return Oil Filter Element

WARNING

- Replace the hydraulic return oil filter element after first 500 hours and 1000 hours, then every 1000 hours.
- Release the internal pressure of oil tank before removing the cover “A”.

1. Loosen and remove the bolts, then remove the cover “A”.
2. Remove spring “B”, bypass valve “C”, bypass valve filter “D” and return oil filter element “E”.
3. Clean the bottom of the filter case.
4. Install the new return oil filter element “E”, bypass valve filter “D”, bypass valve “C”, spring “B” and O-ring into the filter case in right place.
5. Install the cover “A” and tighten the bolts.
6. To bleed the air, start the engine and run the engine at low idle for 10 minutes.
7. Stop the engine.

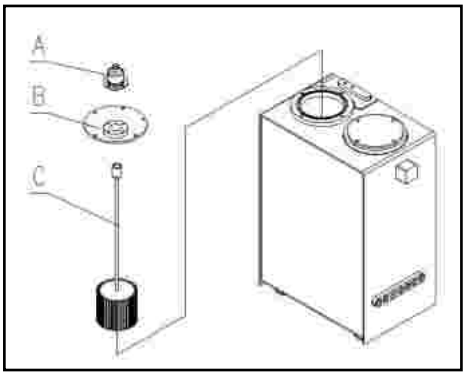


Clean Hydraulic Tank Strainer

WARNING

Clean the hydraulic tank strainer after first 50 hours and 500 hours, then every 500 hours, replace every 2000 hours.

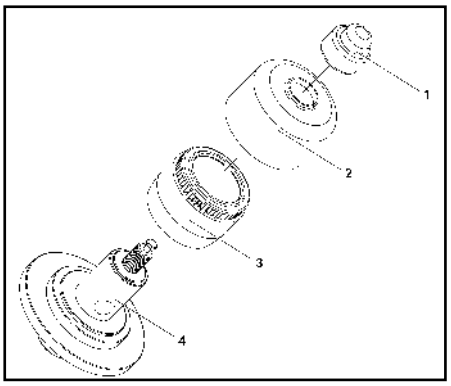
1. Loosen the breather “A” to release the internal pressure.
2. Remove the cover “B” and pull out the strainer “C”.
3. Wash the strainer.



Replace the Hydraulic Tank Breathing Valve Filter

WARNING

Replace the breather valve cartridge (3) every 1000 hours. Working in a dusty environment, the valve replacement cycle is reduced to 500 hours.



1.Clean the surface of the breathing valve and foreign matter such as dust and oil stains.
2.Press and hold the top of the member (1) to release the internal pressure of the tank.
3.Rotate the part (1) counterclockwise to remove the dust cap.
4.Rotate the piece (2) counterclockwise to remove the cap.
5.Remove the breath valve cartridge (3).
6.Remove foreign matter such as dust and oil on the surface of the part (4).
7.Install the new breather valve cartridge in the direction shown, and the wrong installation direction will result in a shorter filter cartridge life cycle.
8.Tighten the cap (2) and cap (1).

NOTICE

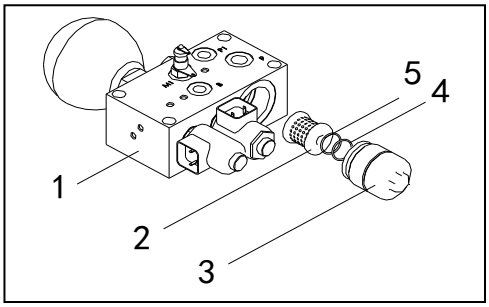
It can only be cleaned with a clean, dry non-woven fabric. It should not be washed with water or other organic solvents.

Replace the Pilot Filter Element

WARNING

Replace the pilot filter element after first 500 hours and 1000 hours, then every1000 hours.

1. Place an oil receiving container under the filter of solenoid valve group(1)
2. Remove the filter shell(3) with the filter wrench, pay attention to the order of installation of the baffle(4) and O-ring(5), remove the pilot filter (2)
3. Replace the new pilot filter(2), install the cleaned gear(4) , O-ring(5) and filter shell(3), and tighten with a filter wrench.
4. Clean and wipe the leaking oil and install the bottom cover plate.



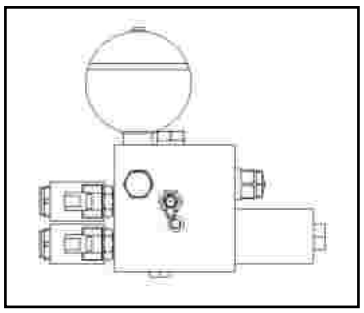
Accumulator Use and Maintenance

WARNING

The accumulator is charged with high-pressure nitrogen gas. To avoid serious injury or damage, please handle the accumulator carefully and always do as follows.

- Do not hit it, make holes in it or weld it.
- Do not bring it near flame or dispose of it in any hot circumstance.
- When disposing of the accumulator, the gas must be released. Please contact your SHANTUI distributor to have this work carried out.
- Set the lock lever to the LOCK position after stopping the engine and lowering the work equipment.

1. Operation (Emergency)



1) Turn the starting switch to the OFF position to stop the engine.
2) Turn the starter key to the ON position and lift the safety lock handle;.
3) Operate the work equipment control levers to lower the work equipment on the ground under its weight.

2. Release Internal Pressure of Accumulator

1) Lower the work equipment on the ground completely.
2) Turn the starting switch to the ON position after stopping the engine.
3) Set the lock lever to the FREE position, then operate the work equipment control levers fully in all directions several times to release the pressure in hydraulic circuit.
4) Turn the starting switch to the OFF position.
5) Set the lock lever to the LOCK position.
6) Loosen the hose slowly and do not stand in the direction that the oil spurt out.

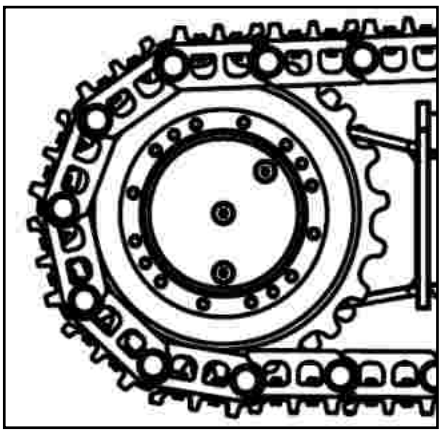
Check/Replace the Swing Reducer Gear Oil

The swing reducer gear self-lubricates its parts with hydraulic oil to keep it running, and no extra oil is required.

Check/Replace the Travel Reducer Gear Oil

WARNING

Parts and oil are at high temperature immediately after the engine is stopped and may cause serious burns. Wait for the oil temperature to go down before performing this operation. If there is still pressure remaining inside the case, the oil or plug may fly out. Loosen the plug slowly to release the pressure.

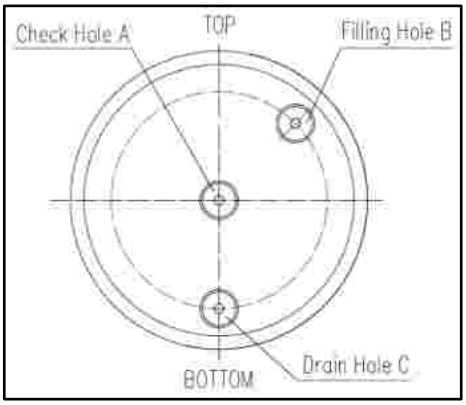


Always clean around the level plug before you check the oil level. Dirt in the oil may damages the track gearbox.
It is very important that the oil level is always correct and make sure that it is checked at working temperature.

- Too little oil may lead to insufficient lubrication of the track drive unit and cause costly damaged.
- Too much oil makes the oil foaming and cause the track drive unit to overheat.

1. Check the gear oil level of the travel reducer

1).Turn the case so that the check hole (A), the drain hole (C) and the filling hole (B) in the position as shown in the figure on the right.



2). Remove the plug of check hole (A).If the oil is about to overflow from the hole, the level is correct .If not, add oil through the filling hole (B) until the oil level is correct.

2. Replace the travel reducer gear oil

1). Prepare a container (more than 2L) to catch the drained oil.

2). Set the check hole (A), the drain hole (C) and the filling hole (B) in the position as shown in the figure above.

3). Set the container under the drain hole(C).

4). Remove the plugs of drain hole (C) and check hole (A), and drain oil completely.

5). Check the O-rings on the plugs. If damaged, replace with new one.

6). Install the plug of drain hole (C), then fill the oil to the correct level through the filling hole (B).

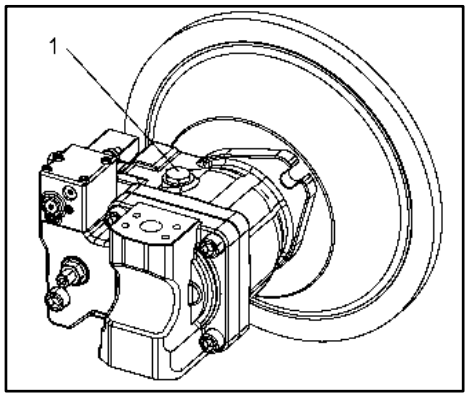
7). Check the oil level.

8). Install the plug of check hole (A).

Bleeding Air from Hydraulic System

If it is necessary to refer to the items for starting the engine, moving the machine off, steering, or stopping, see the OPERATION section.

1. Bleeding air from pump



1). The connector and hose of the pump hole (1) should be just pre-tightened to make filling oil and bleeding easy.

2). Remove the connector and drain hose, keeping the hose higher than the oil level in the hydraulic tank so that oil will not spill out of the hose. Keep the connector clean.

3). Fill clean hydraulic oil slowly until the pump case is almost full and big bubbles come out.

4). Oil will drop when bubble does not come out. Fill oil again until pump case almost full and oil level does not decline.

5). Tighten connector and hose in proper angle with torque wrench, and make a mark. Clean away any spilled oil.

NOTICE

If the pump is operated without filling the hydraulic oil, abnormal heat will be generated and this may cause an unexpected damage to the pump.

2. Bleeding air between pump and hydraulic oil tank

1) Start and run the engine at medium speed (1650 r/min).

2) Operate the working equipment slowly for 5 minutes to bleed the air.

NOTICE

If the engine is run at high speed before bleeding air between pump and hydraulic oil tank, abnormal heat will be generated and this may cause an unexpected damage to the pump.

3. Bleeding air from cylinders

1). Run the engine at medium speed (1650 r\min), and extend and retract each cylinder 4 to 5 times approx.200 mm short of its stroke end. (Do not operate each cylinder to the end of its stroke.)

2). Operate each cylinder 4 to 5 times to the end of its stroke ensure air is bled completely.

3). Retract all cylinders, and check oil level in the hydraulic oil tank. Check exception and handle the problems immediately.

NOTICE

If the engine is run at high speed immediately after start up or a cylinder is pushed up to its stroke end, air taken inside the cylinder may cause damage to the piston packing.

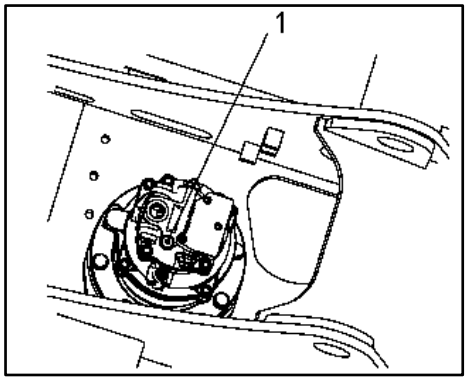
4.Bleeding air from swing motor

1). Remove air bleeder (1), and clear paint slag away around the oil port.

2).Fill the swing motor case with clean hydraulic oil slowly until the case is almost full. Make sure that no oil spill out.

3). Clean away spilled oil and tighten air bleeder.

4). Run the engine at medium speed in an open space and swing slowly 2 to 3 times (between 0～90°).



Bleeding the air from swing motor:

(1). Run the engine at low idling, loosen air bleeder (1), and check that oil oozes out from the oil port.

NOTICE

Do not operate the swing under any circumstance.

(2). If oil does not ooze out, stop the engine, remove air bleeder (1), and fill the inside of the motor case with hydraulic oil.

(3). After completely bleeding the air from the swing motor, tighten air bleeder (1).

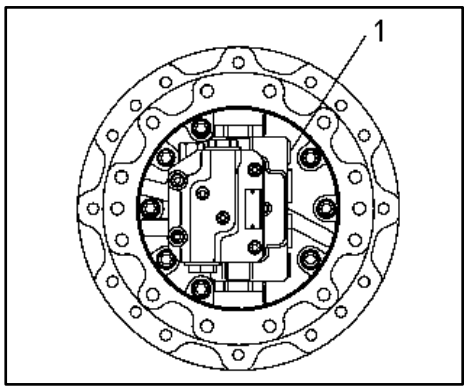
(4). Run the engine at low idle and slowly swing at least 2 times uniformly to the left and right.

NOTICE

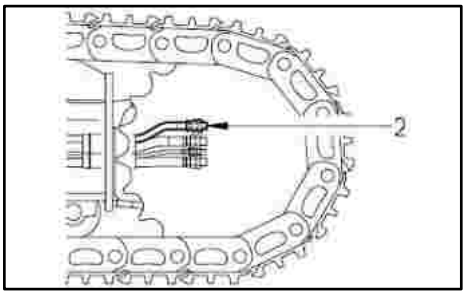
If the air is not bled from the swing motor,the motor bearing may be damaged.

5. Bleeding air from travel motor

1). Remove the plug of motor drain port (1), and clear paint slag away around the oil port.
2). Fill the travel motor case with clean hydraulic oil slowly until the case is almost full. Make sure that no oil spill out.
3). Tighten the plug, wipe off any oil that has been spilled. Keep the mouthpiece face up, so no oil will spill out from the hose.
4). Run the engine at low speed after start up and drive the machine half a meter both forward and in reverse 2～3 times.



Bleeding the air from travel motor:



(1). Run the engine at low idling, loosen the hose (2) at port (1), and tighten it when oil flows out.

(2). Run the engine at low idle and swing the work equipment 90° to bring it to the side of the track.

(3). Jack up the machine until the track is raised slightly from the ground. Rotate the track under no load for 2 minutes. Repeat this pressure on both the left and right sides, and rotate the track equally both forward and in reverse.

6. Bleeding air from attachment (when installed)

If a breaker or other attachment has been installed, run the engine at low idle and operated the attachment pedal repeatedly (approx. 10 times) until the air has been bled from the attachment circuit.

NOTICE

- If the method of bleeding the air from the attachment itself is specified by the manufacturer, bleed the air according to the specified procedure.
- After completing the air bleeding operation, stop the engine, and leave the machine for 5 minutes before starting operations. This will remove the air bubbles in the oil inside the hydraulic cylinders.
- Check that there is no leakage of oil and wipe off any oil that has been spilled.

Air Conditioner System Maintenance

WARNING

- The air conditioning system contains pressurized R134a refrigerant, and R134a refrigerant should not be released freely.
- Repair and refilling of the refrigeration system should only be carried out by trained personnel and should be contacted by an authorized service provider.
- Check or clean the air conditioner evaporator filter every 250 hours, and replace the air conditioner evaporator filter every 1000 hours
- The air conditioner evaporator filter is clogged, the air flow will be weakened, and the cooling and heating capacity will be reduced. It should be cleaned regularly.

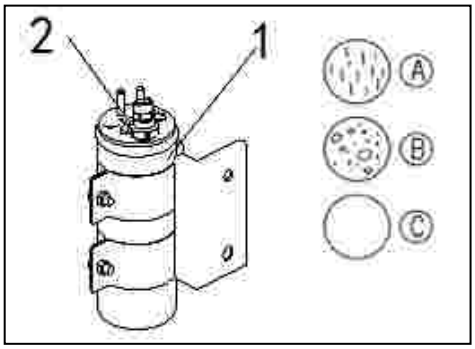
Check and Maintenance Air Conditioner

1. Check Level of Refrigerant (gas)

WARNING

- If the refrigerant used in the air conditioner gets into your eyes or on your hands, it may cause loss of sight or frostbite.
- Do not touch the refrigerant. Never loosen any part of the refrigerant circuit.
- Do not bring any flame close to any point where the refrigerant gas is leaking.

If the refrigerant (gas) level is low, the cooling effect will become poor. When the engine is running at full throttle and the cooler is running at high speed, look at the sight glass (2) (inspection window) in the refrigerant hose (1) mouthpiece to check the condition of the refrigerant gas (R134a) flowing in the refrigerant circuit.



- No bubbles in refrigerant flow: Suitable
- Some bubbles in flow (bubbles pass continuously): Lack of refrigerant
- Colorless, transparent: No refrigerant

REMARK

When there are bubbles, the refrigerant gas level is low, so contact your SHANTUI distributors to have refrigerant added. If the air conditioner is run with the refrigerant gas level low, it will cause damage to the compressor.

2. Inspection During Off Season

Even during the off-season, operate the air conditioner for 3 to 5 minutes once a month to maintain the oil film at all parts of the compressor.

(1) When not in use of air conditioning for a long time, prohibit the exhaust system of refrigerant or refrigeration oil.

(2) Off season or a long time do not use air conditioning, at least once a month about 5 minutes to start air conditioning，to prevent the compressor from the inside of the mat, O ring or bearing dry, in order to increase the durability of the compressor and system and the maximum reduction of refrigerant leakage

NOTICE

When starting the air conditioner in winter, the compressor clutch cannot work due to the low ambient temperature. First to open the heater, over a certain time and then start the air conditioning.

3. Inspection and Maintenance Items

Check, maintenance items	Content of check, maintenance	Guideline for maintenance interval	Remarks
Compressor belt	Damage, tension	Every 250 hours	
Refrigerant (gas)	Charge amount	Twice a year (spring, autumn)	
Condenser	Condenser fins	Every 250 hours	
Compressor	Working status	When required	
Motor fan inside the evaporator	Working status (whether there is abnormal noise)	When required	
Control device	Working status (whether function is normal)	When required	
Evaporator inlet filter	Clean or replace	Every 1000 hours	
Piping of each installation site	Whether the installation state, tightening parts and joints are loose, gas leakage and damage	When required	

Maintenance of Compressor

1. Maintenance of compressor cannot run

① Whether the fuse burns off.

② If the circuit is fault-free, when the engine is restarted, the clutch can be in contact with the magnet, and the sound is issued to indicate that the clutch is free of faults. Otherwise the clutch can be judged faulty.

③ Cut off the clutch power and turn the pulley by hand, if the compressor shaft is very difficult to turn, it is the compressor stuck.

④ If the temperature is high, then let the low temperature protection switch or low voltage protection switch short circuit. If the compressor is running, the protection switch may be damaged or the refrigerant leaks. If the refrigerant leaks light, the compressor should be stopped immediately.

⑤ The temperature sensor is defective or the temperature setting is abnormal.

⑥ The voltage is too low.

2. Overhaul of compressor noise

① Inspect the compressor parts and check for loose or worn-out connections at each plane, and check the belt for looseness. Tighten bolts or tension belt if they are loosening.

② Check the clutch bearings, repair or replace according to situation if damaged.

③ The noise may be the vibration noise of the compressor or shaft. First check whether the support fracture and tightening bolts are loose. V-belt tightening and non-parallel pulley axis can also cause compressor vibration.

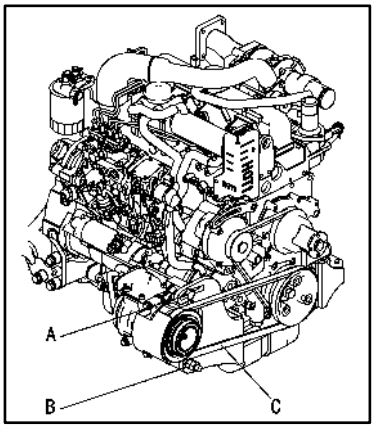
④ Check whether the clutch has clearance or slip.

Check Air Conditioner Compressor Belt Tension, Adjust

WARNING

If the belt tension is not correct, the performance of the compressor will drop, and the belt and the compressor may be damaged.

Press the belt with a finger force of approx. 100 N at a point midway between drive pulley and compressor pulley.
Deflection should be 8 to 15 mm.



Adjustment

1. Loosen bolts (A).
2. Loosen nuts (B) and move compressor to adjust.
3. Tighten nuts (B).
4. Tighten bolts (A).

NOTICE

Check each pulley for damage, wear of the V-groove, and wear of the V-belt. In particular, be sure to check that the V-belt is not touching the bottom of the V-groove.
In case any of the following occurs, ask the SHANTUI distributor in your territory to replace the belts with new ones.

Cleaning/Replacement of Air Conditioning Filters

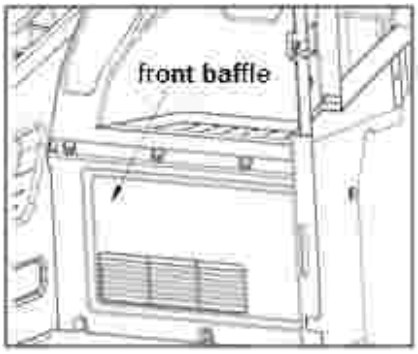
WARNING

- If compressed air is used, there is a danger that dust will fly out and cause serious injury
- Be sure to wear goggles, dust masks and other protective equipment

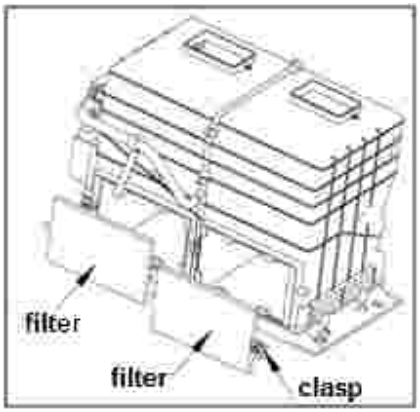
NOTICE:

Normally, filters should be cleaned every 250 hours, but in dusty workplaces, filters should be cleaned more frequently

1. Remove the front baffle of the air conditioner, pinch the clasp of the filter with your hand, and remove the filter.



2. Use compressed air to clean the filter. If oil is stained on the filter or the filter is too dirty, rinse it in water with medium solvent. After rinsing, dry the filter thoroughly before reuse. If the stolen material blocking the filter cannot be washed out with compressed air or water, it should be replaced with a new filter.



Air Conditioning Operation Inspection

Project	Check item	Inspection cycle
Pre-operation check	▣Check the surface of the condenser heat exchanger fo foreign matter	▣Clean after weekly inspection
	▣Use compressed air to clean the periphery of the compressor, special prevention of foreign bodies between clutch sucker and pulley.	▣Before starting air conditioning in summer
	▣Check the connection status of nuts and screws around the compressor	▣Before starting air conditioning in summer
	▣Check whether there is any trace of refrigerant leakage in the connection part of refrigerant tube and the connection part inside the unit ▣Check whether there are defect on the surface of refrigerant pipes due to interference with the vehicle body or friction	▣Before starting air conditioning in summer
Runtime check	▣Check the compressor for abnormal noise	▣At any time
	▣Check whether the refrigeration and other switches of the control board are normal ▣Check for abnormal noise and vibration	▣At any time
	▣Check the starting performance of air volume plus change of evaporator motor, and check whether the air temperature of outlet drops	▣At any time

NOTICE:

- The air conditioning system contains pressurized R134a refrigerant, and R134a refrigerant should not be released freely.
- Repair and refilling of the refrigeration system should only be carried out by trained personnel and should be contacted by an authorized service provider.
- Check or clean the air conditioner evaporator filter every 250 hours or 3 months, and replace the air conditioner evaporator filter every 1000 hours or 1 year.
- The air conditioner evaporator filter is clogged, the air flow will be weakened, and the cooling and heating capacity will be reduced. It should be cleaned regularly.
- High-grade rapid cooling or heating, medium and low-grade maintenance of air-conditioning operation.
- When cold air is not used in spring, autumn and winter, air conditioning compressor should be run once a week.
- In the process of refrigeration, ventilation should be frequent, especially in the case of smoking during refrigeration. When using air conditioner for a long time, ventilation should be carried out every hour.
- Be careful not to be supercooled. The temperature of cold air should be adjusted to be the best temperature beneficial to health. For example, when you enter the cab, you can feel a little cool(the difference between the temperature of cold air and that of air is about 5-6℃)。When adjusting the temperature, full attention should be paid to it.
- Adjust the tensioning force of the air conditioning belt. If the belt tensioning force is not correct, the performance of the compressor will decline, and the belt and compressor may suffer losses.

Main Failure of Air Conditioning System and its Solution

Fault types	Reason	Measures
Evaporator motor not started	▣ The power cord is poorly connected	▣ Check the power connection status
	▣ The power fuse is disconnected	▣ Check and replace the fuse
	▣ The wire is disconnected or shorted	▣ Check for power and short circuit
Air volume is insufficient	▣ Bad startup of evaporator motor	▣ Check and replace
	▣ Foreign body adhered on the surface of the radiator	▣ Clean with compressed air or water
	▣ Radiator freezing	▣ Check the temperature sensor to prevent freezing of the radiator
	▣ Leakage	▣ Check for leaks between the evaporator and the duct
Low pressure is too low	▣ The dryer or line is blocked	▣ The temperature difference between the inlet and the outlet of the dryer occurs, replace
	▣ The expansion valve is frozen or blocked	▣ Check for clogging of the expansion valve ▣ Confirm that there is a freeze
	▣ Frost at low pressure in low ambient temperature	▣ Increase the temperature setting
Low pressure is too high	▣ The expansion valve is abnormal	▣ Replace the expansion valve
	▣ Compressor pulley is abnormal, high and low pressure are almost the same	▣ Check or replace compressor pulley
High pressure is too low	▣ Lack of refrigerant	▣ Added refrigerant
	▣ Compressor pulley is abnormal, high and low pressure are almost the same	▣ Check or replace compressor pulley
	▣ Ambient temperature is too low	▣ System is normal
High pressure is too high	▣ Condenser has poor condensation	▣ Check for foreign matter on the surface of the radiator and clean it
	▣ Overfilling of the refrigerant causes low temperature and low pressure in the low pressure pipe	▣ After pumping the vacuum and then add the amount of refrigerant

Check and Adjust Track Tension

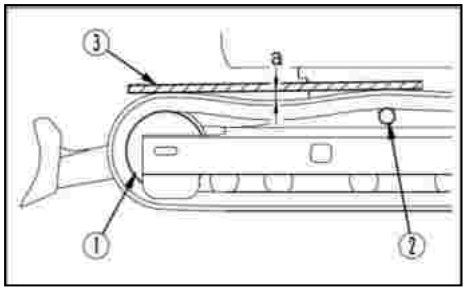
（Machine equipped with metal track plate、road liner）

1. Track tension-check

Wear on pins and bushings of the undercarriage will vary with working conditions and type of soil, so inspect the track tension every now and then in order to maintain the standard tension.

For carrying out inspection and adjustment of track shoes, park the machine on the flat and solid ground.

1. For carrying out inspection and adjustment of track shoes, park the machine on the flat and solid ground.



2. Put on the track shoe straight wooden bar ③ which stretches from idler ① to upper carrier roller ②.

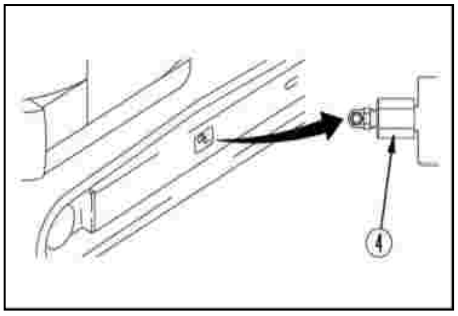
3.Measure the maximum deflection between bottom surface of the wooden bar and top surface of the track shoe.

- Standard deflection "a" should be 10~ 30 mm.

2. Track tension-adjustment

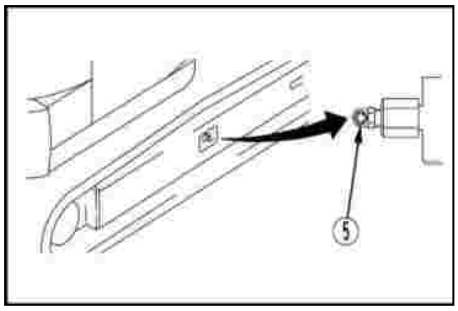
（Machine equipped with metal track plate、road liner）

If the track tension is not up to the standard value, the track adjust according to the following method.



WARNING

- Plug ④ in high pressure grease, is dangerous to fly out. Do not loosen the screw ④ over a ring.
- Do not release the plug ④ in addition to any other component. Don't face the plug ④ installation direction.
- If not use method provided here to track tension and relaxation, please contact SHANTUI distributor.



1) Increase track tension

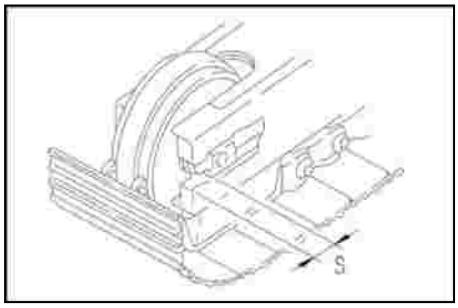
Prepare a grease pump

(1). Pump in grease through grease fitting ⑤ with a grease pump.

(2).To check if the tension is correct, run the engine at low idle, move the machine slowly forward (by an amount equal to the length of track on ground), then stop the machine.

(3). Check the track tension again, and if the tension is not correct, adjust it again.

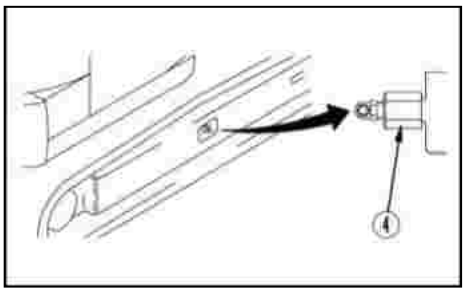
(4).Continue to pump in grease until dimension (S) becomes zero(0). If the tension is still loose, the pin and bushing are excessively worn, so they must be either turned or replaced. Please contact your SHANTUI distributor for repairs.



2) Loosen track tension

WARNING

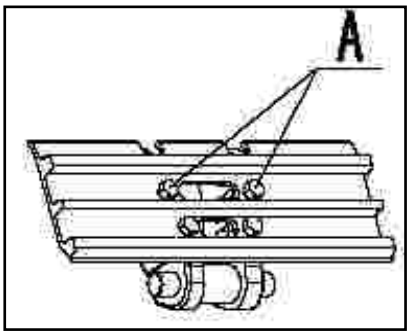
It is extremely dangerous to release the grease by any method except the procedure given below. If track tension is not relieved by this procedure, contact your SHANTUI distributor.



(1) Loosen plug ④ gradually to release the grease;
(2) When loosened plug④, turn it a maximum of one turn;
(3) If the grease does not come out smoothly, move the machine forwards and backwards a short distance;
(4) Tighten plug④;
(5) To check if the tension is correct, run the engine at low idle, move the machine slowly forward (by an amount equal to the length of track on ground), then stop the machine;
(6) Check the track tension again, and if the tension is not correct, adjust it again.

Check and Tighten Track Shoe Bolts

（Machine equipped with metal track plate、road liner）



If the machine is used with track shoe bolts (A) loose, they will break, so tighten any loose bolts immediately.

1. Metal track bolts - check / tighten

1) First tighten to a tightening torque of 270N•m(27±2kgf•m) then check that the nut and shoe are in close contact with the link contact surface.

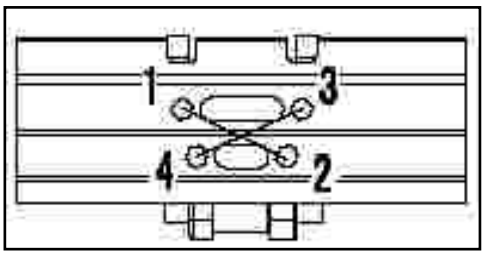
2) After checking, tighten a further 90°±10°.

2. Road liner bolts-check/tighten

196±19.6N•m(20±2kgf•m) of the tightening torque, then check the nut and crawler board whether or not closely contact with link interface.

Tightening sequence
(Machine equipped with metal track plate、road liner)

Tighten the bolts in the order shown in the diagram on the right.



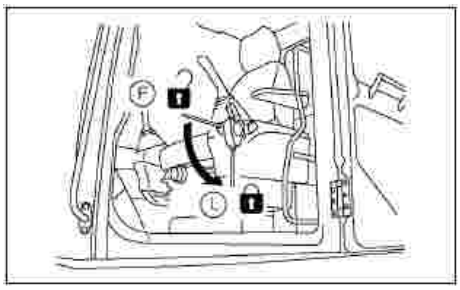
After tightening, check the nut and crawler board whether or not closely contact with link interface.

Replace Bucket Teeth

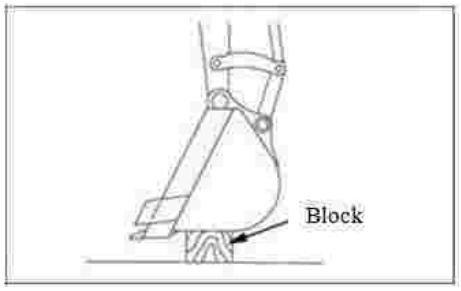
Replace the teeth before the wear reaches the adapter.

WARNING

- It is dangerous if the work equipment is mistakenly moved when replacing the teeth. Set the work equipment in a stable condition, stop the engine, then set lock lever securely to the LOCK position.
- As the locking pin is knocked out with force, there is danger that the pin may fly out. Check that there is no one near the machine.
- Broken pieces may fly during the replacement operation, so always wear safety glasses, gloves, or other protective equipment.



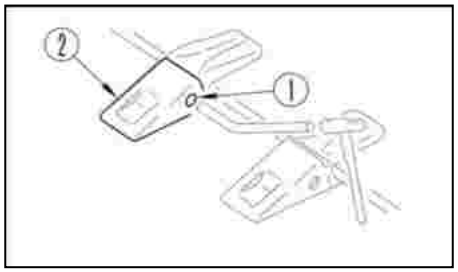
1. To make it possible to knock out pin ① of tooth, put block under the bottom of the bucket, and set so that the bottom surface of the bucket is horizontal.



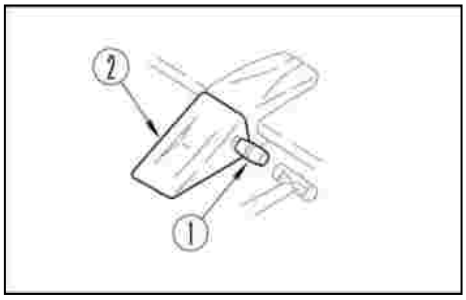
2. Place a metal rod on the head of pin ①, hit the rod with a hammer to knock out the pin, then remove tooth ②.

REMARK:

The metal rod's diameter slightly smaller than the pin.



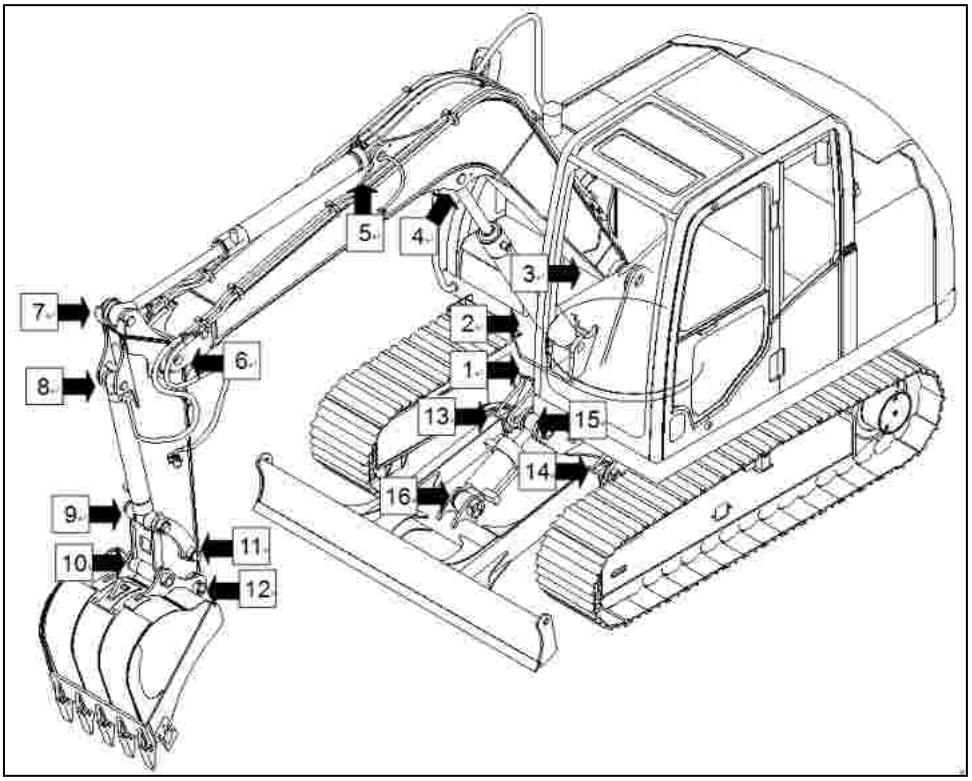
3. Clean the mounting face. Fit a new tooth ② in the adapter, push in pin ① partially by hand, then lock it with a hammer to install the tooth to the bucket.



Lubrication System Maintenance

The working device is filled with grease

1. Set the work equipment in the greasing posture below, then lower the work equipment to the ground and stop the engine.
2. Using a grease pump, pump in grease through the grease fittings shown by arrows.
3. After greasing, wipe off any old grease that was pushed out.

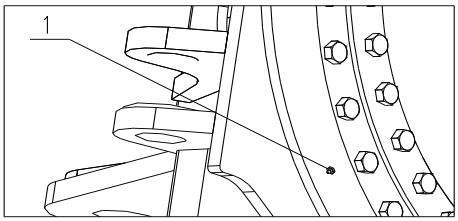


(1) Swing circle (2 places)
(2) Boom cylinder foot pin (1 places)
(3) Boom foot pin (1 places)
(4) Boom cylinder piston rod pin (1 places)
(5) Arm cylinder foot pin (1 places)
(6) Boom-arm connecting pin (1 places)
(7) Arm cylinder piston rod pin (1 places)
(8) Bucket cylinder foot pin (1 places)
(9) Bucket cylinder piston rod pin (1 places)
(10) Bucket-Linkage connecting pin (1 places)
(11) Arm-Rocker arm connecting pin (1 places)
(12) Arm-Bucket connecting pin (1 places)
(13) Blade-Track frame connecting pin (1 places)
(14) Blade-Track frame connecting pin (1 places)
(15) Blade cylinder foot pin (1 places)
(16) Blade cylinder piston rod pin (1 places)

Lubricate Swing Circle

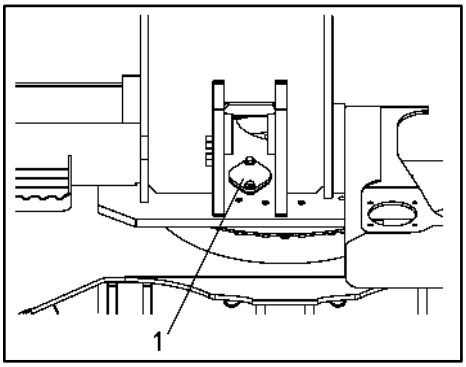
WARNING

- Every 250 hours maintenance.
- Don't add too much grease.



1. Park the machine on the ground.
2. Lower the bucket to the ground.
3. Turn the key to the stop position.
4. Put down the safety lock handle, and lock the system, see "Lock lever" in the OPERATION section.
5. Through 2 grease filling ports "1", inject grease.
6. Start the engine, rise the bucket to a few inches off the ground, then rotate the upper structure to the other filling port.
7. Lower the bucket to the ground.
8. From the third step, repeat steps.
9. The lubrication grease is injected into the swing circle until the lubricating grease can be seen from the swing circle.
10. After greasing, wipe off any old grease that was pushed out.

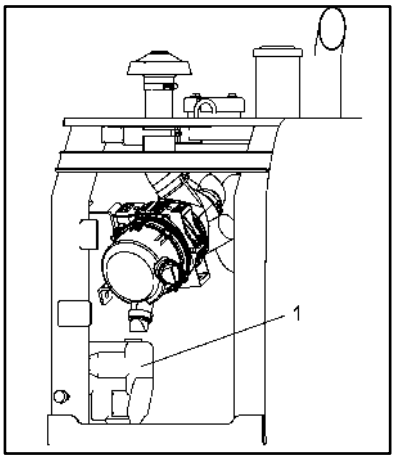
Check Grease for Swing Circle



1. Park the machine on the ground.
2. Lower the bucket to the ground.
3. Turn the key to the stop position.
4. Put down the safety lock handle, and lock the system, see "Lock lever" in the OPERATION section.
5. Remove bolts and cover plate "1".
6. Check the amount of grease and contaminate condition.
7. Add grease if necessary.
8. Check the liner, if any damage is immediately replaced.
9. Installing the cover plate "1".
10. If the grease is contaminated or decolorization due to the water, should immediately replace the grease.

The filling amount of grease is about 5L.

Check/Add Windshield Washer Fluid Level



If there is gas in the window washer fluid, open the left door and check the level of the fluid in window washer (1).

Add window washer fluid if necessary.

When adding fluid, be careful not to let any dust get into it.

Maintenance and Lubrication of Lock Core

WARNING

- After the door lock is used for a period of time, there will be dust and impurities in the lock core, which will cause the lock core to become stuck and fail to open. Do not force it to open, otherwise the lock core will be damaged.
- Add lubricant once every 250 hours.

When the key is inserted halfway, the lock core dust cover is opened. At this time, the carburetor cleaning agent is sprayed into the lock cylinder. The key is fully inserted into the lock cylinder for several rotations, half of the key is pulled out, and the cleaning agent is sprayed again. It can effectively remove internal impurities.
After cleaning, add a small amount of diluted lubricant.
In addition, pre-tighten the hood lock shaft and apply a small amount of lubricant to the lock shaft and lock contact.

Maintenance and Lubrication of Hinge

WARNING

- After the hinge is used for a period of time, dust, impurities, etc. may cause the hinge to be stuck and the door/cover to be opened. Do not forcibly open the door/cover at this time, otherwise the door/cover will be damaged.
- Add lubricant once every 250 hours.

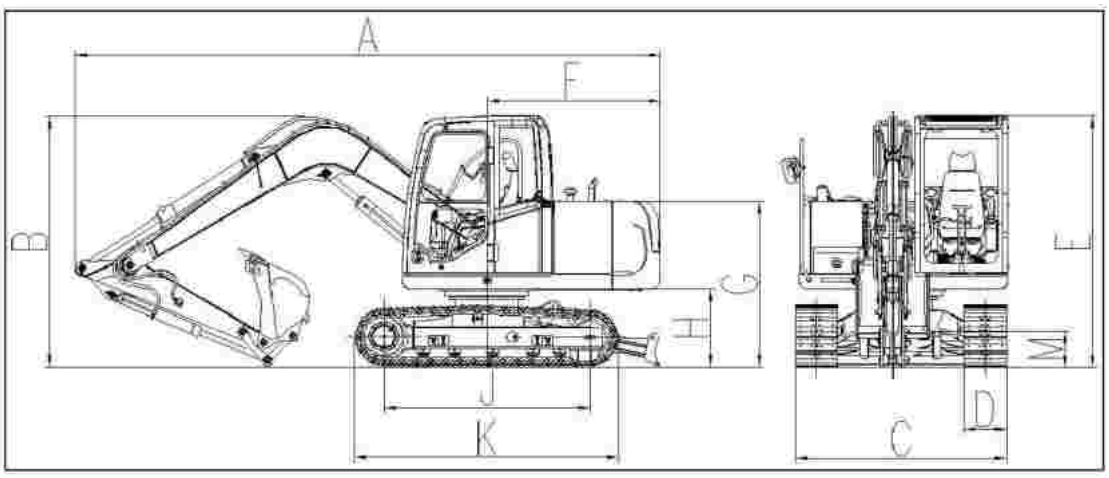
Clean the dust and impurities on the door or cover, then apply a little lubricant to the hinge.

5SPECIFICATIONS

WARNING

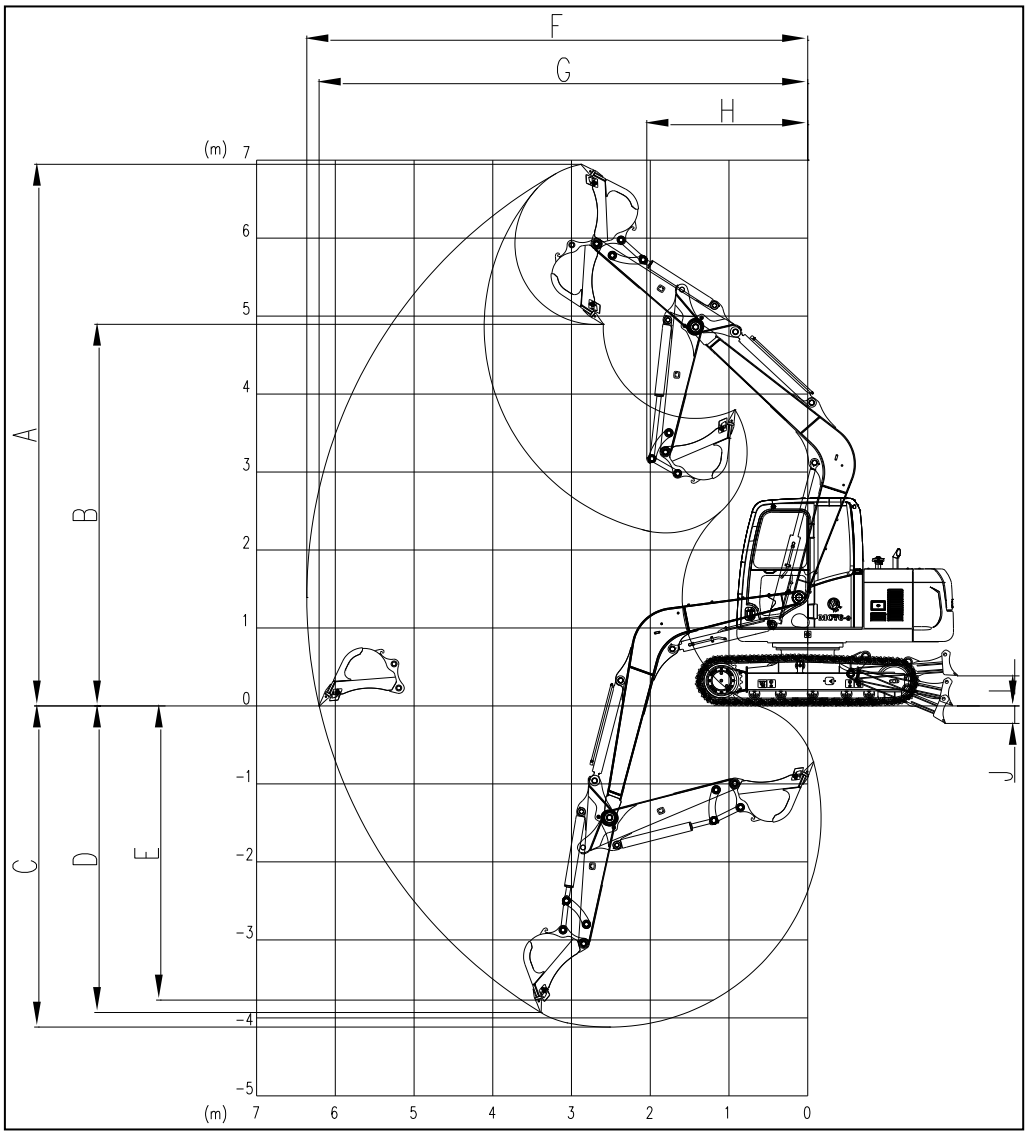
Please read and make sure that you understand the SAFETY section before reading this section.

Specifications



	Item	Unit	Parameter
A	Overall length	mm	6240
B	Overall height (to the top of boom)	mm	2660
C	Overall width	mm	2260
D	Track shoe width	mm	450
E	Overall height (to the top of cab)	mm	2680
F	Radius of upper structure	mm	1850
G	Hood heigh	mm	1755
H	Counterweight ground clearance	mm	825
J	Tumbler center distance	mm	2195
K	Length of track	mm	2820
M	Min. Ground clearance	mm	385

Working Ranges



	Item	Unit	Parameter
A	Max. Digging height	mm	6945
B	Max. Dumping height	mm	4895
C	Max. Digging depth	mm	4120
D	Max. Vertical wall depth	mm	3620
E	Maximum depth cut for 2440 mm (8') level bottom	mm	3770
F	Max. Digging reach	mm	6360
G	Max. Digging reached at ground level	mm	6205
H	Min. Swing radius of work equipment	mm	2040
I	Max. lifting height of the blade	mm	385
J	Max. Cutting depth of the blade	mm	225

Standard Configuration and Digging Force

Configuration	Unit	SE75-9	SE75-9A
Arm Length	mm	1650	1650
Boom Length	mm	3710	3710
Bucket capacity	m^3	0.32	0.32
Arm digging force	kN	44	38
Bucket digging force	kN	66	66

Operating Weight and Ground Pressure

Track shoes width /mm	450
Operating weight /kg	7650
Ground pressure /kPa	34

6ATTACHMENTS AND OPTIONS

WARNING

Please read and make sure that you understand the SAFETY section before reading this section.

Safety First

When installing attachments or options to the machine, it is necessary to pay attention to safety. Please obey the following precautions strictly when selecting, installing, or using attachments or options.

Install only attachments or options authorized by SHANTUI. SHANTUI cannot accept any responsibility for any accident, damage, or failure caused by the use of attachments or options not authorized by SHANTUI.

WARNING

- Please consult your SHANTUI distributor before installing attachments or options to the machine.
- Depending on the type of attachment or option, it may be necessary to install a front guard, or other safety structure to the machine. There may also be problems of the attachment or option hitting the operator's cab.
- Before installing or using any attachment or option, make sure that you thoroughly read and understand the instruction manuals for the machine and the attachment or option.
- To prevent serious accidents due to misoperation, do not put your feet on the pedals except when you operate the pedals.
- Before operating, set alarm lines around the machine to prevent personnel from entering. Do not operate the machine while someone is near the machine.
- According to the attachments, vibration noise will make it difficult for colleagues to convey the instructions, before operating, to assign a command, and determine the signal to be used.

WARNING

Precautions when removing or installing:
When removing or installing the attachment or option, obey the following precautions, and take care to ensure safety during the operation.

- Carry out the removal and installation operation on a flat, firm ground surface.
- When the operation is carried out by two or more workers, choose the leader and follow his instructions.
- Use a crane when handling heavy objects (more than 25 kg (55 lb)). (The crane must be operated by a qualified operator.)
- Never go under a load raised by the crane.
- Do not carry out operations with the load kept raised by the crane. Always use a stand to prevent the load from falling.
- When removing a heavy part, consider the balance after it is removed. To prevent the machine from tipping over, set a support in position if necessary before removing the part.
- Before installing or after removing the attachment or option, set it in a stable condition to prevent it from falling over.

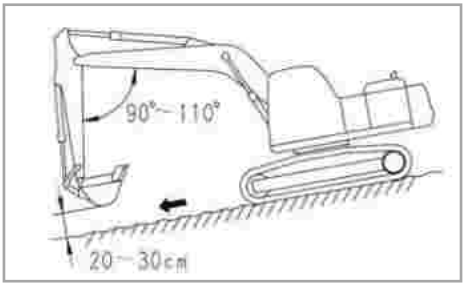
NOTICE

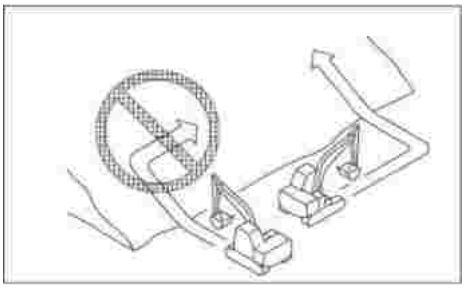
For details of the removal or installation operation, please consult your SHANTUI distributor.

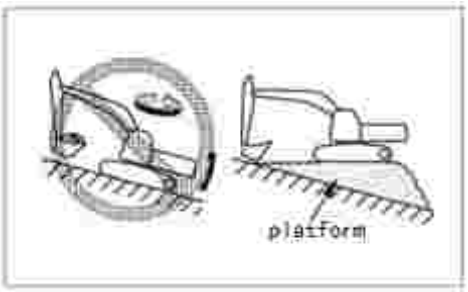
Attachment Installation

WARNING

When long or heavy work equipment is installed, remember the following precautions.







- Before starting operations, move the machine to a safe place and carry out a test operation to make sure that you fully understand the movement, center of gravity, and working range of the machine.
- Do not swing the work equipment if the machine is at an angle. If the work equipment is swung with the machine at an angle, there is danger that the machine will tip over.
- Always maintain a safe distance from obstacles in the surrounding area when operating. If long work equipment is installed, the working range becomes larger.
- The swing overrun (the distance the work equipment moves before completely stopping after the swing brake is applied) will be greater. There is danger of hitting objects if the swing overrun is miscalculated, so allow extra space to the swing position when swinging.
- The hydraulic drift of the work equipment (the amount of the work equipment moves down under its own weight when it is stopped in a raised position) also becomes greater. Do not stop the work equipment in a raised position; always lower it to the ground.
- Do not swing, lower, or stop the work equipment suddenly. There is danger that the machine may tip over.
- Do not suddenly extend or retract the boom cylinder. The shock may cause the machine to tip over.

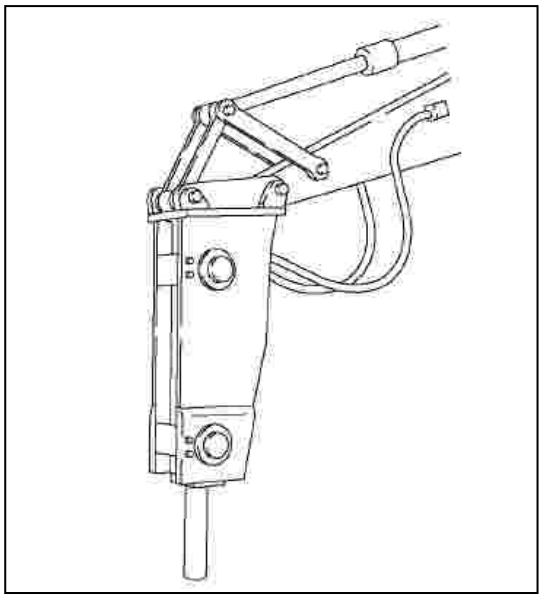
Recommended Attachment Operations

NOTICE

Select the optimum model of attachment for a hydraulic excavator on which it is to be mounted.

Depending on machine models of hydraulic excavator, the kind of attachments or the model of specific attachments that can be mounted will vary. Hence, consult your SHANTUI distributor for the selection of optimum attachments.

Hydraulic Breaker

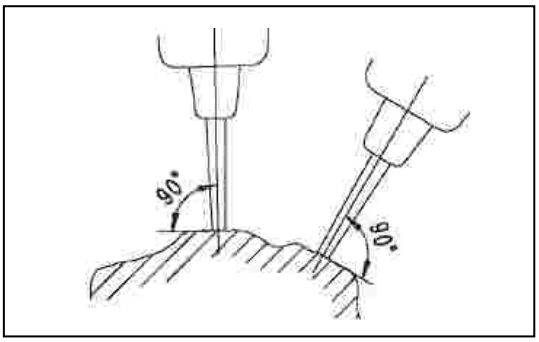


Main Applications

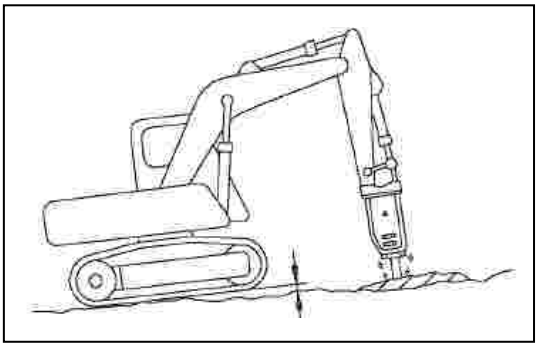
- Crushed rock
- Demolition work
- Road construction

This attachment can be used for a wide range of applications including demolition of buildings, breaking up road surfaces or slag, tunnel work, rock crushing and breaking operations in quarries.

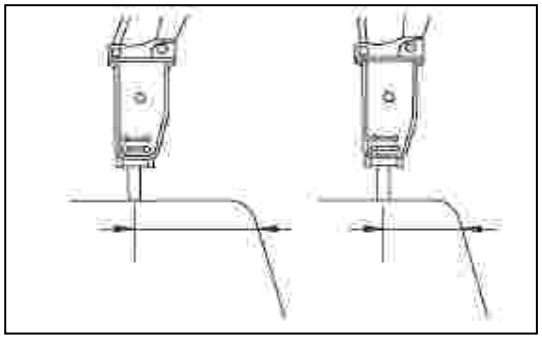
- Keep the chisel pushed perpendicularly against the impact surface when carrying out breaking operations.



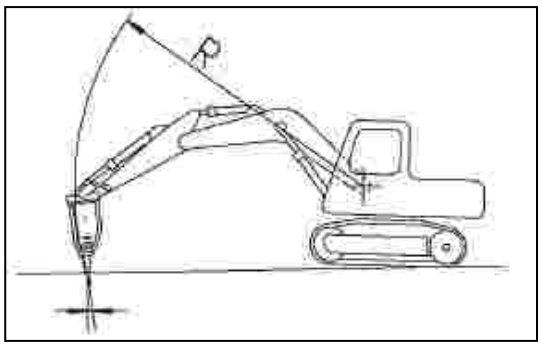
- When applying impact, push the chisel against the impact surface and operate so that the chassis rises approx. 5 cm (2 in) off the ground. Do not let the machine come further off the ground than this amount.



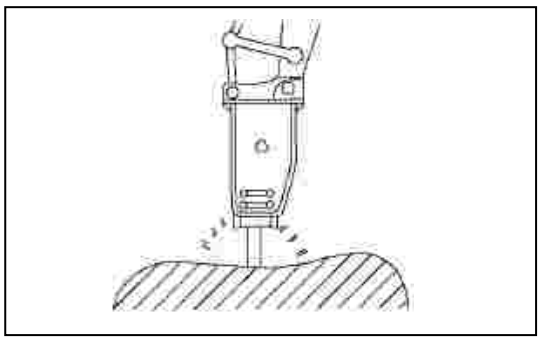
- When applying continuous impact to the same impact surface, if the chisel does not penetrate or break the surface within 1 minute, change the point of impact and carry out breaking operations closer to the edge.



- The direction of penetration of the chisel and the direction of the breaker body will gradually move out of line with each other, always adjust the bucket cylinder to keep them aligned.



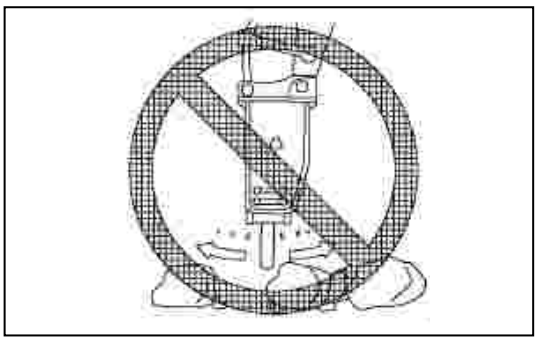
- Always keep the chisel pressed against the impact surface properly to prevent using the impact force when there is no resistance.



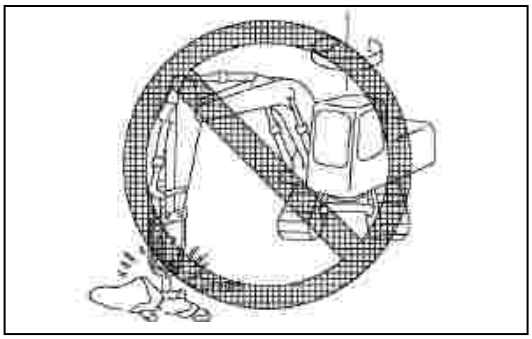
Prohibited Works

To ensure that the machine has a long life, and to ensure that operations are carried out in safety, do not operate the machine in any of the following ways.

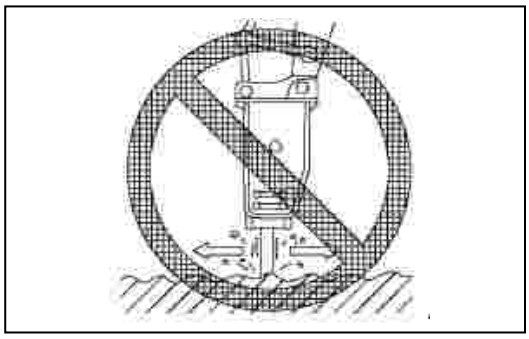
- Do not operate all cylinders to the end of their strokes. Always leave approx. 5 cm (2 in) to spare.
- Using the mount to gather in pieces of rock.



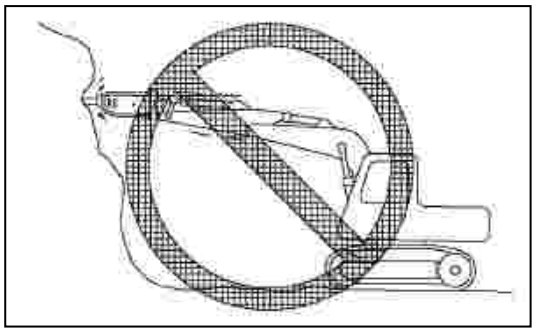
- Operations using the swing force



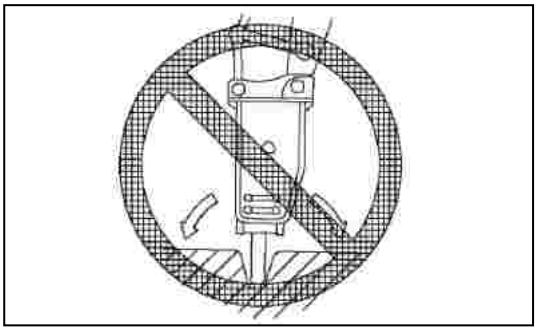
- Moving the chisel while carrying out impacting operations



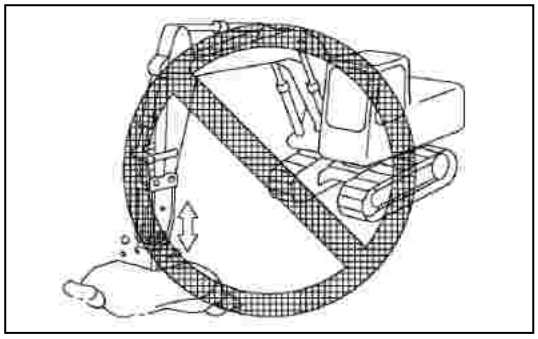
- Holding the chisel horizontal or pointed up when carrying out impacting operations



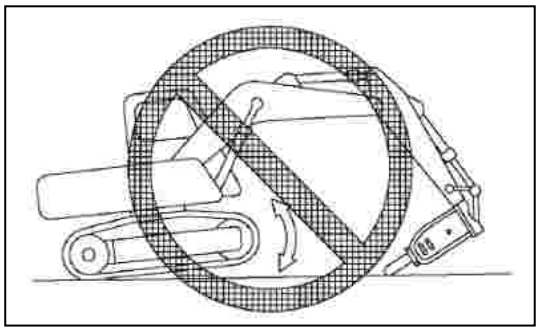
- Twisting the chisel when it has penetrated the rock



- Pecking operations



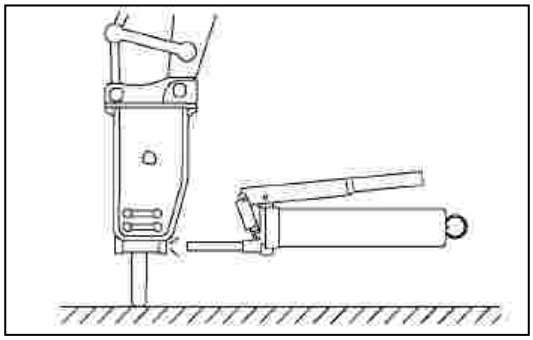
- Extending the bucket cylinder fully and thrusting to raise the machine off the ground

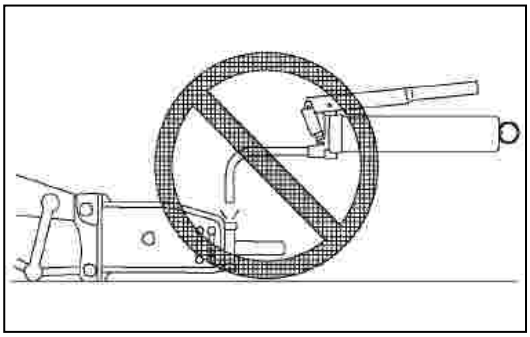


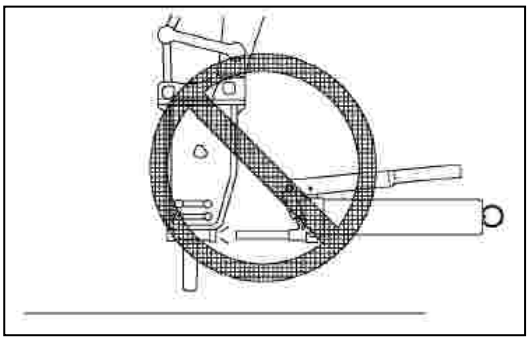
Supply Grease in the Correct Position

NOTICE

If the breaker is greased in an improper posture, it is filled with more grease than necessary. As a result, soil and sand will enter the hydraulic circuit and can damage the hydraulic components, while the breaker is in use. Therefore, be sure to grease the breaker, holding it in the right posture.







Other specific steps refer to "Hydraulic Breaker Operation and Maintenance Manual"

便签页



山推挖掘机服务热线

400-000-1000

更多产品及服务信息，请关注山推股份官方微信！
Pay attention to official WeChat of Shantui for informations!

版本号： V1.0 2019.5
Version： V1.0 May .2019
No.： J170-01B-030001

SHANTUI
山推工程机械股份有限公司
SHANTUI CONSTRUCTION MACHINERY CO., LTD.

国内服务热线： 400-000-1000
国际服务热线：+86-537-2909336
网址：www.strongest.cn
电子邮件：service@strongest.cn
地址：中国山东省济宁市327国道58号

Domestic Service Hotline : 400-000-1000
International Service Hotline : +86-537-2909336
Website : www.strongest.cn
Email : service@strongest.cn
Address : No.58,Highway G327,Jining,Shandong,China

Consejo Profesional
Nacional de Ingenierías
Eléctrica, Mecánica
y Profesiones Afines

CERTIFICADO DE MATRICULA PROFESIONAL

Original

EL SECRETARIO EJECUTIVO DEL
CONSEJO PROFESIONAL NACIONAL DE INGENIERÍAS ELÉCTRICA,
MECÁNICA Y PROFESIONES AFINES

CERTIFICA:



1. Que en cumplimiento de la Ley 51 de 1986 y del Decreto 1873 de 1996, NICOLAS DANIEL CORTES QUIÑONES, identificado con Cédula de Ciudadanía 1.014.281.680 de Bogotá (D.C.), presentó solicitud de matrícula profesional de Ingeniero Mecánico ante el Consejo Profesional de Ingenierías Eléctrica, Mecánica y Profesiones Afines, Seccional de Cundinamarca, acreditando para el efecto su grado profesional, otorgado por la Escuela Colombiana De Ingeniería Julio Garavito el día 3 de Marzo de 2020.

2. Que, estudiada la solicitud, el Consejo Profesional de Ingenierías Eléctrica, Mecánica y Profesiones Afines, Seccional de Cundinamarca, mediante la Resolución 20 del 25 de Mayo de 2020 expidió la matrícula profesional a NICOLAS DANIEL CORTES QUIÑONES para ejercer la profesión de INGENIERO MECÁNICO de acuerdo con lo señalado en la ley y el decreto antes citados.

3. Que, mediante la Resolución 55 del 26 de Mayo de 2020, el Consejo Profesional Nacional de Ingenierías Eléctrica, Mecánica y Profesiones Afines confirmó la matrícula anterior y le asignó el número de registro:

CN230-147772

Este certificado se expide en Bogotá el día 26 de Mayo de 2020.

MARCO ANTONIO GÓMEZ ALBORNOZ
Secretario Ejecutivo

Documento expedido en formato PDF, con firma digitalizada según el artículo 11 del Decreto 491 de 2020,
"por el cual se adoptan medidas de urgencia para garantizar la atención y la prestación de servicios por parte de las autoridades públicas"

Calle 70 No. 9 - 10
PBX: (1) 3558888
Bogotá, D.C. - Colombia
e-mail: info@consejoprofesional.org.co

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

TARJETA DE REGISTRO DE MAQUINARIA

No. 110941

No. DE REGISTRO	MARCA	LINEA	AÑO MODELO
MC612140	SHANTUI	SE75	2023

TIPO DE MAQUINARIA	CLASE	No. SERIE
CONSTRUCCION	EXCAVADORA	66SE07EJNN0906139

COLOR(ES)	No. MOTOR	RODAJE
AMARILLO	CNC0938	ORUGAS

PESO Y MEDIDAS SIN ACCESORIOS

PESO	ALTO	ANCHO	LARGO
7650 Kg	2680 mm	2260 mm	6240 mm

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
URREGO BARAHONA NORBERTO ANIBAL	C.C. 74.324 850

LOCATARIO APELLIDO(S) NOMBRE(S) — IDENTIFICACION

LIMITACIONES A LA PROPIEDAD



ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

SECRETARÍA DE MOVILIDAD DEL MUNICIPIO DE MOSQUERA

FECHA REGISTRO	FECHA EXPEDICIÓN	FECHA VENCIMIENTO
13-02-2023	13-02-2023	******

ORIGEN	DEC. IMPORTACION	FECHA DE LEVANTE
IMPORTACIÒN	352022000603803	29/12/2022

ESTA TARJETA ES VÁLIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

TM0200035183