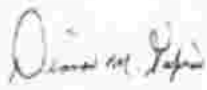
ELABORO:	ELABORO:	REVISO Y APROBO:
ING. Luisa Fernanda Moreno Otavo	**ING.** Eynny Zulay Eslava	**ING.** Diana Tapia
		
FIRMA:	**FIRMA:**	**FIRMA:**
CARGO: Residente SST Consorcio Malla Vial Suba MT	**CARGO:** Residente de Obra Consorcio Malla Vial Suba MT	**CARGO:** Residente SST Consorcio Malla Vial Suba MT
Versión V - 1	Versión Inicial	06/08/2025
Versión V - 2	Se atienden observaciones de interventoría	09/08/2025

CONSORCIO SUBA MT

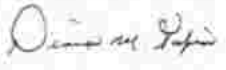
INFORME DE GESTIÓN No. 4. COMPONENTE DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO – SST

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 JULIO AL 31 DE JULIO DE 2025

BOGOTÁ D.C

CONTROL DE DOCUMENTOS

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

MODIFICACIONES

FECHA	VERSIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN
31/07/2025	01	Versión Inicial
09/08/2025	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. Frentes de obra 11
4.1.2. Personal del Proyecto 11
4.1.3. Afiliación al Sistema De Seguridad Social 13
4.2. Descripción sociodemográfica 17
5. Capacitaciones SST 18
6. SUBPROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO 19
6.1. Exámenes Médicos 19
6.2. Ausentismos e indicadores 20
7. SUBPROGRAMA DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL 20
7.1. Saneamiento básico y campamentos 21
7.2. Elementos De Protección Personal 22
7.3. Inspecciones planeadas 22
7.4. Seguimiento incidentes y accidentes de trabajo 23
7.5. Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo 23
7.6. Comité de Convivencia Laboral – CCL 24
8. MAQUINARIA Y EQUIPOS 24

9. PLAN DE SEÑALIZACIÓN 25

10. SEGUIMIENTO AL PLAN DE TRABAJO 25

11. INDICADORES MÍNIMOS DE SG-SST 26

12. CONCLUSIONES 27

S

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 8.1. Arriendos SUBA MT
Anexo 9. Comités
Anexo 10. Certificados de accidentalidad
Anexo 11. Registro fotográfico
Anexo 12. 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 julio 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	LUISA FERNANDA MORENO OTAVO
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 julio 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	EJECUCIÓN
1	11004209	11004209	CLL 136 D	CRA 157 A	CRA 158 B	EJECUCIÓN
1	11002883	11002883	CRA 149C	CLL 138	DG 138 F	EJECUCIÓN
1	11003330	11003330	CRA 148A	CLL 134 A	CLL 137	EJECUCIÓN
1	11003377	11003377	CLL 136 A	CRA 150 B	CRA 150C	EJECUCIÓN
1	11004038	11004038	CLL 137	CRA 157	CRA 158 B	EJECUCIÓN
1	11003393	11003393	CRA 154 B	CLL 138 B	CLL 138 C	EJECUCIÓN
1	11003575	11003575	CRA 154 B	CLL 138 A	CLL 138	EJECUCIÓN
1	11003471	11003471	CRA 154 B	CLL 138 A	CLL 138 B	EJECUCIÓN

Fuente: CONSORCIO SUBA MT, 2025

4.1.2. Personal del Proyecto

A continuación, se relaciona el personal mínimo requerido para la ejecución del contrato:

Tabla 5. Personal mínimo requerido

CARGO	DEDICACIÓN	PROFESIONAL	CEDULA
Director de Obra y Especialista en Geotecnia	35%	Oscar Julián Moreno	1.032.727.77

CARGO	DEDICACIÓN	PROFESIONAL	CEDULA
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
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 %	Luisa Moreno	1.110.580.807
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 %	Yuly Paulin Jaramillo	32.907.266
Residente en tránsito y transporte	100 %	Javier Alexander Ramírez	80.051.643
Inspector SSTMA	NA	Diana Carolina Medina	1030605839

CARGO	DEDICACIÓN	PROFESIONAL	CEDULA
Auxiliar de ingeniería	N/A	Erick Santiago Gómez Soto	1.001.174.776
Técnico – Inspector 1	N/A	Wilmer Andrés Molina Rojas	1.022.940.379
técnico – inspector 2	NA	Lauren Viviana Bojacá	1233506640
Topógrafo - Inspector	N/A	Carlos Javier Bejarano Ávila	1016008993
Topógrafo - Inspector	NA	Marco Antonio Macias Velásquez	1.023.874.707
Cadenero 1	N/A	Carlos Santiago Niño	1031810520
Cadenero 2	N/A	Nancy Esperanza Gómez romero	65.769.815
Cadenero 1	N/A	Yeison Daniel Sosa	80250145
Cadenero 2	N/A	Tito Murillo	1045421614
Laboratorista - Inspector	N/A	Paola Cristina Morales Colorado	1.017.243.738
Conductor	N/A	Anderson Rubiano	1023903332
Conductor	N/A	Wilson Diaz Ruiz	79493184
Almacenista	N/A	Fabio Alexander Salazar	80.759.438
Secretaria	NA	Keren Manuela Ojeda	1104938008

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				
Carlos Santiago Niño	1.031.810.520	Cadenero 2	16/07/2025	N/A
Wilson Diaz Ruiz	79.493.184	Conductor	21/07/2025	N/A
Joselito Leyton	5.967.959	Ayudante De Obra	21/07/2025	N/A
Juan Manuel Santos	79.474.031	Ingeniero Residente	08/07/2025	N/A
Arnold Sloan Suarique Basante	1.019.099.425	Ayudante De Obra	24/07/2025	N/A
Jaime Enrique García Torreblanca	72.301.381	Ayudante De Obra	24/07/2025	N/A
Carlos Andrés Orozco Bolívar	1.129.504.549	Ayudante De Obra	16/07/2025	N/A
Cristian David Pestaña Mercado	1.101.460.836	Ayudante De Obra	16/07/2025	N/A
Eduard Herrera Mata	1.044.906.787	Ayudante De Obra	16/07/2025	N/A
Misael Caviedes Cárdenas	382.112	Maestro De Obra	16/07/2025	N/A
Plinio Rodríguez Burgos	74.333.386	Ayudante De Obra	16/07/2025	N/A
Alcibíades Canchón Hernández	1.024.466.587	Maestro De Obra	23/07/2025	N/A
Wisses Miguel Oñate Mejía	1.015.411.853	Oficial	23/07/2025	N/A
Miguel Alexander Torrija	1.122.810.674	Ayudante De Obra	23/07/2025	N/A
Oscar Efrén Sánchez	7.925.823	Operador Maquinaria	01/07/2025	N/A
ANTIGUO				
Oscar Julián Moreno	1.032.727.77	Director De Obra Y Especialista En	01/04/2025	N/A

		Geotecnia		
Daniel Fajardo Castañeda	1.018.476.072	Ingeniero Residente De Obra - 1	01/04/2025	N/A
Carlos Javier Bejarano Ávila	1.016.008.993	Topógrafo Inspector	05/05/2025	N/A
Keren Manuela Ojeda Pineda	1.104.938.008	SECRETARIA	01/04/2025	N/A
Fabio Alexander Salazar Cáceres	80.759.438	Almacenista	04/05/2025	N/A
Diana Carolina Medina Gómez	1.030.605.839	Inspector Sst/Ma	22/06/2025	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
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
Luisa Fernanda Moreno Otavo	1110580807	Residente SST	23/04/2025	N/A
Erick Santiago Gómez Soto	1.001.174.776	Auxiliar De Ingeniería	04/05/2025	N/A
Nancy Esperanza Gómez Romero	65.769.815	CADENERO 1	04/05/2025	N/A
Víctor Antonio Berrio	1.002.204.105	Ayudante De Obra	03/06/2025	N/A
Arivelet Alfredo Rodríguez	12.630.516	Ayudante De Obra	03/06/2025	N/A
Brayan Felipe Barreto Gómez	1.071.164.488	Operador Maquinaria	11/06/2025	N/A
José Ignacio Caro	91.322.765	Maestro De Obra	18/06/2025	N/A
Derwin Antonio Sánchez	1.044.929.627	Ayudante De Obra	20/06/2025	N/A
Yeison Daniel Sosa	80.250.145	Cadenero 1	01/04/2025	N/A

Tito Isidro Murillo	19.461.616	Cadenero 2	01/04/2025	N/A
Lauren Viviana Bojacá	1.233.506.640	Técnico - Inspector	22/05/2025	N/A
Wilmer Andrés Molina Rojas	1.022.940.379	Técnico - Inspector	23/05/2025	N/A
Marco Antonio Macias Velásquez	1.023.874.707	Topógrafo Inspector	04/05/2025	N/A
Anderson Duván Rubiano	1.023.903.332	Conductor	16/05/2025	N/A
Angie Vanessa Arévalo	1.014.736.681	Auxiliar Social	22/05/2025	N/A
William Andrés Miranda Muñoz	1.117.552.197	Ayudante De Obra	16/05/2025	N/A
Edwin Antonio Herrera	1.044.906.637	Ayudante De Obra	22/05/2025	N/A
Jesús Daniel García Hernández	1.085.042.995	Ayudante De Obra	22/05/2025	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
Alfonso Cipriano Bustos	87.717.804	Residente Ambiental	22//05/2025	N/A
Yuly Paulin Jaramillo	32.907.266	Especialista En Tránsito Y Transporte	10/05/2025	N/A
Wylinton Linares	1.073.696.732	Operador	27/05//2025	N/A
Norberto Urrego	74.324.850	Operador	27/05/2025	N/A

Luis Eduardo Acuña Medina	9.197.514	Operador	29/05/2025	N/A
Francisco Álvarez Ortiz	16.110.632	Ayudante De Obra	26/06/2025	N/A
Hernando Siabato Rodríguez	19.120.018	Maestro De Obra	26/06/2025	N/A
Mao Sebastián Bermeo	1.001.197.750	Especialista En Diseño Y Especialista En Pavimentos	30/05/2025	N/A
RETIROS				
Javier Velásquez	1.065.659.224	Ayudante De Obra	24/07/2025	30/07/2025
Oscar Tirano	1.032.415.309	Conductor	27/05/2025	19/07/2025
Luzmila Luengas Peña	51.964.259	Cadenero 1	04/05/2025	27/07/2025
Paola Cristina Morales Colorado	1.017.243.738	Laboratorista Inspector	04/05/2025	14/07/2025
Rafael David Duran	1.048.268.303	Ayudante De Obra	24/07/2025	30/07/2025

Se realizó el cambio del conductor del consorcio SUBA MT, el conductor saliente es el señor Oscar Tirano y el conductor entrante es el señor Wilson Diaz quien asumirá las funciones correspondientes.

Igualmente, el retiro de la señora Luzmila luengas peña como cadenero 1 y se reemplazó por el señor Santiago niño y de acuerdo al retiro de la laboratorista inspector Paola Cristina Morales y queda pendiente el reemplazo del cargo de Laboratorista inspector.

En relación con las afiliaciones de la ARL de de la empresa ESPACIO PUBLICO Y URBANISMO CYM CONSTRUCCIONES ASOCIADOS, se aclara que ARL POSITIVA se encuentra con las plataformas no funcionales a nivel nacional y el proceso de afiliación se realiza mediante correo electrónico juan.ruiz@positiva.gov.co, por lo que no se presentan certificados de los procesos de afiliación.

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
Condiciones de orden y aseo en obra	09/07/2025	8	Luisa Moreno
Charla Actos y Condiciones Inseguras	19/07/2025	12	Luisa Moreno
Manejo de residuos y Manejo de materiales.	25/07/2025	5	Luisa Moreno
Capacitación SGA	25/07/2025	4	Luisa Moreno

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.

20

Tabla 8. Relación de exámenes médicos

No.	NOMBRE	FECHA
1	Carlos Santiago Niño	12/07/2025
2	Wilson Diaz Ruiz	26/07/2025
3	Joselito Leyton Rivas	16/07/2025
4	Juan Manuel Santos Orellanos	25/09/2024
5	Arnold Sloan Suarique Basante	23/07/2025
6	Jaime Enrique García Torreblanca	23/07/2025
7	Carlos Andrés Orozco	08/07/2025
8	Cristian David Pestana Mercado	05/07/2025
9	Eduard Herrera Mata	05/07/2025
10	Misael Caviedes Cárdenas	05/07/2025
11	Plinio Rodríguez Burgos	05/07/2025
12	Wisses Miguel Oñate Mejía	30/05/2025
13	Miguel Alexander Torrija Oñate	18/06/2025
14	Oscar Efrén Sánchez Lemus	30/04/2025
15	Javier Enrique Velásquez	23/07/2025
16	Dilan David Noriega	17/06/2025
17	Jhon James Mosquera	01/04/2025

6.2. Ausentismos e indicadores

Durante el periodo del 1 al 31 de julio de 2025, se presentó 2 casos de ausentismo por enfermedad común los trabajadores notificaron de manera oportuna su situación médica y presentaron 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

CAMPAMENTO N° 1: 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 cuenta con 2 sanitarios en el campamento.

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

CAMPAMENTO N° 2 UBICADO EN VILLA CINDY: 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.

CAMPAMENTO N° 3 UBICADO EN SAN PEDRO: En el periodo se cuenta con un campamento en la obra CIV 11002883 ubicada en la dirección Cra 149C # 138-43, 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 14. Arriendos SUBA MT

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. 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 Kit Antiderrame	10/07/2025
Inspección locativa	15/07/2025
Inspección de botiquín y camilla	22/07/2025

INSPECCIONES	FECHAS
Inspección extintores	25/07/2025
Inspección epps	30/07/2025

Fuente. CONSORCIO SUBA MT, 2025

Ver anexo 3. Plan de trabajo – inspecciones

7.4. 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 julio no se presentaron incidentes ni accidentes de trabajo.

Los certificados de accidentalidad presentados corresponden a empresas consorciadas.

Anexo 11. Certificado de accidentalidad

7.5. Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo

En cumplimiento a lo dispuesto en Resolución 2013 de 1986, Resolución 1016 de 1989, Resolución 1401 de 2007, LEY 1562 DE 2012 y DECRETO 1072 DE 2015, El Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST) fue constituido formalmente, el día 23 de mayo se llevó a cabo la conformación del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST). en cumplimiento de la normatividad vigente en materia de seguridad y salud en el trabajo. Su conformación responde al compromiso institucional de velar por la promoción y vigilancia de las condiciones de seguridad y salud en el entorno laboral, garantizando la participación activa de empleadores y trabajadores en la prevención de riesgos laborales.

Se levanta la segunda (2) acta de reunión el día 15 de julio del presente año con el fin de realizar seguimiento al componente de seguridad y salud en el trabajo.

7.6. Comité de Convivencia Laboral – CCL

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.

La reunión del CCL se programa de manera trimestral y está programada para el mes de agosto.

Ver anexo 10. Comités

8. 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	Caterpillar	236D	2017	4820170000422700	64559	NO
3	Vibro compactador	INGERSOL	DD24	2002	07085260485315	N/A	SI
4	Pavimentador	Cedarapids	CR 351 B284170	2012	4820140000110620	58215	NO
5	CARGADOR	JCB	1CX	2012	482012000232923	41289	NO
6	Retroexcavadora	Caterpillar	308C	2007	482012000330561	53068	NO
7	Vibrocompactador	HAMM	171195	2009	482017000011306-7	N/A	NO
8	Retroexcavadora Oruga	Komatsu PC 138	1640	2004	482017000181118-4	31344	NO
9	Minicargador	ZOOMLION	ZLHZS080K R0D03170	2025	062007100254604-5	1114471	SI
10	Retroexcavadora Hidráulica	SHANTUI	6SE07EJNM 000139	2023	352022000603803-7	110941	SI

No.	Maquina	Marca	Ref / serie	Modelo	Manifiesto de importación	Tarjeta de propiedad	ACTIVO SI/NO
11	Vibrocompactador	INGERSOL L RAND DD90	175864	2012	062012000210962-4	N/A	NO
12	Vibrocompactador	BOMAG	101170512711	2007	062007100254604-5	N/A	NO

Fuente: CONSORCIO SUBA MT, 2025

Ver anexo 13. Maquinaria y equipos

9. PLAN DE SEÑALIZACIÓN

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

10. 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 99% de las actividades programadas. 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

11. 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 0/65*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 trabajadores en el mes) * 100 (MENSUAL)	Por cada cien (100) trabajadores que laboraron en el mes, se perdieron (0) días por accidente de trabajo 0/65*100 = 0%	Mensual	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%

Nombre	Definición	Fórmula	interpretación	Periodicidad	Meta
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 2025 0/0*100 = 0%	Anual	0%
Incidencia de enfermedad laboral	Número de casos nuevos de enfermedad laboral en una población determinada en un periodo 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 2025 0/65*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 programadas en el mes) *100	En el mes se perdió X% de días programados de trabajo por incapacidad médica 0/26=0%	Mensual	0%

Fuente. CONSORCIO SUBA MT, 2025

12. CONCLUSIONES

- 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.

Anexo 1. Planillas SS

0. Cert Para Fiscales

CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002

Yo, Por medio de la presente yo **MISAEL CAVIDES CARDENAS** identificada con cedula de ciudadania No. 382.112 de Macheta, en calidad de representante legal de **ESPACIO PUBLICO Y URBANISMO CYM CONSTRUCCIONES ASOCIADOS SAS**con **NIT 901.152.861-5**, 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 **JULIO 2025.** Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

No.	TRABAJADOR	NO CC
1	Carlos Andrés Orozco Bolívar	1.129.504.549
2	Cristian David Pestaña Mercado	1.101.460.836
3	Eduard Herrera Mata	1.044.906.787
4	Misael Caviedes Cárdenas	382.112
5	Plinio Rodríguez Burgos	74.333.386

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 agosto de 2025.

Cordialmente,

MISAEL CAVIDES
382.112 de Macheta
REPRESENTANTE LEGAL

CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002

Yo, Por medio de la presente yo **Yasmin Caterine Burbano Narváez** identificada con cedula de ciudadanía No. 1.123.325.183 de orito, en calidad de representante legal de **CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS A&C SAS** con **NIT 901846272-6**, 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 **JULIO 2025.** Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

No.	TRABAJADOR	NO CC
1	Alcibíades Canchón Hernández	1.024.466.587
2	Wisses Miguel Oñate Mejía	1.015.411.853
3	Miguel Alexander Torrija	1.122.810.674
4	Rafael David Fernández	1.048.268.303

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 agosto de 2025.

Cordialmente,

YASMIN CATERINE BURBANO
REPRESENTANTE LEGAL
CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS A&C SAS
NIT. 901.846.272-6

DCM Ingenieros S.A.S.

CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002

Yo, **Iván Camilo Andrade Santana** identificada con cédula de ciudadanía **No. 1.013.603.357** de Bogotá, como representante de la empresa **DCM Ingenieros SAS** identificado con **NIT 900.781.595-5** 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 **JULIO 2025.** Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

No.	TRABAJADOR	NO CC
1	IVAN CAMILO ANDRADE SANTANA	1013603357

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 a los quinto (5) día del mes de agosto de 2025.

IVAN CAMILO ANDRADE SANTANA
C.C 1.013.603.357 de Bogotá D.C
Representante Legal

ICOD
Nit: 901.172.605-1

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 **JULIO 2025.** Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

No.	TRABAJADOR	NO CC
1	Oscar Julián Moreno	1.032.727.77
2	Daniel Fajardo Castañeda	1.018.476.072
3	Carlos Javier Bejarano Ávila	1.016.008.993
4	Keren Manuela Ojeda Pineda	1.104.938.008
5	Fabio Alexander Salazar Caceres	80.759.438
6	Diana Carolina Medina Gómez	1.030.605.839

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 cinco (5) día del mes de agosto de 2025.

OSCAR JULIAN MORENO CARRAZCO
C.C. 1.032.472.777 de Bogotá D.C
Representante Legal

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 **JULIO 2025.** Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

No.	TRABAJADOR	NO CC
1	DAYANA LICETH MEDINA ROJAS	1.016.066.905
2	EYNNY ZULAY ESLAVA	1.052.383.452
3	LUISA FERNANDA MORENO	1110580807
4	ERICK SANTIAGO GÓMEZ SOTO	1.001.174.776
5	LUZMILA LUENGAS PEÑA	51.964.259
6	LUZMILA LUENGAS PEÑA	51.964.259
7	PAOLA CRISTINA MORALES COLORADO	1.017.243.738

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 cinco (5) día del mes de julio 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 **JULIO 2025.** Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

No.	TRABAJADOR	NO CC
1	Carlos Santiago Niño	1.031.810.520
2	Wilson Diaz Ruiz	79.493.184
3	Joselito Leyton	5.967.959
4	Juan Manuel Santos	79.474.031
5	Arnold Sloan Suarique Basante	1.019.099.425
6	Jaime Enrique García Torreblanca	72.301.381
7	Víctor Antonio Berrio	1.002.204.105
8	Arivelet Alfredo Rodríguez	12.630.516
9	Brayan Felipe Barreto Gómez	1.071.164.488
10	José Ignacio Caro	91.322.765
11	Derwin Antonio Sánchez	1.044.929.627
12	YEISON DANIEL SOSA	80.250.145
13	TITO ISIDRO MURILLO	19.461.616

Dirección: Carrera 24 # 67 - 40 C.C LA RAMPLA
Teléfono: 3124208739

14	Lauren Viviana Bojacá	1.233.506.640
15	Wilmer Andrés Molina Rojas	1.022.940.379
16	Marco Antonio Macias Velásquez	1.023.874.707
17	Anderson Duvan Rubiano	1.023.903.332
18	Angie Vanessa Arévalo	1.014.736.681
19	William Andrés Miranda Muñoz	1.117.552.197
20	Edwin Antonio Herrera	1.044.906.637
21	Jesús Daniel García Hernández	1.085.042.995
22	Oscar Tirano	1.032.415.309
23	Javier Velásquez	1.065.659.224
24	Jimmy Alberto Cendales Mora	80.038.149
25	Julian Dario Fajardo Nuñez	1.016.075.257
26	Jorge Eliecer Rodríguez Paredes	80.793.394
27	Alejandra Garzón Bustamante	1.010.201.650
28	Paola Copaban Rico	52.335.172
29	Javier Alexander Ramirez	80.051.643
30	Alexander Castillo Sierra	1.010.192.576
31	Alfonso Cipriano Bustos	87.717.804
32	Yuly Paulin Jaramillo	32.907.266
33	Wylinton Linares	1.073.696.732
34	Norbarto Urrego	74.324.850

Dirección: Carrera 24 # 67 - 40 C.C LA RAMPLA
Teléfono: 3124208739

35	Luis Eduardo Acuña Medina	9.197.514
36	Mao Sebastián Bermeo	1.001.197.750
37	Daniel Fernando Gómez Sánchez	1.030.582.469
38	Oscar Efren Sanchez	7.925.823

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 agosto de 2025.

OSCAR JULIAN MORENO CARRAZCO
C.C. 1.032.472.777 de Bogotá D.C
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, **LUZ BIBIANA RINCON** identificada con cédula de ciudadanía **No. 51.798.325** de Bogotá, como representante de la empresa **VYP CC SAS** identificado con **NIT 901.644.965-4** 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 **JULIO 2025.** Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

No.	TRABAJADOR	NO CC
1	FRANCISCO ALVAREZ ORTIZ	16.110.632
2	HERNANDO SIABATO RODRIGUEZ	19.120.018

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 a los cinco (5) día del mes de Agosto de 2025.

LUZ BIBIANA RINCON
C.C 51.798.
Representante Legal

64-65. Rotativos



DILAN NORIEGA

AXA COLPATRIA

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9001671 correspondiente a la empresa Jhon James Mosquera Cordoba.

Empresa en misión JHON JAMES MOSQUERA CÓRDOBA sucursal BOGOTÁ

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura	Clase de Riesgo	Tasa de Riesgo Centro de trabajo	Centro de trabajo
DILA DAVID NORIEGA GONZALEZ	C.C	1.001.855.671	16/06/2025	RIESGO V	8.960	RIESGO 5

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTAÑA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

Colsubsidio

FORMULARIO DE AFILIACIÓN Y NOVEDADES DE TRABAJADORES DEPENDIENTES, INDEPENDIENTES, FACULTATIVOS, PENSIONADOS Y ACREDITACIÓN DE PENSIONADOS POR FIDELIZACIÓN

Colsubsidio
01242026284ON A
2025-06-27 14:47 ANEXOS 1
E - Recibido Servicios (C)
SUJETO A VERIFICACIÓN

I. TIPO DE NOVEDAD: Afiliación | Novedad | Traslado — Fecha de Radicación

II. NOVEDADES (SELECCIONE UNA NOVEDAD QUE ESTÁ REPORTANDO Y SELECCIONE CON UNA X)

III. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD PAGADORA

Nit	1073748417
Razón o Razón Social	JHON JAMES MOSQUERA CORDOBA
Dígito Verificación	
Sucursal	
Departamento	CUNDINAMARCA
Municipio	

IV. TIPO DE AFILIADO

V. DATOS BÁSICOS TRABAJADOR INDEPENDIENTE O PENSIONADO

Nombres	DILAN DAVID
Primer Apellido	IVOREGA
Segundo Apellido	GONZALEZ
Fecha de Nacimiento	30/06/2006
Género	M
Nivel Educativo	Secundaria
Ocupación	Administrativo
Tipo de Vivienda	Urbana
Departamento de Residencia	CUNDINAMARCA
Municipio de Residencia	BOGOTA
Departamento de Residencia	CUNDINAMARCA
Municipio de Residencia	BOGOTA
Correo Electrónico	NORTEGAGONZALEZDILANDAVID@GMAIL.COM
País y Ciudad de Residencia (Solo para Residentes en el Exterior)	COLOMBIA

VI. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A)

VII. INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

Parentesco	No. Documento de Identidad	Nombres	Apellidos	Fecha de Nacimiento

AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

JHON JAMES
FIRMA Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR

Dilan Vonegas
FIRMA Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO

PARA USO EXCLUSIVO DE LA CAJA

43

NUEVA EPS S.A
NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 17/06/2025, el empleador JHON JAMES MOSQUERA CORDOBA identificado con NIT número 1077434177 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
8914262	17/06/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1001255671	DILANDAVID NORIEGA GONZALEZ	1423500	AYUDANTE DE OBRA	2025-06-18

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 17 días del mes de Junio del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES
Nueva

49

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 900.224.808-6

CERTIFICA QUE:

DILAN DAVID NORIEGA GONZALEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.001.655.671**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 17 de Febrero 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.

CONSORCIO SUBA
MT

JHON JAMES MOSQUERA CORDOBA


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.077.434.177
MOSQUERA CORDOBA
JHON JAMES
JHON JAMES

C.C. PERMANENTE
A.T.P. PROTECCION
DIRECCION CR 13 # 11CC 24 S
CORREO JOHNMosquera@Email.com
CEL. 321 5293401


FECHA DE NACIMIENTO 20-JUN-1986
QUIBDO
(CHOCO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.75
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
18-ABR-2006 QUIBDO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
A-1500150-00723469-M-1077434177-20150716 0045000147A 1 1443463504

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	1077434177	JHON JAMES MOSQUERA CORDOBA	KR 13 40C 24 SUR	2313832	recursos.afiliaciones30@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	
2025-05	2025-05	I	10/06/2025	87048231	$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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	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
230201	Protección (ING + Protección)	800227639-0	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, IBP 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	1077434177	JHON JAMES MOSQUERA CORDOBA		KR 13 40C 24 SUR	2313832	recursos.afiliaciones20@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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	10/06/2026	87048231	$405,800	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES															PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No de Identificación	Apellidos y Nombres	Depto	Ciudad	Extranjero	Cotiz. exterior	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Cotizante	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	Cent. de Trab.	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1077434177	MOSQUERA CORDOBA JHON JAMES	3	0																		1	23301	1,423,500	237,300	0	0	0	0	EPS017	1,423,500	170,900		1		0		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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



Ingresos



1-6. Consorcio Suba MT



Carlos Santiago Niño

52

ARL | sura

Medellín, 15 de July de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de 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 %		
C1031810520	NIÑO CORTES CARLOS SANTIAGO	16/07/2025		15216115	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 15/07/2025 09:52:26 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.61.247.25, 198.143.41.45, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SB

compensar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 16 de Julio 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	: 1031810520
Nombre	: CARLOS SANTIAGO NIÑO CORTES
Empresa/Contratante	: CONSORCIO SUBA MT
Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901902678
Fecha de Afiliación a CCF	: 2025/07/16
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2025/07/16
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 018183nSA

FOR-PGIE-0044

Vigilado Supersubsidio

54

porvenir
sólo hay uno

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

En su condicion de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-6

CERTIFICA QUE:

CARLOS SANTIAGO NIÑO CORTES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.031.810.520**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 23 de Julio del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

55

Famisanar

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

• • • • • • • • • •

9012173556

No. de Radicado: 29516325

Fecha de Radicado: 16 07 2025

I. DATOS DEL TRABAJO

Lea las instrucciones que se encuentran antes del diligenciamiento

1. Tipo de Aportante: A. Afiliado X; B. Aportante de Novedades
2. Tipo de Afiliado: A. Dependiente X; B. Cotizante; C. Independiente; D. Con APS
3. Régimen: A. Ordinario X; B. Especial
4. Tipo de afiliado: A. Obligatorio X; B. Cotizante; C. Cabeza de Familia; D. Beneficiario
5. Tipo de cotización: A. Obligatoria X; B. Voluntaria; C. Facultativo
Código (si aplica):

II. AFILIACIÓN. III. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (con suficiente validez de fidelidad)

6. Apellidos y nombres			
NIÑO	CORTES	CARLOS	SANTIAGO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo: Femenino / Masculino X	10. Fecha de nacimiento: Día	Mes	Año
CC	1031810520		26	04	2007

IV. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos opcionales)

11. Zona: Urbana 6 / Rural	12. Discapacidad: Tipo / Carnet	13. Puntaje SISBEN: 0	14. Grupo de población especial	15. Entidad administradora de pensiones: SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A	PORVENIR S. A.

16. Ingreso mensual promedio (IBC)	17. Ocupación	18. Dirección de residencia		
$1.423.500		KR 148 B 134 A 20	NT	3212602205

19. Municipio	20. Departamento: Urbano X / Rural	
BOGOTA		DISTRITO CAPITAL

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

21. Apellidos y nombres			

22. Tipo de documento de identidad	23. Número del documento de identidad	24. Sexo: Femenino / Masculino	25. Fecha de nacimiento: Día	Mes	Año

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

	26. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
27				
28				
29				
30				
31				

	32. Tipo de documento de identidad	33. Número del documento de identidad	34. Sexo: Femenino / Masculino	35. Tipo de cotizante	Datos complementarios: 36. Parentesco	37. Zona
27						
28						
29						
30						
31						

	38. Discapacidad: Tipo	Carnet	39. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana / Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	40. Tipo de U.P.C. del afiliado adicional (si aplica según el caso)
27							
28							
29							
30							
31							

Selección de la EPS Preferida

	41. Nombre de la EPS	Código de la EPS (si aplica según el caso)
1	CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR	1
2		
3		
4		
5		

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

42. Razón social	43. Tipo de documento de identificación	44. Número	45. Dígito de verificación	46. Tipo de aportante	47. Código de la EPS (si aplica según el caso)
CONSORCIO SUBA MT	NT	901902678			

48. Dirección	49. Teléfono	50. Correo electrónico	51. Municipio	52. Departamento
CR 36 3 41 OF 1503	31258614	consorciosubamt2@gmai	BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

53. Tipo de Novedad

1. Identificación de afiliado sin documento: ; 2. Corrección de datos básicos de identificación: ; 3. Actualización de datos básicos de identificación: ; 4. Actualización y corrección de datos básicos de ubicación: ; 5. Inscripción de la Asignación en la EPS: Código: ; 6. Terminación de la Asignación a la EPS: ; 7. Traslado de beneficiarios a la Afiliada Principal: ; 8. Traslado de beneficiarios a otra Afiliada Principal: ; 9. Retiro de afiliado adicional: ; 10. Cambio de tipo de cotización para afiliado adicional: ; 11. Terminación de la relación laboral del cónyuge o compañero(a) permanente con la(el) cotizante: ; 12. Vinculación a una entidad beneficiaria para recibir aportes voluntarios: ; 13. Desvinculación de una entidad beneficiaria para recibir aportes voluntarios: ; 14. Traslado de afiliado voluntario a otra EPS: ; 15. Traslado de Régimen Especial a Régimen Ordinario: ; 16. Traslado de Régimen Ordinario a Régimen Especial: ; 17. Retiro de Independiente: ; 18. Pensión por vejez de cotizante o beneficiario: ; 19. Retiro de la opción de Pensionado: ; 20. Reporte de la opción de Pensionado:

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

54. Datos básicos de identificación					
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino / Masculino	Fecha de nacimiento	55. Fecha de novedad: 16	07 2025
56. EPS anterior: NINGUNA		57. Número de Folios: Código:	58. Caja de Compensación Familiar o Pagaduría de Pensiones:		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

59. Declaración del solicitante, aportante, de sus beneficiarios y afiliados adicionales	X
60. Declaración de la no vinculación de afiliado al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción	
61. Declaración del cotizante de ingreso de salario mayor a cien (100) mil pesos mensuales o ingreso de los documentos que acrediten la cotización de dependientes	
62. Declaración de no pensionado del cotizante, cónyuge de Soldado, pensionados y afiliados adicionales en pensionados Prestación a la Dirección de Sanidad	
63. Autorización para que la EPS asigne y consulte datos y envíe por la misma vía los extractos, cobranzas de Salud, y de sus beneficiarios y afiliados adicionales	X
64. Autorización para que la EPS suministre información que no genere uso de la afiliación y sea exigida por entidades, a la cual el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) o las autoridades judiciales lo requieran	X
65. Autorización para que la EPS realice los actos necesarios del cotizante o cónyuge de Soldado y sus beneficiarios y afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en las Leyes 100 de 1993 y 352 de 1997, 797 de 2003	X
66. Autorización para que la EPS envíe información de tarjeta electrónica a la cuenta de correo electrónico	X

VIII. FIRMAS

Santiago Cortes

IX. ANEXOS

67. Anexo: Copia del documento de identidad: TI / RC / CC / CE / PA / CD / SC — Cantidad: — Total:	
68. Copia del registro civil de nacimiento o de la escritura de adopción, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital	
69. Copia de la escritura pública o sentencia judicial, en las que declare la existencia, inexistencia, disolución y/o liquidación de la sociedad patrimonial, sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital	
70. Copia del certificado de estudios o carta de retiro del plantel	
71. Copia de la orden judicial o del acta administrativa de custodia	
72. Copia del documento en que conste la cesación de la patria potestad o el certificado de ejecutoria de la sentencia o la declaración de patria potestad del cotizante sobre los menores de los seis años	
73. Copia de la autorización del trabajo por parte de la Superintendencia Nacional de Salud	
74. Certificación de invalidez, o una entidad autorizada para realizar calificación del cotizante	
75. Copia del acta correspondiente al procedimiento del nombramiento de un padre provisional	

X. ESPACIO A SER DILIGENCIADO POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

76. Identificación de la Entidad Territorial: Código del departamento / Código del municipio	77. Datos del afiliado: Número de folio	Prefijo	Inicial	78. Fecha de radicación	79. Fecha de afiliación

80. Cargue del formulario que realiza la validación

Tipo de documento	Número del documento de identidad	DIGITALIZADO

A. Cotizante

56

Famisanar

NIT 830.003.564-7

9012173556

CUESTIONARIO ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO

	SI	NO
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	X	
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesta en el trabajo?	X	
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	X	
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	X	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue resuelta adecuadamente por la EPS?	X	
¿Autoriza a EPS Famisanar S.A.S el envío de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico?		X

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DATOS PERSONALES SENSIBLES

En mi calidad de usuario, manifiesto de manera clara, expresa, libre, inequívoca y espontánea que le otorgo a la EPS FAMISANAR S.A.S en su calidad de RESPONSABLE del tratamiento de mis Datos personales mi consentimiento previo para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, disponer y en general para tratar los DATOS PERSONALES DATOS PERSONALES SENSIBLES y demás información susceptible de tratamiento, registrada o no, propia o de los beneficiarios de mi grupo familiar en sus Bases de Datos, con la finalidad de realizar las actividades propias del aseguramiento en salud y en los términos previstos en su POLITICA DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN y AVISO DE PRIVACIDAD, disponibles en www.famisanar.com.co, todo lo cual conforme lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y demás normas que la sustituyan, adicionen, reglamenten, complementen o modifiquen.

Por medio manifiesto que me reservo como titular de los datos son los consagrados en la Constitución Nacional y la Ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y a suprimir mi información personal y revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales, cuando sea legal y procedente (artículo 9° Decreto 1377 de 2013).

*"**Datos sensibles**. Se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, y los datos biométricos." (Numeral 3° artículo 3° Decreto 1377 de 2013).*

Firma del afiliado:

Santiago Cortes

Nombres y Apellidos CARLOS SANTIAGO NIÑO CORTES

Identificación: CC 1031810520

AUTORIZACION DONACIÓN DE ORGANOS Y TEJIDOS - LEY 1805 DE 2016

De acuerdo a lo definido en el artículo 9° de la Ley 1805, manifiesto o comunicado que mi voluntad es ser donante de órganos y tejidos es:

SI ☐ NO X

Firma del afiliado:

Santiago Cortes

Nombres y Apellidos CARLOS SANTIAGO NIÑO CORTES

Identificación: CC 1031810520

"ARTICULO 11. Los mayores de edad podrán ser donantes de órganos y tejidos, siempre y cuando sea manifestado según expresión de voluntad informada para la donación de órganos y/o tejidos dentro de los (5) cinco siguientes a la manifestación de la misma persona. El medio documental deberá salvaguardar sus derechos y los beneficios de la donación.

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor (a) _____ identificado (a) con el documento de No. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el (la) señor(a) _____ quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está relacionada.

Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella aquí impresa pertenece al señor (a) _____

Firmado a Ruego:

Nombres y Apellidos _____

Nombres y Apellidos de quien no sabe o

57


CO
0597919466
REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo
ICCOL0597919462150O1<<<<<<<<<<<
0704261M3504288COL1031810520<8
NINO<CORTES<<CARLOS<SANTIAGO<<


CEDULA DE CIUDADANIA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 1.031.810.520
Apellidos
NIÑO CORTES
Nombres
CARLOS SANTIAGO
Nacionalidad
COL
Estatura
1.73
Sexo
M
Fecha de nacimiento
26 ABR 2007
G.S.
B+
Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)
Fecha y lugar de expedición
28 ABR 2025, BOGOTA D.C.
Firma
Santiago Cortes
Fecha de expiración
28 ABR 2035

CONSORCIO SUBA
MT

Wilson Diaz Ruiz

59

ARL | sura

Medellin, 21 de July de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de 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 %	
C79493184	DIAZ RUIZ WILSON	22/07/2025		12416894	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 21/07/2025 16:47:48 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.61.247.25, 198.143.33.43, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

compensar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 22 de Julio 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	: 79493184
Nombre	: WILSON DIAZ RUIZ
Empresa/Contratante	: CONSORCIO SUBA MT
Tipo Identificación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901902678
Fecha de Afiliación a CCF	: 2025/07/22
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2025/07/21
Estado	: Afiliado
Categoría	: B

Con los siguientes beneficiarios inscritos:

Nombre	Identificación	Fecha Afiliación	Parentesco	Categoría	Recibe Subsidio	Valor Subsidio	Ult.Subsidio Recibido	Estado
NORMA RUTH GUEVARA PEÑA	51752029	20241010	CY	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 012528TZA

FOR-PGIE-0044

Vigilado Supersubsidio

61

compensar | salud eps

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) WILSON DIAZ RUIZ identificado(a) con cedula ciudadania 79493184, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa 'CONSORCIO SUBA MT' NIT 901902678, en calidad de DEPENDIENTE según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20250721	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 23 días del mes de Julio de 2.025

Observaciones:

Con destino a:
A QUIEN INTERESE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: Portal corporativo Compensar EPS
CER-AFI 29340663

Vigilado Supersalud
Vigilado Supersubsidio

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 **WILSON DIAZ RUIZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79493184,** se encuentra afiliado/a desde **01/10/2011** 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 21 de julio de 2025.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 79.493.184
DIAZ RUIZ
APELLIDOS
WILSON
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 27-ABR-1969
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.75
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
10-AGO-1987 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
A-1500150-01376633-M-0079493184-20230829
0136291523A 1
8509311600



Joselito Leyton

ARL | sura

Medellín, 20 de July de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de 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 %	
C5967959	LEYTON RIVAS JOSELITO	21/07/2025		19213140	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 20/07/2025 19:52:01 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.156.155.83, 198.143.37.68, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

compensar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 21 de Julio 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	: 5967959
Nombre	: JOSELITO LEYTON RIVAS
Empresa/Contratante	: CONSORCIO SUBA MT
Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901902678
Fecha de Afiliación a CCF	: 2025/07/21
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2025/07/21
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 002375hWA

FOR-PGIE-0044

Vigilado Supersubsidio

67

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

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente

FORMULARIO VÍA WEB

LEYTON X | RIVAS 5967959 | JOSELITO X | 28 03 1962

PROTECCION BOGOTA | 1 423 500 = | CRA 157 136-42 BOGOTA | 3184400267 leilonjoselito@gmail.com | SURA | SUBA

Consorcio SUBA MT CRA 36 3 91 of 1503 BOGOTA | 901902678 2 BOGOTA | 21 07 2025 | Ayudante Obra | 3043818879 consorcioxpandz@gmail.com | 1 423 500 =

LEYTON | RIVAS 5-967-959 | JOSELITO X | 28 03 1962

21 07 2025

Joselito Leiton

Oscar Julian Moreno Carrazco

nueva eps
21 07 2025
SUJETO A VERIFICACIÓN

- 2a. COPIA: AFILIADO -

68

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES
Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps
gente cuidando gente

FORMULARIO VÍA WEB

Información de nacimiento de bebé

Joselito Leyton Rivas ✓
5.967.959 Ortega-Tol

Joselito Leyton
TI 5.967.959

CRA 157 136-92
318.9400767 Bogotá
Bogotá

Autorizaciones

Aviso de privacidad


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 5.987.959
LEYTON RIVAS
JOSELITO


FECHA DE NACIMIENTO 28-MAR-1962
ORTEGA
(TOLIMA)
1.58
O+
M
02-OCT-1980 ORTEGA



Juan Manuel Santos

Medellín, 07 de july de 2025

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

CERTIFICA:

Que JUAN MANUEL SANTOS ORELLANOS identificado(a) con cédula de ciudadanía 79474031 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha Inicio cobertura: 08/07/2025 **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

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: 07/07/2025 10:37 AM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

72

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JUAN MANUEL SANTOS ORELLANOS identificado(a) con CC 79474031 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	23/09/2024
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR
Categoria:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 22 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.

73

porvenir
sólo hay uno

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:

JUAN MANUEL SANTOS ORELLANOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.474.031**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 21 de Julio 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.*

74

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	79474031	JUAN MANUEL SANTOS ORELLANOS		CL 167 48 44 CA 87	3125781403	josecaste20@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTA 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	
2025-05	2025-05	1	26/06/2025	87087164	$622.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	265.200	0		0		0	16	2.800	0	268.000	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
23[illegible]01	Porvenir	800234808-8	339.400	0	0	0	0	16	3.500	0	342.900	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										
14-11	ARL SURA	800037800-5	11.100				11.100	16	200	11.300			111	11.300	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	16	0	0	0
ICBF				
0	16	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	265.200	268.000
Pensión	1	339.400	342.900
Riesgos Laborales	1	11.100	11.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	615.700	622.200

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79474031	JUAN MANUEL SANTOS ORELLANOS	CL 167 48 44 CA 87	3125791409	josecarla20@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 – 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	
2025-06	2025-06	1	26/06/2025	87687164	$622,200	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotiza	Salario Integral	Extranjero	Cotiza en otro país	Tipo Cotizante	INC	ING	TDE	TDP	TAE	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	Días Cotizados	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
CC	79474031	SANTOS ORELLANOS JUAN MANUEL	57	X			16							X									30	230201	2,130,900	336,400	0	0	0	0	EPS037	2,130,900	265,700	14-11	2,130,900	1	13,100		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.474.031
SANTOS ORELLANOS
APELLIDOS
JUAN MANUEL
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 24-DIC-1968
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
10-ABR-1987 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

A-1500150-00126618-M-0079474031-20081111 0005725150A 1 1460020512



Arnold Sloan Suarique Basante

ARL | sura

Medellín, 23 de July de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de 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 %		
C1019099425	SUARIQUE BASANTE ARNOLD SLOAN	24/07/2025		38147273	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 23/07/2025 11:20:30
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.61.247.14, 198.143.41.32, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

79

compensar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 24 de Julio 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	: 1019099425
Nombre	: ARNOLD SLOAN SUARIQUE BASANTE
Empresa/Contratante	: CONSORCIO SUBA MT
Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901902678
Fecha de Afiliación a CCF	: 2025/07/24
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2025/07/24
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 025890R2A

FOR-PGIE-0044

Vigilado Supersubsidio

80

porvenir
sólo hay uno

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:

ARNOLD SLOAN SUARIQUE BASANTE, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.019.099.425**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 8 de Agosto 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.

81

SALUD TOTAL EPS S.A.
NIT. 800.130.907-4

CERTIFICA QUE:

El 24/07/2025, 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
24/07/2025	Novedad de inicio relación laboral

DETALLE

No. Formulario	Tipo Documento	Documento	Nombre Cotizante	IBC	Tipo Cotizante	Fecha Inicio Relación Laboral
4015173099	CEDULA DE CIUDADANIA	1019099425	ARNOLD SLOAN SUARIQUE BASANTE	$ 1,423,500.00	Dependiente	24/07/2025

La Presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 24 días del mes julio del año 2025

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL

REPÚBLICA DE



GUARIGUE RASANTE

ARNOLD SI CAN

COL

BEATO 1993

11 SEPT 2012

19 ENE 2013





ICCOL0129120324150011<<<<<<<<<<<<<<<
9408056M3301166COL101000<<<<<<<<<<<
SUARIGUE<RASANTE<<ARNOLD<SI<<<<<<<<

83



Jaime Enrique García Torreblanca

ARL | sura

Medellín, 23 de July de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de 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 %	
C72301381	GARCIA TORREBLANCA JAIME ENRIQUE	24/07/2025		224vb141	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 23/07/2025 11:15:20 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.61.247.14, 198.143.41.32, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

85

compensar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 24 de Julio 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	: 72301381
Nombre	: JAIME ENRIQUE GARCIA TORREBLANCA
Empresa/Contratante	: CONSORCIO SUBA MT
Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901902678
Fecha de Afiliación a CCF	: 2025/07/24
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2025/07/24
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 000273BIA

FOR-PGIE-0044

Vigilado Supersubsidio

85

COOSALUD

VICTOR	TORO ALBARRACIN	JAIME	ENRIQUE
C.C. 12 301 381			
DIRECCION:	BARRIO:	TELEFONO: 3 2 1 0 7 2 7 6 4	
SUBA	PROTECCION	1423 580	
CLL 138 # 145C - 16		3151262893	
BOGOTA	BOGOTA	SUBA	

COOSALUD EPS S.A.

24 JUL 2023

NIT 900 226 715-3

CONSORCIO SUBA MT NIT 901902678-2
CRA 36 Nº3-41 OF 1503 3013812949 anzicolombia1@gmail.com BOGOTA BOGOTA

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GARCIA TORREBLANCA JAIME ENRIQUE** identificado(a) con **CC** número **72.301.381** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 21 de octubre de 2022 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 40% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN CONSERVADOR
2. El 60% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 08 de agosto de 2025.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

98


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 72.301.381

GARCIA TORREBLANCA

APELLIDOS

JAIME ENRIQUE

NOMBRES



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-JUL-1966

MANATI
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 O+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

15 AGO-1990 MANATI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

A 0001135-01-0387 M 19720722 0019000405 0061300944 1 4170405

7-11. Espacio Público Y Urbanismo CYM Construcciones Asoci



Carlos Orozco

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4015111031	1|4|0|7|2|0|2|5

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

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen	4.Contribución Solidaria
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	A. Individual; -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐	Si ☐ No ☒

6. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	7.Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
OROZCO (Primer apellido)	BOLIVAR (Segundo apellido)	CARLOS (Primer nombre)	ANDRES (Segundo nombre)

9.Tipo documento de identidad	10.Número del documento de identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación	13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento	15.Fecha Nacimiento
CC	1129504549	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	COLOMBIA	Pais: COLOMBIA Departamento: ATLANTICO Municipio: BARRANQUILLA	07|12|2000|3

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	Si ☐ No ☒
6		Categoria Discapacidad	

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN	21.Grupo población especial
SI ☐ NO ☒	Nivel Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	PORVENIR FPC	1423500	

26.Residencia				
CL 143 32 31 Dirección	Telefono fijo	3027770773 Telefono celular	TATIANABOLIVAR1984@GMAIL.COM Correo electronico	
BOGOTA Departamento	BOGOTA Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona	Urbana cabecera municipal ☒ Urbana centro poblado ☐ Rural dispersa ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

27. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

28. Tipo documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento	34.Fecha Nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual		Pais: Departamento: Municipio:	

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 documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	Pais	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificacion SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
					Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoria	Si	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Selección de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS KENNEDY - VS KENNEDY	VSKENNED - VSKENNED
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Número de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
ESPACIO PUBLICO Y URBANISMO CYM CONSTRUC	NIT	901152661	01

59.Ubicación				
CR 7 16 B 50 A 54 Dirección	3743739 Telefono fijo o celular	RICHY2406@HOTMAIL.COM Correo electronico	BOGOTA Departamento	BOGOTA Municipio/distrito

No de Radicacion
4015111031

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección 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 tramite de protección al cesante
- ☐ 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 19. Reporte de la calidad del pensionado
- ☐ 20. Ingreso a contribución solidaria
- ☐ 21. Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

65. EPS anterior	66. Fecha de Novedad	67. Motivo de traslado Código:	68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
EPS048	1/10/2025	1	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 69. ☐ Declaración 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 documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 72. ☐ Declaración de no información del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora 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 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 celular como mensaje 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 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			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad

IX. FIRMAS

Carlos Orozco	
80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

X. ANEXOS

☐ 82. Anexo Copia del documento de identidad: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ PT ☐

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

- ☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 84. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliacion o sentencia judicial que declare la union marital .
- ☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ 86. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor .
- ☐ 87. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 88. Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 89. Copia de la autorizacion de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud .
- ☐ 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.

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

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

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

94. Apellidos y Nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	95. Firma del funcionario
96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.

93

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Información para ser diligenciada por el cotizante del grupo familiar:

Primer apellido	Segundo apellido (o de casada)	Primer nombre	Segundo nombre
OROZCO	**BOLIVAR**	**CARLOS**	**ANDRES**

No de identificación	Tipo de documento	Fecha de nacimiento	Sexo	Fecha diligenciamiento
1129504549	**X**	**2003 12 07**	**X**	**2025 14 07**

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Apreciado Protegido: La Carta de derechos del afiliado y del paciente, y la carta de desempeño, se constituyen en herramienta importante de consulta, para que conozca sus derechos y deberes, al igual que la infraestructura con la que contamos para brindarle la mejor atención, lo estipulado en normatividad vigente y por supuesto, los canales de comunicación con los que puede hacernos llegar sus comentarios y sugerencias.

Con el fin de garantizar la entrega de este importante documento le solicitamos responder el siguiente cuestionario:

1. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? X
2. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? X
3. ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente? X
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? X
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? X

Medio de entrega deseado: Electrónico X Físico __

CONSENTIMIENTO PARA ENVÍO VIRTUAL (solo para entrega electrónica)

Así pues, con el fin de garantizar su entrega, le solicitamos su respectiva autorización para realizar el envío de La Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño a su correo electrónico:

"Yo: CARLOS ANDRES OROZCO BOLIVAR identificado con el documento de identidad: C No. 1129504549, doy mi consentimiento para que Salud Total EPSS envíe al correo electrónico tatianabolivar1984@gmail.com la Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño

Firma del afiliado (Cotizante): Carlos Orozco

Nombres y Apellidos: CARLOS ANDRES OROZCO BOLIVAR
Número de identificación: 1129504549

Fecha de diligenciamiento
2025 14 07

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor(a) _____ identificado (a) con el documento de identidad: _____No._____ quien manifiesta no saber firmar o no poder firmar, lo hace en su nombre, el señor (a) _____ mayor de edad, identificado (a) con documento de identidad _____ No. _____ y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a)

Firma A Ruego

_____
Nombres y Apellidos:
Documento de Identidad:
Edad:
Domicilio:

_____
Nombres y apellidos de la persona de quien no sabe firmar

Huella digital del cotizante
(en caso de no saber firmar)

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

"Con la suscripción del presente documento, en cumplimiento a la ley 1581 de 2012 y demás normas que reglamenten, modifiquen o deroguen, hago constar expresamente que Salud Total EPS-S S.A. me informó sobre los derechos que me asisten como titular de datos personales y, por tanto, AUTORIZO de manera libre e informada a Salud Total EPS-S S.A., con Nit. 830.140.907-4 como responsable del tratamiento de datos personales, para la recolección, almacenamiento, uso desde el momento de mi afiliación, continuación de uso y tratamiento de mis datos personales, los cuales serán almacenados en bases de datos que se encuentran en medios físicos y/o magnéticos para los siguientes fines:

- Afiliación, traslado, identificación, validación de derechos y actualización de datos de los protegidos.
- Autorizaciones de servicios de salud requeridos por los protegidos.
- Caracterización, seguimiento, identificación de la población y gestión del riesgo.
- Garantizar la prestación de las tecnologías en salud cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud Contributivo en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías.
- La asignación y/o reasignación de citas, recaudo y recuperación de cartera, información y demás operaciones relacionadas con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Evaluación de indicadores de alertas tempranas, oportunidad y calidad de los productos y servicios brindados.
- Identificación de Proveedores y Prestadores, así como medición de necesidad, oportunidad y calidad en los productos y servicios prestados por éstos.
- Transferencia y/o transmisión al exterior de datos personales, transferencia y/o transmisión de datos con las empresas vinculadas o matrices, con empresas de auditoria o revisoria fiscal, con prestadores de servicios de salud públicos o privados, así como con proveedores necesarios para el desarrollo de las anotadas finalidades y del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A., con los cuales se tienen contratos en aras de cumplir con los deberes de acceso y confidencialidad, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.
- Dar a conocer los diferentes servicios y productos ofrecidos por la EPS, temas de publicidad y en general mantener contacto con los usuarios y afiliados mediante cualquier medio de comunicación (escrito y/o electrónico), con el fin de adelantar cualquier trámite necesario para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A.
- Cualquier otra operación necesaria para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS S.A. atendiendo a su naturaleza y el cumplimiento a los protocolos de bioseguridad.
- Cumplimiento de requerimientos legales de entidades administrativas o jurisdiccionales inclusive después de terminada la relación contractual y en general para el cumplimiento de obligaciones contractuales y legales de Salud Total EPS-S S.A.

Se aclara que la información referente a beneficiarios y miembros del grupo familiar en los que pueden encontrarse datos de niñas, niños y adolescentes, datos de la salud y datos biométricos como (fotografías, huellas, videos, entre otros) son datos sensibles, sobre los cuales no está obligado a autorizar su tratamiento; no obstante lo anterior, solo serán utilizados por la Empresa para el cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de los sistemas integrados de gestión adoptados por Salud Total EPS-S SA.

Como Titular de datos personales, sé que tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos a través de los canales de comunicación para tal fin, establecidos en la Política de protección de datos personales de Salud Total EPS-S S.A. que declaro conocer y aceptar, publicada en la página web: *www.saludtotal.com.co*, igualmente en cualquier momento puedo ejercer mis

derechos y comunicarme con el responsable del tratamiento de los datos personales por solicitud dirigida al E-mail: *protecciondatos@saludtotal.com.co,* al Teléfono: (57+1) 4854555 y a nivel nacional 018000 114524.

Firma del afiliado (Cotizante) Carlos Orozco

Número de identificación: 1129504549

www.saludtotal.com.co
Línea local en Bogotá 4854555
Línea Nacional de atención al cliente 018000114524
Síguenos en Salud Total EPS. Oficial

Tu salud no es a medias debe ser total

SaludTotal

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **OROZCO BOLIVAR CARLOS ANDRES** identificado(a) con **CC** número **1.129.504.549** se encuentra afiliado (a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de agosto de 2024 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 09 de julio 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**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

97

Colsubsidio

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) CARLOS ANDRES OROZCO BOLIVAR identificado(a) con CC No. 1129504549, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de ESPACIO PUBLICO Y URBANISMO CYM CONSTRUCCIONES ASOCI con NIT 901.152.861-5:

- Fecha de afiliación a la Caja: 22/07/2025.
- Fecha de ingreso a la empresa: 16/07/2025.

José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Vigilado Supersubsidio

Bogotá D.C. 22/07/2025

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.129.504.549
OROZCO BOLIVAR

APELLIDOS
CARLOS ANDRES

NOMBRES
Carlos Orozco
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-DIC-2003
BARRANQUILLA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.87 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

01-FEB-2022 SABANAS DE SAN ANGEL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-2105000.01286570.M-1129504549-20220511 0079259360A 1 0504016424



Cristian David Pestaña

100

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4015117189	1|5|0|7|2|0|2|5

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

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen	4.Contribución Solidaria
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐	Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7.Codigo (a registar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
PESTANA (Primer apellido)	MERCADO (Segundo apellido)	CRISTIAN (Primer nombre)	DAVID (Segundo nombre)

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación	13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento	15.Fecha Nacimiento
CC	1101460836	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	COLOMBIA	Pais: COLOMBIA Departamento: SUCRE Municipio: SAN ONOFRE	0|3|1|0|1|9|9|7

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN	21.Grupo población especial
6		Si ☐ No ☒ Categoria Discapacidad	Si ☐ NO ☒	Nivel: Grupo:	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	PORVENIR FPC	1423500	

26.Residencia			
CR 23 12 36 Dirección	Telefono fijo	3147211359 Telefono celular	CRITIANPESTANS1@GMAIL.COM Correo electronico
BOGOTA Departamento	BOGOTA Municipio/Distrito	SUBA Localidad / comuna	zona: Urbana cabecera municipal ☒ Urbana centro poblado ☐ Rural dispersa ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

27. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

28. Tipo documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento	34.Fecha Nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual		Pais: Departamento: Municipio:	

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 documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	Pais	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
					SI	NO	Nivel	Grupo	SI	NO	Categoria	SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Direccion	Localidad/Comuna	Correo Electronico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Selecion de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS CLINICA SUBA - VS CLINICA SUBA	VSCLINSUBA - VSCLINSUBA
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
ESPACIO PUBLICO Y URBANISMO CYM CONSTRUC	NIT	901152861	01

59.Ubicación				
CR 7 16 B 30 A 54 Dirección	3743739 Telefono fijo o celular	RICHY2406@HOTMAIL.COM Correo electronico	BOGOTA Departamento	BOGOTA Municipio/Distrito

101

No de Radicacion
4015117189

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección 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 relacion laboral o perdida 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 tramite de protección al cesante
- ☐ 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 19. Reporte de la calidad del pensionado
- ☐ 20. Ingreso a contribución solidaria
- ☐ 21. Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	62. Sexo biológico	63.Sexo identificación	64.Fecha de nacimiento
☐		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	1|1|0|7|2|0|2|5	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 69. ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 70. ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo,Especial o de Excepcion.
- 71. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de 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 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 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 celular como mensaje 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 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			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad

IX. FIRMAS

C Ristian Pestana	
80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

X.ANEXOS

☐ 82.Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐ PT. ☐

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

- ☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 84. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ 86. Copia certificado de adopcion o acta de entrega del menor.
- ☐ 87.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 88.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración jurada por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 89.Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 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.

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

92. Identificación de la Entidad Territorial		93. Nombre de la Institución
Código del municipio ☐	Código del Departamento ☐	

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

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	95.Firma del funcionario
☐		
96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.

102

porvenir
sólo hay uno

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:

CRISTIAN DAVID PESTANA MERCADO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.101.460.836**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Agosto 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.

703

Colsubsidio

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

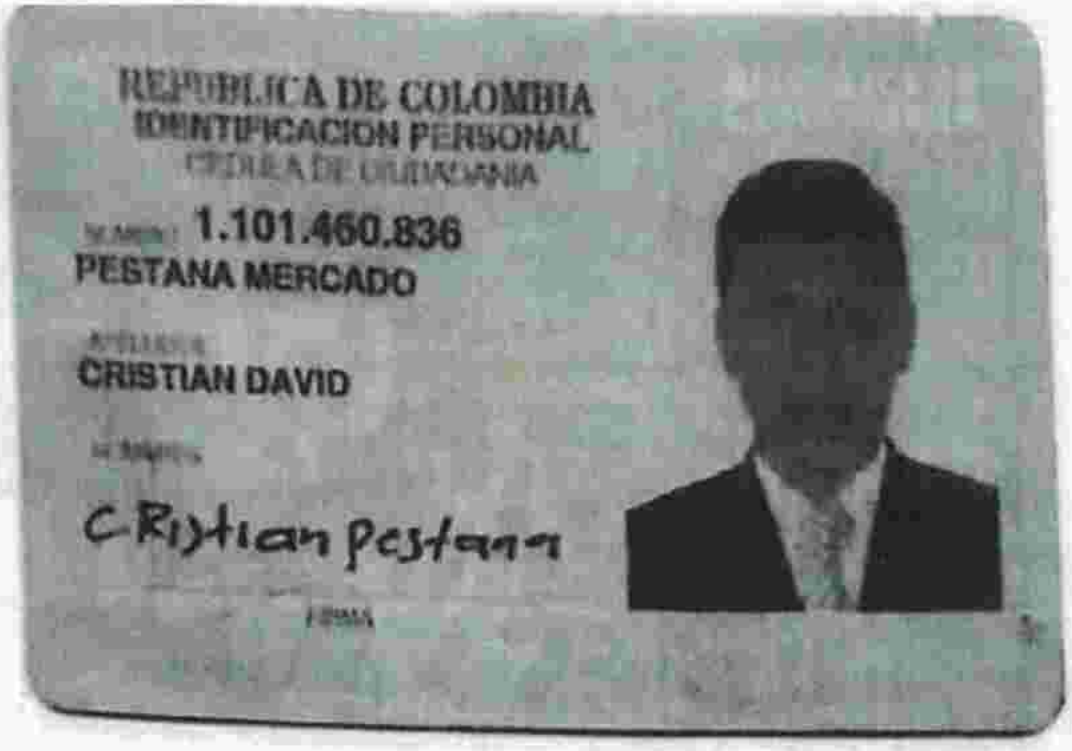
Que el(la) señor(a) CRISTIAN DAVID PESTAÑA MERCADO identificado(a) con CC No. 1101460836, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de ESPACIO PUBLICO Y URBANISMO CYM CONSTRUCCIONES ASOCI con NIT 901.152.861-5:

- Fecha de afiliación a la Caja: 22/07/2025.
- Fecha de ingreso a la empresa: 16/07/2025.

José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Vigilado Supersubsidio

Bogotá D.C. 22/07/2025


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.101.460.836
PESTANA MERCADO
CRISTIAN DAVID
Cristian Pestana
FIRMA


03-OCT-1997
SAN ONOFRE
(SUCRE)
1.76
O+
M
05-ENE-2016 SAN ONOFRE

CONSORCIO SUBA
MT

Eduard Herrera Mata

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4015110748	1|4|0|7|2|0|2|5

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

1.Tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen	4.Contribución Solidaria
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	A. Individual -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐	Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7.Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
HERRERA (Primer apellido)	MATA (Segundo apellido)	EDUARD (Primer nombre)	(Segundo nombre)

9.Tipo documento de identidad	10.Número del documento de identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1044906787	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	País: COLOMBIA	Departamento: BOLÍVAR	Municipio: ARJONA		

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	Si ☐	No ☒
6		Categoria Discapacidad		

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN	21.Grupo población especial
SI ☐ NO ☒	Nivel: Grupo:	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	PORVENIR FPC	1423500	

26.Residencia				
CR 144 132 52 Dirección	Telefono fijo	3118415518 Telefono celular	OSPINAPOLODANIELADEJESUS@GMAIL.COM Correo electronico	
BOGOTA Departamento	BOGOTA Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona	Urbana cabecera municipal ☒ Urbana centro poblado ☐ Rural dispersa ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

27. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

28. Tipo documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento			34.Fecha Nacimiento
	País:	Departamento:	Municipio:	

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 documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	País	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
					Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoria	Si	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Selección de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS CLINICA SUBA - VS CLINICA SUBA	VSCLINSUBA - VSCLINSUBA
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
ESPACIO PUBLICO Y URBANISMO CYM CONSTRUC	NIT	901152661	01

59.Ubicación				
CR 7 16 B 50 A 54 Dirección	3743739 Teléfono fijo o celular	RICHY2408@HOTMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Departamento	BOGOTA Municipio/distrito

107

No de Radicacion
4015110748

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección 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 perdida 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 tramite de protección al cesante
- ☐ 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 19. Reporte de la calidad del pensionado
- ☐ 20. Ingreso a contribución solidaria
- ☐ 21. Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo Identificación	64. Fecha de nacimiento
☐		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

65. EPS anterior	66. Fecha de Novedad	67. Motivo de traslado Código:	68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	1(1)(0)(7)(2)(0)(2)(5)	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 69. ☐ Declaración 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 documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 72. ☐ Declaración de no intervención del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora 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 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 celular como mensaje 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 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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad
☐	

IX. FIRMAS

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

X. ANEXOS

☐ 82. Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐ PT. ☐

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

- ☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 84. Copia 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 para 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 certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- ☐ 87. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 88. Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 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.

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 documento de identidad	Número documento de identidad	95. Firma del funcionario
☐		
96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones:

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.

108

porvenir
sólo hay uno

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:

EDUARD HERRERA MATA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.044.906.787**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 7 de Julio del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

109

Colsubsidio

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) EDUARD HERRERA MATA identificado(a) con CC No. 1044906787, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de ESPACIO PUBLICO Y URBANISMO CYM CONSTRUCCIONES ASOCI con NIT 901.152.861-5:

- Fecha de afiliación a la Caja: 22/07/2025.
- Fecha de ingreso a la empresa: 16/07/2025.

José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Bogotá D.C. 22/07/2025

Vigilado Supersubsidio





Calle 140a N° 112a - 27
318 986 30 74
Ospinopolodanieladejesus@gmail.com
Ayudante de obra
Salud Total
Porvenir

CONSORCIO SUBA
MT

Misael Caviedes

112

Colsubsidio

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) MISAEL CAVIEDES CÁRDENAS identificado(a) con CC No. 382112, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de ESPACIO PUBLICO Y URBANISMO CYM CONSTRUCCIONES ASOCI con NIT 901.152.861-5:

- Fecha de afiliación a la Caja: 22/07/2025.
- Fecha de ingreso a la empresa: 16/07/2025.

José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Vigilado Supersubsidio

Bogotá D.C. 22/07/2025

compensar | salud eps

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) MISAEL CAVIEDES CARDENAS identificado(a) con Cedula Ciudadania 382112, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa ESPACIO PUBLICO Y URBANISMO CYM CONSTRUCCIONES ASOCIADOS' NIT 901152861, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20231002	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
RUTH LEONOR MELO MELO	CP	20728972	CC	20231002	No Registrada	Activo

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 8 días del mes de Julio de 2.025

Observaciones:

Con destino a:
TRAMITE PERSONAL

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: KEILY JOHANNA PAEZ CER-AFI
29197631

Vigilado Supersalud

Vigilado Supersubsidio

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A. NIT 800.144.331-3

porvenir

LA SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.

INFORMA:

Que en esta Sociedad Administradora se le realizó Devolución de Saldos por SOLICITUD POR DEVOLUCIÓN DE SALDOS VEJEZ NORMAL al(a) Señor(a) MISAEL CAVIEDES CARDENAS, identificado(a) con Documento No. 382,112, por las siguientes sumas:

Fecha	Descripción	Valor
Mar.03/21	DEVOLUCION_SALDOS	$77,110,342.00
Feb.09/21	DEVOLUCION_SALDOS	$11,507,456.00
Jul.14/20	DEVOLUCION_SALDOS	$10,968,441.00

Así las cosas el(la) Señor(a) MISAEL CAVIEDES CARDENAS, no se encuentra pensionado(a) por Vejez, Invalidez o Sobrevivencia en esta Sociedad Administradora.

Se expide la presente certificación a solicitud del(a) interesado(a), a los 08 días del mes de Julio de 2025.

Cordialmente,

Gerente de Clientes

115

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 382.112

CAVIEDES CARDENAS

APELLIDOS

MISAEL

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 04-JUN-1958

MACHETA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74
ESTATURA

O-
G.S. RH

M
SEXO

21-OCT-1977 SASAIMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00014701-M-0000382112-20080618 0000527058A 1 1130024504

116



Plinio Rodríguez

Colsubsidio

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) PLINIO RODRIGUEZ BURGOS identificado(a) con CC No. 74333386, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de ESPACIO PUBLICO Y URBANISMO CYM CONSTRUCCIONES ASOCI con NIT 901.152.861-5:

- Fecha de afiliación a la Caja: 22/07/2025.
- Fecha de ingreso a la empresa: 16/07/2025.

José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Bogotá D.C. 22/07/2025

Vigilado Supersubsidio

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 **PLINIO RODRIGUEZ BURGOS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **74333386,** se encuentra afiliado/a desde **17/12/2007** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES.**

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 11 de agosto 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.

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

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente

FORMULARIO VÍA WEB

✓ ✓ ✓
✓ ✓ 11 07 2025

Rodriguez X | Borgos 74333386 | Plinio X | 30 04 2025

POSITIVA

COLPENSIONES 1423500 = | Cll 139 #158-30 ✓
Bogota | Bogotá | 3028495173 plinierodriguez197@gmail.com

ESPACIO PUBLICO Y URBANISMO M&C CONSTRUCCIONES | X 901152861 5
CR 11CB #70A-54 BOGOTA | BOGOTA 6894203 | 3116415518 espacopublicoyurbanismo@hotmail.com
11 07 2025 | Oficial Obra | 1423500 =

Rodriguez X | Borgos 74333386 | Plinio X | 30 04 1970
11 07 2025

Plinio Rodriguez B | Misael Caviedes Cardenas.

nueva
14 07 2025
SUJETO A VERIFICACIÓN

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES
Y CARTA DE DESEMPEÑO

FORMULARIO VÍA WEB

nueva eps
gente cuidando gente

Autorización de mensajes de texto

Plinio Rodriguez Burgos.
74-333-386 Tota-Boyaca

x

3028495173
plinio.rodriguez197@gmail.com

Plinio Rodriguez B.
CC 74 333 386

Cl 134 # 158-30 Bogotá
3028495173
Bogotá

Autorizaciones

Aviso de privacidad

121

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 74.333.386
RODRIGUEZ BURGOS

APELLIDOS
PLINIO

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 30-ABR-1970
TOCA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

22-DIC-1988 TOCA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00207974-M-0074333386-20100107 0019700084A 1 1170004850

Gmail

icod sas <icod.sgsst01@gmail.com>

Fwd: Afiliaciones ARL POSITIVA

1 mensaje

ICOD <icod.oficinaprincipal2025@gmail.com>
Para: icod sas <icod.sgsst01@gmail.com>

25 de julio de 2025, 13:53

---------- Forwarded message ---------
De: **ICOD** <icod.oficinaprincipal2025@gmail.com>
Date: vie, 25 jul 2025 a las 10:08
Subject: Afiliaciones ARL POSITIVA
To: <Adriana.cagua@linktic.com>

Buen dia, Adriana

Nuevamente, envió la relación de trabajadores bajo la razón social de " ESPACIO PÚBLICO Y URBANISMO CYM CONSTRUCCIONES Y ASOCIADOS SAS ", con Nit. 901.152.861-5, actualizado con cuatro ingresos nuevos.

Le agradezco si nos colabora, por favor con certificaciones de cobertura de estos trabajadores, o con la asignación de un usuario y clave para poder manejar las afiliaciones del personal por plataforma.

Quedo pendiente de su confirmación.

Cordialmente,

Nancy Gómez
Asistente Administrativa.

Adjunto documentos de la empresa para verificación de datos.

4 adjuntos

- **PLANTILLA MASIVA DEPENDIENTE.xlsx** 431K
- **Rut Actualizado Espacio Pub. y Urbanismo.pdf** 225K
- **Representacion Legal MYC CONSTRUCCIONES3.pdf** 106K
- **CC MISAEL CAVIDES.pdf** 682K

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	901152861-5	ESPACIO PUBLICO URBANISMO CYM CONSTRUCCIONES ASOCI		CRA 116 6 70 A 54	3116415516	espaciopublicoyurbanismo@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	OPERATIVO	OBRA SUBA	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
					11	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-07	E	08/08/2025	88770664	$1,627,400	

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	89.300	0		0		0	0	0	0	89.300	4
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	36.000	0		0		0	0	0	0	36.000	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	3.800	0		0		0	0	0	0	3.800	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	58.900	0		0		0	0	0	0	58.900	3
EPSIC4	ANAS WAYUU EPSI	839000495-6	1.900	0		0		0	0	0	0	1.900	1
ESSC07	EPS-S Mutual Ser	900067594-7	36.000	0		0		0	0	0	0	36.000	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
230201	Protección (ING + Proteccion)	800227586-0	197.500	0	0	0	0	0	0		197.500	2
230301	Porvenir	800224808-6	417.600	0	0	0	0	0	0		417.600	7
25-14	Colpensiones	900336004-7	151.900	0	0	0	0	0	0		151.900	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	400.400				400.400	0	0	400.400			4.004	400.400	11

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF32	Colsubsidio	860007336-1	229.900	0	0	229.900	11

PAGADA

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

12 4

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	901152881-5	ESPACIO PUBLICO URBANISMO CYM CONSTRUCCIONES ASOCI		CRA 116 B 70 A 54	3116415518	espaciopublicoyurbanismo@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B -- menos de 200 c	OPERATIVO	OBRA SUBA	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
					11	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-07	E	06/08/2025	88770684	$1,627,400	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Dias 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	6	229,900	229,900
Pensión	5	797,200	797,200
Riesgos Laborales	1	400,400	400,400
CCF	1	229,900	229,900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	11	1,627,400	1,627,400

PAGADA

725

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901152861-5	ESPACIO PUBLICO URBANISMO CYM CONSTRUCCIONES ASOCI		CRA 116 B 70 A 54	3115415518	espaciospublicosyurbanismo@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	OPERATIVO	OBRA SUBA	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
					11	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-07	E	08/08/2025	89770664	$1,627,400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Extranjero	Sueldo	Integral	Salario variable	Estudiante	VSP	IGE	TDE	TAE	VAC	LMA	SLN	IRL	VST	SUS	INC	ELE	AVP	VCT	AFI	DIRECCIÓN	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	Cotizantes	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1043135336	DE LA HOZ MONTES ANDRES CAMILO					X																	230201	94,909	15,200	0	0	0	0	EPS037	94,900	3,800	14-03	94,900	3	0.700	CCF32	94,900	3,800	0	0	0	0	0
CC	1143866536	RODRIGUEZ VILORIA JOSTIN JAMES					X																	230201	284,700	45,400	0	0	0	0	EPS002	284,700	11,400	14-03	284,700	3	10,500	CCF32	284,700	11,400	0	0	0	0	0
CC	1044636747	HERRERA MAYA EDUARD					X																	230201	949,000	151,900	0	0	0	0	EPS002	949,000	38,000	14-03	949,000	3	35,100	CCF32	949,000	38,000	0	0	0	0	0
CC	1067166563	BONITO CENTENO ROBINSON JOSE					X	X																230201	47,400	7,600	0	0	0	0	EPS002	47,400	1,900	14-03	47,400	3	1,800	CCF32	47,400	1,900	0	0	0	0	0
CC	1193102574	PERTUZ MERCADO CRISTIAN DAVID					X	X																230201	949,000	151,900	0	0	0	0	EPS002	949,000	38,000	14-03	949,000	3	35,100	CCF32	949,000	38,000	0	0	0	0	0
CC	1118082384	BELTRAN GARAVITO BRYAN ENRIQUE					X	X																230201	47,400	7,600	0	0	0	0	EPS042	47,400	1,900	14-03	47,400	3	1,800	CCF32	47,400	1,900	0	0	0	0	0
CC	1136082384	RINCON BOLAÑOS DIEGO ANDRES					X																	230201	949,000	151,900	0	0	0	0	ESS062	949,000	38,000	14-03	949,000	3	35,100	CCF32	949,000	38,000	0	0	0	0	0
CC	1140213884	CEPEDA GONZALEZ JOSE FRANCISCO					X																	230201	94,909	15,200	0	0	0	0	EPS037	94,900	3,800	14-03	94,900	3	0.700	CCF32	94,900	3,800	0	0	0	0	0
CC	5214333	PRIETO LITARDO JORGE ENRIQUE					X																	230201	427,050	68,400	0	0	0	0	EPS037	427,050	17,100	14-03	427,050	3	15,800	CCF32	427,050	17,100	0	0	0	0	0
CC	3691[illegible]	CALDERA CARDENAS MISAEL					X																			0	0	0	0	0	EPS002	949,000	38,000	14-03	949,000	3	35,100	CCF32	949,000	38,000	0	0	0	0	0
CC	3691[illegible]	CALDERA CARDENAS MISAEL					X																			0	0	0	0	0	EPS002	474,500	0	14-03	474,500	3	0	CCF32	474,500	0	0	0	0	0	0
CC	7435[illegible]	RODRIGUEZ BURGOS PEDRO					X																	05-14	949,000	151,900	0	0	0	0	EPS002	949,000	38,000	14-03	949,000	3	35,100	CCF32	949,000	38,000	0	0	0	0	0

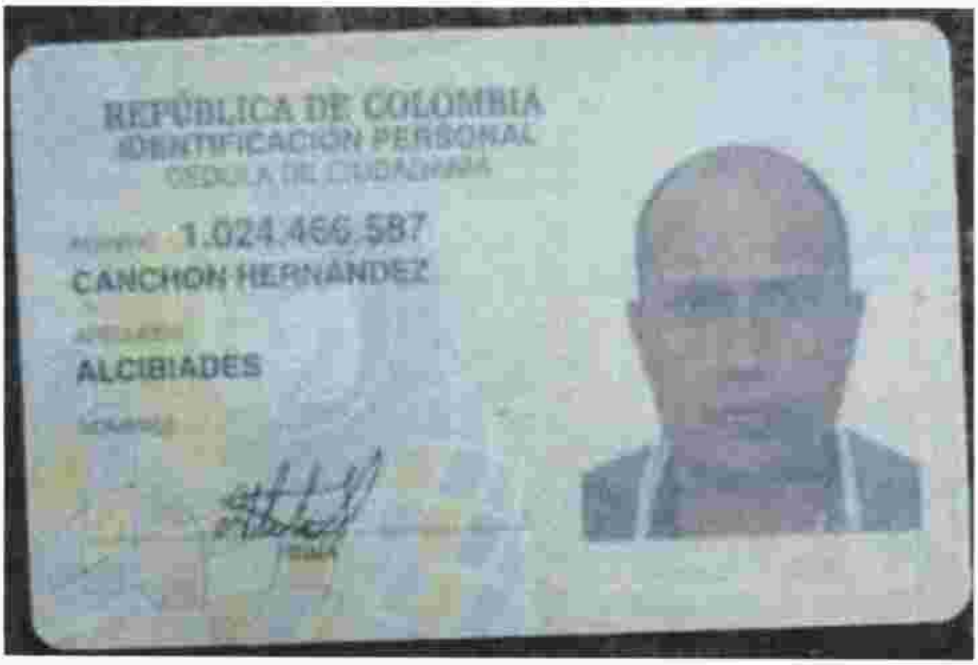
PAGADA

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

12-14. Construcciones Y Proyectos A&C SAS



Alcibíades Canchón


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
1.024.466.587
CANCHON HERNANDEZ
ALCIBIADES


FECHA DE NACIMIENTO 21-ENE-1986
VILLARRICA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.76
ESTATURA
O+
G. S. RH
M
SEXO
22-SEP-2004 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que ALCIBIADES CANCHON HERNANDEZ identificado(a) con CC 1024466587 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS A&C SAS NI 901846272

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
2025-06	2025-07	1632887971	9488968622	E	2025-07-16																	

Riesgo	Administradora	Dias	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PORVENIR	30	16%	$1,423,500	$227,800
ARL	ARL SURA	30	6.96%	$1,423,500	$99,100
CCF	COLSUBSIDIO	30	4%	$1,423,500	$57,000
EPS	FAMISANAR	30	4%	$1,423,500	$57,000

Este certificado se expide el dia 2025-07-23 a las 10:48.



Miguel Oñate

HOJA DE VIDA

CEDULA





aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que WISSES MIGUEL OÑATE MEJIA identificado(a) con CC 1015411853 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS A&C SAS NI 901846272																								
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		
2025-06	2025-07	1632887971	9488968622	E	2025-07-16																			
Riesgo		Administradora		Días	Tarifa	IBC																		
AFP		PORVENIR		30	16%	$1,423,500																		
ARL		ARL SURA		30	6.96%	$1,423,500																		
CCF		COLSUBSIDIO		30	4%	$1,423,500																		
EPS		SALUD TOTAL		30	4%	$1,423,500																		

Cotización
$227,800
$99,100
$57,000
$57,000

Este certificado se expide el día 2025-07-23 a las 10:55.

133



Miguel Alexander Torrija

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.122.810.674



Apellidos
TORRIJA OÑATE

Nombres
MIGUEL ALEXANDER

Nacionalidad
COL

Estatura
1.78

Sexo
M

Fecha de nacimiento
03 MAR 2006

G.S.
B+

Lugar de nacimiento
BARRANCAS (LA GUAJIRA)

Fecha y lugar de expedición
13 MAR 2024, BOGOTA D.C.

Firma
Miguel Torrija

Fecha de expiración
17 MAR 2034

(10) 04132936 8

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0413293686150O1<<<<<<<<<<
0603032M3403174COL11228106749
TORRIJA<ONATE<<MIGUEL<ALEXANDE

135

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que MIGUEL ALEXANDER TORRIJA OÑATE identificado(a) con CC 1122810674 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS A&C SAS NI 901846272

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
2025-06	2025-07	1632887971	9488968622	E	2025-07-16	X																

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	COLPENSIONES	12	16%	$569,400	$91,200
ARL	ARL SURA	12	6.96%	$569,400	$39,700
CCF	COLSUBSIDIO	12	4%	$569,400	$22,800
EPS	CAPITAL SALUD	12	4%	$569,400	$22,800

Este certificado se expide el día 2025-08-08 a las 10:26.

136

15. Pavimaq SAS

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 7.925.823

SANCHEZ LEMUS

APELLIDOS

OSCAR EFREN

NOMBRES



Oscar Efren Sanchez L

FIRMA

738

Scanned with CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO 17-FEB-1982

SANTA ROSA DEL SUR
(BOLIVAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68	A+	M
ESTATURA	G.S RH	SEXO

14-MAY-2001 SANTA ROSA DEL SUR

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-0509509-00319463-M-0007925823-20110804 00276 70593A 1 36846542

139

Scanned with CamScanner

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901572916	0	FAVINAQ SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CALLE 8 SUR N 41-24	BOGOTA-BOGOTA D.C.	6709780	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-07	1618363653	1488806196	E	2025/07/04	2025/07/10	BANCO DAVIVIENDA	6	$3,968,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

No.	EMPLEADO			NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1018446409	CUBILLOS DIAZA ANDRES EDUARDO																			231001	30	$1,423,500	$227,800	EPS037	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	SI	$440,900
2	CC	1428413?	HERRERA JORGE HUMBERTO																			25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	SI	$440,900
3	CC	80333111	MALAGON RAMIREZ CARLOS ANDRES																			230501	30	$1,423,500	$227,800	EPS008	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	SI	$440,900
4	CC	1154659933	MALAGON BECERRA JUAN ANDRES																			230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS008	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	SI	$440,900
5	CC	80082033	ROVIGA CARDENAS JOSE MARTIN																			230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	SI	$440,900
6	CC	15945201	OSPINA ARIAS LUIS CARLOS																				0	$0	$0	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	SI	$213,100
7	CC	80152689	PUERTO ALONSO FRANCISCO ANTONIO																			230501	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	SI	$440,900
8	CC	74069343	SALCEDO FUENTES JULIO RAMON																				0	$0	$0	EPS017	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	SI	$213,100
9	CC	7918525	SANCHEZ LENIS OSCAR EFREN																			230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	SI	$440,900
10	CC	1006220469	TEQUILLO SANCHEZ MELINA ALFONSO																			230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS041	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	SI	$440,900
Total	Afiliados(10)																							$11,388,000	$1,822,400			$14,235,000	$570,000			$14,235,000	$570,000			$14,235,000	$991,000		$0	$0		$2,953,400

2025/07/29 03:10 PM

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 901872916	0	FAMMAQ SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CALLE 8 SUR N 41-24	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6709780	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-06	2025-07	1618352653	96888096198	E	2025/07/04	2025/07/10	BANCO DAVIVIENDA	6	$3,966,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				8	$1,822,400	$7,000	$0	$1,829,400
COLFONDOS	23I001	800,227,940	6	1	$227,800	$900	$0	$228,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$900	$0	$228,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	6	$1,366,800	$5,200	$0	$1,372,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				10	$991,000	$3,800	$0	$994,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	10	$991,000	$3,800	$0	$994,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				10	$570,000	$2,200	$0	$572,200
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	10	$570,000	$2,200	$0	$572,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				10	$570,000	$2,500	$0	$572,500
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	2	$114,000	$500	$0	$114,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	4	$228,000	$900	$0	$228,900
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$57,000	$300	$0	$57,300
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$57,000	$300	$0	$57,300
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	2	$114,000	$500	$0	$114,500
TOTAL				10	$3,953,400	$15,500	$0	$3,966,900

2025/07/29 03:10 PM

AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y REGISTRO DE EXÁMENES MÉDICOS DE INGRESO, PERIÓDICOS Y EGRESO

Código: SST-FT-62
Versión: 01
Fecha: 28/Feb/2025

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31 Julio del 2025

CONTRATO OBRA No. CONTRATO DE OBRA PUBLICA NO. FDLS-1113-2024-LP (116024)

CONTRATO DE Obra PUBLICA NO. FDLS-1113-2024-LP (116024) "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" 14/8/25 A 31/12/25

No.	CONTRATISTA/ SUBCONTRATISTA	TIPO DE CONTRATO	DATOS DEL TRABAJADOR			FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	ARP			EPS		AFP		FECHA EXÁMENES			SI TIENE RESTRICCIÓN ESPECIFIQUE
			NOMBRE DEL TRABAJADOR	CEDULA	CARGO			NOMBRE	RIESGO	FECHA ULTIMO PAGO	NOMBRE	FECHA ULTIMO PAGO	NOMBRE	FECHA ULTIMO PAGO	EXÁMEN DE INGRESO	EXÁMEN PERIÓDICO	EXÁMEN DE EGRESO	
						PERSONAL NUEVO												
1	CONSORCIO SUBA MT	OBRA LABOR	Carlos Santiago Niño	1.031.811.200	CADENERO 2	15/07/2025	N/A	SURA	V	AFILIACIÓN	FAMISANAR	AFILIACIÓN	PORVENIR	AFILIACION	12/07/2025	NA	NA	NO
2	CONSORCIO SUBA MT	OBRA LABOR	Wilson Diaz Rios	79.493.144	CONDUCTOR	21/07/2025	N/A	SURA	V	AFILIACION	COMPENSAR	AFILIACION	COLPENSIONES	AFILIACION	25/07/2025	NA	NA	NO
3	CONSORCIO SUBA MT	OBRA LABOR	Josselin Leyton	1.087.969	AYUDANTE DE OBRA	21/07/2025	N/A	SURA	V	AFILIACION	NUEVA EPS	AFILIACIÓN	N/A	N/A	14/07/2025	NA	NA	NO
4	CONSORCIO SUBA MT	OBRA LABOR	Juan Manuel Ramos	79.474.031	INGENIERO RESIDENTE	06/07/2025	N/A	SURA	V	4/8/2025	FAMISANAR	4/8/2025	PORVENIR	4/8/2025	23/06/2024	NA	NA	NO
5	CONSORCIO SUBA MT	OBRA LABOR	Arnold Bilsan Buelvas Saavedra	1.018.099.425	AYUDANTE DE OBRA	24/07/2025	N/A	SURA	V	AFILIACION	SALUD TOTAL	AFILIACION	PORVENIR	AFILIACION	23/7/2025	NA	NA	NO
6	CONSORCIO SUBA MT	OBRA LABOR	Jaime Enrique Garcia Torrealba	72.301.381	AYUDANTE DE OBRA	24/07/2025	N/A	SURA	V	AFILIACION	COOSALUD	AFILIACION	PROTECCION	AFILIACION	23-7/2025	NA	NA	NO
7	ESPACIO PUBLICO Y URBANISMO CYM CONSTRUCCIONES ASOCIADOS SAS	OBRA LABOR	Carlos Antonio Orozco Bolivar	1.129.524.348	AYUDANTE DE OBRA	16/07/2025	N/A	PENDIENTE		PENDIENTE	SALUD TOTAL	AFILIACION	PROTECCION	AFILIACION	8/7/2025	NA	NA	NO
8	ESPACIO PUBLICO Y URBANISMO CYM CONSTRUCCIONES ASOCI	OBRA LABOR	Cristian David Pestalle Mercado	1.101.460.898	AYUDANTE DE OBRA	16/07/2025	N/A	PENDIENTE		PENDIENTE	SALUD TOTAL	AFILIACION	PORVENIR	AFILIACION	5/7/2025	NA	NA	NO
9	ESPACIO PUBLICO Y URBANISMO CYM CONSTRUCCIONES ASOCI	OBRA LABOR	Eduard Herrera Mate	1.044.908.787	AYUDANTE DE OBRA	16/07/2025	N/A	PENDIENTE		PENDIENTE	SALUD TOTAL	AFILIACION	PORVENIR	AFILIACION	5/7/2025	NA	NA	NO
10	ESPACIO PUBLICO Y URBANISMO CYM CONSTRUCCIONES ASOCI	OBRA LABOR	Misael Cervantes Cardenas	382.113	MAESTRO DE OBRA	16/07/2025	N/A	PENDIENTE		PENDIENTE	COMPENSAR	AFILIACION	PORVENIR	AFILIACION	5/7/2025	NA	NA	NO
11	ESPACIO PUBLICO Y URBANISMO CYM CONSTRUCCIONES ASOCI	OBRA LABOR	Pikky Rodriguez Burgos	74.333.386	AYUDANTE DE OBRA	16/07/2025	N/A	PENDIENTE		PENDIENTE	NUEVA EPS	AFILIACION	COLPENSIONES	AFILIACION	5/7/2025	NA	NA	NO
12	CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS A&C SAS	OBRA LABOR	Abdiadiles Carothon Hernandez	1.024.486.587	MAESTRO DE OBRA	25/07/2025	N/A	ARL SURA	V	16/7/2025	FAMISANAR	16/7/2025	PORVENIR	16/7/2025	PENDIENTE	NA	NA	NO
13	CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS A&C SAS	OBRA LABOR	Wisseo Miguel Olaya Mejia	1.013.411.853	OFICIAL	25/07/2025	N/A	ARL SURA	V	16/7/2025	SALUD TOTAL	16/7/2025	PORVENIR	16/7/2025	30/5/2025	NA	NA	NO
14	CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS A&C SAS	OBRA LABOR	Miguel Alexander Tovilla	1.122.810.414	AYUDANTE DE OBRA	25/07/2025	N/A	ARL SURA	V	AFILIACION	CAPITAL SALUD	AFILIACION	COLPENSIONES	AFILIACION	18/6/2025	NA	NA	NO
15	FASIMO SAS	OBRA LABOR	Oscar Efren Sanchez	7.825.823	OPERADOR MAQUINARIA	21/07/2025	N/A	SURA	V	16/7/2025	SALUD TOTAL	16/7/2025	PORVENIR	16/7/2025	30/4/2025	NA	NA	NO

142

PERSONAL ANTIGUO																		
16	ICOD CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS SAS	OBRA LABOR	Oscar Julian Merlos	1.052.727.77	DIRECTOR DE OBRA Y Especialista en Hidrología	01/04/2025	NA	AXA COLPATRIA	V	2/7/2025	SALUD TOTAL	2/7/2025	FORTEMIR	2/7/2025	1/2/2026	NA	NA	NO
17	ICOD CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS SAS	OBRA LABOR	Daniel Fajardo Castañeda	1.018.470.972	Ingeniero Residente de Obra - 1	01/04/2025	NA	AXA COLPATRIA	V	2/7/2025	COMFENALCO	2/7/2025	FORTEMIR	2/7/2025	1/2/2026	NA	NA	NO
18	ICOD CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS SAS	OBRA LABOR	Carlos Javier Bejarano Avila	1.033.030.903	TOPOGRAFO INSPECTOR	09/06/2025	NA	SURA	V	2/7/2025	FAMISANAR	2/7/2025	FORTEMIR	2/7/2025	1/2/2026	NA	NA	NO
19	ICOD CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS SAS	OBRA CAPACITACION	Aaron Marcelo Ospa Pineda	1.104.409.966	SECRETARIA	01/04/2025	NA	S	I	2/7/2025	COMFENALCO	2/7/2025	FORTEMIR	2/7/2025	31/8/2024	NA	NA	NO
20	ICOD CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS SAS	OBRA LABOR	Fabio Alexander Arbeiza Cervera	AV 758-035	ALMACENISTA	01/07/2025	NA	SURA	V	2/7/2025	NUEVA EPS	2/7/2025	FORTEMIR	2/7/2025	4/8/2025	NA	NA	NO
21	ICOD CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS SAS	OBRA LABOR	Diana Carolina Montes Ortiz	1.076.655.838	INSPECTOR SISTRA	20/06/2025	N/A	AXA COLPATRIA	V	2/7/2025	COMFENALCO	2/7/2025	COLPENSIONES	2/7/2025	30/6/2026	N/A	NA	APTO
22	ICOM INGENIEROS	OBRA LABOR	Jose Camilo Arizmoa Ramirez	1.143.855.357	Especialista en Redes Hidrosanitarias	01/04/2025	NA	SURA	V	23/7/2025	SURA	23/7/2025	FORTEMIR	23/7/2025	6/8/2025	NA	NA	NO
23	TV INGENIERIA Y CONSTRUCCION SUCURSAL COLOMBIA	OBRA LABOR	Daniel Fernando Alvarez Sanchez	1.030.592.456	Inspector en Redes Secas	01/04/2025	NA	SURA	V	11/7/2025	SALUD TOTAL	4/7/2025	PROTECCION	8/7/2025	21/11/2024	NA	NA	NO
24	OUTSOURCING DF SAS	OBRA LABOR	Dayana Lizeth Medina Rojas	1.018.396.868	Auxiliar de apoyo en Diseño Urbano Y Profesional en presupuesto y programación	01/04/2025	NA	SURA	V	2/7/2025	SANITAS	2/7/2025	COLPENSIONES	2/7/2025	1/2/2026	NA	NA	NO
25	OUTSOURCING DF SAS	OBRA LABOR	Cristy Diaz Pulido	1.052.201.972	Ingeniero Residente De Obra - 2	01/04/2025	NA	SURA	V	2/7/2025	SANITAS	2/7/2025	POSITIVA	2/7/2025	2/4/2025	NA	NA	NO
26	OUTSOURCING DF SAS	OBRA LABOR	Luisa Fernanda Alvarez Daza	1119585917	RESIDENTE SST	2/04/2025	NA	SURA	V	2/7/2025	SALUD TOTAL	2/7/2025	PORVENIR	2/7/2025	11/9/2025	NA	SI	NO
27	OUTSOURCING DF SAS	OBRA LABOR	Elkin Santiago Gomez Sala	1.020.101.726	AUXILIAR DE ANDAMIERIA	04/06/2025	NA	SURA	V	2/7/2025	SANITAS SA	2/7/2025	PROTECCION	2/7/2025	6/4/2025	NA	NA	NO
28	OUTSOURCING DF SAS	OBRA LABOR	Nerce Esperanza Daza Arenas	60.384.611	CELADORES I	04/06/2025	NA	SURA	I	2/7/2025	SANITAS SA	2/7/2025	PROTECCION	2/7/2025	1/2/2026	NA	NA	NO
29	CONSORCIO SURA MT	OBRA LABOR	Victor Antonio Sierra	1.002.304.195	AYUDANTE DE OBRA	03/06/2025	N/A	SURA	V	11/7/2025	SALUD TOTAL	11/7/2025	PORVENIR	11/7/2025	28/6/2026	N/A	N/A	APTO
30	CONSORCIO SURA MT	OBRA LABOR	Anabell Alfonso Rodriguez	52.800.619	AMBIENTE DE OBRA	10/06/2025	N/A	SURA	V	11/7/2025	FAMISANAR	11/7/2025	PORVENIR	11/7/2025	28/6/2026	N/A	N/A	APTO
31	CONSORCIO SURA MT	OBRA LABOR	Brayan Felipe Sarmiento Gomez	1.071.394.488	OPERADOR MAQUINARIA	11/06/2025	N/A	SURA	V	11/7/2025	COMFENALCO	11/7/2025	COLPENSIONES	11/7/2025	10/6/2026	N/A	N/A	APTO
32	CONSORCIO SURA MT	OBRA LABOR	Jose Ignacio Cano	91.323.182	MAESTRO DE OBRA	16/06/2025	N/A	SURA	V	11/7/2025	SALUD TOTAL	11/7/2025	PORVENIR	11/7/2025	16/6/2026	N/A	N/A	APTO
33	CONSORCIO SURA MT	OBRA LABOR	Darwin Antonio Sanchez	1.144.033.427	AYUDANTE DE OBRA	26/06/2025	N/A	SURA	V	11/7/2025	NUEVA EPS	11/7/2025	COLPENSIONES	11/7/2025	26/6/2026	N/A	N/A	APTO
34	CONSORCIO SURA MT	OBRA LABOR	LEGION CARPEL SUSA	80.259.145	CADENERO I	01/04/2025	NA	COLPATRIA A.A	V	11/7/2025	FAMISANAR	11/7/2025	PORVENIR	11/7/2025	28/4/2026	NA	NA	NO
35	CONSORCIO SURA MT	OBRA LABOR	YITO RIDER HURTADO	14.461.619	CADENERO I	01/04/2025	NA	COLPATRIA A.A	V	11/7/2025	SURAMERICANA	11/7/2025	COLPENSIONES	11/7/2025	28/4/2026	NA	NA	NO
36	CONSORCIO SURA MT	OBRA LABOR	Lauver Polana Rojas	1.030.598.849	TECNICO - INSPECTOR	23/06/2025	NA	SURA	V	11/7/2025	FAMISANAR	11/7/2025	COLPENSIONES	11/7/2025	24/6/2026	NA	NA	NO
37	CONSORCIO SURA MT	OBRA LABOR	Wilmar Andres Molina Rojas	1.023.940.174	TECNICO - INSPECTOR	20/06/2025	NA	SURA	V	11/7/2025	SANITAS SA	11/7/2025	PROTECCION	11/7/2025	21/5/2026	NA	NA	NO
38	CONSORCIO SURA MT	OBRA LABOR	Marco Antonio Macias Velazquez	1.023.874.107	TOPOGRAFO INSPECTOR	04/06/2025	NA	SURA	V	11/7/2025	FAMISANAR	11/7/2025	COLFONDOS	11/7/2025	28/4/2026	NA	NA	NO
39	CONSORCIO SURA MT	OBRA LABOR	Anderson Duran Ribeiro	1.023.223.332	CONDUCTOR	16/06/2025	NA	SURA	V	11/7/2025	COMFENALCO	11/7/2025	PORVENIR	11/7/2025	14/6/2026	NA	NA	NO
40	CONSORCIO SURA MT	OBRA LABOR	Angie Vanessa Giraldo	1.014.730.871	AYUDANTE SOCIAL	23/06/2025	NA	SURA	V	11/7/2025	COMFENALCO	11/7/2025	COLPENSIONES	11/7/2025	15/5/2026	NA	NA	NO
41	CONSORCIO SURA MT	OBRA LABOR	William Andres Mercado Muñoz	1.117.522.109	Ayudante de obra	05/06/2025	NA	SURA	V	11/7/2025	FAMISANAR	11/7/2025	PORVENIR	11/7/2025	10/6/2026	NA	NA	NO
42	CONSORCIO SURA MT	OBRA LABOR	Erlen Adonay Herrera	1.049.999.857	Ayudante de obra	20/06/2025	NA	SURA	V	2/7/2025	NUEVA EPS	11/7/2025	PORVENIR	11/7/2025	21/6/2026	NA	NA	NO
43	CONSORCIO SURA MT	OBRA LABOR	Jesus David Garcia Hernandez	1.090.042.998	Ayudante de obra	23/06/2025	NA	SURA	V	2/7/2025	SANITAS SAS	11/7/2025	COLPENSIONES	11/7/2025	21/6/2026	NA	NA	NO
44	INDEPENDIENTE	OBRA LABOR	Jeremy Alberth Cassiani Mesa	80.038.140	Especialista en Urbanismo y Espacio Público	01/04/2025	NA	SURA	V	13/7/2025	COMFENALCO	13/6/2025	PORVENIR	14/6/2024	6/6/2024	NA	NA	NO
45	INDEPENDIENTE	OBRA LABOR	Julian Dario Figueroa Nuñez	1.016.075.237	Especialista en Estructuras	01/04/2025	NA	SURA	V	11/7/2025	SANITAS	30/6/2025	COLPENSIONES	30/6/2025	5/2/2024	NA	NA	NO
46	INDEPENDIENTE	OBRA LABOR	Jorge Eliecer Rodriguez Forero	80.350.394	Especialista en SIG-CAD	01/04/2025	NA	SURA	V	11/7/2025	SURA	23/7/2025	PROTECCION	23/7/2025	19/10/2025	NA	NA	NO
47	INDEPENDIENTE	OBRA LABOR	Alejandro Garzon Bustamante	1.015.201.952	Residente de mantenimiento y soporte de obra	01/04/2025	NA	SURA	V	11/7/2025	FAMISANAR	8/7/2025	COLPENSIONES	8/7/2025	30/1/2026	NA	NA	NO
48	INDEPENDIENTE	OBRA LABOR	Paola Capdevi Rios	52.330.173	RESIDENTE SOCIAL	01/04/2025	NA	SURA	V	11/7/2025	FAMISANAR	16/7/2025	PORVENIR	15/7/2025	7/8/2025	NA	NA	NO
49	INDEPENDIENTE	OBRA LABOR	Juan Alejandro Ramirez	80.201.943	Residente en Interior y Acopiador	01/04/2025	NA	SURA	V	11/7/2025	COMFENALCO	8/7/2025	PORVENIR	2/7/2025	1/2/2026	NA	NA	NO
50	INDEPENDIENTE	OBRA LABOR	Alexander Castillo Sierra	1.015.152.975	Ingeniero Forestal	01/04/2025	NA	SURA	V	11/7/2025	SANITAS	09-06-2025	COLPENSIONES	09-06-2025	10/5/2024	NA	NA	NO
51	INDEPENDIENTE	OBRA LABOR	Alfonso Cipriano Robles	87.717.894	RESIDENTE AMBIENTAL	20/06/2025	NA	SURA	V	11/7/2025	SURA	23/7/2025	PORVENIR	23/7/2025	13/6/2025	NA	NA	NO
52	INDEPENDIENTE	OBRA LABOR	Rolf Poulin Jaramillo	32.807.886	Especialista en Interior y Ventanería	10/06/2025	NA	SURA	V	11/7/2025	SURA	30/6/2025	PROTECCION	30/6/2025	28/04/2025	NA	NA	NO
53	MOVIENTO UNIDOS	OBRA LABOR	Wilinton Cotazo	1.013.088.731	OPERADOR	27/06/2025	NA	SURA	V	11/7/2025	FAMISANAR	11/7/2025	PORVENIR	11/7/2025	16/5/2024	NA	NA	NO
54	MOVIENTO UNIDOS	OBRA LABOR	Nelberto Urrego	14.324.602	OPERADOR	01/06/2025	NA	SURA	V	11/7/2025	FAMISANAR	11/7/2025	COLPENSIONES	11/7/2025	02/6/2025	NA	NA	NO
55	ALEX DEMOLICION SAS	OBRA LABOR	Luis Eduardo Acuña Medina	5.197.514	OPERADOR	28/06/2025	NA	SURA	V	11/7/2025	COMFENALCO	11/7/2025	PORVENIR	11/7/2025	30/4/2025	NA	NA	NO
56	VYP CONSULTORIA Y CONSTRUCCION SAS	OBRA LABOR	Francisco Alvarez Ortiz	19.119.032	AYUDANTE DE OBRA	30/06/2025	N/A	SURA	V	28/7/2025	FAMISANAR	28/7/2025	PORVENIR	28/7/2025	24/3/2025	N/A	N/A	APTO
57	VYP CONSULTORIA Y CONSTRUCCION SAS	OBRA LABOR	Hernando Salcedo Rodriguez	79.126.019	MAESTRO DE OBRA	30/06/2025	N/A	SURA	V	28/7/2025	SALUD TOTAL	28/7/2025	NA	#N/A	14/3/2025	N/A	N/A	APTO
58	MINERIA VIAGAS SUCURSAL NACIONAL	OBRA LABOR	Alex Sebastian Serrano	1.001.107.750	Especialista en Diseño Y Especialista en Perforacion	01/06/2025	NA	SURA	V	15/7/2025	SALUD TOTAL	15/7/2025	COLFONDOS	15/7/2025	3/2/2025	NA	NA	NO

PERSONAL RETIRADO																		
59	CONSORCIO SUBA MT	OBRA LABOR	Oscar Tirano	1.022.415.389	CONDUCTOR	27/05/2025	19/07/2025	SURA	V	07/2025	SANITAS	7/7/2025	PORVENIR	27/7/2025	19/08/2025	NA	NA	NO
60	OUTSOURCING OF SAS	OBRA LABOR	Lizbella Lizarazo Peña	51.884.258	ORDENERO 1	04/06/2025	27/07/2025	SURA	V	2/7/2025	SANITAS SA	2/7/2025	COLPENSIONES	2/7/2025	28/08/2025	NA	NA	NO
61	OUTSOURCING OF SAS	OBRA LABOR	Paola Cristina Morales Colorado	1.017.243.798	LABORATORISTA INSPECTOR	04/06/2025	14/07/2025	SURA	V	2/7/2025	SURA	2/7/2025	PORVENIR	2/7/2025	25/8/2025	NA	NA	NO
62	CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS A&C SAS	OBRA LABOR	Rafael David Fernandez	1.048.288.303	AYUDANTE DE OBRA	24/07/2025	30/07/2025	SURA	V	AFILIACION	SALUD TOTAL	AFILIACION	PROTECCION	AFILIACION	26/7/2025	NA	NA	NO
63	CONSORCIO SUBA MT	OBRA LABOR	Javier Velasquez	1.065.899.224	AYUDANTE DE OBRA	24/07/2025	30/07/2025	SURA	V	AFILIACION	FAMISANAR	AFILIACION	PENDIENTE	AFILIACION	25/7/2025	NA	NA	NO
PERSONAL ROTATIVO																		
64	JHON JAMES MOSQUERA CORDOBA.	OBRA LABOR	Dilan David Noriega Gonzalez	1.001.859.671	AYUDANTE DE OBRA	01/07/2025	NA	AXXA COLPATRIA	V	AFILIACION	NUEVA EPS	AFILIACION	PORVENIR	AFILIACION	1/7/2025	NA	NA	NO
65	JHON JAMES MOSQUERA CORDOBA.	OBRA LABOR	Jhon James Mosquera Cordoba	1.077.434.177	MAESTRO DE OBRA	01/07/2025	NA	SURA	V	AFILIACION	FAMISANAR	7/08/2025	PROTECCION	16/8/2025	1/8/2025	NA	NA	NO

NA : No aplica en el periodo
Para diligencia columnas Fecha de examen de egreso utilice las siguientes notas:
Ce: Retiros de orden sala exámen de egreso
RSA: retiro sin aviso
Pe/Re: Retiro en que se realizo examen de egreso

FIRMA Y NOMBRE

(Nombre) YASMIN CATERINE BURBANO
Residente SST Consorcio

(Nombre) DIANA TAPIA
Residente SST Interventoria

744



Oscar Julián Moreno

Daniel Fajardo Castañeda

Carlos Javier Bejarano Ávila

Keren Manuela Ojeda Pineda

Fabio Alexander Salazar Cáceres

Diana Carolina Medina Gómez

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 01	3125861487	jmorenojbcotsas@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
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-06	E	02/07/2025	87452041	$4.063.300	

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	468.000	0		0		0	0	0	0	468.000	3
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	57.000	0		0		0	0	0	0	57.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-6	1.299.800	0	0	0	0	0	0		1.299.800	3
05-14	Colpensiones	900336004-7	800.000	0	0	0	0	0	0		800.000	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	913.500				913.500	0	0	913.500			5.135	913.500	4

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	525.000	0	0	525.000	4

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	2	525.000	525.000
Pensión	2	2.099.800	2.099.800
Riesgos Laborales	1	913.500	913.500
CCF	1	525.000	525.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	6	4.063.300	4.063.300

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901172805-1	ICOD CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS SAS		CALLE 18 4 91	3125861487	jcorre.icodcasas@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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				4	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-06	E	02/07/2025	87453041	$4.063.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES												PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Ausentismo	Ausentismo	Ausentismo	Ausentismo	Ausentismo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1214972472	CALANDRIS CASTAÑEDA DANIEL	X	30			30																																	
CC	1083872777	MORENO CARRASCO OSCAR JULIAN	X	30			30																																	
CC	1077913941	ROCHA VARGAS DANIELA CAMILA	1	0			0																	25-14	5.000.000	800.000	0	0	0	0	EPS002	5.000.000	350.000	14-4	5.000.000	5	348.500	CCF24	5.000.000	600.000	0	0	0	0	0
CC	1075924	SALAZAR CACERES FABIO ALEXANDER	X	30			30																																	

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901172605-1	ICOD CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS SAS		CALLE 18 4 91	3125861467	jmontero.icodsas@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	IBC
					3	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-06	E	03/07/2025	87462039	$2,979,700	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	225.000	0		0		0	0	0	0	225.000	2
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	160.000	0		0		0	0	0	0	160.000	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
23301	Porvenir	800224808-8	667.800	0	0	0	0	0	0		667.800	2
25-14	Colpensiones	900336004-7	672.000	0	0	0	0	0	0		672.000	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	669.900				669.900	0	0	669.900			6.699	669.900	3

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	385.000	0	0	385.000	3

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	2	385.000	385.000
Pensión	2	1.539.800	1.539.800
Riesgos Laborales	1	669.900	669.900
CCF	1	385.000	385.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	6	2,979,700	2,979,700

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901172605-1	KOD CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS SAS		CALLE 18 4 91	3125861487	jmorenoJcordoan@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B -- menos de 200 c	ADMINISTRATIVA	ADM	BOGOTA D. C.	BOGOTA, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMESAÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMESAÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					3	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-06	E	02/07/2025	81453099	$2.979.700	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE						INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Extranjero	Sueldo Integral	Trabajador Extranjero	Cotizante exonerado	VSP	IGE	TDE	TAE	TDP	TAP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	VCT	IRL	ING	CODIGO ADMINISTRADORA	IBC AFP	Cotización	Valor Adicional Afiliado	Valor Adicional 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
CC	[illegible]	MEDRANO AVILA CARLOS ALBERTO	*	X																																				
CC	[illegible]	MEDINA REYES LIANA CAROLINA	*	X																																				
CC	[illegible]	QUIROS PERETA KEVIN MANUEL A	*	X																																				

PAGADA

bhz

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



Iván Camilo Andrade Santana

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	900781565-5	DCM INGENIEROS SAS	CRA 4 No 19-78 PISO 8	4584169	gerencia.dcmings@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
					5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-06	E	23/07/2025	68093080	$3,074,800	

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	60,000	0		0		0	1	100	0	60,100	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	57,000	0		0		0	1	100	0	57,100	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	180,000	0		0		0	1	200	0	180,200	3
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	100,000	0		0		0	1	100	0	100,100	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
230201	Protección (INQ + Proteccion)	800227839-0	800,000	0	0	0	0	1	500	0	800,500	2
230301	Porvenir	800224808-6	787,800	0	0	0	0	1	500	0	788,300	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	860903790-5	690,700				690,700	1	500	691,200			6,907	691,200	5

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	397,000	1	300	397,300	5

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	1	0	0	0
ICBF				
0	1	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de SGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	4	397,000	397,500
Pensión	2	1,587,800	1,588,800
Riesgos Laborales	1	690,700	691,200
CCF	1	397,000	397,300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	3,072,500	3,074,800

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900781566-5	DCM INGENIEROS SAS		CRA 4 No 19-79 PISO 8	4584169	gerencia.dominp@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
					5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-06	E	23/07/2025	69093080	$3,074,869	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Tarifa	Zonas	Extranjero	Dpto. y Mpio.	Suspensión	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	VTE	COTIZACIÓN	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
CC	1[illegible]257	ANDRADE SANTANA [illegible] CAMILO	1	0		11																	23[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	0	0	0	0	EPS[illegible]	[illegible]	[illegible]	14-11	[illegible]	3	174,000	CCF01	[illegible]	[illegible]	0	0	0	0	0
CC	1013888194	ANDRADE SANTANA JESIKA LORENA	1	0		11																	23[illegible]	[illegible]	1,000,000	160,000	0	0	0	0	EPS[illegible]	2,660,000	160,000	14-11	2,660,000	3	174,000	CCF24	2,660,000	160,000	0	0	0	0	0
CC	1020758163	CUBILLOS CASTILLO JULIAN ENDUAY	1	0		11																	23[illegible]	[illegible]	1,300,000	400,000	0	0	0	0	EPS[illegible]	2,500,000	160,000	14-11	2,500,000	3	174,000	CCF24	2,500,000	100,000	0	0	0	0	0
CC	1118914537	MENESES LOPEZ JAIRO SEBASTIAN	1	0		11																	23[illegible]	[illegible]	1,300,000	240,000	0	0	0	0	EPS[illegible]	1,300,000	80,000	14-11	1,300,000	3	174,000	CCF24	1,300,000	80,000	0	0	0	0	0
CC	52169079	ACUÑA CARDONAS RUBY ESPERANZA	1	0		11																	23[illegible]	[illegible]	1,470,000	235,200	0	0	0	0	EPS[illegible]	1,470,000	57,000	14-11	1,133,530	3	99,100	CCF24	1,470,000	57,000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

CONSORCIO SUBA
MT

Daniel Fernando Gómez Sánchez

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	Codigo	Administradora	Concepto	Periodo	Dias	Novedades																		IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	dl	vip			
9488748150	1616036256	E	2025-07-09	EPS	EPS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-07	29																			$5,911,360	4%	$236,500
9488748150	1616036256	E	2025-07-09	EPS	EPS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-07	1													X						$203,840	4%	$8,200
9488748150	1616036256	E	2025-07-09	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-06	29																			$5,911,360	16%	$946,900
9488748150	1616036256	E	2025-07-09	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-06	1													X						$203,840	16%	$32,700
9488748150	1616036256	E	2025-07-09	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-06	29																			$5,911,360		$29,600
9488748150	1616036256	E	2025-07-09	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-06	1													X						$203,840		$1,100
9488748150	1616036256	E	2025-07-09	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-06	29																			$5,911,360		$29,600
9488748150	1616036256	E	2025-07-09	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-06	1													X						$203,840		$1,100
9488748150	1616036256	E	2025-07-09	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2025-06	29																			$0	0%	$0
9488748150	1616036256	E	2025-07-09	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2025-06	1													X						$0	0%	$0
9488748150	1616036256	E	2025-07-09	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2025-06	29																			$0	0%	$0
9488748150	1616036256	E	2025-07-09	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2025-06	1													X						$0	0%	$0
9488748150	1616036256	E	2025-07-09	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-06	29																			$5,911,360	0.522%	$30,900
9488748150	1616036256	E	2025-07-09	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-06	1													X						$203,840	0%	$0
9488748150	1616036256	E	2025-07-09	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-06	29																			$5,911,360	4%	$236,500
9488748150	1616036256	E	2025-07-09	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-06	1													X						$203,840	4%	$8,200

Este certificado se expide el dia 2025-08-11 a las 11:16.



Dayana Liceth Medina Rojas

Eynny Zulay Eslava

Luisa Fernanda Moreno Otavo

Erick Santiago Gómez Soto

Nancy Esperanza Gómez romero

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

soi

Banco Caja Social

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
[illegible]IÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901679303
[illegible] SOCIAL:			OUTSOURCING OF SAS
[illegible]:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
	CR 26 1 41 OF 1580	TELÉFONO:	3115830
	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE	C-MIPYME MENOS DE 200 COTIZANTES
	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Construcción de otras obras de ingeniería civil.
[illegible]NTACIÓN	ÚNICO		
[illegible]ERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:		7977298460	TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	junio AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	julio AÑO 2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaammdd):		2025/07/02	NÚMERO AUTORIZACIÓN		1037695452

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230201- PROTECCION	2	$ 848,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 848,000	$ 0	$ 848,000
230301-PORVENIR	7	$ 3,117,700	$ 0	$ 0	$ 30,000	$ 30,000	$ 0	$ 0	$ 3,177,700	$ 0	$ 3,177,700
25-14 COLPENSIONES	3	$ 1,088,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1,088,000	$ 0	$ 1,088,000
									$ 5,113,700	$ 0	$ 5,113,700

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 57,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 57,000	$ 0	$ 0	$ 57,000
EPS SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 332,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 332,000	$ 0	$ 0	$ 332,000
EPSC34-CAPITAL SALUD EPSS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 57,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 57,000	$ 0	$ 0	$ 57,000
EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 82,300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 82,300	$ 0	$ 0	$ 82,300
EPS005-SANITAS S.A.	7		$ 0		$ 0		$ 0	$ 792,300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 792,300	$ 0	$ 0	$ 792,300
												$ 1,320,600	$ 0	$ 0	$ 1,320,600

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD ATEP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD ATEP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-11 - ARL SURA	12		$ 0	$ 0		$ 0	$ 2,392,700	$ 2,392,700	$ 0	$ 0	$ 2,392,700
								$ 2,392,700	$ 0	$ 0	$ 2,392,700

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
CCF22-COLSUBSIDIO	12	$ 1,336,200	$ 0	$ 1,336,200
		$ 1,336,200	$ 0	$ 1,336,200

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	REFORMA TRIBUTARIA / DÍAS	NOVEDADES	PENSIÓN ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	AP. VOL. EMPLEADOR	AP. VOL. EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP 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
[illegible]	[illegible]	$ [illegible]	[illegible]	30		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	[illegible]	[illegible]	30	3,000,000	CCF22-COLSUBSIDIO	120,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
[illegible]	[illegible]	$ [illegible]	[illegible]	30		25-14 COLPENSIONES	30	[illegible]	$ 800,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ [illegible]	EPS005-SANITAS S.A.	30	5,000,000	$ 200,000	$ 0	$ 200,000	14-11 - ARL SURA	30	5,000,000		[illegible]	30	5,000,000	CCF22-COLSUBSIDIO	200,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
[illegible]	[illegible]	$ 2,300,000	[illegible]	30		230301-PORVENIR	30	2,300,000	$ 368,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 368,000	EPS SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	2,300,000	$ 92,000	$ 0	$ 92,000	14-11 - ARL SURA	30	2,300,000	[illegible]	[illegible]	30	2,300,000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 92,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
[illegible]	[illegible]	$ 1,423,500	[illegible]	30		230301-PORVENIR	30	1,423,500	$ 227,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227,800	EPSC34-CAPITAL SALUD EPSS	30	1,423,500	$ 57,000	$ 0	$ 57,000	14-11 - ARL SURA	30	1,423,500	001	$ 99,100	30	1,423,500	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 57,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
[illegible]	[illegible]	$ 1,423,500	[illegible]	24	27	230301-PORVENIR	24	1,233,700	$ 197,400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 197,400	EPS005-SANITAS S.A.	26	1,233,700	$ 49,400	$ 0	$ 49,400	14-11 - ARL SURA	26	1,233,700	001	$ 86,000	26	1,388,770	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 56,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
[illegible]	[illegible]	$ 1,423,500	[illegible]	30	24-24	230301-PORVENIR	1	$ 47,450	$ 7,600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 7,600	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 47,450	$ 1,900	$ 0	$ 1,900	14-11 - ARL SURA	1	$ 47,450	001	$ 0	1	$ 47,450	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 1,900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
[illegible]	[illegible]	$ [illegible]	[illegible]	30		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	[illegible]	[illegible]	30	5,000,000	CCF22-COLSUBSIDIO	200,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
[illegible]	[illegible]	$ 1,423,500	[illegible]	30		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	$ [illegible]	30	1,423,500	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 57,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
[illegible]	[illegible]	$ [illegible]	[illegible]	30	[illegible]	230301-PORVENIR	30	2,056,667	$ 329,100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 329,100	EPS002-SALUD TOTAL	30	2,056,667	$ 82,300	$ 0	$ 82,300	14-11 - ARL SURA	30	2,056,667	001	[illegible]	30	2,056,667	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 82,300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
[illegible]	[illegible]	$ [illegible]	[illegible]	30		230301-PORVENIR	30	5,000,000	$ 880,000	$ 30,000	$ 30,000	$ 0	$ 0	Normal	$ [illegible]	EPS SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	6,000,000	$ 240,000	$ 0	$ 240,000	14-11 - ARL SURA	30	6,000,000	[illegible]	[illegible]	30	6,000,000	CCF22-COLSUBSIDIO	240,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

ÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901879303
N SOCIAL:			OUTSOURCING OF SAS
O	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
	CR 36 3 41 OF 1002	TELEFONO:	3115850
	PI-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	CAMPYME MENOS DE 200 COTIZANTES
	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Construcción de otras obras de ingeniería civil.
	ÚNICO		
UNTACION			01
VERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		7977299460	TIPO DE PLANILLA:				E-EMPLEADOR
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	AÑO	2025
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/07/02	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1597935483

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE						NOVEDADES																						SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																												PENSIÓN								SALUD								ARP														
APORTES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	RECUPERA INCAPACIDAD	VSP	IGE	IRL	SLN	INS	LMA	VAC	AVP	VST	SUS	COM	HEX	LNR	VAC	DIA	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	ADMIN	CCF	SENA	ICBF	ESAP	MINEDUC

TOTAL PAGADO: $ 9.973.200

Planilla Pagada

CONSORCIO SUBA
MT

Víctor Antonio Berrio

Arivelet Alfredo Rodríguez

Brayan Felipe Barreto Gómez

José Ignacio Caro

Derwin Antonio Sánchez

Yeison Daniel Sosa

Tito Isidro Murillo

Lauren Viviana Bojacá

Wilmer Andrés Molina Rojas

Marco Antonio Macias Velásquez

Anderson Duván Rubiano

Angie Vanessa Arévalo

William Andrés Miranda Muñoz

Edwin Antonio Herrera

Jesús Daniel García Hernández

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
NIT 901902678	2	CONSORCIO SUBA MT	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRA 56 # 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
2025-06	2025-07	102143761	94888911151	E	2025/07/17	2025/07/11	BANCO CAJA SOCIAL	0	$9,655,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (19 Afiliados)					$31,174,600	$4,988,400			$31,174,600	$1,247,600			$31,214,142	$1,249,200			$31,174,600	$2,170,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (19 Afiliados)					$31,174,600	$4,988,400			$31,174,600	$1,247,600			$31,214,142	$1,249,200			$31,174,600	$2,170,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (19 Afiliados)					$31,174,600	$4,988,400			$31,174,600	$1,247,600			$31,214,142	$1,249,200			$31,174,600	$2,170,200		$0	$0
1	CC	1014731661	14/14	30	$1,423,500	$217,800	EPS037	30	$1,423,500	$57,000	CCF14	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,500	30	$0	$0
2	CC	1077164488	14/14	30	$1,360,000	$203,400	EPS037	30	$1,360,000	$54,400	CCF14	30	$1,360,000	$54,400	14-11	30	$1,360,000	$95,200	30	$0	$0
3	CC	1002234105	14/14	30	$1,423,500	$217,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF14	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,500	30	$0	$0
4	CC	1233934645	14/14	30	$2,500,000	$400,000	EPS017	30	$2,500,000	$100,000	CCF14	30	$2,500,000	$100,000	14-11	30	$2,500,000	$175,000	30	$0	$0
5	CC	1045821614	14/14	30	$1,423,500	$217,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF14	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,500	30	$0	$0
6	CC	1033337615	14/14	13	$616,800	$94,300	EPS002	13	$616,800	$24,700	CCF14	13	$616,800	$24,700	14-11	13	$616,800	$43,100	13	$0	$0
7	CC	1020810795	14/14	30	$1,423,500	$217,800	EPS017	30	$1,423,500	$57,000	CCF14	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,500	30	$0	$0
8	CC	1049856837	14/14	30	$1,423,500	$217,800	EPS041	30	$1,423,500	$57,000	CCF14	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,500	30	$0	$0
9	CC	1022857470	14/14	30	$4,000,000	$640,000	EPS017	30	$4,000,000	$160,000	CCF14	30	$4,000,000	$160,000	14-11	30	$4,000,000	$280,000	30	$0	$0
10	CC	1117533197	14/14	30	$1,423,500	$217,800	EPS017	30	$1,423,500	$57,000	CCF14	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,500	30	$0	$0
11	CC	1022549329	14/14	30	$5,000,000	$800,000	EPS005	30	$5,000,000	$200,000	CCF14	30	$5,000,000	$200,000	14-11	30	$5,000,000	$350,000	30	$0	$0
12	CC	1048,616	14/14	30	$1,423,500	$217,800	EPS010	30	$1,423,500	$57,000	CCF14	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,500	30	$0	$0
13	CC	1016190225	23/04	30	$2,000,000	$320,000	EPS005	30	$2,000,000	$80,000	CCF14	30	$2,000,000	$80,000	14-11	30	$2,000,000	$140,000	30	$0	$0
14	CC	1140810	14/14	30	$1,423,500	$217,800	EPS037	30	$1,423,500	$57,000	CCF14	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,500	30	$0	$0
15	CC	1023101321	23/04	30	$1,423,500	$217,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF14	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,500	30	$0	$0
16	CC	1023,65425	23/04	13	$711,750	$113,900	EPS002	13	$711,750	$28,500	CCF14	13	$711,242	$28,500	14-11	13	$711,750	$49,800	13	$0	$0
17	CC	1144916627	14/14	30	$474,500	$76,000	EPS041	30	$474,500	$19,000	CCF14	30	$474,500	$19,000	14-11	30	$474,500	$33,200	30	$0	$0
18	CC	1023514	23/04	30	$2,000,000	$320,000	EPS037	30	$2,000,000	$80,000	CCF14	30	$2,000,000	$80,000	14-11	30	$2,000,000	$139,200	30	$0	$0
19	CC	1032415269	23/04	30	$1,800,000	$288,000	EPS005	30	$1,800,000	$72,000	CCF14	30	$1,800,000	$72,000	14-11	30	$1,800,000	$125,500	30	$0	$0
Total	**Afiliados(19)**				$31,174,600	$4,988,400			$31,174,600	$1,247,600			$31,214,142	$1,249,200			$31,174,600	$2,170,200		$0	$0

2025/07/11 03:26 PM

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
NIT 901902678	2	CONSORCIO SURA MT	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRA 36 2 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
2025-06	2025-07	1621437581	1468891131	E	2025/07/17	2025/07/11	BANCO CAJA SOCIAL	0	$9,655,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				19	$4,988,400	$0	$0	$4,988,400
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$640,000	$0	$0	$640,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	6	$1,361,000	$0	$0	$1,361,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	10	$2,279,600	$0	$0	$2,279,600
PROTECCION	230201	800,229,739	0	2	$707,800	$0	$0	$707,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				19	$2,170,200	$0	$0	$2,170,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	19	$2,170,200	$0	$0	$2,170,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				19	$1,249,200	$0	$0	$1,249,200
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	19	$1,249,200	$0	$0	$1,249,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 6)				19	$1,247,600	$0	$0	$1,247,600
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	2	$114,000	$0	$0	$114,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$57,000	$0	$0	$57,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	7	$561,400	$0	$0	$561,400
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	2	$76,000	$0	$0	$76,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	4	$167,200	$0	$0	$167,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	3	$272,000	$0	$0	$272,000
TOTAL				19	$9,655,400	$0	$0	$9,655,400

2025/07/11 03:26 PM

CONSORCIO SUBA
MT

Jimmy Alberto Cendales Mora

767

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	80038148	JIMMY ALBERTO CENDALES MORA		Calle 173A # 20A - 32 Interior 3 apartamento 501	6018838649	jimmy_cendales@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 – 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
87482640	18/06/2025				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-06	N	19/06/2025	87551112	$900,500	

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	319,500	0		0		0	0	0	0	319,500	1

TOTALES PENSIÓN											
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-6	409,000	0	0	29,300	29,300	0	0		467,600	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	82,300				82,300	0	0	82,300			623	82,300	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	51,100	0	0	51,100	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	319,500	319,500
Pensión	1	467,600	467,600
Riesgos Laborales	1	82,300	82,300
CCF	1	51,100	51,100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	900,500	900,500

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80038140	JIMMY ALBERTO CENDALES MORA		Calle 173A # 20A - 32 interior 3 apartamento 501	6016630640	jimmy_cendales@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	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
87482640	18/06/2025				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-06	N	19/06/2025	87551112	$800.500	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Dpto	Mpio	Extranjero	Cotiz. Exterior	Suspensión	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	SUS	RED	Cód. APV	IBC APF	Cotización	Voluntario a Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de solidaridad	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Tarifa en Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	80038140	CENDALES MORA JIMMY ALBERTO	59	0			N																		23001	5.643.300	935.000	0	0	39.300	39.300	EPS008	5.643.300	735.400	14-4	5.643.200	3	413.400	CCF01	5.643.300	116.800	0	0	0	0	0

PAGADA

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

765



Julián Darío Fajardo Núñez

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-06-30, 09:23:44 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1073562981

Periodo Cotización: junio de 2025 **Periodo Servicio:** junio de 2025

PAGADO 24/06/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

S DEL APORTANTE

Social	JULIAN DARIO FAJARDO NUÑEZ		
nto	CC1016075257	**Dirección**	CR 89 #19 A - 49 TORRE 3 APTO 303
Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	4573777
rsona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
ntante Legal		**Identificación**	
iliados	1	**ARP**	VIDA AURORA SA

LLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado			Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET 2	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	Días APH	Días ERP	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 Mineducación	Total
JULIAN DARIO FAJARDO NUÑEZ	00	00																		0	30	0	30	0	[25-N] COLPENSIONES	$ 2.600.000	$ 416.000	[EPS005] EPS SANITAS	$ 2.600.000	$ 325.000	1.044	$ 2.600.000	$ 27.200	[ARI-CC] VIDA AURORA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 768.200

OTALES

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

as de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6645444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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



Jorge Eliecer Rodríguez Paredes

aportes en línea

Resumen Gener[illegible]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
2025-06	2025-06	1647563525	94888521S9	I	2025/07/22	2025/07/23	BANCOLOMBIA	1	$522,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	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	23025N	30	$1,800,000	$288,000	EPS010	30	$1,800,000	$225,000		0	$0	$0	14-1	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

2025/07/22 10:12 PM

aportes en línea

Resumen Gene[redacted]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 72c 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
2025-06	2025-06	1647563529	94868552155	I	2025/07/22	2025/07/22	BANCOLOMBIA	1	$522,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$288,000	$200	$0	$288,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$288,000	$200	$0	$288,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,400	$100	$0	$9,500
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$9,400	$100	$0	$9,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$225,000	$200	$0	$225,200
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$225,000	$200	$0	$225,200
TOTAL				1	$522,400	$500	$0	$522,900

2025/07/22 10:12 PM



Alejandra Garzón Bustamante

169

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI | DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
[illegible]ÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	[illegible]
[illegible]N SOCIAL:			ALEJANDRA GARZÓN BUSTAMANTE
[illegible]O:	BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTÁ - DISTRITO CAPITAL
	CALLE 1A 52-86	TELÉFONO:	[illegible]
	53-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
[illegible]NTACIÓN:	ÚNICO		
[illegible]ERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA							
NÚMERO PLANILLA:			7975100817	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES	junio AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	junio AÑO	2025
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaammdd):			[illegible]	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			[illegible]

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
25-14 COLPENSIONES	1	$ 243.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 243.200	$ 0	$ 243.200
									$ 243.200	$ 0	$ 243.200

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 190.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 190.000	$ 0	$ 0	$ 190.000
												$ 190.000	$ 0	$ 0	$ 190.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-23-POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 8.000	$ 8.000	$ 0	$ 0	$ 8.000
								$ 8.000	$ 0	$ 0	$ 8.000

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

[illegible]MBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	NOVEDADES
[illegible]	INDEPENDIENTE CON CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.520.000			NO	

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN

ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.520.000	$ 243.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 243.200

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD

ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.520.000	$ 190.000	$ 0	$ 190.000

SEGURIDAD SOCIAL – ARP

ADMIN	DÍAS COT.	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
14-23-POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.520.000	[illegible]	$ 8.000

PARAFISCALES

DÍAS COT.	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 441.200

Planilla Pagada

170



Paola Copaban Rico

171

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
2025-06	2025-06	1628190062	94857201	I	2025/07/16	2025/07/15	BANCO DE BOGOTA	0	$469,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$170,800			$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**	**$170,800**			**$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**	**$170,800**			**$1,423,500**	**$28,500**			**$1,423,500**	**$34,700**		**$0**	**$0**
1	CC	52335172	COPABAN PAOLA	230201	30	$1,423,500	$227,800	230201	30	$1,423,500	$170,800	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**	**$170,800**			**$1,423,500**	**$28,500**			**$1,423,500**	**$34,700**		**$0**	**$0**

42

2025/07/15 05:16 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 52335172		COPABIAN 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
2025-06	2025-06	to58190062	948857201	1	2025/07/16	2025/07/15	BANCO DE BOGOTA	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

43

2025/07/15 05:16 AM



Javier Alexander Ramírez

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 8 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
2025-06	2025-06	1600366529	94882720018	I	2025/07/10	2025/07/03	BANCOLOMBIA	0	$405,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$170,800			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$1,423,500**	**$227,800**			**$1,423,500**	**$170,800**			**$0**	**$0**			**$0**	**$0**		**$0**	**$0**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$170,800			$0	$0			$0	$0		$0	$0
1	CC	80051643	RAMIREZ JAVIER	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS008	30	$1,423,500	$170,800		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$170,800			$0	$0			$0	$0		$0	$0

2025/07/03 01:25 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80051643		RAMIREZ JAVIER ALEXANDER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 79B # 45-56 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
2025-06	2025-06	1600366539	94882720118	1	2025/07/10	2025/07/03	BANCOLOMBIA	0	$405,800

RESUMEN DE PAGO

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

126

2025/07/03 01:25 PM

CONSORCIO SUBA
MT

Alexander Castillo Sierra

777

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 CASTELLO SIERRA	KR 81A 1SF 60 INT 7 APTO 201	3107833788	alexcast@cisena@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 – 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	
2025-08	2025-08	1	09/09/2025	87243894	$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	900251440-6	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 91A 13F 50 INT 7 APTO 201	3107839789	alexcastillosierra@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	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	
2025-06	2025-06	1	09/06/2025	87243664	$414,400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotizante residente	Desconocido	INGRESO	RETIRO	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario a 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
CC	1010192576	CASTILLO SIERRA ALEXANDER	3	0			N																	25-14	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS005	1,423,500	170,800		0		0	CCF24	1,423,500	8,600	0	0	0	0	0

PAGADA

btl

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



Alfonso Cipriano Bustos

780

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	87717804
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CIPRIANO ALONSO BUSTOS BUSTOS
CIUDAD/MUNICIPIO:	TUNJA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CRA 50B 54-44	TELÉFONO:	9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7976717664**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES: julio	PERIODO COTIZACIÓN	MES: julio		
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD:	AÑO: 2025		
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/07/29	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1660279050		

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	$ 227.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 227.800**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 178.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 178.000**

VALOR SIN MORA:	**$ 405.800**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 405.800**

Planilla Pagada

787



Yuly Paulin Jaramillo

782

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Simple

Fecha creación reporte 2025-06-30, 03:57:52 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1073623974

Periodo Cotización 202506 **Periodo Servicio** 202506

Cliente:

PAGADA 2025-06-30 EN HORARIO EXTENDIDO

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	57	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
Días AFP 30, Días EPS 30, Días ARL 30, Días CCF 0			$ 1.700.000

Pensión: Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS
230201		16 %	$ 1.700.000	$ 272.000	$ 0	$ 0

Salud: Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC
EPS010		12.5 %	$ 1.700.000	$ 212.500	$ 0

Riesgos: Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos
14-11	5	6.960 %	$ 1.700.000	$ 118.400

Caja: Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Parafiscales: Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
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	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 272.000	$ 0	$ 0	$ 212.500	$ 118.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 602.900

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellin: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6436000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

183



Wylinton Linares

784

ASOPAGOS s.a.

CONSULTA EMPLEADO

Razón Social: URREGO BARAHONA NORBERTO
Identificación NI - 74324850
Sucursal 0
Periodo Pensión 2025-06
Periodo Salud 2025-07
Fecha Pago Planilla 2025-07-11

Tipo Identificación	CC
Número Identificación	1075690752
Nombre	SUYLINTON JOSE LINARES URREGO
EPS	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LIMITADA CAFAM COLSUBSIDIO
AFP	PORVENIR
Caja de compensación	Caja de Compensación Familiar CAFAM
ARL	ARL SURA - SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.
Número Planilla	94000831
Referencia de Pago(PIN)	
Tipo Planilla	E
Periodo Pensión	2025-06
Periodo Salud	2025-07
Tipo Cotizante	Dependiente
Subtipo de Cotizante	No aplica

IRA	Fecha IRA	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	0.040000	$ 57,000	$ 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	0.0069000	$ 98,100	74324850

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	1,423,500	0.0400000	$ 57,000	0	0.0000000	$ 0	0.0000000	$ 0	0.0000000	$ 0	0.0000000	$ 0

CONSORCIO SUBA
MT

Norberto Urrego

786

ASOPAGOS s.a.

CONSULTA EMPLEADO

Razón Social: NORBERTO URREGO
Identificación: CC - 74324850
Sucursal: 0
Periodo Pensión: 2025-06
Periodo Salud: 2025-06
Fecha Pago Planilla: 2025-07-11

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	33729459
Referencia de Pago(PIN)	
Tipo Planilla	E
Periodo Pensión	2025-06
Periodo Salud	2025-06
Tipo Cotizante	Independiente adherido al sistema de riesgos laborales
Subtipo de Cotizante	No aplica

AVC	Fecha AVC	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/a	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
30	1,423,500	0,125000	$ 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	Codigo de centro de trabajo
30	1,423,500	0,0696000	$ 99,100	5413201

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligatoria	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

184



Luis Eduardo Acuña Medina

188

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
...CIÓN	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900171353
...Y SOCIAL			ALFA DEMOLICION SAS
...CI	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
	CALLE 180 # 8-24 INT 29	TELÉFONO:	4881880
	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Demolición
...NTACIÓN	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	03 - LUIS BOHORQUEZ
...ERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA							
NÚMERO PLANILLA:			7979768002	TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERÍODO COTIZACIÓN OTROS	MES	julio AÑO	2025	PERÍODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	julio AÑO	2025
DÍAS DE MORA			0				
FECHA PAGO (aaaammdd)			20250711	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			103021586

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230201- PROTECCION	3	$ 581.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 581.900	$ 0	$ 581.900
230301-PORVENIR	6	$ 2.037.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.037.800	$ 0	$ 2.037.800
25-14 COLPENSIONES	2	$ 455.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 455.600	$ 0	$ 455.600
									$ 3.075.300	$ 0	$ 3.075.300

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS008-COMPENSAR	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 114.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 114.000	$ 0	$ 0	$ 114.000
EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 57.000
CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 114.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 114.000	$ 0	$ 0	$ 114.000
EPS017-FAMISANAR	4		$ 0		$ 0		$ 0	$ 228.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 228.000	$ 0	$ 0	$ 228.000
EPS005-SANITAS S.A.	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 142.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 142.400	$ 0	$ 0	$ 142.400
EPS037-NUEVA EPS	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 114.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 114.000	$ 0	$ 0	$ 114.000
												$ 769.400	$ 0	$ 0	$ 769.400

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD ATEP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD ATEP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-11 - ARL SURA	14		$ 0	$ 0		$ 0	$ 1.338.000	$ 1.338.000	$ 0	$ 0	$ 1.338.000
								$ 1.338.000	$ 0	$ 0	$ 1.338.000

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
CCF21-CAFAM	14	$ 769.400	$ 0	$ 769.400
		$ 769.400	$ 0	$ 769.400

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	RESIDENTE EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	OTRAS NOVEDADES
[illegible]	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			30	17		
[illegible]	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			30			
[illegible]	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			30			
[illegible]	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			30	[illegible]	[illegible]	
[illegible]	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			30			
[illegible]	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			30			
[illegible]	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			30			
[illegible]	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			30			
[illegible]	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			30			
[illegible]	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			30			

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
230201-PROTECCION	14	$ 664.300	$ 106.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 106.300
25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800
230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800
230301-PORVENIR	1	$ 47.450	$ 7.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 7.600
230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800
230201-PROTECCION	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800
230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800
230201-PROTECCION	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800
230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800
25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD Y ARP

SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
EPS005-SANITAS S.A.	14	$ 664.300	$ 26.600	$ 0	$ 26.600	14-11 - ARL SURA	14	$ 664.300	01	$ 46.300
EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	01	$ 99.100
EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	01	$ 99.100
EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 47.450	$ 1.900	$ 0	$ 1.900	14-11 - ARL SURA	1	$ 47.450	01	$ 3.400
EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	01	$ 99.100
EPS008-COMPENSAR	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	01	$ 99.100
CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	01	$ 99.100
CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	01	$ 99.100
EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	01	$ 99.100
EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	01	$ 99.100

PARAFISCALES

DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDUC TOTAL APORTE
14	$ 664.300	CCF21-CAFAM	$ 26.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
30	$ 1.423.500	CCF21-CAFAM	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
30	$ 1.423.500	CCF21-CAFAM	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
1	$ 47.450	CCF21-CAFAM	$ 1.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
30	$ 1.423.500	CCF21-CAFAM	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
30	$ 1.423.500	CCF21-CAFAM	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
30	$ 1.423.500	CCF21-CAFAM	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
30	$ 1.423.500	CCF21-CAFAM	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
30	$ 1.423.500	CCF21-CAFAM	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
30	$ 1.423.500	CCF21-CAFAM	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

USUARIO SOI: CC79912752

189

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	830113161
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			ALFA DEMOLICIONES SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 100 # 8-28 INT 20	TELÉFONO:	4931550
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	SABEMOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Demolición
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	01 - LUIS SOMONDOUZ
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			04

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		7978788062	TIPO DE PLANILLA:				E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES	junio AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	julio AÑO	2025
DIAS DE MORA:		0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)		2025/07/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN			982031696

COTIZACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES																				SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES							
																												PENSIÓN						SALUD							ARP												
																													FSP																								
ID	IDENTIFICACIÓN COT	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	EXT. CANADIENSE	RESIDENTE EXTERIOR	INGRESO PERSONAL NUEVO	AVC	INT	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	SLP	ICT	PRT	ADMIN	COMISIÓN	IBC	COTIZACIÓN	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	COMISIÓN	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	COMISIÓN	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	TARIFA	IBC	ADMIN	TOTAL APORTES	TOTAL APORTES	TOTAL APORTES	TOTAL APORTES	TOTAL APORTES
01	CC 79988571	[redacted]	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO																						23330 - PORVENIR	10	$ 1,423,500	$ 227,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227,800	23330 - PORVENIR	10	$ 1,423,500	$ 57,000	$ 0	$ 57,000	14-11 - ARL SURA	10	$ 1,423,500	01	$ 99,100	1,423,500	IDCF21-CAFAM	$ 57,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
02	CC 1088337122	[redacted]	DEPEND		$ 2,847,000	FIJO																						23330 - PORVENIR	10	$ 2,847,000	$ 455,600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 455,600	23330 - PORVENIR	10	$ 2,847,000	$ 113,900	$ 0	$ 113,900	14-11 - ARL SURA	10	$ 2,847,000	01	$ 198,200	2,847,000	IDCF21-CAFAM	$ 113,900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
03	CC 80086355	[redacted]	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO																						23330 - PORVENIR	10	$ 1,423,500	$ 227,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227,800	23330 - PORVENIR	10	$ 1,423,500	$ 57,000	$ 0	$ 57,000	14-11 - ARL SURA	10	$ 1,423,500	01	$ 99,100	1,423,500	IDCF21-CAFAM	$ 57,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
04	[redacted]	[redacted]	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO																						23330 - PORVENIR	10	$ 1,423,500	$ 227,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227,800	23330 - PORVENIR	10	$ 1,423,500	$ 57,000	$ 0	$ 57,000	14-11 - ARL SURA	10	$ 1,423,500	01	$ 99,100	1,423,500	IDCF21-CAFAM	$ 57,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 5,952,100

SOI
Planilla Pagada



Francisco Álvarez Ortiz

Hernando Siabato Rodríguez

S GENERALES DEL APORTANTE

ntificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
1644965	4	VYP CONSULTORIA Y CONSTRUCCION SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	calle 8 sur 41-24	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3208741856	SI

S GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
ión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
6	2025-07	1658437280	94895936 63	E	2025/07/15	2025/07/28	BANCO DAVIVIENDA	13	$2,062,800

EDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO		NOVEDADES																				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	ext	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vsp	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
RSAL: PRINCIPAL (10 Afiliados)																			$5,911,250	$849,200			$7,354,750	$294,500			$7,231,250	$289,500			$7,354,750		$512,500		$0	$0		$2,045,700
de Trabajo: AMARILLO (7 Afiliados)																			$3,084,250	$493,600			$3,084,250	$123,500			$2,960,750	$118,500			$3,084,250		$215,200		$0	$0		$950,800
: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (7 Afiliados)																			$3,084,250	$493,600			$3,084,250	$123,500			$2,960,750	$118,500			$3,084,250		$215,200		$0	$0		$950,800
1 1011110534	ALVAREZ ORTIZ FRANCISCO JAVIER																25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	SI	$415,900
1 79810523	BELTRAN RINCON JHON JAIRO		X														25-14	1	$47,450	$7,600	EPS002	1	$47,450	$1,900	CCF24	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	6.960%	$3,400	1	$0	$0	SI	$14,800
1 1033223019	HUERTAS PINEDA JUAN CAMILO		X														23030 1	1	$47,450	$7,600	EPS017	1	$47,450	$1,900	CCF24	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	6.960%	$3,400	1	$0	$0	SI	$14,800
1 1000332181	MARTIN SALAS CARLOS ANDRES		X														23030 1	1	$47,450	$7,600	EPS010	1	$47,450	$1,900	CCF24	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	6.960%	$3,400	1	$0	$0	SI	$14,800
1 79973045	MORA MANCILLA ENRIQUE																23030 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	SI	$440,900
1 1033743413	PARRA ARIAS FRANKY JAIR		X														23020 1	1	$47,450	$7,600	EPS002	1	$47,450	$1,900	CCF24	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	6.960%	$3,400	1	$0	$0	SI	$14,800
1 1033741104	VARON SUAREZ YEISON ANDRES		X														23020 1	1	$47,450	$7,600	EPS005	1	$47,450	$1,900	CCF24	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	6.960%	$3,400	1	$0	$0	SI	$14,800
de Trabajo: PRINCIPAL (3 Afiliados)																			$2,847,000	$455,600			$4,270,500	$171,000			$4,270,500	$171,000			$4,270,500		$297,300		$0	$0		$1,094,900
: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (3 Afiliados)																			$2,847,000	$455,600			$4,270,500	$171,000			$4,270,500	$171,000			$4,270,500		$297,300		$0	$0		$1,094,900
1 1018686065	CARREÑO PARDO WILMER ALI																23100 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	SI	$440,900
1 1013678384	LIZARAZO BAQUERO ANDERSON SMITH																23020 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS010	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	SI	$440,900
1 79120818	RODRIGUEZ SARMIENTO HERNANDO																	0	$0	$0	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-11	28	$1,423,500	6.960%	$99,100	28	$0	$0	SI	$213,100
Afiliados(10)																			$5,911,250	$949,200			$7,354,750	$294,500			$7,231,250	$289,500			$7,354,750		$512,500		$0	$0		$2,045,700

20V

S GENERALES DEL APORTANTE

ntificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
644965	4	VYP CONSULTORIA Y CONSTRUCCION SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	calle 8 sur 41-24	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3208741856	SI

S GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
ión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
6	2025-07	1658437280	948599166]	E	2025/07/15	2025/07/28	BANCO DAVIVIENDA	13	$2,062,800

UMEN DE PAGO

CO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ADMINISTRADORAS: 4)				9	$949,200	$7,900	$0	$957,100
LFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$227,800	$1,900	$0	$229,700
LPENSIONES	25-14	900,336,004	7	2	$235,400	$2,000	$0	$237,400
RVENIR	230301	800,224,808	8	3	$243,000	$2,000	$0	$245,000
OTECCION	230201	800,229,739	0	3	$243,000	$2,000	$0	$245,000
ADMINISTRADORAS: 1)				10	$512,500	$4,200	$0	$516,700
L SURA	14-11	890,903,790	5	10	$512,500	$4,200	$0	$516,700
ADMINISTRADORAS: 1)				10	$289,500	$2,400	$0	$291,900
MPENSAR	CCF24	860,066,942	7	10	$289,500	$2,400	$0	$291,900
DMINISTRADORAS: 4)				10	$294,500	$2,600	$0	$297,100
S SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	2	$58,900	$500	$0	$59,400
MISANAR	EPS017	830,003,564	7	3	$115,900	$1,000	$0	$116,900
LUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	4	$117,800	$1,000	$0	$118,800
NITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$1,900	$100	$0	$2,000
L				10	$2,045,700	$17,100	$0	$2,062,800

CONSORCIO SUBA
MT

Mao Sebastián Bermeo

104

Número Planilla	34062121
Referencia de Pago(PIN)	
Tipo Planilla	E
Periodo Pensión	2025-06
Periodo Salud	2025-07
Tipo Cotizante	Dependiente
Subtipo de Cotizante	No aplica

	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	I
						X																	

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	5.288.922	0,0400000	$ 211.600	$ 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	5.288.922	0,1600000	$ 846.300	$ 0	$ 0	$ 846.300	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	5.288.922	0,0696000	$ 368.200	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	5.288.922	0,0400000	$ 211.600	0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0

195

ARL INDEPENDIENTES

Juan Manuel Santos

Jimmy Alberto Cendales Mora

Julián Darío Fajardo Núñez

Jorge Eliecer Rodríguez Paredes

Alejandra Garzón Bustamante

Paola Copaban Rico

Javier Alexander Ramírez

Alexander Castillo Sierra

Alfonso Cipriano Bustos

Yuly Paulin Jaramillo

S GENERALES DEL APORTANTE

ntificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
1902678	2	CONSORCIO SUBA MT	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRA 36 3 41 OFICINA 1503	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7111111	SI

S GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
ión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
6	2025-06	1621473142	9488891787	Y	2025/07/17	2025/07/11	BANCO CAJA SOCIAL	0	$1,080,200

IDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
al: PRINCIPAL (11 Afiliados)					$0	$0			$0	$0			$0	$0			$15,516,150	$1,080,200		$0	$0
de Trabajo: INDEPENDIENTES (11 Afiliados)					$0	$0			$0	$0			$0	$0			$15,516,150	$1,080,200		$0	$0
: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (11 Afiliados)					$0	$0			$0	$0			$0	$0			$15,516,150	$1,080,200		$0	$0
CC	80731804	BUSTOS CIPRIANO		0	$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	54-11	30	$1,423,500	$99,100	0	$0	$0
CC	1090192576	CASTILLO ALEXANDER		0	$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	54-11	30	$1,423,500	$99,100	0	$0	$0
CC	80038149	CEBALLOS JAIME		0	$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	54-11	30	$1,423,500	$99,100	0	$0	$0
CC	1023739148	CORBETA MARIA		0	$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	54-11	30	$1,423,500	$99,100	0	$0	$0
CC	52375172	CORRIAN PAOLA		0	$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	54-11	30	$1,423,500	$99,100	0	$0	$0
CC	1014875257	FAJARDO JULIAN		0	$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	54-11	30	$1,423,500	$99,100	0	$0	$0
CC	1010231650	GARZON ALEJANDRA		0	$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	54-11	30	$1,423,500	$99,100	0	$0	$0
CC	1010582469	GOMEZ DANIEL		0	$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	54-11	30	$1,423,500	$99,100	0	$0	$0
CC	52907266	JARAMILLO YULY		0	$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	54-11	27	$1,281,150	$89,200	0	$0	$0
CC	80051643	RAMIREZ JAIME		0	$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	54-11	30	$1,423,500	$99,100	0	$0	$0
CC	80163394	RODRIGUEZ JORGE		0	$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	54-11	30	$1,423,500	$99,100	0	$0	$0
l	Afiliados(11)				$0	$0			$0	$0			$0	$0			$15,516,150	$1,080,200		$0	$0

S GENERALES DEL APORTANTE

ntificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
1902678	2	CONSORCIO SUBA MT	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRA 36 3 41 OFICINA 1501	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7111111	SI

S GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
ión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
5	2025-06	1621473142	94888891782	Y	2025/07/17	2025/07/11	BANCO CAJA SOCIAL	0	$1,080,200

JMEN DE PAGO

GO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ADMINISTRADORAS: 1)				11	$1,080,200	$0	$0	$1,080,200
L SURA	14-11	890,903,790	5	11	$1,080,200	$0	$0	$1,080,200
AL				11	$1,080,200	$0	$0	$1,080,200



CONTRATOS SUBA MT

CONSORCIO SUBA MT Y VYP CONSULTORIA Y CONSTRUCCIONES SAS

200

CONTRATO DE SUMINISTRO MANO DE OBRA CONSORCIO SUBA MT Y VYP CONSULTORIA Y CONSTRUCCIONES SAS

Entre los suscritos: de un lado, el **CONSORCIO SUBA MT,** identificado con NIT. **901902678-2,** representado legalmente por el señor **OSCAR JULIÁN MORENO CARRAZCO**, identificado con la cédula de ciudadanía número 1.032.472.777 de Bogotá D.C agrupación contractual conformada por las sociedades ICOD CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS SAS y MT CONSTRUCCIÓN Y DISEÑO DE PROYECTO SAS, quien en adelante se denominará el **CONTRATANTE**, y de otro lado, la sociedad **VYP CONSULTORIA Y CONSTRUCCIONES SAS,** sociedad de derecho privado, domiciliada en la ciudad de Bogotá D.C, identificada con NIT. 901644965-4 y representada legalmente por LUZ BIBIANA RINCON SOLORZANO mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No.51798325, quien para los efectos de este contrato se denominará el **CONTRATISTA,** hemos decidido celebrar el presente contrato de prestación de servicios que se regirá por las siguientes cláusulas, previos los CONSIDERANDOS que a continuación se inscriben por las partes y las cuales se tienen como vinculantes para la interpretación y entendimiento del presente contrato;

DISPOSICIONES GENERALES

PRIMERO: Que el FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE SUBA dio apertura al proceso de licitación pública No. LP-DEO-SVR-038- 2024 cuyo objeto fue "E*jecutar a precios unitarios fijos las actividades para la construcción de la malla vial local e intermedia y espacio público (grupos 1 y 2) en la localidad de suba en la ciudad de Bogotá D.C y las demás actividades que se detallen en el anexo técnico".*

SEGUNDO: Una vez agotado el proceso de selección objetiva, el FDLS adjudicó el proceso de contratación al CONSORCIO SUBA MT.

TERCERO: Que, como consecuencia de lo anterior, se suscribió el contrato de obra No. 1013-2024-LP entre el FDLS y el CONSORCIO SUBA MT cuyo objeto es "*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*"

CUARTO: Que dentro del contrato estatal no quedó establecida prohibición en la subcontratación de actividades inherentes al objeto de la convención, por lo que

201

será necesario la intervención de profesionales que garanticen el cumplimiento de las obligaciones contractuales.

SEXTO: Que para la ejecución del objeto contractual el CONSORCIO SUBA MT requiere los servicios profesionales de especialistas que ejecuten actividades especializadas que garanticen la calidad del servicio y permitan la consecución de los objetivos.

SÉPTIMO: Que atendiendo lo consignado en los numerales precedentes se celebra el presente contrato de prestación de servicios con el propósito de contratar una compañía especializada en Personal administrativo y operativo y dar cumplimiento al contrato de obra No. 1013-2024-LP, el cual se regirá por las siguientes cláusulas:

CLÁUSULAS

CLÁUSULA PRIMERA. OBJETO. El objeto del contrato de prestación de servicios consiste en **SUMINISTRO MANO DE OBRA** para dar cumplimiento a las obligaciones contenidas en el contrato de obra NO. 1013-2024-LP en su fase I.

CLÁUSULA SEGUNDA. ALCANCE DEL OBJETO. El objeto contractual deberá ser ejecutado por el CONTRATISTA mediante el cumplimiento de las actividades que se relacionan a continuación:

SUMINISTRO MANO DE OBRA

CLÁUSULA TERCERA- VALOR. El valor del contrato se pacta por precio unitario, sin formula de ajuste, el cual se obtendrá de la cantidad de servicios reales y materiales que se requiera para la ejecución del objeto contractual.

De manera que el valor aproximado del contrato Esta relacionado a la clausula cuarta forma de pago corte de obra .

PARÁGRAFO PRIMERO. Las actividades que no ejecute el CONTRATISTA y que se encuentren previstas en el contrato, no podrán ser cobradas por el contratista y estarán sujetas a la aprobación de la interventoría del contrato obra No. 1013-2024-LP, de manera que, la obligación de pago a cargo del Consorcio quedará suspendida hasta el momento en que la interventoría reciba a satisfacción cada una de las actividades.

202

PARÁGRAFO SEGUNDO. El CONTRATISTA autoriza al contratante a realizar la retenciones y deducciones a que haya lugar en cumplimiento de las obligaciones tributarias.

CLÁUSULA CUARTA. FORMA DE PAGO. El precio de los servicios prestados por la CONTRATISTA se someterá a las siguientes reglas:

ITEM	CONCEPTO	FORMA DE PAGO
1	CORTES PARCIALES POR AVANCE DE OBRA	SE REALIZARA EL PAGO POR CORTES PARCIALES POR AVANCE DE OBRA. UNA VEZ REVISADA Y APROBADA .

PARÁGRAFO PRIMERO. La obligación de pago se entenderá vencida luego de que se cumplan las siguientes condiciones: a) Haber expedido factura electrónica conforme a las disposiciones contenidas en el ordenamiento jurídico b) encontrarse a paz y salvo con los trabajadores y/o contratistas que intervinieron en la ejecución del contrato c) contar con visto de bueno de la interventoría del contrato de obra No. 1013-2024-LP.

PARÁGRAFO SEGUNDO. Las actividades que no ejecute el CONTRATISTA y que se encuentren previstas en el contrato, no podrán ser cobradas.

CLÁUSULA QUINTA. PLAZO. El plazo para la ejecución total de los trabajos objeto del presente contrato será de **ENTREGA Y SATISFACCION DE OBRA O LABOR** constados a partir de la suscripción del contrato.

PARÁGRAFO PRIMERO. Las partes manifiestan que no habrá lugar a la prórroga automática del contrato, por lo que cumplido el término de vigencia se terminará de forma automática el contrato a menos que las partes decidan prorrogar su duración antes de su vencimiento.

203

PARÁGRAFO SEGUNDO-TERMINACIÓN ANTICIPADA. Las partes acuerdan que el CONTRATANTE podrá dar por terminado el contrato de prestación de servicios en cualquier momento, sin que medie justa causa para su terminación y reconocimiento de indemnización al CONTRATISTA por su terminación unilateral antes del plazo convenido.

CLÁUSULA SEXTA- OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA. El CONTRATISTA deberá ejecutar las actividades que se señalan a continuación:

a. El CONTRATISTA deberá presentar los insumos requeridos en el marco de la ejecución de su cargo, en los tiempos y condiciones que sean requeridos por el CONTRATANTE.

b. El CONTRATISTA deberá disponer de la maquinaria, profesionales y general cualquier herramienta que se requiera para la ejecución del objeto contractual.

c. El CONTRATISTA deberá dar trámite a las observaciones elevadas por el CONTRATISTA o supervisión o intervención del contrato de obra No. 1013-2024-LP., en los tiempos establecidos, hasta obtener su aprobación.

d. El CONTRATISTA deberá elaborar y presentar informes técnicos en los eventos en que el CONTRATANTE se lo requiera.

e. El CONTRATISTA deberá atender, sin perjuicio del número de requerimientos que desde la supervisión o intervención del contrato de obra No. 1013-2024-LP se requieran.

f. Ejecución del contrato de buena fe realizando el mejor esfuerzo para suscribir los contratos y/o adquirir los compromisos exigidos con el fin de ejecutar el objeto del contrato a satisfacción

g. Cumplir con el pago de salarios, prestaciones sociales y aportes al sistema de seguridad social con todos sus trabajadores. Suministrar los elementos de protección personal y dotaciones a sus trabajadores o contratistas.

h. Cumplir con el pago de obligaciones a terceros (facturas de venta, órdenes de compra, contratos, créditos y cualquier otra obligación que se cause en favor de un tercero).

204

i. Garantizar la seguridad y salud de los trabajadores y contratistas que destine para la ejecución del objeto contractual.

CLÁUSULA SÉPTIMA-OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA: Para la realización del objeto señalado en la cláusula primera, el CONTRATISTA se obliga a cumplir con las siguientes obligaciones:

a) Ejecutar de forma profesional las actividades previstas en la cláusula segunda de esta convención.

b) A efectuar a entera satisfacción del CONTRATANTE y supervisión de la entidad estatal las actividades, diagnósticos e informes técnicos objeto de este contrato.

c) A contratar por cuenta y riesgo propio, y bajo sus expensas todo el personal necesario para la ejecución de las labores, asumiendo el pago puntual de salarios, horas extra, prestaciones sociales e indemnizaciones, pagando los respectivos aportes por pensión, salud, y demás obligaciones laborales.

d) A responder por la calidad de los trabajos contratados y por las obligaciones de los subcontratistas.

e) El CONTRATISTA deberá disponer de los profesionales, maquinarias y demás herramientas que permitan la ejecución del objeto contractual.

CLÁUSULA OCTAVA-OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE: Se estipulan como obligaciones de la CONTRATANTE, las siguientes:

a) Pagar el valor total convenido según la forma pactada y las actividades que se ejecuten por parte del CONTRATISTA del presente contrato.

b) Suministrar la programación de las actividades y la información necesaria para que el CONTRATISTA puede ejecutar adecuadamente el objeto del contrato.

c) Suministrar al CONTRATISTA toda la información, datos, documentos y demás herramientas necesarias para la prestación del servicio.

205

d) Informar al CONTRATISTA cualquier cambio o novedad en las condiciones de tiempo, modo o lugar que se presenten en relación con la ejecución del servicio contratado.

CLÁUSULA NOVENA. INTERPRETACIÓN DEL CONTRATO. Este contrato deberá ser interpretado de forma integral conforme a los documentos que acompañan el contrato de obra No. 1013-2024-LP y lo que hicieron parte del proceso de licitación pública No. LP-DEO-SVR-038- 2024, tales como el pliego de condiciones, estudio previo, anexos, adendas, matriz de riesgos y la oferta presentada por el CONSORCIO SUBA MT.

CLÁUSULA DÉCIMA-DOCUMENTOS DEL CONTRATO. Harán parte integral de la presente convención los siguientes documentos: contrato de contrato de obra No. 1013-2024-LP suscrito entre FDLS y el CONSORCIO SUBA MT, propuesta económica enviada por el contratista el día **ANTERIOR A LA FIRMA DEL PRESENTE CONTRATO** cronograma de actividades, y demás documentos que hicieron parte del proceso de licitación pública No. LP-DEO-SVR-038- 2024 adelantada por FDLS.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA- AUTONOMÍA. El CONTRATISTA, así como el personal vinculado y/o contratado por el mismo, ejecutará el servicio contratado de manera independiente y por cuenta propia, sin estar sujeto a subordinación alguna. Esto sin perjuicio de la supervisión que pueda ejercer el CONTRATANTE a fin de asegurar la adecuada prestación del servicio. El CONTRATISTA será responsable de los aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Profesionales, de sus trabajadores dependientes, así como de cualquier prestación que se genere en favor de estos últimos. El CONTRATANTE podrá solicitar al CONTRATISTA los documentos que acrediten el pago de tales aportes y en caso de que los mismos no se hayan realizado, negarse a recibir la prestación o efectuar el pago de los servicios contratados.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA-RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA. El CONTRATISTA será responsable frente a las autoridades y terceros de sus obligaciones en el ejercicio de las actividades que desarrolle en virtud del presente contrato cuando con ellas cause perjuicio al Fondo de Desarrollo Local de Suba o a cualquier tercero.

206

CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA- INDEMNIDAD Y DEBER DE REPARACIÓN POR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA. Es obligación del CONTRATISTA mantener indemne y proteger el patrimonio del CONTRATANTE a causa de los perjuicios que se generen a razón de la ejecución del objeto contractual, por lo que en caso de incumplimiento y/o daños generados a terceros deberá pagar todos los daños que se deriven de la inobservancia de la obligación.

PARÁGRAFO PRIMERO. El CONTRATANTE tendrá la facultad de repetir en contra del CONTRATISTA para obtener la reparación de daños sufridos con ocasión al incumplimiento de sus obligaciones, en especial, aquellas relacionadas con trabajadores, Entidades de Seguridad Social, entidades de fiscalización DIAN y UGPP de orden nacional y territoriales o municipales siempre que existan y en general, cualquier tercero que judicial o extrajudicialmente reclame el cumplimiento de una obligación.

PARÁGRAFO SEGUNDO. El CONTRATISTA deberá asumir el pago de los honorarios y costas judiciales en las que tuvo que incurrir el contratante para ejercer su derecho de defensa dentro de las reclamaciones administrativas o judiciales que se adelanten en contra del contratante debido al incumplimiento de las obligaciones en cabeza del contratista.

CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA- CLAUSULA PENAL. El incumplimiento de los compromisos y obligaciones contenidas en el presente contrato, dará derecho a la parte cumplida la facultad de reclamar y cobrar a la parte incumplida, sin necesidad de requerimientos o constituciones en mora, una suma de dinero equivalente al (50%) del valor total del contrato, como estimación anticipada parcial, más no definitiva, de los posibles perjuicios que se puedan generar debido al incumplimiento, sin perjuicio de que la parte cumplida pueda conseguir la indemnización plena de los perjuicios causados, por encima de dicho monto, en caso de probarse que el valor de los mismos supera la cuantía atrás establecida.

En todo caso, la parte cumplida podrá reclamar la indemnización de perjuicios y exigir el cumplimiento o la resolución del contrato, por cuanto el pago de la pena no extingue la obligación principal. El valor de la cláusula penal será exigible ejecutivamente junto con el pago de cualquier otro concepto adeudado.

207

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA- DEBIDO PROCESO: En garantía del debido proceso, y con el fin de asegurar el derecho de defensa y contradicción de EL CONTRATISTA, se acuerda el siguiente procedimiento para la efectividad de la cláusula de apremio y cláusula penal pecuniaria:

1. El CONTRATANTE deberá elaborar un requerimiento escrito al CONTRATISTA, en donde relacione los hechos y obligaciones incumplidas por el CONTRATISTA, aportando las evidencias que así lo soporten.

2. EL CONTRATISTA contarán con dos (2) días hábiles a partir del recibo de la comunicación de EL CONTRATANTE, para pronunciarse por escrito.

3. El CONTRATANTE deberá analizar la ocurrencia o no de la causal de incumplimiento y las explicaciones de EL CONTRATISTA.

4. La decisión del CONTRATANTE será comunicada al CONTRATISTA.

5. El CONTRATISTA podrá reclamar ante EL CONTRATANTE por la medida dentro del día (1) día hábil siguiente a la comunicación de la decisión.

6. La reclamación presentada por El CONTRATISTA será analizados por el CONTRATANTE. Si no se acogen los argumentos presentados por EL CONTRATISTA y el pronunciamiento de la aseguradora y, se ratificará de forma motivada decisión.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA- CONFIDENCIALIDAD Y PROHIBICIÓN DE DIVULGACIÓN. El CONTRATISTA deberá abstenerse de suministrar, entregar y/o publicar, sin la autorización previa del CONTRATANTE información que no sea considerada pública, como es el caso de documentos en procesos de elaboración con información preliminar y no definitiva.

PARÁGRAFO PRIMERO. Para efectos de este contrato se entiende por confidencial toda información entregada por el CONTRATANTE que cumpla con alguna de las siguientes condiciones:

a. Que no sea de conocimiento público ni de fácil obtención a través de medios legítimos y que sea denominada como tal por el TITULAR.

208

b. Que las circunstancias de su entrega, los medios de almacenamiento o las medidas de seguridad tomadas por el TITULAR para la custodia de la información indiquen el carácter confidencial de la misma.

c. Se considerará información confidencial toda información de naturaleza contable, financiera o comercial que no sea de conocimiento público ni figure en bases de datos de acceso abierto o libre, tales como informes contables, planes de negocio, contratos y acuerdos de naturaleza privada, know-how, precios, clientes, proveedores, entre otras. Esta lista tiene propósito enunciativo y no implica la no confidencialidad de otros tipos de información no mencionados en ella.

PARÁGRAFO SEGUNDO. El contratista deberá adoptar todas las medidas necesarias para conservar y garantizar el secreto de la información y documentos del CONTRATANTE.

PARÁGRAFO TERCERO. El incumplimiento de las obligaciones contenidas en esta cláusula dará lugar a la terminación del contrato de forma anticipada sin reconocimiento de indemnización en favor del CONTRATISTA junto con la activación de la cláusula penal.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA-PROPIEDAD INTELECTUAL. Si de la ejecución del contrato resultan estudios, investigaciones, descubrimientos, invenciones, información, mejoras y/o diseños, éstos pertenecen al CONTRATANTE, de conformidad con lo establecido en el artículo 20 de la Ley 23 de 1982. Asimismo, el CONTRATISTA garantiza que los trabajos y servicios prestados al CONTRATANTE por el objeto de este contrato no infringen ni vulneran los derechos de propiedad intelectual o industrial o cualquier otro derecho legal o contractual de terceros.

CLAUSULA DÉCIMA OCTAVA -CESIÓN DEL CONTRATO. El CONTRATISTA no podrá ceder o transferir a cualquier título la ejecución del presente contrato, ni podrá subcontratar sin la autorización expresa y por escrito del CONTRATANTE.

CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA -CAUSALES DE TERMINACIÓN ANTICIPADA. El presente contrato podrá ser terminado por las partes y/o por el CONTRATANTE de forma anticipada en los siguientes eventos:

a. De común acuerdo.

209

b. Unilateralmente y sin previo aviso por parte del CONTRATANTE sin que se cause indemnización en favor del CONTRATISTA

c. Unilateralmente y sin previo aviso cuando el CONTRATISTA incumpla las cláusulas establecidas en el Contrato.

d. Incapacidad financiera o administrativa por alguna de las partes. Esta situación se presenta cuando EL CONTRATISTA incumple con el pago de los honorarios o salarios de sus empleados o de los impuestos o de los aportes a la seguridad social, o a los proveedores o acreedores, impuestos, embargo de equipos o cuando el CONTRATANTE incumple con el pago del valor del contrato en los términos aquí establecidos.

e. Por liquidación y/o muerte de cualquiera de las partes

f. Unilateralmente en el evento en que el CONTRATISTA no cumpla con la cláusula octava de la presente convención

CLÁUSULA VIGÉSIMA -SUSPENSIÓN. Las partes de común acuerdo podrán suspender temporalmente la ejecución del contrato, mediante acta debidamente suscrita por las partes.

PARÁGRAFO. El término de suspensión no será computable para efecto del plazo de ejecución del contrato, ni dará derecho exigir indemnización, sobrecostos o reajustes, ni a reclamar gastos diferentes a los pactados en el contrato.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA - ACUERDO INTEGRAL. El presente Contrato sustituye cualquier convención, contrato, promesa, pacto, propuesta u oferta aceptadas, en general, cualquier otro acuerdo, verbal, escrito sin importar la denominación que se le otorgue, que haya sido celebrado entre las mismas Partes con el mismo objeto, antes de la celebración de este Contrato.

CLÁUSULA VIGÉSIMA CUARTA-REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN. El contrato se perfección con suscripción del contrato por ambas partes.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA- NOTIFICACIONES. Para efectos de cualquier comunicación del presente contrato, las partes declaran que podrán ser notificados a los correos electrónicos que a continuación se inscriben:

El CONTRATANTE: jmoreno.icodsas@gmail.com
EL CONTRATISTA: vypmalagonsas@gmail.com
Para constancia, las partes firman el presente contrato a los XXXX del mes de XXXX de 2025

CONTRATANTE	CONTRATISTA
OSCAR JULIÁN MORENO CARRAZCO CC 1.032.472.777 de Bogotá D.C R Legal CONSORCIO SUBA MT	**LUZ BIBIANA RINCON SOLORZANO** **C.C. 51798325** **VYP CONSULTORIA Y CONSTRUCCION SAS** **901644965-4**

----------FIN DEL CONTRATO----------

21

DCM INGENIEROS SAS CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS FORMATO GENERAL

222

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ENTRE CONSORCIO SUBA MT Y DCM INGENIEROS SAS

Entre los suscritos: de un lado, el **CONSORCIO SUBA MT,** identificado con NIT. **901902678-2,** representado legalmente por el señor **OSCAR JULIÁN MORENO CARRAZCO**, identificado con la cédula de ciudadanía número 1.032.472.777 de Bogotá D.C agrupación contractual conformada por las sociedades ICOD CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS SAS y MT CONSTRUCCIÓN Y DISEÑO DE PROYECTO SAS, quien en adelante se denominará el **CONTRATANTE**, y de otro lado, la sociedad **DCM INGENIEROS SAS,** sociedad de derecho privado, domiciliada en la ciudad de Bogotá D.C, identificada con NIT. **900781595-5** y representada legalmente por IVAN CAMILO ANDRADE SANTAMARIA mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 1013603357 expedida en la ciudad de Bogotá D.C, quien para los efectos de este contrato se denominará el **CONTRATISTA,** hemos decidido celebrar el presente contrato de prestación de servicios que se regirá por las siguientes cláusulas, previos los CONSIDERANDOS que a continuación se inscriben por las partes y las cuales se tienen como vinculantes para la interpretación y entendimiento del presente contrato;

DISPOSICIONES GENERALES

PRIMERO: Que el FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE SUBA dio apertura al proceso de licitación pública No. LP-DEO-SVR-038- 2024 cuyo objeto fue "E*jecutar a precios unitarios fijos las actividades para la construcción de la malla vial local e intermedia y espacio público (grupos 1 y 2) en la localidad de suba en la ciudad de Bogotá D.C y las demás actividades que se detallen en el anexo técnico*".

SEGUNDO: Una vez agotado el proceso de selección objetiva, el FDLS adjudicó el proceso de contratación al CONSORCIO SUBA MT.

TERCERO: Que, como consecuencia de lo anterior, se suscribió el contrato de obra No. 1013-2024-LP entre el FDLS y el CONSORCIO SUBA MT cuyo objeto es "*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*"

CUARTO: Que dentro del contrato estatal no quedó establecida prohibición en la subcontratación de actividades inherentes al objeto de la convención, por lo que

213

será necesario la intervención de profesionales que garanticen el cumplimiento de las obligaciones contractuales.

SEXTO: Que para la ejecución del objeto contractual el CONSORCIO SUBA MT requiere los servicios profesionales de especialistas que ejecuten actividades especializadas que garanticen la calidad del servicio y permitan la consecución de los objetivos.

SÉPTIMO: Que atendiendo lo consignado en los numerales precedentes se celebra el presente contrato de prestación de servicios con el propósito de contratar una compañía especializada en Personal administrativo y operativo y dar cumplimiento al contrato de obra No. 1013-2024-LP, el cual se regirá por las siguientes cláusulas:

CLÁUSULAS

CLÁUSULA PRIMERA. OBJETO. El objeto del contrato de prestación de servicios consiste en **PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES** para dar cumplimiento a las obligaciones contenidas en el contrato de obra NO. 1013-2024-LP en su fase I.

CLÁUSULA SEGUNDA. ALCANCE DEL OBJETO. El objeto contractual deberá ser ejecutado por el CONTRATISTA mediante el cumplimiento de las actividades que se relacionan a continuación:

PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES

CLÁUSULA TERCERA- VALOR. El valor del contrato se pacta por precio unitario, sin formula de ajuste, el cual se obtendrá de la cantidad de servicios reales y materiales que se requiera para la ejecución del objeto contractual.

De manera que el valor aproximado del contrato Esta relacionado a la clausula cuarta forma de pago corte de obra .

PARÁGRAFO PRIMERO. Las actividades que no ejecute el CONTRATISTA y que se encuentren previstas en el contrato, no podrán ser cobradas por el contratista y estarán sujetas a la aprobación de la interventoría del contrato obra No. 1013-2024-LP, de manera que, la obligación de pago a cargo del Consorcio quedará

214

suspendida hasta el momento en que la interventoria reciba a satisfacción cada una de las actividades.

PARÁGRAFO SEGUNDO. El CONTRATISTA autoriza al contratante a realizar la retenciones y deducciones a que haya lugar en cumplimiento de las obligaciones tributarias.

CLÁUSULA CUARTA. FORMA DE PAGO. El precio de los servicios prestados por la CONTRATISTA se someterá a las siguientes reglas:

ITEM	CONCEPTO	FORMA DE PAGO
1	CORTES PARCIALES POR AVANCE DE OBRA	SE REALIZARA EL PAGO POR CORTES PARCIALES POR AVANCE DE OBRA. UNA VEZ REVISADA Y APROBADA .

PARÁGRAFO PRIMERO. La obligación de pago se entenderá vencida luego de que se cumplan las siguientes condiciones: a) Haber expedido factura electrónica conforme a las disposiciones contenidas en el ordenamiento jurídico b) encontrarse a paz y salvo con los trabajadores y/o contratistas que intervinieron en la ejecución del contrato c) contar con visto de bueno de la interventoría del contrato de obra No. 1013-2024-LP.

PARÁGRAFO SEGUNDO. Las actividades que no ejecute el CONTRATISTA y que se encuentren previstas en el contrato, no podrán ser cobradas.

CLÁUSULA QUINTA. PLAZO. El plazo para la ejecución total de los trabajos objeto del presente contrato será de **ENTREGA Y SATISFACCION DE OBRA O LABOR** constados a partir de la suscripción del contrato.

PARÁGRAFO PRIMERO. Las partes manifiestan que no habrá lugar a la prórroga automática del contrato, por lo que cumplido el término de vigencia se terminará de forma automática el contrato a menos que las partes decidan prorrogar su duración antes de su vencimiento.

215

PARÁGRAFO SEGUNDO-TERMINACIÓN ANTICIPADA. Las partes acuerdan que el CONTRATANTE podrá dar por terminado el contrato de prestación de servicios en cualquier momento, sin que medie justa causa para su terminación y reconocimiento de indemnización al CONTRATISTA por su terminación unilateral antes del plazo convenido.

CLÁUSULA SEXTA- OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA. El CONTRATISTA deberá ejecutar las actividades que se señalan a continuación:

a. El CONTRATISTA deberá presentar los insumos requeridos en el marco de la ejecución de su cargo, en los tiempos y condiciones que sean requeridos por el CONTRATANTE.

b. El CONTRATISTA deberá disponer de la maquinaria, profesionales y general cualquier herramienta que se requiera para la ejecución del objeto contractual.

c. El CONTRATISTA deberá dar trámite a las observaciones elevadas por el CONTRATISTA o supervisión o intervención del contrato de obra No. 1013-2024-LP., en los tiempos establecidos, hasta obtener su aprobación.

d. El CONTRATISTA deberá elaborar y presentar informes técnicos en los eventos en que el CONTRATANTE se lo requiera.

e. El CONTRATISTA deberá atender, sin perjuicio del número de requerimientos que desde la supervisión o intervención del contrato de obra No. 1013-2024-LP se requieran.

f. Ejecución del contrato de buena fe realizando el mejor esfuerzo para suscribir los contratos y/o adquirir los compromisos exigidos con el fin de ejecutar el objeto del contrato a satisfacción

g. Cumplir con el pago de salarios, prestaciones sociales y aportes al sistema de seguridad social con todos sus trabajadores. Suministrar los elementos de protección personal y dotaciones a sus trabajadores o contratistas.

216

h. Cumplir con el pago de obligaciones a terceros (facturas de venta, órdenes de compra, contratos, créditos y cualquier otra obligación que se cause en favor de un tercero).

i. Garantizar la seguridad y salud de los trabajadores y contratistas que destine para la ejecución del objeto contractual.

CLÁUSULA SÉPTIMA-OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA: Para la realización del objeto señalado en la cláusula primera, el CONTRATISTA se obliga a cumplir con las siguientes obligaciones:

a) Ejecutar de forma profesional las actividades previstas en la cláusula segunda de esta convención.

b) A efectuar a entera satisfacción del CONTRATANTE y supervisión de la entidad estatal las actividades, diagnósticos e informes técnicos objeto de este contrato.

c) A contratar por cuenta y riesgo propio, y bajo sus expensas todo el personal necesario para la ejecución de las labores, asumiendo el pago puntual de salarios, horas extra, prestaciones sociales e indemnizaciones, pagando los respectivos aportes por pensión, salud, y demás obligaciones laborales.

d) A responder por la calidad de los trabajos contratados y por las obligaciones de los subcontratistas.

e) El CONTRATISTA deberá disponer de los profesionales, maquinarias y demás herramientas que permitan la ejecución del objeto contractual.

CLÁUSULA OCTAVA-OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE: Se estipulan como obligaciones de la CONTRATANTE, las siguientes:

a) Pagar el valor total convenido según la forma pactada y las actividades que se ejecuten por parte del CONTRATISTA del presente contrato.

b) Suministrar la programación de las actividades y la información necesaria para que el CONTRATISTA puede ejecutar adecuadamente el objeto del contrato.

227

c) Suministrar al CONTRATISTA toda la información, datos, documentos y demás herramientas necesarias para la prestación del servicio.

d) Informar al CONTRATISTA cualquier cambio o novedad en las condiciones de tiempo, modo o lugar que se presenten en relación con la ejecución del servicio contratado.

CLÁUSULA NOVENA. INTERPRETACIÓN DEL CONTRATO. Este contrato deberá ser interpretado de forma integral conforme a los documentos que acompañan el contrato de obra No. 1013-2024-LP y lo que hicieron parte del proceso de licitación pública No. LP-DEO-SVR-038- 2024, tales como el pliego de condiciones, estudio previo, anexos, adendas, matriz de riesgos y la oferta presentada por el CONSORCIO SUBA MT.

CLÁUSULA DÉCIMA-DOCUMENTOS DEL CONTRATO. Harán parte integral de la presente convención los siguientes documentos: contrato de contrato de obra No. 1013-2024-LP suscrito entre FDLS y el CONSORCIO SUBA MT, propuesta económica enviada por el contratista el día **ANTERIOR A LA FIRMA DEL PRESENTE CONTRATO** cronograma de actividades, y demás documentos que hicieron parte del proceso de licitación pública No. LP-DEO-SVR-038- 2024 adelantada por FDLS.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA- AUTONOMÍA. El CONTRATISTA, así como el personal vinculado y/o contratado por el mismo, ejecutará el servicio contratado de manera independiente y por cuenta propia, sin estar sujeto a subordinación alguna. Esto sin perjuicio de la supervisión que pueda ejercer el CONTRATANTE a fin de asegurar la adecuada prestación del servicio. El CONTRATISTA será responsable de los aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Profesionales, de sus trabajadores dependientes, así como de cualquier prestación que se genere en favor de estos últimos. El CONTRATANTE podrá solicitar al CONTRATISTA los documentos que acrediten el pago de tales aportes y en caso de que los mismos no se hayan realizado, negarse a recibir la prestación o efectuar el pago de los servicios contratados.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA-RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA. El CONTRATISTA será responsable frente a las autoridades y terceros de sus obligaciones en el ejercicio de las actividades que desarrolle en virtud del presente

24

contrato cuando con ellas cause perjuicio al Fondo de Desarrollo Local de Suba o a cualquier tercero.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA- INDEMNIDAD Y DEBER DE REPARACIÓN POR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA. Es obligación del CONTRATISTA mantener indemne y proteger el patrimonio del CONTRATANTE a causa de los perjuicios que se generen a razón de la ejecución del objeto contractual, por lo que en caso de incumplimiento y/o daños generados a terceros deberá pagar todos los daños que se deriven de la inobservancia de la obligación.

PARÁGRAFO PRIMERO. El CONTRATANTE tendrá la facultad de repetir en contra del CONTRATISTA para obtener la reparación de daños sufridos con ocasión al incumplimiento de sus obligaciones, en especial, aquellas relacionadas con trabajadores, Entidades de Seguridad Social, entidades de fiscalización DIAN y UGPP de orden nacional y territoriales o municipales siempre que existan y en general, cualquier tercero que judicial o extrajudicialmente reclame el cumplimiento de una obligación.

PARÁGRAFO SEGUNDO. El CONTRATISTA deberá asumir el pago de los honorarios y costas judiciales en las que tuvo que incurrir el contratante para ejercer su derecho de defensa dentro de las reclamaciones administrativas o judiciales que se adelanten en contra del contratante debido al incumplimiento de las obligaciones en cabeza del contratista.

CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA- CLAUSULA PENAL. El incumplimiento de los compromisos y obligaciones contenidas en el presente contrato, dará derecho a la parte cumplida la facultad de reclamar y cobrar a la parte incumplida, sin necesidad de requerimientos o constituciones en mora, una suma de dinero equivalente al (50%) del valor total del contrato, como estimación anticipada parcial, más no definitiva, de los posibles perjuicios que se puedan generar debido al incumplimiento, sin perjuicio de que la parte cumplida pueda conseguir la indemnización plena de los perjuicios causados, por encima de dicho monto, en caso de probarse que el valor de los mismos supera la cuantía atrás establecida.

En todo caso, la parte cumplida podrá reclamar la indemnización de perjuicios y exigir el cumplimiento o la resolución del contrato, por cuanto el pago de la pena no

219

extingue la obligación principal. El valor de la cláusula penal será exigible ejecutivamente junto con el pago de cualquier otro concepto adeudado.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA- DEBIDO PROCESO: En garantía del debido proceso, y con el fin de asegurar el derecho de defensa y contradicción de EL CONTRATISTA, se acuerda el siguiente procedimiento para la efectividad de la cláusula de apremio y cláusula penal pecuniaria:

1. El CONTRATANTE deberá elaborar un requerimiento escrito al CONTRATISTA, en donde relacione los hechos y obligaciones incumplidas por el CONTRATISTA, aportando las evidencias que así lo soporten.

2. EL CONTRATISTA contarán con dos (2) días hábiles a partir del recibo de la comunicación de EL CONTRATANTE, para pronunciarse por escrito.

3. El CONTRATANTE deberá analizar la ocurrencia o no de la causal de incumplimiento y las explicaciones de EL CONTRATISTA.

4. La decisión del CONTRATANTE será comunicada al CONTRATISTA.

5. El CONTRATISTA podrá reclamar ante EL CONTRATANTE por la medida dentro del día (1) día hábil siguiente a la comunicación de la decisión.

6. La reclamación presentada por El CONTRATISTA será analizados por el CONTRATANTE. Si no se acogen los argumentos presentados por EL CONTRATISTA y el pronunciamiento de la aseguradora y, se ratificará de forma motivada decisión.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA- CONFIDENCIALIDAD Y PROHIBICIÓN DE DIVULGACIÓN. El CONTRATISTA deberá abstenerse de suministrar, entregar y/o publicar, sin la autorización previa del CONTRATANTE información que no sea considerada pública, como es el caso de documentos en procesos de elaboración con información preliminar y no definitiva.

PARÁGRAFO PRIMERO. Para efectos de este contrato se entiende por confidencial toda información entregada por el CONTRATANTE que cumpla con alguna de las siguientes condiciones:

220

a. Que no sea de conocimiento público ni de fácil obtención a través de medios legítimos y que sea denominada como tal por el TITULAR.

b. Que las circunstancias de su entrega, los medios de almacenamiento o las medidas de seguridad tomadas por el TITULAR para la custodia de la información indiquen el carácter confidencial de la misma.

c. Se considerará información confidencial toda información de naturaleza contable, financiera o comercial que no sea de conocimiento público ni figure en bases de datos de acceso abierto o libre, tales como informes contables, planes de negocio, contratos y acuerdos de naturaleza privada, know-how, precios, clientes, proveedores, entre otras. Esta lista tiene propósito enunciativo y no implica la no confidencialidad de otros tipos de información no mencionados en ella.

PARÁGRAFO SEGUNDO. El contratista deberá adoptar todas las medidas necesarias para conservar y garantizar el secreto de la información y documentos del CONTRATANTE.

PARÁGRAFO TERCERO. El incumplimiento de las obligaciones contenidas en esta cláusula dará lugar a la terminación del contrato de forma anticipada sin reconocimiento de indemnización en favor del CONTRATISTA junto con la activación de la cláusula penal.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA-PROPIEDAD INTELECTUAL. Si de la ejecución del contrato resultan estudios, investigaciones, descubrimientos, invenciones, información, mejoras y/o diseños, éstos pertenecen al CONTRATANTE, de conformidad con lo establecido en el artículo 20 de la Ley 23 de 1982. Asimismo, el CONTRATISTA garantiza que los trabajos y servicios prestados al CONTRATANTE por el objeto de este contrato no infringen ni vulneran los derechos de propiedad intelectual o industrial o cualquier otro derecho legal o contractual de terceros.

CLAUSULA DÉCIMA OCTAVA -CESIÓN DEL CONTRATO. El CONTRATISTA no podrá ceder o transferir a cualquier título la ejecución del presente contrato, ni podrá subcontratar sin la autorización expresa y por escrito del CONTRATANTE.

221

CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA -CAUSALES DE TERMINACIÓN ANTICIPADA. El presente contrato podrá ser terminado por las partes y/o por el CONTRATANTE de forma anticipada en los siguientes eventos:

a. De común acuerdo.

b. Unilateralmente y sin previo aviso por parte del CONTRATANTE sin que se cause indemnización en favor del CONTRATISTA

c. Unilateralmente y sin previo aviso cuando el CONTRATISTA incumpla las cláusulas establecidas en el Contrato.

d. Incapacidad financiera o administrativa por alguna de las partes. Esta situación se presenta cuando EL CONTRATISTA incumple con el pago de los honorarios o salarios de sus empleados o de los impuestos o de los aportes a la seguridad social, o a los proveedores o acreedores, impuestos, embargo de equipos o cuando el CONTRATANTE incumple con el pago del valor del contrato en los términos aquí establecidos.

e. Por liquidación y/o muerte de cualquiera de las partes

f. Unilateralmente en el evento en que el CONTRATISTA no cumpla con la cláusula octava de la presente convención

CLÁUSULA VIGÉSIMA -SUSPENSIÓN. Las partes de común acuerdo podrán suspender temporalmente la ejecución del contrato, mediante acta debidamente suscrita por las partes.

PARÁGRAFO. El término de suspensión no será computable para efecto del plazo de ejecución del contrato, ni dará derecho exigir indemnización, sobrecostos o reajustes, ni a reclamar gastos diferentes a los pactados en el contrato.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA - ACUERDO INTEGRAL. El presente Contrato sustituye cualquier convención, contrato, promesa, pacto, propuesta u oferta aceptadas, en general, cualquier otro acuerdo, verbal, escrito sin importar la denominación que se le otorgue, que haya sido celebrado entre las mismas Partes con el mismo objeto, antes de la celebración de este Contrato.

222

CLÁUSULA VIGÉSIMA CUARTA-REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN. El contrato se perfección con suscripción del contrato por ambas partes.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA- NOTIFICACIONES. Para efectos de cualquier comunicación del presente contrato, las partes declaran que podrán ser notificados a los correos electrónicos que a continuación se inscriben:

El CONTRATANTE: jmoreno.icodsas@gmail.com
EL CONTRATISTA: gerencia.dcming@gmail.com
Para constancia, las partes firman el presente contrato a los XXXX del mes de XXXX de 2025

CONTRATANTE	CONTRATISTA
OSCAR JULIÁN MORENO CARRAZCO CC 1.032.472.777 de Bogotá D.C R Legal CONSORCIO SUBA MT	**IVAN CAMILO ANDRADE SANTAMARIA** CC 1013603357 de Bogotá D.C **DCM INGENIEROS SAS**

----------FIN DEL CONTRATO----------

223

ICOD SAS CONTRATO DE SUMINISTRO PERSONA ADMINISTRATIVO Y OPERATIVO

CONTRATO DE SUMINISTRO DE PERSONAL ADMINISTRATIVO Y OPERATIVO ENTRE CONSORCIO SUBA MT Y ICOD CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS SAS

Entre los suscritos: de un lado, el **CONSORCIO SUBA MT,** identificado con NIT. **901902678-2,** representado legalmente por el señor **OSCAR JULIÁN MORENO CARRAZCO**, identificado con la cédula de ciudadanía número 1.032.472.777 de Bogotá D.C agrupación contractual conformada por las sociedades ICOD CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS SAS y MT CONSTRUCCIÓN Y DISEÑO DE PROYECTO SAS, quien en adelante se denominará el **CONTRATANTE**, y de otro lado, la sociedad **ICOD construcciones y Proyectos SAS,** sociedad de derecho privado, domiciliada en la ciudad de Bogotá D.C, identificada con NIT. **901172605-1** y representada legalmente por OSCAR JULIAN MORENO CARRAZCO mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. **1032472777** expedida en la ciudad de Bogotá D.C, quien para los efectos de este contrato se denominará el **CONTRATISTA,** hemos decidido celebrar el presente contrato de prestación de servicios que se regirá por las siguientes cláusulas, previos los CONSIDERANDOS que a continuación se inscriben por las partes y las cuales se tienen como vinculantes para la interpretación y entendimiento del presente contrato;

DISPOSICIONES GENERALES

PRIMERO: Que el FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE SUBA dio apertura al proceso de licitación pública No. LP-DEO-SVR-038- 2024 cuyo objeto fue "*Ejecutar a precios unitarios fijos las actividades para la construcción de la malla vial local e intermedia y espacio público (grupos 1 y 2) en la localidad de suba en la ciudad de Bogotá D.C y las demás actividades que se detallen en el anexo técnico*".

SEGUNDO: Una vez agotado el proceso de selección objetiva, el FDLS adjudicó el proceso de contratación al CONSORCIO SUBA MT.

TERCERO: Que, como consecuencia de lo anterior, se suscribió el contrato de obra No. 1013-2024-LP entre el FDLS y el CONSORCIO SUBA MT cuyo objeto es "*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*"

CUARTO: Que dentro del contrato estatal no quedó establecida prohibición en la subcontratación de actividades inherentes al objeto de la convención, por lo que

225

será necesario la intervención de profesionales que garanticen el cumplimiento de las obligaciones contractuales.

SEXTO: Que para la ejecución del objeto contractual el CONSORCIO SUBA MT requiere los servicios profesionales de especialistas que ejecuten actividades especializadas que garanticen la calidad del servicio y permitan la consecución de los objetivos.

SÉPTIMO: Que atendiendo lo consignado en los numerales precedentes se celebra el presente contrato de prestación de servicios con el propósito de contratar una compañía especializada en Personal administrativo y operativo y dar cumplimiento al contrato de obra No. 1013-2024-LP, el cual se regirá por las siguientes cláusulas:

CLÁUSULAS

CLÁUSULA PRIMERA. OBJETO. El objeto del contrato de prestación de servicios consiste en **Suministro de Personal administrativo y operativo** para dar cumplimiento a las obligaciones contenidas en el contrato de obra NO. 1013-2024-LP en su fase I.

CLÁUSULA SEGUNDA. ALCANCE DEL OBJETO. El objeto contractual deberá ser ejecutado por el CONTRATISTA mediante el cumplimiento de las actividades que se relacionan a continuación:

Personal administrativo y operativo

CLÁUSULA TERCERA- VALOR. El valor del contrato se pacta por precio unitario, sin formula de ajuste, el cual se obtendrá de la cantidad de servicios reales y materiales que se requiera para la ejecución del objeto contractual.

De manera que el valor aproximado del contrato Esta relacionado a la clausula cuarta forma de pago corte de obra .

PARÁGRAFO PRIMERO. Las actividades que no ejecute el CONTRATISTA y que se encuentren previstas en el contrato, no podrán ser cobradas por el contratista y estarán sujetas a la aprobación de la interventoría del contrato obra No. 1013-2024-LP, de manera que, la obligación de pago a cargo del Consorcio quedará suspendida hasta el momento en que la interventoría reciba a satisfacción cada una de las actividades.

226

PARÁGRAFO SEGUNDO. El CONTRATISTA autoriza al contratante a realizar la retenciones y deducciones a que haya lugar en cumplimiento de las obligaciones tributarias.

CLÁUSULA CUARTA. FORMA DE PAGO. El precio de los servicios prestados por la CONTRATISTA se someterá a las siguientes reglas:

ITEM	CONCEPTO	FORMA DE PAGO
1	CORTES PARCIALES POR AVANCE DE OBRA	SE REALIZARA EL PAGO POR CORTES PARCIALES POR AVANCE DE OBRA. UNA VEZ REVISADA Y APROBADA .

PARÁGRAFO PRIMERO. La obligación de pago se entenderá vencida luego de que se cumplan las siguientes condiciones: a) Haber expedido factura electrónica conforme a las disposiciones contenidas en el ordenamiento jurídico b) encontrarse a paz y salvo con los trabajadores y/o contratistas que intervinieron en la ejecución del contrato c) contar con visto de bueno de la interventoría del contrato de obra No. 1013-2024-LP.

PARÁGRAFO SEGUNDO. Las actividades que no ejecute el CONTRATISTA y que se encuentren previstas en el contrato, no podrán ser cobradas.

CLÁUSULA QUINTA. PLAZO. El plazo para la ejecución total de los trabajos objeto del presente contrato será de **ENTREGA Y SATISFACCION DE OBRA O LABOR** constados a partir de la suscripción del contrato.

PARÁGRAFO PRIMERO. Las partes manifiestan que no habrá lugar a la prórroga automática del contrato, por lo que cumplido el término de vigencia se terminará de forma automática el contrato a menos que las partes decidan prorrogar su duración antes de su vencimiento.

227

PARÁGRAFO SEGUNDO-TERMINACIÓN ANTICIPADA. Las partes acuerdan que el CONTRATANTE podrá dar por terminado el contrato de prestación de servicios en cualquier momento, sin que medie justa causa para su terminación y reconocimiento de indemnización al CONTRATISTA por su terminación unilateral antes del plazo convenido.

CLÁUSULA SEXTA- OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA. El CONTRATISTA deberá ejecutar las actividades que se señalan a continuación:

a. El CONTRATISTA deberá presentar los insumos requeridos en el marco de la ejecución de su cargo, en los tiempos y condiciones que sean requeridos por el CONTRATANTE.

b. El CONTRATISTA deberá disponer de la maquinaria, profesionales y general cualquier herramienta que se requiera para la ejecución del objeto contractual.

c. El CONTRATISTA deberá dar trámite a las observaciones elevadas por el CONTRATISTA o supervisión o intervención del contrato de obra No. 1013-2024-LP., en los tiempos establecidos, hasta obtener su aprobación.

d. El CONTRATISTA deberá elaborar y presentar informes técnicos en los eventos en que el CONTRATANTE se lo requiera.

e. El CONTRATISTA deberá atender, sin perjuicio del número de requerimientos que desde la supervisión o intervención del contrato de obra No. 1013-2024-LP se requieran.

f. Ejecución del contrato de buena fe realizando el mejor esfuerzo para suscribir los contratos y/o adquirir los compromisos exigidos con el fin de ejecutar el objeto del contrato a satisfacción

g. Cumplir con el pago de salarios, prestaciones sociales y aportes al sistema de seguridad social con todos sus trabajadores. Suministrar los elementos de protección personal y dotaciones a sus trabajadores o contratistas.

h. Cumplir con el pago de obligaciones a terceros (facturas de venta, órdenes de compra, contratos, créditos y cualquier otra obligación que se cause en favor de un tercero).

228

i. Garantizar la seguridad y salud de los trabajadores y contratistas que destine para la ejecución del objeto contractual.

CLÁUSULA SÉPTIMA-OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA: Para la realización del objeto señalado en la cláusula primera, el CONTRATISTA se obliga a cumplir con las siguientes obligaciones:

a) Ejecutar de forma profesional las actividades previstas en la cláusula segunda de esta convención.

b) A efectuar a entera satisfacción del CONTRATANTE y supervisión de la entidad estatal las actividades, diagnósticos e informes técnicos objeto de este contrato.

c) A contratar por cuenta y riesgo propio, y bajo sus expensas todo el personal necesario para la ejecución de las labores, asumiendo el pago puntual de salarios, horas extra, prestaciones sociales e indemnizaciones, pagando los respectivos aportes por pensión, salud, y demás obligaciones laborales.

d) A responder por la calidad de los trabajos contratados y por las obligaciones de los subcontratistas.

e) El CONTRATISTA deberá disponer de los profesionales, maquinarias y demás herramientas que permitan la ejecución del objeto contractual.

CLÁUSULA OCTAVA-OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE: Se estipulan como obligaciones de la CONTRATANTE, las siguientes:

a) Pagar el valor total convenido según la forma pactada y las actividades que se ejecuten por parte del CONTRATISTA del presente contrato.

b) Suministrar la programación de las actividades y la información necesaria para que el CONTRATISTA puede ejecutar adecuadamente el objeto del contrato.

c) Suministrar al CONTRATISTA toda la información, datos, documentos y demás herramientas necesarias para la prestación del servicio.

d) Informar al CONTRATISTA cualquier cambio o novedad en las condiciones de tiempo, modo o lugar que se presenten en relación con la ejecución del servicio contratado.

CLÁUSULA NOVENA. INTERPRETACIÓN DEL CONTRATO. Este contrato deberá ser interpretado de forma integral conforme a los documentos que acompañan el contrato de obra No. 1013-2024-LP y lo que hicieron parte del proceso de licitación pública No. LP-DEO-SVR-038- 2024, tales como el pliego de condiciones, estudio previo, anexos, adendas, matriz de riesgos y la oferta presentada por el CONSORCIO SUBA MT.

CLÁUSULA DÉCIMA-DOCUMENTOS DEL CONTRATO. Harán parte integral de la presente convención los siguientes documentos: contrato de contrato de obra No. 1013-2024-LP suscrito entre FDLS y el CONSORCIO SUBA MT, propuesta económica enviada por el contratista el día **ANTERIOR A LA FIRMA DEL PRESENTE CONTRATO** cronograma de actividades, y demás documentos que hicieron parte del proceso de licitación pública No. LP-DEO-SVR-038- 2024 adelantada por FDLS.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA- AUTONOMÍA. El CONTRATISTA, así como el personal vinculado y/o contratado por el mismo, ejecutará el servicio contratado de manera independiente y por cuenta propia, sin estar sujeto a subordinación alguna. Esto sin perjuicio de la supervisión que pueda ejercer el CONTRATANTE a fin de asegurar la adecuada prestación del servicio. El CONTRATISTA será responsable de los aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Profesionales, de sus trabajadores dependientes, así como de cualquier prestación que se genere en favor de estos últimos. El CONTRATANTE podrá solicitar al CONTRATISTA los documentos que acrediten el pago de tales aportes y en caso de que los mismos no se hayan realizado, negarse a recibir la prestación o efectuar el pago de los servicios contratados.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA-RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA. El CONTRATISTA será responsable frente a las autoridades y terceros de sus obligaciones en el ejercicio de las actividades que desarrolle en virtud del presente contrato cuando con ellas cause perjuicio al Fondo de Desarrollo Local de Suba o a cualquier tercero.

249

CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA- INDEMNIDAD Y DEBER DE REPARACIÓN POR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA. Es obligación del CONTRATISTA mantener indemne y proteger el patrimonio del CONTRATANTE a causa de los perjuicios que se generen a razón de la ejecución del objeto contractual, por lo que en caso de incumplimiento y/o daños generados a terceros deberá pagar todos los daños que se deriven de la inobservancia de la obligación.

PARÁGRAFO PRIMERO. El CONTRATANTE tendrá la facultad de repetir en contra del CONTRATISTA para obtener la reparación de daños sufridos con ocasión al incumplimiento de sus obligaciones, en especial, aquellas relacionadas con trabajadores, Entidades de Seguridad Social, entidades de fiscalización DIAN y UGPP de orden nacional y territoriales o municipales siempre que existan y en general, cualquier tercero que judicial o extrajudicialmente reclame el cumplimiento de una obligación.

PARÁGRAFO SEGUNDO. El CONTRATISTA deberá asumir el pago de los honorarios y costas judiciales en las que tuvo que incurrir el contratante para ejercer su derecho de defensa dentro de las reclamaciones administrativas o judiciales que se adelanten en contra del contratante debido al incumplimiento de las obligaciones en cabeza del contratista.

CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA- CLAUSULA PENAL. El incumplimiento de los compromisos y obligaciones contenidas en el presente contrato, dará derecho a la parte cumplida la facultad de reclamar y cobrar a la parte incumplida, sin necesidad de requerimientos o constituciones en mora, una suma de dinero equivalente al (50%) del valor total del contrato, como estimación anticipada parcial, más no definitiva, de los posibles perjuicios que se puedan generar debido al incumplimiento, sin perjuicio de que la parte cumplida pueda conseguir la indemnización plena de los perjuicios causados, por encima de dicho monto, en caso de probarse que el valor de los mismos supera la cuantía atrás establecida.

En todo caso, la parte cumplida podrá reclamar la indemnización de perjuicios y exigir el cumplimiento o la resolución del contrato, por cuanto el pago de la pena no extingue la obligación principal. El valor de la cláusula penal será exigible ejecutivamente junto con el pago de cualquier otro concepto adeudado.

291

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA- DEBIDO PROCESO: En garantía del debido proceso, y con el fin de asegurar el derecho de defensa y contradicción de EL CONTRATISTA, se acuerda el siguiente procedimiento para la efectividad de la cláusula de apremio y cláusula penal pecuniaria:

1. El CONTRATANTE deberá elaborar un requerimiento escrito al CONTRATISTA, en donde relacione los hechos y obligaciones incumplidas por el CONTRATISTA, aportando las evidencias que así lo soporten.

2. EL CONTRATISTA contarán con dos (2) días hábiles a partir del recibo de la comunicación de EL CONTRATANTE, para pronunciarse por escrito.

3. El CONTRATANTE deberá analizar la ocurrencia o no de la causal de incumplimiento y las explicaciones de EL CONTRATISTA.

4. La decisión del CONTRATANTE será comunicada al CONTRATISTA.

5. El CONTRATISTA podrá reclamar ante EL CONTRATANTE por la medida dentro del día (1) día hábil siguiente a la comunicación de la decisión.

6. La reclamación presentada por El CONTRATISTA será analizados por el CONTRATANTE. Si no se acogen los argumentos presentados por EL CONTRATISTA y el pronunciamiento de la aseguradora y, se ratificará de forma motivada decisión.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA- CONFIDENCIALIDAD Y PROHIBICIÓN DE DIVULGACIÓN. El CONTRATISTA deberá abstenerse de suministrar, entregar y/o publicar, sin la autorización previa del CONTRATANTE información que no sea considerada pública, como es el caso de documentos en procesos de elaboración con información preliminar y no definitiva.

PARÁGRAFO PRIMERO. Para efectos de este contrato se entiende por confidencial toda información entregada por el CONTRATANTE que cumpla con alguna de las siguientes condiciones:

a. Que no sea de conocimiento público ni de fácil obtención a través de medios legítimos y que sea denominada como tal por el TITULAR.

292

b. Que las circunstancias de su entrega, los medios de almacenamiento o las medidas de seguridad tomadas por el TITULAR para la custodia de la información indiquen el carácter confidencial de la misma.

c. Se considerará información confidencial toda información de naturaleza contable, financiera o comercial que no sea de conocimiento público ni figure en bases de datos de acceso abierto o libre, tales como informes contables, planes de negocio, contratos y acuerdos de naturaleza privada, know-how, precios, clientes, proveedores, entre otras. Esta lista tiene propósito enunciativo y no implica la no confidencialidad de otros tipos de información no mencionados en ella.

PARÁGRAFO SEGUNDO. El contratista deberá adoptar todas las medidas necesarias para conservar y garantizar el secreto de la información y documentos del CONTRATANTE.

PARÁGRAFO TERCERO. El incumplimiento de las obligaciones contenidas en esta cláusula dará lugar a la terminación del contrato de forma anticipada sin reconocimiento de indemnización en favor del CONTRATISTA junto con la activación de la cláusula penal.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA-PROPIEDAD INTELECTUAL. Si de la ejecución del contrato resultan estudios, investigaciones, descubrimientos, invenciones, información, mejoras y/o diseños, éstos pertenecen al CONTRATANTE, de conformidad con lo establecido en el artículo 20 de la Ley 23 de 1982. Asimismo, el CONTRATISTA garantiza que los trabajos y servicios prestados al CONTRATANTE por el objeto de este contrato no infringen ni vulneran los derechos de propiedad intelectual o industrial o cualquier otro derecho legal o contractual de terceros.

CLAUSULA DÉCIMA OCTAVA -CESIÓN DEL CONTRATO. El CONTRATISTA no podrá ceder o transferir a cualquier título la ejecución del presente contrato, ni podrá subcontratar sin la autorización expresa y por escrito del CONTRATANTE.

CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA -CAUSALES DE TERMINACIÓN ANTICIPADA. El presente contrato podrá ser terminado por las partes y/o por el CONTRATANTE de forma anticipada en los siguientes eventos:

a. De común acuerdo.

23

b. Unilateralmente y sin previo aviso por parte del CONTRATANTE sin que se cause indemnización en favor del CONTRATISTA

c. Unilateralmente y sin previo aviso cuando el CONTRATISTA incumpla las cláusulas establecidas en el Contrato.

d. Incapacidad financiera o administrativa por alguna de las partes. Esta situación se presenta cuando EL CONTRATISTA incumple con el pago de los honorarios o salarios de sus empleados o de los impuestos o de los aportes a la seguridad social, o a los proveedores o acreedores, impuestos, embargo de equipos o cuando el CONTRATANTE incumple con el pago del valor del contrato en los términos aquí establecidos.

e. Por liquidación y/o muerte de cualquiera de las partes

f. Unilateralmente en el evento en que el CONTRATISTA no cumpla con la cláusula octava de la presente convención

CLÁUSULA VIGÉSIMA -SUSPENSIÓN. Las partes de común acuerdo podrán suspender temporalmente la ejecución del contrato, mediante acta debidamente suscrita por las partes.

PARÁGRAFO. El término de suspensión no será computable para efecto del plazo de ejecución del contrato, ni dará derecho exigir indemnización, sobrecostos o reajustes, ni a reclamar gastos diferentes a los pactados en el contrato.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA - ACUERDO INTEGRAL. El presente Contrato sustituye cualquier convención, contrato, promesa, pacto, propuesta u oferta aceptadas, en general, cualquier otro acuerdo, verbal, escrito sin importar la denominación que se le otorgue, que haya sido celebrado entre las mismas Partes con el mismo objeto, antes de la celebración de este Contrato.

CLÁUSULA VIGÉSIMA CUARTA-REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN. El contrato se perfección con suscripción del contrato por ambas partes.

234

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA- NOTIFICACIONES. Para efectos de cualquier comunicación del presente contrato, las partes declaran que podrán ser notificados a los correos electrónicos que a continuación se inscriben:

El CONTRATANTE: jmoreno.icodsas@gmail.com
EL CONTRATISTA: icod.oficinaprincipal@gmail.com
Para constancia, las partes firman el presente contrato a los XXXX del mes de XXXX de 2025

CONTRATANTE	CONTRATISTA
OSCAR JULIÁN MORENO CARRAZCO	**OSCAR JULIÁN MORENO CARRAZCO**
CC 1.032.472.777 de Bogotá D.C	CC 1.032.472.777 de Bogotá D.C
R Legal	**ICOD CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS SAS 901172605-1**
CONSORCIO SUBA MT	

----------**FIN DEL CONTRATO**----------

235

MORENO VARGAS SOCIEDAD ANONIMA
PRESTACION DE SERVICIOS MAO
SEBASTIAN BERMEO

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS CONSORCIO SUBA MT Y MORENO VARGAS SOCIEDAD ANONIMA

Entre los suscritos: de un lado, el **CONSORCIO SUBA MT,** identificado con NIT. **901902678-2,** representado legalmente por el señor **OSCAR JULIÁN MORENO CARRAZCO**, identificado con la cédula de ciudadanía número 1.032.472.777 de Bogotá D.C agrupación contractual conformada por las sociedades ICOD CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS SAS y MT CONSTRUCCIÓN Y DISEÑO DE PROYECTO SAS, quien en adelante se denominará el **CONTRATANTE**, y de otro lado, la sociedad **MORENO VARGAS SOCIEDAD ANONIMA,** sociedad de derecho privado, domiciliada en la ciudad de Bogotá D.C, identificada con NIT. 891100881 y representada legalmente por Carlos Edgardo Moreno mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 7692056, quien para los efectos de este contrato se denominará el **CONTRATISTA,** hemos decidido celebrar el presente contrato de prestación de servicios que se regirá por las siguientes cláusulas, previos los CONSIDERANDOS que a continuación se inscriben por las partes y las cuales se tienen como vinculantes para la interpretación y entendimiento del presente contrato;

DISPOSICIONES GENERALES

PRIMERO: Que el FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE SUBA dio apertura al proceso de licitación pública No. LP-DEO-SVR-038- 2024 cuyo objeto fue "*Ejecutar a precios unitarios fijos las actividades para la construcción de la malla vial local e intermedia y espacio público (grupos 1 y 2) en la localidad de suba en la ciudad de Bogotá D.C y las demás actividades que se detallen en el anexo técnico*".

SEGUNDO: Una vez agotado el proceso de selección objetiva, el FDLS adjudicó el proceso de contratación al CONSORCIO SUBA MT.

TERCERO: Que, como consecuencia de lo anterior, se suscribió el contrato de obra No. 1013-2024-LP entre el FDLS y el CONSORCIO SUBA MT cuyo objeto es "*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*"

CUARTO: Que dentro del contrato estatal no quedó establecida prohibición en la subcontratación de actividades inherentes al objeto de la convención, por lo que

23A

será necesario la intervención de profesionales que garanticen el cumplimiento de las obligaciones contractuales.

SEXTO: Que para la ejecución del objeto contractual el CONSORCIO SUBA MT requiere los servicios profesionales de especialistas que ejecuten actividades especializadas que garanticen la calidad del servicio y permitan la consecución de los objetivos.

SÉPTIMO: Que atendiendo lo consignado en los numerales precedentes se celebra el presente contrato de prestación de servicios con el propósito de contratar una compañía especializada en Personal administrativo y operativo y dar cumplimiento al contrato de obra No. 1013-2024-LP, el cual se regirá por las siguientes cláusulas:

CLÁUSULAS

CLÁUSULA PRIMERA. OBJETO. El objeto del contrato de prestación de servicios consiste en **PRESTACION DE SERVICIOS** para dar cumplimiento a las obligaciones contenidas en el contrato de obra NO. 1013-2024-LP en su fase I.

CLÁUSULA SEGUNDA. ALCANCE DEL OBJETO. El objeto contractual deberá ser ejecutado por el CONTRATISTA mediante el cumplimiento de las actividades que se relacionan a continuación:

PRESTACION DE SERVICIOS

CLÁUSULA TERCERA- VALOR. El valor del contrato se pacta por precio unitario, sin formula de ajuste, el cual se obtendrá de la cantidad de servicios reales y materiales que se requiera para la ejecución del objeto contractual.

De manera que el valor aproximado del contrato Esta relacionado a la clausula cuarta forma de pago corte de obra .

PARÁGRAFO PRIMERO. Las actividades que no ejecute el CONTRATISTA y que se encuentren previstas en el contrato, no podrán ser cobradas por el contratista y estarán sujetas a la aprobación de la interventoría del contrato obra No. 1013-2024-LP, de manera que, la obligación de pago a cargo del Consorcio quedará suspendida hasta el momento en que la interventoría reciba a satisfacción cada una de las actividades.

238

PARÁGRAFO SEGUNDO. El CONTRATISTA autoriza al contratante a realizar la retenciones y deducciones a que haya lugar en cumplimiento de las obligaciones tributarias.

CLÁUSULA CUARTA. FORMA DE PAGO. El precio de los servicios prestados por la CONTRATISTA se someterá a las siguientes reglas:

ITEM	CONCEPTO	FORMA DE PAGO
1	CORTES PARCIALES POR AVANCE DE OBRA	SE REALIZARA EL PAGO POR CORTES PARCIALES POR AVANCE DE OBRA. UNA VEZ REVISADA Y APROBADA .

PARÁGRAFO PRIMERO. La obligación de pago se entenderá vencida luego de que se cumplan las siguientes condiciones: a) Haber expedido factura electrónica conforme a las disposiciones contenidas en el ordenamiento jurídico b) encontrarse a paz y salvo con los trabajadores y/o contratistas que intervinieron en la ejecución del contrato c) contar con visto de bueno de la interventoría del contrato de obra No. 1013-2024-LP.

PARÁGRAFO SEGUNDO. Las actividades que no ejecute el CONTRATISTA y que se encuentren previstas en el contrato, no podrán ser cobradas.

CLÁUSULA QUINTA. PLAZO. El plazo para la ejecución total de los trabajos objeto del presente contrato será de **ENTREGA Y SATISFACCION DE OBRA O LABOR** constados a partir de la suscripción del contrato.

PARÁGRAFO PRIMERO. Las partes manifiestan que no habrá lugar a la prórroga automática del contrato, por lo que cumplido el término de vigencia se terminará de forma automática el contrato a menos que las partes decidan prorrogar su duración antes de su vencimiento.

PARÁGRAFO SEGUNDO-TERMINACIÓN ANTICIPADA. Las partes acuerdan que el CONTRATANTE podrá dar por terminado el contrato de prestación de servicios en cualquier momento, sin que medie justa causa para su terminación y reconocimiento de indemnización al CONTRATISTA por su terminación unilateral antes del plazo convenido.

CLÁUSULA SEXTA- OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA. El CONTRATISTA deberá ejecutar las actividades que se señalan a continuación:

a. El CONTRATISTA deberá presentar los insumos requeridos en el marco de la ejecución de su cargo, en los tiempos y condiciones que sean requeridos por el CONTRATANTE.

b. El CONTRATISTA deberá disponer de la maquinaria, profesionales y general cualquier herramienta que se requiera para la ejecución del objeto contractual.

c. El CONTRATISTA deberá dar trámite a las observaciones elevadas por el CONTRATISTA o supervisión o intervención del contrato de obra No. 1013-2024-LP., en los tiempos establecidos, hasta obtener su aprobación.

d. El CONTRATISTA deberá elaborar y presentar informes técnicos en los eventos en que el CONTRATANTE se lo requiera.

e. El CONTRATISTA deberá atender, sin perjuicio del número de requerimientos que desde la supervisión o intervención del contrato de obra No. 1013-2024-LP se requieran.

f. Ejecución del contrato de buena fe realizando el mejor esfuerzo para suscribir los contratos y/o adquirir los compromisos exigidos con el fin de ejecutar el objeto del contrato a satisfacción

g. Cumplir con el pago de salarios, prestaciones sociales y aportes al sistema de seguridad social con todos sus trabajadores. Suministrar los elementos de protección personal y dotaciones a sus trabajadores o contratistas.

h. Cumplir con el pago de obligaciones a terceros (facturas de venta, órdenes de compra, contratos, créditos y cualquier otra obligación que se cause en favor de un tercero).

240

i. Garantizar la seguridad y salud de los trabajadores y contratistas que destine para la ejecución del objeto contractual.

CLÁUSULA SÉPTIMA-OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA: Para la realización del objeto señalado en la cláusula primera, el CONTRATISTA se obliga a cumplir con las siguientes obligaciones:

a) Ejecutar de forma profesional las actividades previstas en la cláusula segunda de esta convención.

b) A efectuar a entera satisfacción del CONTRATANTE y supervisión de la entidad estatal las actividades, diagnósticos e informes técnicos objeto de este contrato.

c) A contratar por cuenta y riesgo propio, y bajo sus expensas todo el personal necesario para la ejecución de las labores, asumiendo el pago puntual de salarios, horas extra, prestaciones sociales e indemnizaciones, pagando los respectivos aportes por pensión, salud, y demás obligaciones laborales.

d) A responder por la calidad de los trabajos contratados y por las obligaciones de los subcontratistas.

e) El CONTRATISTA deberá disponer de los profesionales, maquinarias y demás herramientas que permitan la ejecución del objeto contractual.

CLÁUSULA OCTAVA-OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE: Se estipulan como obligaciones de la CONTRATANTE, las siguientes:

a) Pagar el valor total convenido según la forma pactada y las actividades que se ejecuten por parte del CONTRATISTA del presente contrato.

b) Suministrar la programación de las actividades y la información necesaria para que el CONTRATISTA puede ejecutar adecuadamente el objeto del contrato.

c) Suministrar al CONTRATISTA toda la información, datos, documentos y demás herramientas necesarias para la prestación del servicio.

251

d) Informar al CONTRATISTA cualquier cambio o novedad en las condiciones de tiempo, modo o lugar que se presenten en relación con la ejecución del servicio contratado.

CLÁUSULA NOVENA. INTERPRETACIÓN DEL CONTRATO. Este contrato deberá ser interpretado de forma integral conforme a los documentos que acompañan el contrato de obra No. 1013-2024-LP y lo que hicieron parte del proceso de licitación pública No. LP-DEO-SVR-038- 2024, tales como el pliego de condiciones, estudio previo, anexos, adendas, matriz de riesgos y la oferta presentada por el CONSORCIO SUBA MT.

CLÁUSULA DÉCIMA-DOCUMENTOS DEL CONTRATO. Harán parte integral de la presente convención los siguientes documentos: contrato de contrato de obra No. 1013-2024-LP suscrito entre FDLS y el CONSORCIO SUBA MT, propuesta económica enviada por el contratista el día **ANTERIOR A LA FIRMA DEL PRESENTE CONTRATO** cronograma de actividades, y demás documentos que hicieron parte del proceso de licitación pública No. LP-DEO-SVR-038- 2024 adelantada por FDLS.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA- AUTONOMÍA. El CONTRATISTA, así como el personal vinculado y/o contratado por el mismo, ejecutará el servicio contratado de manera independiente y por cuenta propia, sin estar sujeto a subordinación alguna. Esto sin perjuicio de la supervisión que pueda ejercer el CONTRATANTE a fin de asegurar la adecuada prestación del servicio. El CONTRATISTA será responsable de los aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Profesionales, de sus trabajadores dependientes, así como de cualquier prestación que se genere en favor de estos últimos. El CONTRATANTE podrá solicitar al CONTRATISTA los documentos que acrediten el pago de tales aportes y en caso de que los mismos no se hayan realizado, negarse a recibir la prestación o efectuar el pago de los servicios contratados.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA-RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA. El CONTRATISTA será responsable frente a las autoridades y terceros de sus obligaciones en el ejercicio de las actividades que desarrolle en virtud del presente contrato cuando con ellas cause perjuicio al Fondo de Desarrollo Local de Suba o a cualquier tercero.

252

CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA- INDEMNIDAD Y DEBER DE REPARACIÓN POR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA. Es obligación del CONTRATISTA mantener indemne y proteger el patrimonio del CONTRATANTE a causa de los perjuicios que se generen a razón de la ejecución del objeto contractual, por lo que en caso de incumplimiento y/o daños generados a terceros deberá pagar todos los daños que se deriven de la inobservancia de la obligación.

PARÁGRAFO PRIMERO. El CONTRATANTE tendrá la facultad de repetir en contra del CONTRATISTA para obtener la reparación de daños sufridos con ocasión al incumplimiento de sus obligaciones, en especial, aquellas relacionadas con trabajadores, Entidades de Seguridad Social, entidades de fiscalización DIAN y UGPP de orden nacional y territoriales o municipales siempre que existan y en general, cualquier tercero que judicial o extrajudicialmente reclame el cumplimiento de una obligación.

PARÁGRAFO SEGUNDO. El CONTRATISTA deberá asumir el pago de los honorarios y costas judiciales en las que tuvo que incurrir el contratante para ejercer su derecho de defensa dentro de las reclamaciones administrativas o judiciales que se adelanten en contra del contratante debido al incumplimiento de las obligaciones en cabeza del contratista.

CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA- CLAUSULA PENAL. El incumplimiento de los compromisos y obligaciones contenidas en el presente contrato, dará derecho a la parte cumplida la facultad de reclamar y cobrar a la parte incumplida, sin necesidad de requerimientos o constituciones en mora, una suma de dinero equivalente al (50%) del valor total del contrato, como estimación anticipada parcial, más no definitiva, de los posibles perjuicios que se puedan generar debido al incumplimiento, sin perjuicio de que la parte cumplida pueda conseguir la indemnización plena de los perjuicios causados, por encima de dicho monto, en caso de probarse que el valor de los mismos supera la cuantía atrás establecida.

En todo caso, la parte cumplida podrá reclamar la indemnización de perjuicios y exigir el cumplimiento o la resolución del contrato, por cuanto el pago de la pena no extingue la obligación principal. El valor de la cláusula penal será exigible ejecutivamente junto con el pago de cualquier otro concepto adeudado.

203

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA- DEBIDO PROCESO: En garantía del debido proceso, y con el fin de asegurar el derecho de defensa y contradicción de EL CONTRATISTA, se acuerda el siguiente procedimiento para la efectividad de la cláusula de apremio y cláusula penal pecuniaria:

1. El CONTRATANTE deberá elaborar un requerimiento escrito al CONTRATISTA, en donde relacione los hechos y obligaciones incumplidas por el CONTRATISTA, aportando las evidencias que así lo soporten.

2. EL CONTRATISTA contarán con dos (2) días hábiles a partir del recibo de la comunicación de EL CONTRATANTE, para pronunciarse por escrito.

3. El CONTRATANTE deberá analizar la ocurrencia o no de la causal de incumplimiento y las explicaciones de EL CONTRATISTA.

4. La decisión del CONTRATANTE será comunicada al CONTRATISTA.

5. El CONTRATISTA podrá reclamar ante EL CONTRATANTE por la medida dentro del día (1) día hábil siguiente a la comunicación de la decisión.

6. La reclamación presentada por El CONTRATISTA será analizados por el CONTRATANTE. Si no se acogen los argumentos presentados por EL CONTRATISTA y el pronunciamiento de la aseguradora y, se ratificará de forma motivada decisión.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA- CONFIDENCIALIDAD Y PROHIBICIÓN DE DIVULGACIÓN. El CONTRATISTA deberá abstenerse de suministrar, entregar y/o publicar, sin la autorización previa del CONTRATANTE información que no sea considerada pública, como es el caso de documentos en procesos de elaboración con información preliminar y no definitiva.

PARÁGRAFO PRIMERO. Para efectos de este contrato se entiende por confidencial toda información entregada por el CONTRATANTE que cumpla con alguna de las siguientes condiciones:

a. Que no sea de conocimiento público ni de fácil obtención a través de medios legítimos y que sea denominada como tal por el TITULAR.

224

b. Que las circunstancias de su entrega, los medios de almacenamiento o las medidas de seguridad tomadas por el TITULAR para la custodia de la información indiquen el carácter confidencial de la misma.

c. Se considerará información confidencial toda información de naturaleza contable, financiera o comercial que no sea de conocimiento público ni figure en bases de datos de acceso abierto o libre, tales como informes contables, planes de negocio, contratos y acuerdos de naturaleza privada, know-how, precios, clientes, proveedores, entre otras. Esta lista tiene propósito enunciativo y no implica la no confidencialidad de otros tipos de información no mencionados en ella.

PARÁGRAFO SEGUNDO. El contratista deberá adoptar todas las medidas necesarias para conservar y garantizar el secreto de la información y documentos del CONTRATANTE.

PARÁGRAFO TERCERO. El incumplimiento de las obligaciones contenidas en esta cláusula dará lugar a la terminación del contrato de forma anticipada sin reconocimiento de indemnización en favor del CONTRATISTA junto con la activación de la cláusula penal.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA-PROPIEDAD INTELECTUAL. Si de la ejecución del contrato resultan estudios, investigaciones, descubrimientos, invenciones, información, mejoras y/o diseños, éstos pertenecen al CONTRATANTE, de conformidad con lo establecido en el artículo 20 de la Ley 23 de 1982. Asimismo, el CONTRATISTA garantiza que los trabajos y servicios prestados al CONTRATANTE por el objeto de este contrato no infringen ni vulneran los derechos de propiedad intelectual o industrial o cualquier otro derecho legal o contractual de terceros.

CLAUSULA DÉCIMA OCTAVA -CESIÓN DEL CONTRATO. El CONTRATISTA no podrá ceder o transferir a cualquier título la ejecución del presente contrato, ni podrá subcontratar sin la autorización expresa y por escrito del CONTRATANTE.

CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA -CAUSALES DE TERMINACIÓN ANTICIPADA. El presente contrato podrá ser terminado por las partes y/o por el CONTRATANTE de forma anticipada en los siguientes eventos:

a. De común acuerdo.

245

b. Unilateralmente y sin previo aviso por parte del CONTRATANTE sin que se cause indemnización en favor del CONTRATISTA

c. Unilateralmente y sin previo aviso cuando el CONTRATISTA incumpla las cláusulas establecidas en el Contrato.

d. Incapacidad financiera o administrativa por alguna de las partes. Esta situación se presenta cuando EL CONTRATISTA incumple con el pago de los honorarios o salarios de sus empleados o de los impuestos o de los aportes a la seguridad social, o a los proveedores o acreedores, impuestos, embargo de equipos o cuando el CONTRATANTE incumple con el pago del valor del contrato en los términos aquí establecidos.

e. Por liquidación y/o muerte de cualquiera de las partes

f. Unilateralmente en el evento en que el CONTRATISTA no cumpla con la cláusula octava de la presente convención

CLÁUSULA VIGÉSIMA -SUSPENSIÓN. Las partes de común acuerdo podrán suspender temporalmente la ejecución del contrato, mediante acta debidamente suscrita por las partes.

PARÁGRAFO. El término de suspensión no será computable para efecto del plazo de ejecución del contrato, ni dará derecho exigir indemnización, sobrecostos o reajustes, ni a reclamar gastos diferentes a los pactados en el contrato.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA - ACUERDO INTEGRAL. El presente Contrato sustituye cualquier convención, contrato, promesa, pacto, propuesta u oferta aceptadas, en general, cualquier otro acuerdo, verbal, escrito sin importar la denominación que se le otorgue, que haya sido celebrado entre las mismas Partes con el mismo objeto, antes de la celebración de este Contrato.

CLÁUSULA VIGÉSIMA CUARTA-REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN. El contrato se perfección con suscripción del contrato por ambas partes.

246

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA- NOTIFICACIONES. Para efectos de cualquier comunicación del presente contrato, las partes declaran que podrán ser notificados a los correos electrónicos que a continuación se inscriben:

El CONTRATANTE: jmoreno.icodsas@gmail.com
EL CONTRATISTA: gerencia@morenovargas.com
Para constancia, las partes firman el presente contrato a los XXXX del mes de XXXX de 2025

CONTRATANTE	CONTRATISTA
OSCAR JULIÁN MORENO CARRAZCO CC 1.032.472.777 de Bogotá D.C R Legal CONSORCIO SUBA MT	**CARLOS EDGAR MORENO** **C.C. 7692056** **MORENO VARGAS SOCIEDAD ANONIMA**

----------FIN DEL CONTRATO----------

247

NORBERTO ANIBAL URREGO B ARAHONA CONTRATO SUMINISTRO DE MAQYUINARIA Y OPERADOR

suspendida hasta el momento en que la interventoría reciba a satisfacción cada una de las actividades.

PARÁGRAFO SEGUNDO. El CONTRATISTA autoriza al contratante a realizar la retenciones y deducciones a que haya lugar en cumplimiento de las obligaciones tributarias.

CLÁUSULA CUARTA. FORMA DE PAGO. El precio de los servicios prestados por la CONTRATISTA se someterá a las siguientes reglas:

ITEM	CONCEPTO	FORMA DE PAGO
1	CORTES PARCIALES POR AVANCE DE OBRA	SE REALIZARA EL PAGO POR CORTES PARCIALES POR AVANCE DE OBRA. UNA VEZ REVISADA Y APROBADA .

PARÁGRAFO PRIMERO. La obligación de pago se entenderá vencida luego de que se cumplan las siguientes condiciones: a) Haber expedido factura electrónica conforme a las disposiciones contenidas en el ordenamiento jurídico b) encontrarse a paz y salvo con los trabajadores y/o contratistas que intervinieron en la ejecución del contrato c) contar con visto de bueno de la interventoría del contrato de obra No. 1013-2024-LP.

PARÁGRAFO SEGUNDO. Las actividades que no ejecute el CONTRATISTA y que se encuentren previstas en el contrato, no podrán ser cobradas.

CLÁUSULA QUINTA. PLAZO. El plazo para la ejecución total de los trabajos objeto del presente contrato será de **ENTREGA Y SATISFACCION DE OBRA O LABOR** constados a partir de la suscripción del contrato.

PARÁGRAFO PRIMERO. Las partes manifiestan que no habrá lugar a la prórroga automática del contrato, por lo que cumplido el término de vigencia se terminará de forma automática el contrato a menos que las partes decidan prorrogar su duración antes de su vencimiento.

249

será necesario la intervención de profesionales que garanticen el cumplimiento de las obligaciones contractuales.

SEXTO: Que para la ejecución del objeto contractual el CONSORCIO SUBA MT requiere los servicios profesionales de especialistas que ejecuten actividades especializadas que garanticen la calidad del servicio y permitan la consecución de los objetivos.

SÉPTIMO: Que atendiendo lo consignado en los numerales precedentes se celebra el presente contrato de prestación de servicios con el propósito de contratar una compañía especializada en Personal administrativo y operativo y dar cumplimiento al contrato de obra No. 1013-2024-LP, el cual se regirá por las siguientes cláusulas:

CLÁUSULAS

CLÁUSULA PRIMERA. OBJETO. El objeto del contrato de prestación de servicios consiste en **SUMINISTRO DE MAQUINARIA CON OPERADOR** para dar cumplimiento a las obligaciones contenidas en el contrato de obra NO. 1013-2024-LP en su fase I.

CLÁUSULA SEGUNDA. ALCANCE DEL OBJETO. El objeto contractual deberá ser ejecutado por el CONTRATISTA mediante el cumplimiento de las actividades que se relacionan a continuación:

SUMINISTRO DE MAQUINARIA CON OPERADOR

CLÁUSULA TERCERA- VALOR. El valor del contrato se pacta por precio unitario, sin formula de ajuste, el cual se obtendrá de la cantidad de servicios reales y materiales que se requiera para la ejecución del objeto contractual.

De manera que el valor aproximado del contrato Esta relacionado a la clausula cuarta forma de pago corte de obra .

PARÁGRAFO PRIMERO. Las actividades que no ejecute el CONTRATISTA y que se encuentren previstas en el contrato, no podrán ser cobradas por el contratista y estarán sujetas a la aprobación de la interventoría del contrato obra No. 1013-2024-LP, de manera que, la obligación de pago a cargo del Consorcio quedará

250

CONTRATO DE SUMINISTRO DE MAQUINARIA CON OPERADOR CONSORCIO SUBA MT Y NORBERTO ANIBAL URREGO BARAHONA

Entre los suscritos: de un lado, el **CONSORCIO SUBA MT,** identificado con NIT. **901902678-2,** representado legalmente por el señor **OSCAR JULIÁN MORENO CARRAZCO**, identificado con la cédula de ciudadanía número 1.032.472.777 de Bogotá D.C agrupación contractual conformada por las sociedades ICOD CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS SAS y MT CONSTRUCCIÓN Y DISEÑO DE PROYECTO SAS, quien en adelante se denominará el **CONTRATANTE**, y de otro lado, la sociedad **NORBERTO ANIBAL URREGO BARAHONA,** sociedad de derecho privado, domiciliada en la ciudad de Bogotá D.C, identificada con NIT. **74324850**y representada legalmente por NORBERTO ANIBAL URREGO BARAHONA mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No., quien para los efectos de este contrato se denominará el **CONTRATISTA,** hemos decidido celebrar el presente contrato de prestación de servicios que se regirá por las siguientes cláusulas, previos los CONSIDERANDOS que a continuación se inscriben por las partes y las cuales se tienen como vinculantes para la interpretación y entendimiento del presente contrato;

DISPOSICIONES GENERALES

PRIMERO: Que el FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE SUBA dio apertura al proceso de licitación pública No. LP-DEO-SVR-038- 2024 cuyo objeto fue "E*jecutar a precios unitarios fijos las actividades para la construcción de la malla vial local e intermedia y espacio público (grupos 1 y 2) en la localidad de suba en la ciudad de Bogotá D.C y las demás actividades que se detallen en el anexo técnico*".

SEGUNDO: Una vez agotado el proceso de selección objetiva, el FDLS adjudicó el proceso de contratación al CONSORCIO SUBA MT.

TERCERO: Que, como consecuencia de lo anterior, se suscribió el contrato de obra No. 1013-2024-LP entre el FDLS y el CONSORCIO SUBA MT cuyo objeto es "*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*"

CUARTO: Que dentro del contrato estatal no quedó establecida prohibición en la subcontratación de actividades inherentes al objeto de la convención, por lo que

251

PARÁGRAFO SEGUNDO-TERMINACIÓN ANTICIPADA. Las partes acuerdan que el CONTRATANTE podrá dar por terminado el contrato de prestación de servicios en cualquier momento, sin que medie justa causa para su terminación y reconocimiento de indemnización al CONTRATISTA por su terminación unilateral antes del plazo convenido.

CLÁUSULA SEXTA- OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA. El CONTRATISTA deberá ejecutar las actividades que se señalan a continuación:

a. El CONTRATISTA deberá presentar los insumos requeridos en el marco de la ejecución de su cargo, en los tiempos y condiciones que sean requeridos por el CONTRATANTE.

b. El CONTRATISTA deberá disponer de la maquinaria, profesionales y general cualquier herramienta que se requiera para la ejecución del objeto contractual.

c. El CONTRATISTA deberá dar trámite a las observaciones elevadas por el CONTRATISTA o supervisión o intervención del contrato de obra No. 1013-2024-LP., en los tiempos establecidos, hasta obtener su aprobación.

d. El CONTRATISTA deberá elaborar y presentar informes técnicos en los eventos en que el CONTRATANTE se lo requiera.

e. El CONTRATISTA deberá atender, sin perjuicio del número de requerimientos que desde la supervisión o intervención del contrato de obra No. 1013-2024-LP se requieran.

f. Ejecución del contrato de buena fe realizando el mejor esfuerzo para suscribir los contratos y/o adquirir los compromisos exigidos con el fin de ejecutar el objeto del contrato a satisfacción

g. Cumplir con el pago de salarios, prestaciones sociales y aportes al sistema de seguridad social con todos sus trabajadores. Suministrar los elementos de protección personal y dotaciones a sus trabajadores o contratistas.

h. Cumplir con el pago de obligaciones a terceros (facturas de venta, órdenes de compra, contratos, créditos y cualquier otra obligación que se cause en favor de un tercero).

i. Garantizar la seguridad y salud de los trabajadores y contratistas que destine para la ejecución del objeto contractual.

CLÁUSULA SÉPTIMA-OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA: Para la realización del objeto señalado en la cláusula primera, el CONTRATISTA se obliga a cumplir con las siguientes obligaciones:

a) Ejecutar de forma profesional las actividades previstas en la cláusula segunda de esta convención.

b) A efectuar a entera satisfacción del CONTRATANTE y supervisión de la entidad estatal las actividades, diagnósticos e informes técnicos objeto de este contrato.

c) A contratar por cuenta y riesgo propio, y bajo sus expensas todo el personal necesario para la ejecución de las labores, asumiendo el pago puntual de salarios, horas extra, prestaciones sociales e indemnizaciones, pagando los respectivos aportes por pensión, salud, y demás obligaciones laborales.

d) A responder por la calidad de los trabajos contratados y por las obligaciones de los subcontratistas.

e) El CONTRATISTA deberá disponer de los profesionales, maquinarias y demás herramientas que permitan la ejecución del objeto contractual.

CLÁUSULA OCTAVA-OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE: Se estipulan como obligaciones de la CONTRATANTE, las siguientes:

a) Pagar el valor total convenido según la forma pactada y las actividades que se ejecuten por parte del CONTRATISTA del presente contrato.

b) Suministrar la programación de las actividades y la información necesaria para que el CONTRATISTA puede ejecutar adecuadamente el objeto del contrato.

c) Suministrar al CONTRATISTA toda la información, datos, documentos y demás herramientas necesarias para la prestación del servicio.

d) Informar al CONTRATISTA cualquier cambio o novedad en las condiciones de tiempo, modo o lugar que se presenten en relación con la ejecución del servicio contratado.

CLÁUSULA NOVENA. INTERPRETACIÓN DEL CONTRATO. Este contrato deberá ser interpretado de forma integral conforme a los documentos que acompañan el contrato de obra No. 1013-2024-LP y lo que hicieron parte del proceso de licitación pública No. LP-DEO-SVR-038- 2024, tales como el pliego de condiciones, estudio previo, anexos, adendas, matriz de riesgos y la oferta presentada por el CONSORCIO SUBA MT.

CLÁUSULA DÉCIMA-DOCUMENTOS DEL CONTRATO. Harán parte integral de la presente convención los siguientes documentos: contrato de contrato de obra No. 1013-2024-LP suscrito entre FDLS y el CONSORCIO SUBA MT, propuesta económica enviada por el contratista el día **ANTERIOR A LA FIRMA DEL PRESENTE CONTRATO** cronograma de actividades, y demás documentos que hicieron parte del proceso de licitación pública No. LP-DEO-SVR-038- 2024 adelantada por FDLS.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA- AUTONOMÍA. El CONTRATISTA, así como el personal vinculado y/o contratado por el mismo, ejecutará el servicio contratado de manera independiente y por cuenta propia, sin estar sujeto a subordinación alguna. Esto sin perjuicio de la supervisión que pueda ejercer el CONTRATANTE a fin de asegurar la adecuada prestación del servicio. El CONTRATISTA será responsable de los aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Profesionales, de sus trabajadores dependientes, así como de cualquier prestación que se genere en favor de estos últimos. El CONTRATANTE podrá solicitar al CONTRATISTA los documentos que acrediten el pago de tales aportes y en caso de que los mismos no se hayan realizado, negarse a recibir la prestación o efectuar el pago de los servicios contratados.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA-RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA. El CONTRATISTA será responsable frente a las autoridades y terceros de sus obligaciones en el ejercicio de las actividades que desarrolle en virtud del presente

254

contrato cuando con ellas cause perjuicio al Fondo de Desarrollo Local de Suba o a cualquier tercero.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA- INDEMNIDAD Y DEBER DE REPARACIÓN POR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA. Es obligación del CONTRATISTA mantener indemne y proteger el patrimonio del CONTRATANTE a causa de los perjuicios que se generen a razón de la ejecución del objeto contractual, por lo que en caso de incumplimiento y/o daños generados a terceros deberá pagar todos los daños que se deriven de la inobservancia de la obligación.

PARÁGRAFO PRIMERO. El CONTRATANTE tendrá la facultad de repetir en contra del CONTRATISTA para obtener la reparación de daños sufridos con ocasión al incumplimiento de sus obligaciones, en especial, aquellas relacionadas con trabajadores, Entidades de Seguridad Social, entidades de fiscalización DIAN y UGPP de orden nacional y territoriales o municipales siempre que existan y en general, cualquier tercero que judicial o extrajudicialmente reclame el cumplimiento de una obligación.

PARÁGRAFO SEGUNDO. El CONTRATISTA deberá asumir el pago de los honorarios y costas judiciales en las que tuvo que incurrir el contratante para ejercer su derecho de defensa dentro de las reclamaciones administrativas o judiciales que se adelanten en contra del contratante debido al incumplimiento de las obligaciones en cabeza del contratista.

CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA- CLAUSULA PENAL. El incumplimiento de los compromisos y obligaciones contenidas en el presente contrato, dará derecho a la parte cumplida la facultad de reclamar y cobrar a la parte incumplida, sin necesidad de requerimientos o constituciones en mora, una suma de dinero equivalente al (50%) del valor total del contrato, como estimación anticipada parcial, más no definitiva, de los posibles perjuicios que se puedan generar debido al incumplimiento, sin perjuicio de que la parte cumplida pueda conseguir la indemnización plena de los perjuicios causados, por encima de dicho monto, en caso de probarse que el valor de los mismos supera la cuantía atrás establecida.

En todo caso, la parte cumplida podrá reclamar la indemnización de perjuicios y exigir el cumplimiento o la resolución del contrato, por cuanto el pago de la pena no

extingue la obligación principal. El valor de la cláusula penal será exigible ejecutivamente junto con el pago de cualquier otro concepto adeudado.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA- DEBIDO PROCESO: En garantía del debido proceso, y con el fin de asegurar el derecho de defensa y contradicción de EL CONTRATISTA, se acuerda el siguiente procedimiento para la efectividad de la cláusula de apremio y cláusula penal pecuniaria:

1. El CONTRATANTE deberá elaborar un requerimiento escrito al CONTRATISTA, en donde relacione los hechos y obligaciones incumplidas por el CONTRATISTA, aportando las evidencias que así lo soporten.

2. EL CONTRATISTA contarán con dos (2) días hábiles a partir del recibo de la comunicación de EL CONTRATANTE, para pronunciarse por escrito.

3. El CONTRATANTE deberá analizar la ocurrencia o no de la causal de incumplimiento y las explicaciones de EL CONTRATISTA.

4. La decisión del CONTRATANTE será comunicada al CONTRATISTA.

5. El CONTRATISTA podrá reclamar ante EL CONTRATANTE por la medida dentro del día (1) día hábil siguiente a la comunicación de la decisión.

6. La reclamación presentada por El CONTRATISTA será analizados por el CONTRATANTE. Si no se acogen los argumentos presentados por EL CONTRATISTA y el pronunciamiento de la aseguradora y, se ratificará de forma motivada decisión.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA- CONFIDENCIALIDAD Y PROHIBICIÓN DE DIVULGACIÓN. El CONTRATISTA deberá abstenerse de suministrar, entregar y/o publicar, sin la autorización previa del CONTRATANTE información que no sea considerada pública, como es el caso de documentos en procesos de elaboración con información preliminar y no definitiva.

PARÁGRAFO PRIMERO. Para efectos de este contrato se entiende por confidencial toda información entregada por el CONTRATANTE que cumpla con alguna de las siguientes condiciones:

a. Que no sea de conocimiento público ni de fácil obtención a través de medios legítimos y que sea denominada como tal por el TITULAR.

b. Que las circunstancias de su entrega, los medios de almacenamiento o las medidas de seguridad tomadas por el TITULAR para la custodia de la información indiquen el carácter confidencial de la misma.

c. Se considerará información confidencial toda información de naturaleza contable, financiera o comercial que no sea de conocimiento público ni figure en bases de datos de acceso abierto o libre, tales como informes contables, planes de negocio, contratos y acuerdos de naturaleza privada, know-how, precios, clientes, proveedores, entre otras. Esta lista tiene propósito enunciativo y no implica la no confidencialidad de otros tipos de información no mencionados en ella.

PARÁGRAFO SEGUNDO. El contratista deberá adoptar todas las medidas necesarias para conservar y garantizar el secreto de la información y documentos del CONTRATANTE.

PARÁGRAFO TERCERO. El incumplimiento de las obligaciones contenidas en esta cláusula dará lugar a la terminación del contrato de forma anticipada sin reconocimiento de indemnización en favor del CONTRATISTA junto con la activación de la cláusula penal.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA-PROPIEDAD INTELECTUAL. Si de la ejecución del contrato resultan estudios, investigaciones, descubrimientos, invenciones, información, mejoras y/o diseños, éstos pertenecen al CONTRATANTE, de conformidad con lo establecido en el artículo 20 de la Ley 23 de 1982. Asimismo, el CONTRATISTA garantiza que los trabajos y servicios prestados al CONTRATANTE por el objeto de este contrato no infringen ni vulneran los derechos de propiedad intelectual o industrial o cualquier otro derecho legal o contractual de terceros.

CLAUSULA DÉCIMA OCTAVA -CESIÓN DEL CONTRATO. El CONTRATISTA no podrá ceder o transferir a cualquier título la ejecución del presente contrato, ni podrá subcontratar sin la autorización expresa y por escrito del CONTRATANTE.

267

CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA -CAUSALES DE TERMINACIÓN ANTICIPADA. El presente contrato podrá ser terminado por las partes y/o por el CONTRATANTE de forma anticipada en los siguientes eventos:

a. De común acuerdo.

b. Unilateralmente y sin previo aviso por parte del CONTRATANTE sin que se cause indemnización en favor del CONTRATISTA

c. Unilateralmente y sin previo aviso cuando el CONTRATISTA incumpla las cláusulas establecidas en el Contrato.

d. Incapacidad financiera o administrativa por alguna de las partes. Esta situación se presenta cuando EL CONTRATISTA incumple con el pago de los honorarios o salarios de sus empleados o de los impuestos o de los aportes a la seguridad social, o a los proveedores o acreedores, impuestos, embargo de equipos o cuando el CONTRATANTE incumple con el pago del valor del contrato en los términos aquí establecidos.

e. Por liquidación y/o muerte de cualquiera de las partes

f. Unilateralmente en el evento en que el CONTRATISTA no cumpla con la cláusula octava de la presente convención

CLÁUSULA VIGÉSIMA -SUSPENSIÓN. Las partes de común acuerdo podrán suspender temporalmente la ejecución del contrato, mediante acta debidamente suscrita por las partes.

PARÁGRAFO. El término de suspensión no será computable para efecto del plazo de ejecución del contrato, ni dará derecho exigir indemnización, sobrecostos o reajustes, ni a reclamar gastos diferentes a los pactados en el contrato.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA - ACUERDO INTEGRAL. El presente Contrato sustituye cualquier convención, contrato, promesa, pacto, propuesta u oferta aceptadas, en general, cualquier otro acuerdo, verbal, escrito sin importar la denominación que se le otorgue, que haya sido celebrado entre las mismas Partes con el mismo objeto, antes de la celebración de este Contrato.

CLÁUSULA VIGÉSIMA CUARTA-REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN. El contrato se perfección con suscripción del contrato por ambas partes.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA- NOTIFICACIONES. Para efectos de cualquier comunicación del presente contrato, las partes declaran que podrán ser notificados a los correos electrónicos que a continuación se inscriben:

El CONTRATANTE: jmoreno.icodsas@gmail.com
EL CONTRATISTA: norbertourrego410@gmail.com
Para constancia, las partes firman el presente contrato a los XXXX del mes de XXXX de 2025

CONTRATANTE	CONTRATISTA
OSCAR JULIÁN MORENO CARRAZCO CC 1.032.472.777 de Bogotá D.C R Legal CONSORCIO SUBA MT	**NORBERTO ANIBAL URREGO BARAHONA** NIT. 74.324.850

----------FIN DEL CONTRATO----------

OUTSOURCING DF SAS CONTRATO DE PERSONAL ADMINISTRATIVO Y OPERATIVO

CONTRATO DE PERSONAL ADMINISTRATIVO Y OPERATIVO CONSORCIO SUBA MT Y OUTSOURCING DF SAS

Entre los suscritos: de un lado, el **CONSORCIO SUBA MT,** identificado con NIT. **901902678-2,** representado legalmente por el señor **OSCAR JULIÁN MORENO CARRAZCO**, identificado con la cédula de ciudadanía número 1.032.472.777 de Bogotá D.C agrupación contractual conformada por las sociedades ICOD CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS SAS y MT CONSTRUCCIÓN Y DISEÑO DE PROYECTO SAS, quien en adelante se denominará el **CONTRATANTE**, y de otro lado, la sociedad **OUTSOURCING DF SAS,** sociedad de derecho privado, domiciliada en la ciudad de Bogotá D.C, identificada con NIT. **9018793038** y representada legalmente por CARLOS JAVIER BEJARANO AVILA mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No., quien para los efectos de este contrato se denominará el **CONTRATISTA,** hemos decidido celebrar el presente contrato de prestación de servicios que se regirá por las siguientes cláusulas, previos los CONSIDERANDOS que a continuación se inscriben por las partes y las cuales se tienen como vinculantes para la interpretación y entendimiento del presente contrato;

DISPOSICIONES GENERALES

PRIMERO: Que el FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE SUBA dio apertura al proceso de licitación pública No. LP-DEO-SVR-038- 2024 cuyo objeto fue "E*jecutar a precios unitarios fijos las actividades para la construcción de la malla vial local e intermedia y espacio público (grupos 1 y 2) en la localidad de suba en la ciudad de Bogotá D.C y las demás actividades que se detallen en el anexo técnico".*

SEGUNDO: Una vez agotado el proceso de selección objetiva, el FDLS adjudicó el proceso de contratación al CONSORCIO SUBA MT.

TERCERO: Que, como consecuencia de lo anterior, se suscribió el contrato de obra No. 1013-2024-LP entre el FDLS y el CONSORCIO SUBA MT cuyo objeto es "*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"*

CUARTO: Que dentro del contrato estatal no quedó establecida prohibición en la subcontratación de actividades inherentes al objeto de la convención, por lo que

257

será necesario la intervención de profesionales que garanticen el cumplimiento de las obligaciones contractuales.

SEXTO: Que para la ejecución del objeto contractual el CONSORCIO SUBA MT requiere los servicios profesionales de especialistas que ejecuten actividades especializadas que garanticen la calidad del servicio y permitan la consecución de los objetivos.

SÉPTIMO: Que atendiendo lo consignado en los numerales precedentes se celebra el presente contrato de prestación de servicios con el propósito de contratar una compañía especializada en Personal administrativo y operativo y dar cumplimiento al contrato de obra No. 1013-2024-LP, el cual se regirá por las siguientes cláusulas:

CLÁUSULAS

CLÁUSULA PRIMERA. OBJETO. El objeto del contrato de prestación de servicios consiste en **PERSONAL ADMINISTRATIVO Y OPERATIVO** para dar cumplimiento a las obligaciones contenidas en el contrato de obra NO. 1013-2024-LP en su fase I.

CLÁUSULA SEGUNDA. ALCANCE DEL OBJETO. El objeto contractual deberá ser ejecutado por el CONTRATISTA mediante el cumplimiento de las actividades que se relacionan a continuación:

PERSONAL ADMINISTRATIVO Y OPERATIVO

CLÁUSULA TERCERA- VALOR. El valor del contrato se pacta por precio unitario, sin formula de ajuste, el cual se obtendrá de la cantidad de servicios reales y materiales que se requiera para la ejecución del objeto contractual.

De manera que el valor aproximado del contrato Esta relacionado a la clausula cuarta forma de pago corte de obra .

PARÁGRAFO PRIMERO. Las actividades que no ejecute el CONTRATISTA y que se encuentren previstas en el contrato, no podrán ser cobradas por el contratista y estarán sujetas a la aprobación de la interventoría del contrato obra No. 1013-2024-LP, de manera que, la obligación de pago a cargo del Consorcio quedará

262

suspendida hasta el momento en que la interventoría reciba a satisfacción cada una de las actividades.

PARÁGRAFO SEGUNDO. El CONTRATISTA autoriza al contratante a realizar la retenciones y deducciones a que haya lugar en cumplimiento de las obligaciones tributarias.

CLÁUSULA CUARTA. FORMA DE PAGO. El precio de los servicios prestados por la CONTRATISTA se someterá a las siguientes reglas:

ITEM	CONCEPTO	FORMA DE PAGO
1	CORTES PARCIALES POR AVANCE DE OBRA	SE REALIZARA EL PAGO POR CORTES PARCIALES POR AVANCE DE OBRA. UNA VEZ REVISADA Y APROBADA .

PARÁGRAFO PRIMERO. La obligación de pago se entenderá vencida luego de que se cumplan las siguientes condiciones: a) Haber expedido factura electrónica conforme a las disposiciones contenidas en el ordenamiento jurídico b) encontrarse a paz y salvo con los trabajadores y/o contratistas que intervinieron en la ejecución del contrato c) contar con visto de bueno de la interventoría del contrato de obra No. 1013-2024-LP.

PARÁGRAFO SEGUNDO. Las actividades que no ejecute el CONTRATISTA y que se encuentren previstas en el contrato, no podrán ser cobradas.

CLÁUSULA QUINTA. PLAZO. El plazo para la ejecución total de los trabajos objeto del presente contrato será de **ENTREGA Y SATISFACCION DE OBRA O LABOR** constados a partir de la suscripción del contrato.

PARÁGRAFO PRIMERO. Las partes manifiestan que no habrá lugar a la prórroga automática del contrato, por lo que cumplido el término de vigencia se terminará de forma automática el contrato a menos que las partes decidan prorrogar su duración antes de su vencimiento.

PARÁGRAFO SEGUNDO-TERMINACIÓN ANTICIPADA. Las partes acuerdan que el CONTRATANTE podrá dar por terminado el contrato de prestación de servicios en cualquier momento, sin que medie justa causa para su terminación y reconocimiento de indemnización al CONTRATISTA por su terminación unilateral antes del plazo convenido.

CLÁUSULA SEXTA- OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA. El CONTRATISTA deberá ejecutar las actividades que se señalan a continuación:

a. El CONTRATISTA deberá presentar los insumos requeridos en el marco de la ejecución de su cargo, en los tiempos y condiciones que sean requeridos por el CONTRATANTE.

b. El CONTRATISTA deberá disponer de la maquinaria, profesionales y general cualquier herramienta que se requiera para la ejecución del objeto contractual.

c. El CONTRATISTA deberá dar trámite a las observaciones elevadas por el CONTRATISTA o supervisión o intervención del contrato de obra No. 1013-2024-LP., en los tiempos establecidos, hasta obtener su aprobación.

d. El CONTRATISTA deberá elaborar y presentar informes técnicos en los eventos en que el CONTRATANTE se lo requiera.

e. El CONTRATISTA deberá atender, sin perjuicio del número de requerimientos que desde la supervisión o intervención del contrato de obra No. 1013-2024-LP se requieran.

f. Ejecución del contrato de buena fe realizando el mejor esfuerzo para suscribir los contratos y/o adquirir los compromisos exigidos con el fin de ejecutar el objeto del contrato a satisfacción

g. Cumplir con el pago de salarios, prestaciones sociales y aportes al sistema de seguridad social con todos sus trabajadores. Suministrar los elementos de protección personal y dotaciones a sus trabajadores o contratistas.

284

h. Cumplir con el pago de obligaciones a terceros (facturas de venta, órdenes de compra, contratos, créditos y cualquier otra obligación que se cause en favor de un tercero).

i. Garantizar la seguridad y salud de los trabajadores y contratistas que destine para la ejecución del objeto contractual.

CLÁUSULA SÉPTIMA-OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA: Para la realización del objeto señalado en la cláusula primera, el CONTRATISTA se obliga a cumplir con las siguientes obligaciones:

a) Ejecutar de forma profesional las actividades previstas en la cláusula segunda de esta convención.

b) A efectuar a entera satisfacción del CONTRATANTE y supervisión de la entidad estatal las actividades, diagnósticos e informes técnicos objeto de este contrato.

c) A contratar por cuenta y riesgo propio, y bajo sus expensas todo el personal necesario para la ejecución de las labores, asumiendo el pago puntual de salarios, horas extra, prestaciones sociales e indemnizaciones, pagando los respectivos aportes por pensión, salud, y demás obligaciones laborales.

d) A responder por la calidad de los trabajos contratados y por las obligaciones de los subcontratistas.

e) El CONTRATISTA deberá disponer de los profesionales, maquinarias y demás herramientas que permitan la ejecución del objeto contractual.

CLÁUSULA OCTAVA-OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE: Se estipulan como obligaciones de la CONTRATANTE, las siguientes:

a) Pagar el valor total convenido según la forma pactada y las actividades que se ejecuten por parte del CONTRATISTA del presente contrato.

b) Suministrar la programación de las actividades y la información necesaria para que el CONTRATISTA puede ejecutar adecuadamente el objeto del contrato.

295

c) Suministrar al CONTRATISTA toda la información, datos, documentos y demás herramientas necesarias para la prestación del servicio.

d) Informar al CONTRATISTA cualquier cambio o novedad en las condiciones de tiempo, modo o lugar que se presenten en relación con la ejecución del servicio contratado.

CLÁUSULA NOVENA. INTERPRETACIÓN DEL CONTRATO. Este contrato deberá ser interpretado de forma integral conforme a los documentos que acompañan el contrato de obra No. 1013-2024-LP y lo que hicieron parte del proceso de licitación pública No. LP-DEO-SVR-038- 2024, tales como el pliego de condiciones, estudio previo, anexos, adendas, matriz de riesgos y la oferta presentada por el CONSORCIO SUBA MT.

CLÁUSULA DÉCIMA-DOCUMENTOS DEL CONTRATO. Harán parte integral de la presente convención los siguientes documentos: contrato de contrato de obra No. 1013-2024-LP suscrito entre FDLS y el CONSORCIO SUBA MT, propuesta económica enviada por el contratista el día **ANTERIOR A LA FIRMA DEL PRESENTE CONTRATO** cronograma de actividades, y demás documentos que hicieron parte del proceso de licitación pública No. LP-DEO-SVR-038- 2024 adelantada por FDLS.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA- AUTONOMÍA. El CONTRATISTA, así como el personal vinculado y/o contratado por el mismo, ejecutará el servicio contratado de manera independiente y por cuenta propia, sin estar sujeto a subordinación alguna. Esto sin perjuicio de la supervisión que pueda ejercer el CONTRATANTE a fin de asegurar la adecuada prestación del servicio. El CONTRATISTA será responsable de los aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Profesionales, de sus trabajadores dependientes, así como de cualquier prestación que se genere en favor de estos últimos. El CONTRATANTE podrá solicitar al CONTRATISTA los documentos que acrediten el pago de tales aportes y en caso de que los mismos no se hayan realizado, negarse a recibir la prestación o efectuar el pago de los servicios contratados.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA-RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA. El CONTRATISTA será responsable frente a las autoridades y terceros de sus obligaciones en el ejercicio de las actividades que desarrolle en virtud del presente

contrato cuando con ellas cause perjuicio al Fondo de Desarrollo Local de Suba o a cualquier tercero.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA- INDEMNIDAD Y DEBER DE REPARACIÓN POR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA. Es obligación del CONTRATISTA mantener indemne y proteger el patrimonio del CONTRATANTE a causa de los perjuicios que se generen a razón de la ejecución del objeto contractual, por lo que en caso de incumplimiento y/o daños generados a terceros deberá pagar todos los daños que se deriven de la inobservancia de la obligación.

PARÁGRAFO PRIMERO. El CONTRATANTE tendrá la facultad de repetir en contra del CONTRATISTA para obtener la reparación de daños sufridos con ocasión al incumplimiento de sus obligaciones, en especial, aquellas relacionadas con trabajadores, Entidades de Seguridad Social, entidades de fiscalización DIAN y UGPP de orden nacional y territoriales o municipales siempre que existan y en general, cualquier tercero que judicial o extrajudicialmente reclame el cumplimiento de una obligación.

PARÁGRAFO SEGUNDO. El CONTRATISTA deberá asumir el pago de los honorarios y costas judiciales en las que tuvo que incurrir el contratante para ejercer su derecho de defensa dentro de las reclamaciones administrativas o judiciales que se adelanten en contra del contratante debido al incumplimiento de las obligaciones en cabeza del contratista.

CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA- CLAUSULA PENAL. El incumplimiento de los compromisos y obligaciones contenidas en el presente contrato, dará derecho a la parte cumplida la facultad de reclamar y cobrar a la parte incumplida, sin necesidad de requerimientos o constituciones en mora, una suma de dinero equivalente al (50%) del valor total del contrato, como estimación anticipada parcial, más no definitiva, de los posibles perjuicios que se puedan generar debido al incumplimiento, sin perjuicio de que la parte cumplida pueda conseguir la indemnización plena de los perjuicios causados, por encima de dicho monto, en caso de probarse que el valor de los mismos supera la cuantía atrás establecida.

En todo caso, la parte cumplida podrá reclamar la indemnización de perjuicios y exigir el cumplimiento o la resolución del contrato, por cuanto el pago de la pena no

267

extingue la obligación principal. El valor de la cláusula penal será exigible ejecutivamente junto con el pago de cualquier otro concepto adeudado.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA- DEBIDO PROCESO: En garantía del debido proceso, y con el fin de asegurar el derecho de defensa y contradicción de EL CONTRATISTA, se acuerda el siguiente procedimiento para la efectividad de la cláusula de apremio y cláusula penal pecuniaria:

1. El CONTRATANTE deberá elaborar un requerimiento escrito al CONTRATISTA, en donde relacione los hechos y obligaciones incumplidas por el CONTRATISTA, aportando las evidencias que así lo soporten.

2. EL CONTRATISTA contarán con dos (2) días hábiles a partir del recibo de la comunicación de EL CONTRATANTE, para pronunciarse por escrito.

3. El CONTRATANTE deberá analizar la ocurrencia o no de la causal de incumplimiento y las explicaciones de EL CONTRATISTA.

4. La decisión del CONTRATANTE será comunicada al CONTRATISTA.

5. El CONTRATISTA podrá reclamar ante EL CONTRATANTE por la medida dentro del día (1) día hábil siguiente a la comunicación de la decisión.

6. La reclamación presentada por El CONTRATISTA será analizados por el CONTRATANTE. Si no se acogen los argumentos presentados por EL CONTRATISTA y el pronunciamiento de la aseguradora y, se ratificará de forma motivada decisión.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA- CONFIDENCIALIDAD Y PROHIBICIÓN DE DIVULGACIÓN. El CONTRATISTA deberá abstenerse de suministrar, entregar y/o publicar, sin la autorización previa del CONTRATANTE información que no sea considerada pública, como es el caso de documentos en procesos de elaboración con información preliminar y no definitiva.

PARÁGRAFO PRIMERO. Para efectos de este contrato se entiende por confidencial toda información entregada por el CONTRATANTE que cumpla con alguna de las siguientes condiciones:

a. Que no sea de conocimiento público ni de fácil obtención a través de medios legítimos y que sea denominada como tal por el TITULAR.

b. Que las circunstancias de su entrega, los medios de almacenamiento o las medidas de seguridad tomadas por el TITULAR para la custodia de la información indiquen el carácter confidencial de la misma.

c. Se considerará información confidencial toda información de naturaleza contable, financiera o comercial que no sea de conocimiento público ni figure en bases de datos de acceso abierto o libre, tales como informes contables, planes de negocio, contratos y acuerdos de naturaleza privada, know-how, precios, clientes, proveedores, entre otras. Esta lista tiene propósito enunciativo y no implica la no confidencialidad de otros tipos de información no mencionados en ella.

PARÁGRAFO SEGUNDO. El contratista deberá adoptar todas las medidas necesarias para conservar y garantizar el secreto de la información y documentos del CONTRATANTE.

PARÁGRAFO TERCERO. El incumplimiento de las obligaciones contenidas en esta cláusula dará lugar a la terminación del contrato de forma anticipada sin reconocimiento de indemnización en favor del CONTRATISTA junto con la activación de la cláusula penal.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA-PROPIEDAD INTELECTUAL. Si de la ejecución del contrato resultan estudios, investigaciones, descubrimientos, invenciones, información, mejoras y/o diseños, éstos pertenecen al CONTRATANTE, de conformidad con lo establecido en el artículo 20 de la Ley 23 de 1982. Asimismo, el CONTRATISTA garantiza que los trabajos y servicios prestados al CONTRATANTE por el objeto de este contrato no infringen ni vulneran los derechos de propiedad intelectual o industrial o cualquier otro derecho legal o contractual de terceros.

CLAUSULA DÉCIMA OCTAVA -CESIÓN DEL CONTRATO. El CONTRATISTA no podrá ceder o transferir a cualquier título la ejecución del presente contrato, ni podrá subcontratar sin la autorización expresa y por escrito del CONTRATANTE.

269

CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA -CAUSALES DE TERMINACIÓN ANTICIPADA. El presente contrato podrá ser terminado por las partes y/o por el CONTRATANTE de forma anticipada en los siguientes eventos:

a. De común acuerdo.

b. Unilateralmente y sin previo aviso por parte del CONTRATANTE sin que se cause indemnización en favor del CONTRATISTA

c. Unilateralmente y sin previo aviso cuando el CONTRATISTA incumpla las cláusulas establecidas en el Contrato.

d. Incapacidad financiera o administrativa por alguna de las partes. Esta situación se presenta cuando EL CONTRATISTA incumple con el pago de los honorarios o salarios de sus empleados o de los impuestos o de los aportes a la seguridad social, o a los proveedores o acreedores, impuestos, embargo de equipos o cuando el CONTRATANTE incumple con el pago del valor del contrato en los términos aquí establecidos.

e. Por liquidación y/o muerte de cualquiera de las partes

f. Unilateralmente en el evento en que el CONTRATISTA no cumpla con la cláusula octava de la presente convención

CLÁUSULA VIGÉSIMA -SUSPENSIÓN. Las partes de común acuerdo podrán suspender temporalmente la ejecución del contrato, mediante acta debidamente suscrita por las partes.

PARÁGRAFO. El término de suspensión no será computable para efecto del plazo de ejecución del contrato, ni dará derecho exigir indemnización, sobrecostos o reajustes, ni a reclamar gastos diferentes a los pactados en el contrato.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA - ACUERDO INTEGRAL. El presente Contrato sustituye cualquier convención, contrato, promesa, pacto, propuesta u oferta aceptadas, en general, cualquier otro acuerdo, verbal, escrito sin importar la denominación que se le otorgue, que haya sido celebrado entre las mismas Partes con el mismo objeto, antes de la celebración de este Contrato.

CLÁUSULA VIGÉSIMA CUARTA-REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN. El contrato se perfección con suscripción del contrato por ambas partes.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA- NOTIFICACIONES. Para efectos de cualquier comunicación del presente contrato, las partes declaran que podrán ser notificados a los correos electrónicos que a continuación se inscriben:

El CONTRATANTE: jmoreno.icodsas@gmail.com
EL CONTRATISTA: danielfajardoingcivil@gmail.com
Para constancia, las partes firman el presente contrato a los XXXX del mes de XXXX de 2025

CONTRATANTE	CONTRATISTA
OSCAR JULIÁN MORENO CARRAZCO CC 1.032.472.777 de Bogotá D.C R Legal CONSORCIO SUBA MT	**CARLOS JAVIER BEJARANO AVILA** CC 1016008993 de Bogotá D.C **OUTSOURCING DF SAS**

----------FIN DEL CONTRATO----------

291

PAVIMAQ CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS FORMATO GENERAL

272

CONTRATO SUMINISTRO DE MAQUINARIA CON OPERADOR Y MANO DE OBRA SUSCRITO ENTRE CONSORCIO SUBA MT Y PAVIMAQ SAS

Entre los suscritos: de un lado, el **CONSORCIO SUBA MT,** identificado con NIT. **901902678-2,** representado legalmente por el señor **OSCAR JULIÁN MORENO CARRAZCO**, identificado con la cédula de ciudadanía número 1.032.472.777 de Bogotá D.C agrupación contractual conformada por las sociedades ICOD CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS SAS y MT CONSTRUCCIÓN Y DISEÑO DE PROYECTO SAS, quien en adelante se denominará el **CONTRATANTE**, y de otro lado, la sociedad **PAVIMAQ SAS,** sociedad de derecho privado, domiciliada en la ciudad de Bogotá D.C, identificada con NIT. **901872916-0** y representada legalmente por JUAN ANDRES MALAGON BECERRA mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. **1034659933** expedida en la ciudad de Bogotá D.C, quien para los efectos de este contrato se denominará el **CONTRATISTA,** hemos decidido celebrar el presente contrato de prestación de servicios que se regirá por las siguientes cláusulas, previos los CONSIDERANDOS que a continuación se inscriben por las partes y las cuales se tienen como vinculantes para la interpretación y entendimiento del presente contrato;

DISPOSICIONES GENERALES

PRIMERO: Que el FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE SUBA dio apertura al proceso de licitación pública No. LP-DEO-SVR-038- 2024 cuyo objeto fue "*Ejecutar a precios unitarios fijos las actividades para la construcción de la malla vial local e intermedia y espacio público (grupos 1 y 2) en la localidad de suba en la ciudad de Bogotá D.C y las demás actividades que se detallen en el anexo técnico*".

SEGUNDO: Una vez agotado el proceso de selección objetiva, el FDLS adjudicó el proceso de contratación al CONSORCIO SUBA MT.

TERCERO: Que, como consecuencia de lo anterior, se suscribió el contrato de obra No. 1013-2024-LP entre el FDLS y el CONSORCIO SUBA MT cuyo objeto es "*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*"

CUARTO: Que dentro del contrato estatal no quedó establecida prohibición en la subcontratación de actividades inherentes al objeto de la convención, por lo que

283

será necesario la intervención de profesionales que garanticen el cumplimiento de las obligaciones contractuales.

SEXTO: Que para la ejecución del objeto contractual el CONSORCIO SUBA MT requiere los servicios profesionales de especialistas que ejecuten actividades especializadas que garanticen la calidad del servicio y permitan la consecución de los objetivos.

SÉPTIMO: Que atendiendo lo consignado en los numerales precedentes se celebra el presente contrato de prestación de servicios con el propósito de contratar una compañía especializada en **Suministro de Maquinaria con operador y mano de obra** y dar cumplimiento al contrato de obra No. 1013-2024-LP, el cual se regirá por las siguientes cláusulas:

CLÁUSULAS

CLÁUSULA PRIMERA. OBJETO. El objeto del contrato de prestación de servicios consiste en **Suministro de Maquinaria con operador y mano de obra** para dar cumplimiento a las obligaciones contenidas en el contrato de obra NO. 1013-2024-LP en su fase I.

CLÁUSULA SEGUNDA. ALCANCE DEL OBJETO. El objeto contractual deberá ser ejecutado por el CONTRATISTA mediante el cumplimiento de las actividades que se relacionan a continuación:

Suministro de Maquinaria con operador y mano de obra

CLÁUSULA TERCERA- VALOR. El valor del contrato se pacta por precio unitario, sin formula de ajuste, el cual se obtendrá de la cantidad de servicios reales y materiales que se requiera para la ejecución del objeto contractual.

De manera que el valor aproximado del contrato asciende a la suma De cuerdo con la CLAUSULA CUARTA.

PARÁGRAFO PRIMERO. Las actividades que no ejecute el CONTRATISTA y que se encuentren previstas en el contrato, no podrán ser cobradas por el contratista y estarán sujetas a la aprobación de la interventoría del contrato obra No. 1013-2024-LP, de manera que, la obligación de pago a cargo del Consorcio quedará

284

suspendida hasta el momento en que la interventoría reciba a satisfacción cada una de las actividades.

PARÁGRAFO SEGUNDO. El CONTRATISTA autoriza al contratante a realizar la retenciones y deducciones a que haya lugar en cumplimiento de las obligaciones tributarias.

CLÁUSULA CUARTA. FORMA DE PAGO. El precio de los servicios prestados por la CONTRATISTA se someterá a las siguientes reglas:

ITEM	CONCEPTO	FORMA DE PAGO
1	CORTES PARCIALES POR AVANCE DE OBRA	SE REALIZARA EL PAGO POR CORTES PARCIALES POR AVANCE DE OBRA. UNA VEZ REVISADA Y APROBADA .

PARÁGRAFO PRIMERO. La obligación de pago se entenderá vencida luego de que se cumplan las siguientes condiciones: a) Haber expedido factura electrónica conforme a las disposiciones contenidas en el ordenamiento jurídico b) encontrarse a paz y salvo con los trabajadores y/o contratistas que intervinieron en la ejecución del contrato c) contar con visto de bueno de la interventoría del contrato de obra No. 1013-2024-LP.

PARÁGRAFO SEGUNDO. Las actividades que no ejecute el CONTRATISTA y que se encuentren previstas en el contrato, no podrán ser cobradas.

CLÁUSULA QUINTA. PLAZO. El plazo para la ejecución total de los trabajos objeto del presente contrato será de **ENTREGA Y SATISFACCION DE OBRA O LABOR** constados a partir de la suscripción del contrato.

PARÁGRAFO PRIMERO. Las partes manifiestan que no habrá lugar a la prórroga automática del contrato, por lo que cumplido el término de vigencia se terminará de forma automática el contrato a menos que las partes decidan prorrogar su duración antes de su vencimiento.

295

PARÁGRAFO SEGUNDO-TERMINACIÓN ANTICIPADA. Las partes acuerdan que el CONTRATANTE podrá dar por terminado el contrato de prestación de servicios en cualquier momento, sin que medie justa causa para su terminación y reconocimiento de indemnización al CONTRATISTA por su terminación unilateral antes del plazo convenido.

CLÁUSULA SEXTA- OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA. El CONTRATISTA deberá ejecutar las actividades que se señalan a continuación:

a. El CONTRATISTA deberá presentar los insumos requeridos en el marco de la ejecución de su cargo, en los tiempos y condiciones que sean requeridos por el CONTRATANTE.

b. El CONTRATISTA deberá disponer de la maquinaria, profesionales y general cualquier herramienta que se requiera para la ejecución del objeto contractual.

c. El CONTRATISTA deberá dar trámite a las observaciones elevadas por el CONTRATISTA o supervisión o intervención del contrato de obra No. 1013-2024-LP., en los tiempos establecidos, hasta obtener su aprobación.

d. El CONTRATISTA deberá elaborar y presentar informes técnicos en los eventos en que el CONTRATANTE se lo requiera.

e. El CONTRATISTA deberá atender, sin perjuicio del número de requerimientos que desde la supervisión o intervención del contrato de obra No. 1013-2024-LP se requieran.

f. Ejecución del contrato de buena fe realizando el mejor esfuerzo para suscribir los contratos y/o adquirir los compromisos exigidos con el fin de ejecutar el objeto del contrato a satisfacción

g. Cumplir con el pago de salarios, prestaciones sociales y aportes al sistema de seguridad social con todos sus trabajadores. Suministrar los elementos de protección personal y dotaciones a sus trabajadores o contratistas.

246

h. Cumplir con el pago de obligaciones a terceros (facturas de venta, órdenes de compra, contratos, créditos y cualquier otra obligación que se cause en favor de un tercero).

i. Garantizar la seguridad y salud de los trabajadores y contratistas que destine para la ejecución del objeto contractual.

CLÁUSULA SÉPTIMA-OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA: Para la realización del objeto señalado en la cláusula primera, el CONTRATISTA se obliga a cumplir con las siguientes obligaciones:

a) Ejecutar de forma profesional las actividades previstas en la cláusula segunda de esta convención.

b) A efectuar a entera satisfacción del CONTRATANTE y supervisión de la entidad estatal las actividades, diagnósticos e informes técnicos objeto de este contrato.

c) A contratar por cuenta y riesgo propio, y bajo sus expensas todo el personal necesario para la ejecución de las labores, asumiendo el pago puntual de salarios, horas extra, prestaciones sociales e indemnizaciones, pagando los respectivos aportes por pensión, salud, y demás obligaciones laborales.

d) A responder por la calidad de los trabajos contratados y por las obligaciones de los subcontratistas.

e) El CONTRATISTA deberá disponer de los profesionales, maquinarias y demás herramientas que permitan la ejecución del objeto contractual.

CLÁUSULA OCTAVA-OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE: Se estipulan como obligaciones de la CONTRATANTE, las siguientes:

a) Pagar el valor total convenido según la forma pactada y las actividades que se ejecuten por parte del CONTRATISTA del presente contrato.

b) Suministrar la programación de las actividades y la información necesaria para que el CONTRATISTA puede ejecutar adecuadamente el objeto del contrato.

247

c) Suministrar al CONTRATISTA toda la información, datos, documentos y demás herramientas necesarias para la prestación del servicio.

d) Informar al CONTRATISTA cualquier cambio o novedad en las condiciones de tiempo, modo o lugar que se presenten en relación con la ejecución del servicio contratado.

CLÁUSULA NOVENA. INTERPRETACIÓN DEL CONTRATO. Este contrato deberá ser interpretado de forma integral conforme a los documentos que acompañan el contrato de obra No. 1013-2024-LP y lo que hicieron parte del proceso de licitación pública No. LP-DEO-SVR-038- 2024, tales como el pliego de condiciones, estudio previo, anexos, adendas, matriz de riesgos y la oferta presentada por el CONSORCIO SUBA MT.

CLÁUSULA DÉCIMA-DOCUMENTOS DEL CONTRATO. Harán parte integral de la presente convención los siguientes documentos: contrato de contrato de obra No. 1013-2024-LP suscrito entre FDLS y el CONSORCIO SUBA MT, propuesta económica enviada por el contratista el día **ANTERIOR A LA FIRMA DEL PRESENTE CONTRATO** cronograma de actividades, y demás documentos que hicieron parte del proceso de licitación pública No. LP-DEO-SVR-038- 2024 adelantada por FDLS.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA- AUTONOMÍA. El CONTRATISTA, así como el personal vinculado y/o contratado por el mismo, ejecutará el servicio contratado de manera independiente y por cuenta propia, sin estar sujeto a subordinación alguna. Esto sin perjuicio de la supervisión que pueda ejercer el CONTRATANTE a fin de asegurar la adecuada prestación del servicio. El CONTRATISTA será responsable de los aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Profesionales, de sus trabajadores dependientes, así como de cualquier prestación que se genere en favor de estos últimos. El CONTRATANTE podrá solicitar al CONTRATISTA los documentos que acrediten el pago de tales aportes y en caso de que los mismos no se hayan realizado, negarse a recibir la prestación o efectuar el pago de los servicios contratados.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA-RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA. El CONTRATISTA será responsable frente a las autoridades y terceros de sus obligaciones en el ejercicio de las actividades que desarrolle en virtud del presente

238

contrato cuando con ellas cause perjuicio al Fondo de Desarrollo Local de Suba o a cualquier tercero.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA- INDEMNIDAD Y DEBER DE REPARACIÓN POR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA. Es obligación del CONTRATISTA mantener indemne y proteger el patrimonio del CONTRATANTE a causa de los perjuicios que se generen a razón de la ejecución del objeto contractual, por lo que en caso de incumplimiento y/o daños generados a terceros deberá pagar todos los daños que se deriven de la inobservancia de la obligación.

PARÁGRAFO PRIMERO. El CONTRATANTE tendrá la facultad de repetir en contra del CONTRATISTA para obtener la reparación de daños sufridos con ocasión al incumplimiento de sus obligaciones, en especial, aquellas relacionadas con trabajadores, Entidades de Seguridad Social, entidades de fiscalización DIAN y UGPP de orden nacional y territoriales o municipales siempre que existan y en general, cualquier tercero que judicial o extrajudicialmente reclame el cumplimiento de una obligación.

PARÁGRAFO SEGUNDO. El CONTRATISTA deberá asumir el pago de los honorarios y costas judiciales en las que tuvo que incurrir el contratante para ejercer su derecho de defensa dentro de las reclamaciones administrativas o judiciales que se adelanten en contra del contratante debido al incumplimiento de las obligaciones en cabeza del contratista.

CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA- CLAUSULA PENAL. El incumplimiento de los compromisos y obligaciones contenidas en el presente contrato, dará derecho a la parte cumplida la facultad de reclamar y cobrar a la parte incumplida, sin necesidad de requerimientos o constituciones en mora, una suma de dinero equivalente al (50%) del valor total del contrato, como estimación anticipada parcial, más no definitiva, de los posibles perjuicios que se puedan generar debido al incumplimiento, sin perjuicio de que la parte cumplida pueda conseguir la indemnización plena de los perjuicios causados, por encima de dicho monto, en caso de probarse que el valor de los mismos supera la cuantía atrás establecida.

En todo caso, la parte cumplida podrá reclamar la indemnización de perjuicios y exigir el cumplimiento o la resolución del contrato, por cuanto el pago de la pena no

289

extingue la obligación principal. El valor de la cláusula penal será exigible ejecutivamente junto con el pago de cualquier otro concepto adeudado.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA- DEBIDO PROCESO: En garantía del debido proceso, y con el fin de asegurar el derecho de defensa y contradicción de EL CONTRATISTA, se acuerda el siguiente procedimiento para la efectividad de la cláusula de apremio y cláusula penal pecuniaria:

1. El CONTRATANTE deberá elaborar un requerimiento escrito al CONTRATISTA, en donde relacione los hechos y obligaciones incumplidas por el CONTRATISTA, aportando las evidencias que así lo soporten.

2. EL CONTRATISTA contarán con dos (2) días hábiles a partir del recibo de la comunicación de EL CONTRATANTE, para pronunciarse por escrito.

3. El CONTRATANTE deberá analizar la ocurrencia o no de la causal de incumplimiento y las explicaciones de EL CONTRATISTA.

4. La decisión del CONTRATANTE será comunicada al CONTRATISTA.

5. El CONTRATISTA podrá reclamar ante EL CONTRATANTE por la medida dentro del día (1) día hábil siguiente a la comunicación de la decisión.

6. La reclamación presentada por El CONTRATISTA será analizados por el CONTRATANTE. Si no se acogen los argumentos presentados por EL CONTRATISTA y el pronunciamiento de la aseguradora y, se ratificará de forma motivada decisión.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA- CONFIDENCIALIDAD Y PROHIBICIÓN DE DIVULGACIÓN. El CONTRATISTA deberá abstenerse de suministrar, entregar y/o publicar, sin la autorización previa del CONTRATANTE información que no sea considerada pública, como es el caso de documentos en procesos de elaboración con información preliminar y no definitiva.

PARÁGRAFO PRIMERO. Para efectos de este contrato se entiende por confidencial toda información entregada por el CONTRATANTE que cumpla con alguna de las siguientes condiciones:

280

a. Que no sea de conocimiento público ni de fácil obtención a través de medios legítimos y que sea denominada como tal por el TITULAR.

b. Que las circunstancias de su entrega, los medios de almacenamiento o las medidas de seguridad tomadas por el TITULAR para la custodia de la información indiquen el carácter confidencial de la misma.

c. Se considerará información confidencial toda información de naturaleza contable, financiera o comercial que no sea de conocimiento público ni figure en bases de datos de acceso abierto o libre, tales como informes contables, planes de negocio, contratos y acuerdos de naturaleza privada, know-how, precios, clientes, proveedores, entre otras. Esta lista tiene propósito enunciativo y no implica la no confidencialidad de otros tipos de información no mencionados en ella.

PARÁGRAFO SEGUNDO. El contratista deberá adoptar todas las medidas necesarias para conservar y garantizar el secreto de la información y documentos del CONTRATANTE.

PARÁGRAFO TERCERO. El incumplimiento de las obligaciones contenidas en esta cláusula dará lugar a la terminación del contrato de forma anticipada sin reconocimiento de indemnización en favor del CONTRATISTA junto con la activación de la cláusula penal.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA-PROPIEDAD INTELECTUAL. Si de la ejecución del contrato resultan estudios, investigaciones, descubrimientos, invenciones, información, mejoras y/o diseños, éstos pertenecen al CONTRATANTE, de conformidad con lo establecido en el artículo 20 de la Ley 23 de 1982. Asimismo, el CONTRATISTA garantiza que los trabajos y servicios prestados al CONTRATANTE por el objeto de este contrato no infringen ni vulneran los derechos de propiedad intelectual o industrial o cualquier otro derecho legal o contractual de terceros.

CLAUSULA DÉCIMA OCTAVA -CESIÓN DEL CONTRATO. El CONTRATISTA no podrá ceder o transferir a cualquier título la ejecución del presente contrato, ni podrá subcontratar sin la autorización expresa y por escrito del CONTRATANTE.

281

CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA -CAUSALES DE TERMINACIÓN ANTICIPADA. El presente contrato podrá ser terminado por las partes y/o por el CONTRATANTE de forma anticipada en los siguientes eventos:

a. De común acuerdo.

b. Unilateralmente y sin previo aviso por parte del CONTRATANTE sin que se cause indemnización en favor del CONTRATISTA

c. Unilateralmente y sin previo aviso cuando el CONTRATISTA incumpla las cláusulas establecidas en el Contrato.

d. Incapacidad financiera o administrativa por alguna de las partes. Esta situación se presenta cuando EL CONTRATISTA incumple con el pago de los honorarios o salarios de sus empleados o de los impuestos o de los aportes a la seguridad social, o a los proveedores o acreedores, impuestos, embargo de equipos o cuando el CONTRATANTE incumple con el pago del valor del contrato en los términos aquí establecidos.

e. Por liquidación y/o muerte de cualquiera de las partes

f. Unilateralmente en el evento en que el CONTRATISTA no cumpla con la cláusula octava de la presente convención

CLÁUSULA VIGÉSIMA -SUSPENSIÓN. Las partes de común acuerdo podrán suspender temporalmente la ejecución del contrato, mediante acta debidamente suscrita por las partes.

PARÁGRAFO. El término de suspensión no será computable para efecto del plazo de ejecución del contrato, ni dará derecho exigir indemnización, sobrecostos o reajustes, ni a reclamar gastos diferentes a los pactados en el contrato.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA - ACUERDO INTEGRAL. El presente Contrato sustituye cualquier convención, contrato, promesa, pacto, propuesta u oferta aceptadas, en general, cualquier otro acuerdo, verbal, escrito sin importar la denominación que se le otorgue, que haya sido celebrado entre las mismas Partes con el mismo objeto, antes de la celebración de este Contrato.

282

CLÁUSULA VIGÉSIMA CUARTA-REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN. El contrato se perfección con suscripción del contrato por ambas partes.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA- NOTIFICACIONES. Para efectos de cualquier comunicación del presente contrato, las partes declaran que podrán ser notificados a los correos electrónicos que a continuación se inscriben:

El CONTRATANTE:jmoreno.icodsas@gmail.com
EL CONTRATISTA: pavimaqsa@gmail.com
Para constancia, las partes firman el presente contrato a los XXXX del mes de XXXX de 2025

CONTRATANTE	CONTRATISTA
OSCAR JULIÁN MORENO CARRAZCO CC 1.032.472.777 de Bogotá D.C R Legal CONSORCIO SUBA MT	**JUAN ANDRES MALAGON BECERRA** R Legal **PAVIMAQ 901872916-0**

----------FIN DEL CONTRATO----------

203



MISAEL ESPACIO PÚBLICO Y URBANISMO CYM CONSTRUCCIONES ASOCIADOS SAS-Nit. 901152861CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS FORMATO GENERAL

CONTRATO DE PRESTAR SERVICIO DE MANO DE OBRA SUSCRITO ENTRE CONSORCIO SUBA MT Y ESPACIO PÚBLICO Y URBANISMO CYM CONSTRUCCIONES ASOCIADOS SAS-NIT. 901152861

Entre los suscritos: de un lado, el **CONSORCIO SUBA MT,** identificado con NIT. **901902678-2,** representado legalmente por el señor **OSCAR JULIÁN MORENO CARRAZCO**, identificado con la cédula de ciudadanía número 1.032.472.777 de Bogotá D.C agrupación contractual conformada por las sociedades ICOD CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS SAS y MT CONSTRUCCIÓN Y DISEÑO DE PROYECTO SAS, quien en adelante se denominará el **CONTRATANTE**, y de otro lado, la sociedad **ESPACIO PÚBLICO Y URBANISMO CYM CONSTRUCCIONES ASOCIADOS SAS,** sociedad de derecho privado, domiciliada en la ciudad de Bogotá D.C, identificada con NIT. **901152861** y representada legalmente por **MISAEL CAVIEDES CARDENAS** mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. **382112** expedida en la ciudad de Bogotá D.C**,** quien para los efectos de este contrato se denominará el **CONTRATISTA,** hemos decidido celebrar el presente contrato de prestación de servicios que se regirá por las siguientes cláusulas, previos los CONSIDERANDOS que a continuación se inscriben por las partes y las cuales se tienen como vinculantes para la interpretación y entendimiento del presente contrato;

DISPOSICIONES GENERALES

PRIMERO: Que el FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE SUBA dio apertura al proceso de licitación pública No. LP-DEO-SVR-038- 2024 cuyo objeto fue "E*jecutar a precios unitarios fijos las actividades para la construcción de la malla vial local e intermedia y espacio público (grupos 1 y 2) en la localidad de suba en la ciudad de Bogotá D.C y las demás actividades que se detallen en el anexo técnico*".

SEGUNDO: Una vez agotado el proceso de selección objetiva, el FDLS adjudicó el proceso de contratación al CONSORCIO SUBA MT**.**

TERCERO: Que, como consecuencia de lo anterior, se suscribió el contrato de obra No. 1013-2024-LP entre el FDLS y el CONSORCIO SUBA MT cuyo objeto es "*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*"

285

CUARTO: Que dentro del contrato estatal no quedó establecida prohibición en la subcontratación de actividades inherentes al objeto de la convención, por lo que será necesario la intervención de profesionales que garanticen el cumplimiento de las obligaciones contractuales.

SEXTO: Que para la ejecución del objeto contractual el CONSORCIO SUBA MT requiere los servicios profesionales de especialistas que ejecuten actividades especializadas que garanticen la calidad del servicio y permitan la consecución de los objetivos.

SÉPTIMO: Que atendiendo lo consignado en los numerales precedentes se celebra el presente contrato de prestación de servicios con el propósito de contratar una compañía especializada en **PRESTAR EL SERVICIO DE MANO DE OBRA** y dar cumplimiento al contrato de obra No. 1013-2024-LP, el cual se regirá por las siguientes cláusulas:

CLÁUSULAS

CLÁUSULA PRIMERA. OBJETO. El objeto del contrato de prestación de servicios consiste en **PRESTAR SERVICIO DE MANO DE OBRA** para dar cumplimiento a las obligaciones contenidas en el contrato de obra NO. 1013-2024-LP en su fase I.

CLÁUSULA SEGUNDA. ALCANCE DEL OBJETO. El objeto contractual deberá ser ejecutado por el CONTRATISTA mediante el cumplimiento de las actividades que se relacionan a continuación:

PRESTAR SERVICIO DE MANO DE OBRA

CLÁUSULA TERCERA- VALOR. El valor del contrato se pacta por precio unitario, sin formula de ajuste, el cual se obtendrá de la cantidad de servicios reales y materiales que se requiera para la ejecución del objeto contractual.

De manera que el valor aproximado del contrato Esta relacionado a la clausula cuarta forma de pago corte de obra .

PARÁGRAFO PRIMERO. Las actividades que no ejecute el CONTRATISTA y que se encuentren previstas en el contrato, no podrán ser cobradas por el contratista y estarán sujetas a la aprobación de la interventoría del contrato obra No. 1013-2024-

286

LP, de manera que, la obligación de pago a cargo del Consorcio quedará suspendida hasta el momento en que la interventoría reciba a satisfacción cada una de las actividades.

PARÁGRAFO SEGUNDO. El CONTRATISTA autoriza al contratante a realizar la retenciones y deducciones a que haya lugar en cumplimiento de las obligaciones tributarias.

CLÁUSULA CUARTA. FORMA DE PAGO. El precio de los servicios prestados por la CONTRATISTA se someterá a las siguientes reglas:

ITEM	CONCEPTO	FORMA DE PAGO
1	CORTES PARCIALES POR AVANCE DE OBRA	SE REALIZARA EL PAGO POR CORTES PARCIALES POR AVANCE DE OBRA. UNA VEZ REVISADA Y APROBADA .

PARÁGRAFO PRIMERO. La obligación de pago se entenderá vencida luego de que se cumplan las siguientes condiciones: a) Haber expedido factura electrónica conforme a las disposiciones contenidas en el ordenamiento jurídico b) encontrarse a paz y salvo con los trabajadores y/o contratistas que intervinieron en la ejecución del contrato c) contar con visto de bueno de la interventoría del contrato de obra No. 1013-2024-LP.

PARÁGRAFO SEGUNDO. Las actividades que no ejecute el CONTRATISTA y que se encuentren previstas en el contrato, no podrán ser cobradas.

CLÁUSULA QUINTA. PLAZO. El plazo para la ejecución total de los trabajos objeto del presente contrato será de **ENTREGA Y SATISFACCION DE OBRA O LABOR** constados a partir de la suscripción del contrato.

PARÁGRAFO PRIMERO. Las partes manifiestan que no habrá lugar a la prórroga automática del contrato, por lo que cumplido el término de vigencia se terminará de

287

forma automática el contrato a menos que las partes decidan prorrogar su duración antes de su vencimiento.

PARÁGRAFO SEGUNDO-TERMINACIÓN ANTICIPADA. Las partes acuerdan que el CONTRATANTE podrá dar por terminado el contrato de prestación de servicios en cualquier momento, sin que medie justa causa para su terminación y reconocimiento de indemnización al CONTRATISTA por su terminación unilateral antes del plazo convenido.

CLÁUSULA SEXTA- OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA. El CONTRATISTA deberá ejecutar las actividades que se señalan a continuación:

a. El CONTRATISTA deberá presentar los insumos requeridos en el marco de la ejecución de su cargo, en los tiempos y condiciones que sean requeridos por el CONTRATANTE.

b. El CONTRATISTA deberá disponer de la maquinaria, profesionales y general cualquier herramienta que se requiera para la ejecución del objeto contractual.

c. El CONTRATISTA deberá dar trámite a las observaciones elevadas por el CONTRATISTA o supervisión o intervención del contrato de obra No. 1013-2024-LP., en los tiempos establecidos, hasta obtener su aprobación.

d. El CONTRATISTA deberá elaborar y presentar informes técnicos en los eventos en que el CONTRATANTE se lo requiera.

e. El CONTRATISTA deberá atender, sin perjuicio del número de requerimientos que desde la supervisión o intervención del contrato de obra No. 1013-2024-LP se requieran.

f. Ejecución del contrato de buena fe realizando el mejor esfuerzo para suscribir los contratos y/o adquirir los compromisos exigidos con el fin de ejecutar el objeto del contrato a satisfacción

g. Cumplir con el pago de salarios, prestaciones sociales y aportes al sistema de seguridad social con todos sus trabajadores. Suministrar los elementos de protección personal y dotaciones a sus trabajadores o contratistas.

288

h. Cumplir con el pago de obligaciones a terceros (facturas de venta, órdenes de compra, contratos, créditos y cualquier otra obligación que se cause en favor de un tercero).

i. Garantizar la seguridad y salud de los trabajadores y contratistas que destine para la ejecución del objeto contractual.

CLÁUSULA SÉPTIMA-OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA: Para la realización del objeto señalado en la cláusula primera, el CONTRATISTA se obliga a cumplir con las siguientes obligaciones:

a) Ejecutar de forma profesional las actividades previstas en la cláusula segunda de esta convención.

b) A efectuar a entera satisfacción del CONTRATANTE y supervisión de la entidad estatal las actividades, diagnósticos e informes técnicos objeto de este contrato.

c) A contratar por cuenta y riesgo propio, y bajo sus expensas todo el personal necesario para la ejecución de las labores, asumiendo el pago puntual de salarios, horas extra, prestaciones sociales e indemnizaciones, pagando los respectivos aportes por pensión, salud, y demás obligaciones laborales.

d) A responder por la calidad de los trabajos contratados y por las obligaciones de los subcontratistas.

e) El CONTRATISTA deberá disponer de los profesionales, maquinarias y demás herramientas que permitan la ejecución del objeto contractual.

CLÁUSULA OCTAVA-OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE: Se estipulan como obligaciones de la CONTRATANTE, las siguientes:

a) Pagar el valor total convenido según la forma pactada y las actividades que se ejecuten por parte del CONTRATISTA del presente contrato.

b) Suministrar la programación de las actividades y la información necesaria para que el CONTRATISTA puede ejecutar adecuadamente el objeto del contrato.

289

c) Suministrar al CONTRATISTA toda la información, datos, documentos y demás herramientas necesarias para la prestación del servicio.

d) Informar al CONTRATISTA cualquier cambio o novedad en las condiciones de tiempo, modo o lugar que se presenten en relación con la ejecución del servicio contratado.

CLÁUSULA NOVENA. INTERPRETACIÓN DEL CONTRATO. Este contrato deberá ser interpretado de forma integral conforme a los documentos que acompañan el contrato de obra No. 1013-2024-LP y lo que hicieron parte del proceso de licitación pública No. LP-DEO-SVR-038- 2024, tales como el pliego de condiciones, estudio previo, anexos, adendas, matriz de riesgos y la oferta presentada por el CONSORCIO SUBA MT.

CLÁUSULA DÉCIMA-DOCUMENTOS DEL CONTRATO. Harán parte integral de la presente convención los siguientes documentos: contrato de contrato de obra No. 1013-2024-LP suscrito entre FDLS y el CONSORCIO SUBA MT, propuesta económica enviada por el contratista el día **ANTERIOR A LA FIRMA DEL PRESENTE CONTRATO** cronograma de actividades, y demás documentos que hicieron parte del proceso de licitación pública No. LP-DEO-SVR-038- 2024 adelantada por FDLS.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA- AUTONOMÍA. El CONTRATISTA, así como el personal vinculado y/o contratado por el mismo, ejecutará el servicio contratado de manera independiente y por cuenta propia, sin estar sujeto a subordinación alguna. Esto sin perjuicio de la supervisión que pueda ejercer el CONTRATANTE a fin de asegurar la adecuada prestación del servicio. El CONTRATISTA será responsable de los aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Profesionales, de sus trabajadores dependientes, así como de cualquier prestación que se genere en favor de estos últimos. El CONTRATANTE podrá solicitar al CONTRATISTA los documentos que acrediten el pago de tales aportes y en caso de que los mismos no se hayan realizado, negarse a recibir la prestación o efectuar el pago de los servicios contratados.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA-RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA. El CONTRATISTA será responsable frente a las autoridades y terceros de sus obligaciones en el ejercicio de las actividades que desarrolle en virtud del presente

290

contrato cuando con ellas cause perjuicio al Fondo de Desarrollo Local de Suba o a cualquier tercero.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA- INDEMNIDAD Y DEBER DE REPARACIÓN POR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA. Es obligación del CONTRATISTA mantener indemne y proteger el patrimonio del CONTRATANTE a causa de los perjuicios que se generen a razón de la ejecución del objeto contractual, por lo que en caso de incumplimiento y/o daños generados a terceros deberá pagar todos los daños que se deriven de la inobservancia de la obligación.

PARÁGRAFO PRIMERO. El CONTRATANTE tendrá la facultad de repetir en contra del CONTRATISTA para obtener la reparación de daños sufridos con ocasión al incumplimiento de sus obligaciones, en especial, aquellas relacionadas con trabajadores, Entidades de Seguridad Social, entidades de fiscalización DIAN y UGPP de orden nacional y territoriales o municipales siempre que existan y en general, cualquier tercero que judicial o extrajudicialmente reclame el cumplimiento de una obligación.

PARÁGRAFO SEGUNDO. El CONTRATISTA deberá asumir el pago de los honorarios y costas judiciales en las que tuvo que incurrir el contratante para ejercer su derecho de defensa dentro de las reclamaciones administrativas o judiciales que se adelanten en contra del contratante debido al incumplimiento de las obligaciones en cabeza del contratista.

CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA- CLAUSULA PENAL. El incumplimiento de los compromisos y obligaciones contenidas en el presente contrato, dará derecho a la parte cumplida la facultad de reclamar y cobrar a la parte incumplida, sin necesidad de requerimientos o constituciones en mora, una suma de dinero equivalente al (50%) del valor total del contrato, como estimación anticipada parcial, más no definitiva, de los posibles perjuicios que se puedan generar debido al incumplimiento, sin perjuicio de que la parte cumplida pueda conseguir la indemnización plena de los perjuicios causados, por encima de dicho monto, en caso de probarse que el valor de los mismos supera la cuantía atrás establecida.

En todo caso, la parte cumplida podrá reclamar la indemnización de perjuicios y exigir el cumplimiento o la resolución del contrato, por cuanto el pago de la pena no

291

extingue la obligación principal. El valor de la cláusula penal será exigible ejecutivamente junto con el pago de cualquier otro concepto adeudado.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA- DEBIDO PROCESO: En garantía del debido proceso, y con el fin de asegurar el derecho de defensa y contradicción de EL CONTRATISTA, se acuerda el siguiente procedimiento para la efectividad de la cláusula de apremio y cláusula penal pecuniaria:

1. El CONTRATANTE deberá elaborar un requerimiento escrito al CONTRATISTA, en donde relacione los hechos y obligaciones incumplidas por el CONTRATISTA, aportando las evidencias que así lo soporten.

2. EL CONTRATISTA contarán con dos (2) días hábiles a partir del recibo de la comunicación de EL CONTRATANTE, para pronunciarse por escrito.

3. El CONTRATANTE deberá analizar la ocurrencia o no de la causal de incumplimiento y las explicaciones de EL CONTRATISTA.

4. La decisión del CONTRATANTE será comunicada al CONTRATISTA.

5. El CONTRATISTA podrá reclamar ante EL CONTRATANTE por la medida dentro del día (1) día hábil siguiente a la comunicación de la decisión.

6. La reclamación presentada por El CONTRATISTA será analizados por el CONTRATANTE. Si no se acogen los argumentos presentados por EL CONTRATISTA y el pronunciamiento de la aseguradora y, se ratificará de forma motivada decisión.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA- CONFIDENCIALIDAD Y PROHIBICIÓN DE DIVULGACIÓN. El CONTRATISTA deberá abstenerse de suministrar, entregar y/o publicar, sin la autorización previa del CONTRATANTE información que no sea considerada pública, como es el caso de documentos en procesos de elaboración con información preliminar y no definitiva.

PARÁGRAFO PRIMERO. Para efectos de este contrato se entiende por confidencial toda información entregada por el CONTRATANTE que cumpla con alguna de las siguientes condiciones:

a. Que no sea de conocimiento público ni de fácil obtención a través de medios legítimos y que sea denominada como tal por el TITULAR.

b. Que las circunstancias de su entrega, los medios de almacenamiento o las medidas de seguridad tomadas por el TITULAR para la custodia de la información indiquen el carácter confidencial de la misma.

c. Se considerará información confidencial toda información de naturaleza contable, financiera o comercial que no sea de conocimiento público ni figure en bases de datos de acceso abierto o libre, tales como informes contables, planes de negocio, contratos y acuerdos de naturaleza privada, know-how, precios, clientes, proveedores, entre otras. Esta lista tiene propósito enunciativo y no implica la no confidencialidad de otros tipos de información no mencionados en ella.

PARÁGRAFO SEGUNDO. El contratista deberá adoptar todas las medidas necesarias para conservar y garantizar el secreto de la información y documentos del CONTRATANTE.

PARÁGRAFO TERCERO. El incumplimiento de las obligaciones contenidas en esta cláusula dará lugar a la terminación del contrato de forma anticipada sin reconocimiento de indemnización en favor del CONTRATISTA junto con la activación de la cláusula penal.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA-PROPIEDAD INTELECTUAL. Si de la ejecución del contrato resultan estudios, investigaciones, descubrimientos, invenciones, información, mejoras y/o diseños, éstos pertenecen al CONTRATANTE, de conformidad con lo establecido en el artículo 20 de la Ley 23 de 1982. Asimismo, el CONTRATISTA garantiza que los trabajos y servicios prestados al CONTRATANTE por el objeto de este contrato no infringen ni vulneran los derechos de propiedad intelectual o industrial o cualquier otro derecho legal o contractual de terceros.

CLAUSULA DÉCIMA OCTAVA -CESIÓN DEL CONTRATO. El CONTRATISTA no podrá ceder o transferir a cualquier título la ejecución del presente contrato, ni podrá subcontratar sin la autorización expresa y por escrito del CONTRATANTE.

293

CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA -CAUSALES DE TERMINACIÓN ANTICIPADA. El presente contrato podrá ser terminado por las partes y/o por el CONTRATANTE de forma anticipada en los siguientes eventos:

a. De común acuerdo.

b. Unilateralmente y sin previo aviso por parte del CONTRATANTE sin que se cause indemnización en favor del CONTRATISTA

c. Unilateralmente y sin previo aviso cuando el CONTRATISTA incumpla las cláusulas establecidas en el Contrato.

d. Incapacidad financiera o administrativa por alguna de las partes. Esta situación se presenta cuando EL CONTRATISTA incumple con el pago de los honorarios o salarios de sus empleados o de los impuestos o de los aportes a la seguridad social, o a los proveedores o acreedores, impuestos, embargo de equipos o cuando el CONTRATANTE incumple con el pago del valor del contrato en los términos aquí establecidos.

e. Por liquidación y/o muerte de cualquiera de las partes

f. Unilateralmente en el evento en que el CONTRATISTA no cumpla con la cláusula octava de la presente convención

CLÁUSULA VIGÉSIMA -SUSPENSIÓN. Las partes de común acuerdo podrán suspender temporalmente la ejecución del contrato, mediante acta debidamente suscrita por las partes.

PARÁGRAFO. El término de suspensión no será computable para efecto del plazo de ejecución del contrato, ni dará derecho exigir indemnización, sobrecostos o reajustes, ni a reclamar gastos diferentes a los pactados en el contrato.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA - ACUERDO INTEGRAL. El presente Contrato sustituye cualquier convención, contrato, promesa, pacto, propuesta u oferta aceptadas, en general, cualquier otro acuerdo, verbal, escrito sin importar la denominación que se le otorgue, que haya sido celebrado entre las mismas Partes con el mismo objeto, antes de la celebración de este Contrato.

894

CLÁUSULA VIGÉSIMA CUARTA-REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN. El contrato se perfección con suscripción del contrato por ambas partes.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA- NOTIFICACIONES. Para efectos de cualquier comunicación del presente contrato, las partes declaran que podrán ser notificados a los correos electrónicos que a continuación se inscriben:

El CONTRATANTE: jmoreno.icodsas@gmail.com
EL CONTRATISTA: espaciopublicoyurbanismo@hotmail.com

Para constancia, las partes firman el presente contrato a los XXXX del mes de XXXX de 2025

CONTRATANTE	CONTRATISTA
OSCAR JULIÁN MORENO CARRAZCO CC 1.032.472.777 de Bogotá D.C R Legal CONSORCIO SUBA MT	**MISAEL CAVIEDES CARDENAS** CC 382112de Bogotá D.C R Legal **ESPACIO PÚBLICO Y URBANISMO CYM CONSTRUCCIONES ASOCIADOS SAS-Nit. 901152861**

----------FIN DEL CONTRATO----------

395



Soporte De Retiros

OUTSOURCING DF SAS

PAZ Y SALVO EGRESO

SST FT-19
Fecha 1/Abr/2025
Versión 01

Lugar y fecha
Señor

Por medio de la presente yo, Paola cristina Mora identificado con cédula de ciudadania No. 1017243738 de la ciudad de Bogota, manifiesto que la empresa OUTSOURCING DF SAS ha pagado las obligaciones pendientes y se encuentra a **PAZ Y SALVO** por todo lo relacionado con la prestación de mis servicios como Laboratorista Inspector, para el contrato número. _____.

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 14-7 del año 2025.

Atentamente.

Nombre del trabajador: Paola Morales

Cédula: 1017243738.

Firma: _____

HUELLA



297

OUTSOURCING DF SAS	AUTORIZACIÓN DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	SST-FT-31 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Bogotá D.C., 14-7-2025

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) Paola Cristina Morales con documento de identidad número 1017 243738 quien fue empleado de Outsorcing DF con NIT 901.879.303-8 desempeñándose con el cargo Laboratorista insp

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

Firma del Trabajador
Fecha: 31 7 2025

298

PAZ Y SALVO EGRESO

S.G.I.F.T-10
Fecha 1/Abr/2025
Versión 01

Lugar y fecha
Señor

Por medio de la presente yo, Javier Velasquez identificado con cédula de ciudadanía No. 1065659224 de la ciudad de Bogotá, 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 Ayudante obra, para el contrato número. CCP-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 30-7 del año 2025.

Atentamente.

Nombre del trabajador: Javier Velasquez

Cédula: 1065659224

Firma: Javier Velasquez

HUELLA



299

AUTORIZACIÓN DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL

SST-FT-31
Fecha 1/Abr/2025
Versión 01

Bogotá D.C., 30-7-2025

Señores
IPS umedi (td)

ASUNTO: Exámenes Médicos de Retiro

Cordialmente, nos dirigimos a usted, para solicitarle se sirva practicar el examen médico de retiro al señor(a) Javier Velazquez con documento de identidad número 1065659224 quien fue empleado de Consol-Go Suha Mt con NIT 901902678-2 desempeñándose con el cargo Ayudante Obra.

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 Velazquez
Firma del Trabajador
Fecha: 30 7 2025

380

PAZ Y SALVO EGRESO

Lugar y fecha
Señor:

Por medio de la presente yo, Oscar tirano identificado c
de ciudadania No. 1032415309 de la ciudad de Bogota, manif
la empresa Consorcio Supa Mt ha pagado las obli
pendientes y se encuentra a **PAZ Y SALVO** por todo lo relacionado co la
prestación de mis servicios como Conductor, 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 30-7 del año 2025.

Atentamente.

Nombre del trabajador: Oscar tirano
Cédula: 1032415309
Firma:

HUELLA



391

AUTORIZACIÓN DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Bogotá D.C., 30-7-25

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) Oscar Tirano con documento de identidad número 1032475309 quien fue empleado de Consorcio Schmit con NIT 901.879.303-8 desempeñándose con el cargo Conductor.

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

Firma del Trabajador
Fecha: 30 7 2025

392

OUTSOURCING DF SAS	PAZ Y SALVO EGRESO	SST-FT-1(Fecha: 1/Abr/2 Versión: 01

Lugar y fecha
Señor:

Por medio de la presente yo, Luzmila luengas identificado con cédula de ciudadanía No. 51964259 de la ciudad de Bogota, manifiesto que la empresa Outsourcing DF SAS ha pagado las obligaciones pendientes y se encuentra a **PAZ Y SALVO** por todo lo relacionado con la prestación de mis servicios como Cadenero 1, para el contrato número. _____.

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 27-7 del año 2025.

Atentamente.

Nombre del trabajador: Luzmila Luengas

Cédula: 51964259

Firma: _____

HUELLA



303

OUTSOURCING DF SAS	AUTORIZACIÓN DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	SST-FT-31 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Bogotá D.C., 27-7-25

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) Lucmila Luengas con documento de identidad número 51964254 quien fue empleado de outsourcing DF con NIT _____ desempeñándose con el cargo cadete 1.

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

Firma del Trabajador
Fecha: 27 7 25

394

	PAZ Y SALVO EGRESO	SST-FT-16 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Lugar y fecha
Señor:

Por medio de la presente yo, Rafael David Duran identificado con cédula de ciudadanía No. 1048268303 de la ciudad de Bogotá, 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: Ayudante, 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 del año 2025

Atentamente.

Nombre del trabajador: Rafael David Duran

Cédula: 1048268303

Firma: Rafael David Duran

HUELLA

	AUTORIZACIÓN DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	SST-FT-31 Fecha 1/Abr/2025 Versión 01

Bogotá D.C. 30-7-25

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) Rafael Daniel Duran con documento de identidad número 1042763303 quien fue empleado de CONSORCIO SUBUMT con NIT 901879303-8 desempeñándose con el cargo Ayudante.

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? Sí ☐ No ☒

Autoriza

Recibe

Rafael Daniel Duran

Área de Recursos Humanos

Firma del Trabajador
Fecha: 30-07-2025

ADRES

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1031810520
NOMBRES	CARLOS SANTIAGO
APELLIDOS	NIÑO CORTES
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	23/06/2011	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	08/11/2025 08:50:55	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	79493184
NOMBRES	WILSON
APELLIDOS	DIAZ RUIZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	05/12/2006	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	08/11/2025 08:52:41	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,

399

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	5967959
NOMBRES	JOSELITO
APELLIDOS	LEYTON RIVAS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/02/2011	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	08/11/2025 08:54:51	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	79474031
NOMBRES	JUAN MANUEL
APELLIDOS	SANTOS ORELLANOS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	10/08/2005	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	08/11/2025 08:56:17	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya

341

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1019099425
NOMBRES	ARNOLD SLOAN
APELLIDOS	SUARIQUE BASANTE
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	01/07/2018	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	08/11/2025 08:57:13	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	72301381
NOMBRES	JAIME ENRIQUE
APELLIDOS	GARCIA TORREBLANCA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	ATLANTICO
MUNICIPIO	MANATI

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	COOSALUD EPS S.A.	SUBSIDIADO	08/11/2021	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	08/11/2025 08:57:52	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya

393

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1129504549
NOMBRES	CARLOS ANDRES
APELLIDOS	OROZCO BOLIVAR
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	ATLANTICO
MUNICIPIO	BARRANQUILLA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD - MUTUAL SER EPS	SUBSIDIADO	31/12/2024	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	08/11/2025 08:58:39	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1101460836
NOMBRES	CRISTIAN DAVID
APELLIDOS	PESTANA MERCADO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	SUCRE
MUNICIPIO	TOLUVIEJO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA S.A.S.	SUBSIDIADO	01/09/2023	31/08/2025	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	08/11/2025 09:02:03	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1044906787
NOMBRES	EDUARD
APELLIDOS	HERRERA MATA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	01/10/2024	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	08/11/2025 09:02:41	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

396

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	382112
NOMBRES	MISAEL
APELLIDOS	CAVIEDES CARDENAS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	01/11/2019	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	08/11/2025 09:03:43	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,

317

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	74333386
NOMBRES	PLINIO
APELLIDOS	RODRIGUEZ BURGOS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	03/12/2013	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	08/11/2025 10:14:36	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1024466587
NOMBRES	ALCIBIADES
APELLIDOS	CANCHON HERNANDEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	23/05/2008	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	08/11/2025 10:15:20	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,

399

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1015411853
NOMBRES	WISSES MIGUEL
APELLIDOS	OÑATE MEJIA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	01/07/2023	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	08/11/2025 10:27:37	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1122810674
NOMBRES	MIGUEL ALEXANDER
APELLIDOS	TORRIJA OÑATE
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S." -CM	CONTRIBUTIVO	09/03/2021	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	08/11/2025 10:28:20	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	7925823
NOMBRES	OSCAR EFREN
APELLIDOS	SANCHEZ LEMUS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	25/09/2012	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	08/11/2025 10:28:56	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

392

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1032472777
NOMBRES	OSCAR JULIAN
APELLIDOS	MORENO CARRAZCO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	01/06/2024	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	06/18/2025 14:21:32	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

323

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1018476072
NOMBRES	DANIEL
APELLIDOS	FAJARDO CASTAÑEDA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	01/11/2019	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	06/18/2025 14:24:45	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,

384

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1016008993
NOMBRES	CARLOS JAVIER
APELLIDOS	BEJARANO AVILA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/05/2013	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	06/18/2025 14:51:54	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya

135

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1104938008
NOMBRES	KEREN MANUELA
APELLIDOS	OJEDA PINEDA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	01/03/2024	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	06/18/2025 14:58:45	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	80759438
NOMBRES	FABIO ALEXANDER
APELLIDOS	SALAZAR CACERES
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	01/08/2021	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	06/18/2025 14:53:18	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

137

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1013603357
NOMBRES	IVAN CAMILO
APELLIDOS	ANDRADE SANTANA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS SURAMERICANA S.A.	CONTRIBUTIVO	12/01/2012	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	06/18/2025 14:25:29	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1030582469
NOMBRES	DANIEL FERNANDO
APELLIDOS	GOMEZ SANCHEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	22/10/1996	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	06/18/2025 14:26:17	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

329

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1016066905
NOMBRES	DAYANA LICETH
APELLIDOS	MEDINA ROJAS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	02/03/2022	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	06/18/2025 14:29:29	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,

330

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1052383452
NOMBRES	EYNNY ZULAY
APELLIDOS	ESLAVA PASACHOA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOYACA
MUNICIPIO	DUITAMA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/03/2015	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	06/18/2025 14:30:27	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1110580807
NOMBRES	LUISA FERNANDA
APELLIDOS	MORENO OTAVO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	13/12/2021	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	06/18/2025 14:49:34	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1001174776
NOMBRES	ERICK SANTIAGO
APELLIDOS	GOMEZ SOTO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	27/02/2021	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	06/18/2025 14:50:10	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	65769815
NOMBRES	NANCY ESPERANZA
APELLIDOS	GOMEZ ROMERO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/10/2016	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	06/18/2025 14:54:39	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1002204105
NOMBRES	VICTOR ANTONIO
APELLIDOS	BERRIO MENDOZA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	01/09/2024	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	06/27/2025 11:39:00	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	12630516
NOMBRES	ARIVELET ALFREDO
APELLIDOS	RODRIGUEZ DE HAZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOYACA
MUNICIPIO	PUERTO BOYACA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/12/2022	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	08/11/2025 10:54:05	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya

336

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1071164488
NOMBRES	BRAYAN FELIPE
APELLIDOS	BARRETO GOMEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/07/2025	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	07/01/2025 15:35:32	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	91322765
NOMBRES	JOSE IGNACIO
APELLIDOS	CARO BELEÑO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	01/09/2020	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	06/27/2025 11:55:16	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1044929627
NOMBRES	DERWIN ANTONIO
APELLIDOS	SANCHEZ HERNANDEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A. -CM	CONTRIBUTIVO	27/11/2018	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	06/27/2025 11:56:43	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya

339

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	80250145
NOMBRES	YEISON DANIEL
APELLIDOS	SOSA SANCHEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/07/2017	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	06/18/2025 14:31:09	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya

340

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	19461616
NOMBRES	TITO ISIDORO
APELLIDOS	MURILLO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS SURAMERICANA S.A.	CONTRIBUTIVO	20/01/2012	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	06/18/2025 14:31:46	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1233506640
NOMBRES	LAUREN VIVIANA
APELLIDOS	BOJACA PERILLA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	10/07/2014	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	06/18/2025 14:50:45	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya

37

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1022940379
NOMBRES	WILMER ANDRES
APELLIDOS	MOLINA ROJAS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	31/10/2015	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	06/18/2025 14:51:18	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1023874707
NOMBRES	MARCO ANTONIO
APELLIDOS	MACIAS VELASQUEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/11/2019	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	06/18/2025 14:52:28	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1023903332
NOMBRES	ANDERSON DUVAN
APELLIDOS	RUBIANO SANTOS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	01/06/2020	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	06/18/2025 14:56:46	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,

3AS

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1014736681
NOMBRES	ANGIE VANESSA
APELLIDOS	AREVALO PASTRANA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	01/06/2025	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	06/18/2025 14:57:25	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,

3A6

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1117552197
NOMBRES	WILLIAM ANDRES
APELLIDOS	MIRANDA MUÑOZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/06/2025	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	06/18/2025 15:00:00	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya

34

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1044906637
NOMBRES	EDWIN ANTONIO
APELLIDOS	HERRERA MATA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A. -CM	CONTRIBUTIVO	01/10/2018	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	06/18/2025 15:00:41	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado

348

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1085042995
NOMBRES	JESUS DANIEL
APELLIDOS	GARCIA HERNANDEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/06/2025	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	06/18/2025 15:01:27	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya

349

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	80038149
NOMBRES	JIMMY ALBERTO
APELLIDOS	CENDALES MORA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA
MUNICIPIO	CHIA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	01/11/2019	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	06/18/2025 14:33:39	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1016075257
NOMBRES	JULIAN DARIO
APELLIDOS	FAJARDO NUÑEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/04/2007	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	06/18/2025 14:39:39	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	80793394
NOMBRES	JORGE ELIECER
APELLIDOS	RODRIGUEZ PAREDES
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS SURAMERICANA S.A.	CONTRIBUTIVO	01/07/2017	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	06/18/2025 14:40:55	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1010201650
NOMBRES	ALEJANDRA
APELLIDOS	GARZON BUSTAMANTE
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/07/1996	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	06/18/2025 14:41:48	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	52335172
NOMBRES	PAOLA ANDREA
APELLIDOS	COPABAN RICO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	17/03/2004	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	06/18/2025 14:47:15	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	80051643
NOMBRES	JAVIER ALEXANDER
APELLIDOS	RAMIREZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	06/12/2016	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	06/18/2025 14:48:05	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1010192576
NOMBRES	ALEXANDER
APELLIDOS	CASTILLO SIERRA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/08/2019	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	06/18/2025 14:48:49	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	87717804
NOMBRES	CIPRIANO ALONSO
APELLIDOS	BUSTOS BUSTOS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	NARINO
MUNICIPIO	IPIALES

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	16/06/2005	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	06/18/2025 14:58:09	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	32907266
NOMBRES	YULY PAULIN
APELLIDOS	JARAMILLO BOLAÑO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS SURAMERICANA S.A.	CONTRIBUTIVO	01/10/2013	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	06/18/2025 14:59:23	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1073696732
NOMBRES	GUYLINTON JOSE
APELLIDOS	LINARES URREGO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA
MUNICIPIO	SOACHA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	27/01/2014	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	06/18/2025 15:02:02	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	74324850
NOMBRES	NORBERTO ANIBAL
APELLIDOS	URREGO BARAHONA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/05/2020	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	06/18/2025 15:02:36	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya

360

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	9197514
NOMBRES	LUIS EDUARDO
APELLIDOS	ACUÑA MEDINA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	01/05/2023	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	06/18/2025 15:04:38	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,

361

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	16110632
NOMBRES	FRANCISCO JAVIER
APELLIDOS	ALVAREZ ORTIZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/04/2025	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	06/27/2025 12:00:44	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya

382

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	19120018
NOMBRES	HERNANDO
APELLIDOS	RODRIGUEZ SIABATO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	01/07/2024	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	06/27/2025 12:02:42	Estación de origen:	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

363

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1001197750
NOMBRES	MAO SEBASTIAN
APELLIDOS	BERMEO MAHECHA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	01/06/2015	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	06/18/2025 15:05:21	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

364

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1032415309
NOMBRES	OSCAR DANIEL
APELLIDOS	TIRANO SANDOVAL
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/10/2021	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	06/27/2025 11:37:08	Estación de origen:	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,

365

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	51964259
NOMBRES	LUZMILA
APELLIDOS	LUENGAS PEÑA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/08/2007	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	06/18/2025 14:54:03	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,

366

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1017243738
NOMBRES	PAOLA CRISTINA
APELLIDOS	MORALES COLORADO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS SURAMERICANA S.A.	CONTRIBUTIVO	01/02/2019	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	06/18/2025 14:55:19	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya

367

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1048268303
NOMBRES	RAFAEL DAVID
APELLIDOS	DUNCAN FERNANDEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	01/09/2023	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	08/11/2025 10:57:27	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

368

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1065659224
NOMBRES	JAVIER ENRIQUE
APELLIDOS	VELASQUEZ ARIAS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/08/2025	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	08/11/2025 10:58:48	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya

3879

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1001855671
NOMBRES	DILAN DAVID
APELLIDOS	NORIEGA GONZALEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/01/2023	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	08/11/2025 10:59:28	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1077434177
NOMBRES	JHON JAMES
APELLIDOS	MOSQUERA CORDOBA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	09/03/2007	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	08/11/2025 11:01:07	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,

Anexo 2. Descripción Sociodemográfica

	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	SST-FT-07 Fecha 1/Abr/2025 Versión 02

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 8 - Jul - 2025

NOMBRES: Juan Manuel APELLIDOS: Santos Orellanos

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: CC 79474031 DE Bogota

RH: O+ EDAD: 56 EPS: Famisanar PENSION: Porvenir

DIRECCIÓN: Calle 167 Nº 48-44 TELÉFONO: 3125791409

ESTADO CIVIL: Casado NÚMERO DE HIJOS: 2 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 X
Recreación y deporte _____ Otro _____ Cuál? _____

¿SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD?: SI ___ NO X CUÁL?: _____

¿FUMA?: SI _____ NO X CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS?: SI _____ NO X

PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA: Sandra Nieto 3137768205

NÚMERO DE TELÉFONO: 3125791409 PARENTESCO: Esposa

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO X ¿Cuál?: _____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Juan M Santos

FIRMA: 79474031

	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	SST-FT-07 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 02

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 24-07-2025

NOMBRES: Sloan APELLIDOS: Garnica Basante

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: 1079099425 DE Bogotá

RH: O+ EDAD: 30 EPS: Salud total PENSION: porvenir

DIRECCIÓN: Cll 140 N° 108 - 20 TELÉFONO: 3227654956

ESTADO CIVIL: Soltero NÚMERO DE HIJOS: 1 ESTRATO SOCIAL 2

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? futbol

¿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: Yaneth Basante

NÚMERO DE TELÉFONO: 3112689965 PARENTESCO: Mamá

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO ✓ ¿Cuál?: ____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Sloan Basante

FIRMA:

	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	SST-FT-07 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 02

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 24/07/25

NOMBRES: Laura APELLIDOS: Garcia

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: 72301381 DE _____

RH: O Positivo EDAD: 58 EPS: Coosalud PENSION: Proteccion

DIRECCIÓN: 143B#145C-16 TELÉFONO: 3157226293

ESTADO CIVIL: Soltera NÚMERO DE HIJOS: NO 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 X CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS?: SI _____ NO X

PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA: Ana Osorio Amiga

NÚMERO DE TELÉFONO: 3142961324 PARENTESCO: _____

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO X ¿Cuál?: _____

_____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Laura Garcia

FIRMA: Laura Garcia

	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	S 07 Fecha br/2025 Versión: 02

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 16-07-2025

NOMBRES: Carlos Santiago APELLIDOS: Niño Cortes

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: cc. 1031810520 DE Bogotá

RH: B+ EDAD: 18 EPS: Famisanar PENSION: Colpensiones

DIRECCIÓN: KR 148 B 134 A 20 TELÉFONO: 3212602205

ESTADO CIVIL: Soltero NÚMERO DE HIJOS: _____ 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 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: Nubia Milena Cortes Heres

NÚMERO DE TELÉFONO: 3016666032 PARENTESCO: Madre

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO X ¿Cuál?: _____

_____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Carlos Santiago Niño Cortes

FIRMA: Santiago Cortes

	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	[illegible]

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 21-JULT-2025

NOMBRES: WILSON DIAZ APELLIDOS: RUIZ.

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: CC 79.493.184 DE: BOGOTA.

RH: O+ EDAD: 56 EPS: COMPENSAR PENSION: COLPENSIONES

DIRECCIÓN: CL 65 SUR # 69A-68. TELÉFONO: 3134538041

ESTADO CIVIL: CASADO NÚMERO DE HIJOS: 2 ESTRATO SOCIAL: 3

ESCOLARIDAD: Primaria _____ Bachiller X Profesional _____ Estudiante: _____

TIPO DE VIVIENDA: Propia: X Arrendada: _____ 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?: _____

[illegible] _____

¿FUMA?: SI _____ NO X CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS?: SI _____ NO X

PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA: NORMA RUTH GUEVARA

NÚMERO DE TELÉFONO: 3143638534 PARENTESCO: ESPOSA

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO X ¿Cuál?: _____

_____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: _____

FIRMA: _____

	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	[illegible] Fecha: 1/[illegible] Versión: 01

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 21-07-2025

NOMBRES: Joselito APELLIDOS: Leiton Rivas

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: 5967959 DE Ortega Tolima

DIRECCIÓN: Cra 157 # 136-42 TELÉFONO: 3184400267

ESTADO CIVIL: casado NÚMERO DE HIJOS: 1 ESTRATO SOCIAL 2

ESCOLARIDAD: Primaria X Bachiller _____ Profesional _____ Estudiante: _____

TIPO DE VIVIENDA: Propia: X Arrendada: _____ 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: Maria Julia Sanchez

NÚMERO DE TELÉFONO: 3155866405 PARENTESCO: Esposa

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO X ¿CuáL?: _____

_____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Joselito Leiton

FIRMA:

	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	SST-FT-07 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 02

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 16-7-25

NOMBRES: Carlos Andres APELLIDOS: Orozco Bolivar

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: 1.129.504.542 DE Barranquilla

RH: O+ EDAD: 21 EPS: Salud total PENSION: Protección

DIRECCIÓN: Carrera 144 #132-31 TELÉFONO: 3001946369

ESTADO CIVIL: Soltero NÚMERO DE HIJOS: 0 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? ____

¿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: Tatiana Orozco

NÚMERO DE TELÉFONO: 302 7770773 PARENTESCO: Mamá

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO X ¿Cuál?: ____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Carlos Orozco

FIRMA: Carlos Orozco

	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO 16-1-25

NOMBRES: Cristian APELLIDOS Pestana Mercado

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: 1101460936 DE Sincelejo

RH: A+ EDAD 27 EPS: S Total PENSION: Porvenir

DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: 3107277359

ESTADO CIVIL: Unión libre NÚMERO DE HIJOS: 2 ESTRATO SOCIAL: ____

ESCOLARIDAD: Primaria _____ Bachiller ✓ 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 NO CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS?: SI _____ NO X

PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA: hermano 3157127704 Isabel

NÚMERO DE TELÉFONO: 3107127201 PARENTESCO: Hermana

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO X ¿Cuál?: _____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Cristian Pestana

FIRMA: Cristian Pestana

	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	SST-FT-07 Fecha: 1/Abril/2025 Versión: 02

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 16 JULIO 2025

NOMBRES: Edwar APELLIDOS: Herrera

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: 1044906787 DE Cartagena

RH: O+ EDAD: 27 EPS: Salud total PENSION: Porvenir

DIRECCIÓN: Calle 140 a 772 # 23 TELÉFONO: 3198963074

ESTADO CIVIL: Union Libre NÚMERO DE HIJOS: 3 ESTRATO SOCIAL 3

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? _____

¿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: Daniela ospina

NÚMERO DE TELÉFONO: 3223605675 PARENTESCO: Mujer esposa

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO X ¿Cuál?: _____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Edwar Herrera

FIRMA: Edwar

	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	SGT-FT-07 Fecha 18/07/2025 Versión 02

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 16/JULIO/2025

NOMBRES: MISAEL APELLIDOS: CAVIEDES

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: 382112 DE Cundinamarca

RH: O- EDAD: 67 EPS: COMPENSAR PENSION: PORVENIR

DIRECCIÓN: Cra 159 # 132B-18 TELÉFONO: 3116413516

ESTADO CIVIL: CASADO NÚMERO DE HIJOS: 1 ESTRATO SOCIAL 2

ESCOLARIDAD: Primaria _____ Bachiller X Profesional _____ 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: RUTH LEONOR MELO

NÚMERO DE TELÉFONO: 3150669491 PARENTESCO: ESPOSA

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO X ¿Cuál?: _____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: MISAEL CAVIEDES

FIRMA: MISAEL

	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	Fec... Ver...

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO 16-7-25

NOMBRES: Plinio Rodriguez APELLIDOS: Burgos

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: 74'333.366 DE Boyaca

RH: O+ EDAD: 55 EPS: nueva EPS PENSION: colpensiones

DIRECCIÓN: Calle 130 no 13B50 TELÉFONO: 3021695173

ESTADO CIVIL: Separado NÚMERO DE HIJOS: 3 ESTRATO SOCIAL 1

ESCOLARIDAD: Primaria X Bachiller ____ Profesional ____ Estudiante: ____

TIPO DE VIVIENDA: Propia: X Arrendada: ____ 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 X NO ____

PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA: Pompilio Rodriguez

NÚMERO DE TELÉFONO: 3204959210 PARENTESCO: Hermano

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO X ¿Cuál?: ____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Plinio Rodriguez

FIRMA: Plinio R

	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	SST-FT-07 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 02

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 23-7-25

NOMBRES: Mayra Andrea APELLIDOS: Ortiz Mejia

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: 1014111883 DE Bogotá

RH: O EDAD: 37 EPS: Salud total PENSION: Por Definir

DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: 3012568944

ESTADO CIVIL: Union Libre NÚMERO DE HIJOS: 2 ESTRATO SOCIAL 2

ESCOLARIDAD: Primaria _____ Bachiller _____ Profesional Bachiller Estudiante: no

TIPO DE VIVIENDA: Propia: Q Arrendada: Si Familiar: Si

USO DEL TIEMPO LIBRE: Otro trabajo: no Labores domésticas: _____ Estudio _____
Recreación y deporte _____ Otro _____ Cuál? Labores Domesticas

¿SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD?: SI ___ NO X CUÁL?: _____

_____

¿FUMA?: SI Si NO _____ CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS?: SI Si NO _____

PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA: Martha

NÚMERO DE TELÉFONO: 3115348593 PARENTESCO: madre

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO X ¿Cuál?: _____

_____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Mayra Ortiz

FIRMA: Mayra

	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	SST-FT-07 Fecha 1/Abr/2025 Versión 02

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 24/07/25

NOMBRES: Miguel Alexander APELLIDOS: toriva orate

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: 1122810674 DE Bogotá

RH: B+ EDAD: 19 EPS: CapitalSalud PENSION: colpensiones

DIRECCIÓN: Cra 80B #138-63 TELÉFONO: 3022571412

ESTADO CIVIL: Soltero NÚMERO DE HIJOS: 0 ESTRATO SOCIAL 3

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? ____

¿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: margarita orate

NÚMERO DE TELÉFONO: 3506524072 PARENTESCO: mamá

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO X ¿Cuál?: ____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Miguel toriva

FIRMA: ____

	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	SST-FT-07 Fecha: 11/Abr/2025 Versión: 02

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 1 JUL- 2025

NOMBRES: Oscar Efren APELLIDOS: Sanchez

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: 79258 23 DE Bolivar.

RH: A+ EDAD: 42 EPS: Salud total PENSION: Porvenir.

DIRECCIÓN: Clle 43B #19A - 23E TELÉFONO: 3109874235

ESTADO CIVIL: Casado NÚMERO DE HIJOS: 3 ESTRATO SOCIAL 1

ESCOLARIDAD: Primaria X Bachiller _____ Profesional _____ Estudiante: _____

TIPO DE VIVIENDA: Propia: X Arrendada: _____ 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: Omar efren Sanchez

NÚMERO DE TELÉFONO: 312329 3601 PARENTESCO: HIJO

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO X ¿Cuál?: _____

_____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Oscar efren Sanchez

FIRMA: Oscar efren Sanchez

	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	SST-FT-07 Fecha: 1/Abr/2025 Versión 02

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 23-7-25

NOMBRES: Alcibiades APELLIDOS: Cachòn Hernandez

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: 1024466584 DE Bogota

RH: O+ EDAD: 39 EPS: famisanaPENSION: Porvenir

DIRECCIÓN: Cra 10 #5-29 Sur TELÉFONO: 3024581 4349

ESTADO CIVIL: Unión libre NÚMERO DE HIJOS: 3 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?: _____

X

¿FUMA?: SI _____ NO X CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS?: SI _____ NO X

PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____ PARENTESCO: ESPOSA

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO X ¿Cuál?: _____

_____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Alcibiades Cachon

FIRMA: _____

Anexo 3. Plan de trabajo

	PLAN DE TRABAJO SST	Código: SST-PL-01 Versión: 01 Fecha: 01-Abr-2025

DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD	JULIO	2025	SST OBRA

	CONTRATO DE OBRA PUBLICA NO. 1013 de 2024

ITEM	ACTIVIDAD	SEMANA 1		SEMANA 2		SEMANA 3		SEMANA 4		SEMANA 5		SEMANA 6		SEMANA 7		SEMANA 8		SEMANA 9		SEMANA 10		%	RESPONSABLE	REGISTRO
		L	M	L	M	L	M	L	M	L	M	L	M	L	M	L	M	L	M	L	M			
Preliminar	Visita de reconocimiento de campo	P	E	P	E	P	E															3	3	100%	RESIDENTE SISOMA	REGISTRO FOTOGRAFICO
	Elaboracion SG-SST	P	E	P	E	P	E															3	3	100%	RESIDENTE SISOMA	DOCUMENTO SG-SST
	Entrega SG-SST	P	E	P	E	P	E							P								4	3	75%	RESIDENTE SISOMA	DOCUMENTO SG-SST
1. Actividades Inicio de Obra	Revisión afiliaciones y Seguridad Social del Personal	P	E	P	E	P	E	P	E	P		P		P		P		P		P		10	4	40%	SST OBRA	SEGURIDAD SOCIAL
	Revisión de Examenes Medico Ocupacionales del Personal	P	E	P	E	P	E	P	E	P		P		P		P		P		P		10	4	40%	SST OBRA	EXAMEN MEDICO
	Revisión de Cursos y certificados del personal	P	E	P	E	P	E	P	E	P		P		P		P		P		P		10	4	40%	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	E	P	E	P		P		P		P		P		P		10	4	40%	SST OBRA	INDUCCIÓN
	Entrega de Dotación	P	E	P	E			P	E					P								4	3	75%	SST OBRA	FORMATO ENTREGA
	Entrega de EPP	P	E	P	E	P		P	E	P		P		P		P		P		P		10	5	50%	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	E	P	E	P		P		P		P		P		P		10	4	40%	SST OBRA	FORMATO DE INSPECCION
	Inspección Botiquin	P	E	P	E	P	E	P	E	P		P		P		P		P		P		10	4	40%	SST OBRA	FORMATO DE INSPECCION
	Inspección Extintores	P	E	P	E	P	E	P	E	P		P		P				P		P		9	4	44%	SST OBRA	FORMATO DE INSPECCION
	Inspecciones Orden y Aseo	P	E	P	E	P	E	P	E	P		P		P		P		P		P		10	4	40%	SST OBRA	FORMATO DE INSPECCION
	Inspecciones Kit Antiderrames	P	E	P	E	P	E	P	E	P		P		P		P		P		P		9	4	44%	SST OBRA	FORMATO DE INSPECCION
	Inspecciones Herramientas	P	E	P	E	P	E	P	E	P		P		P		P		P		P		10	4	40%	SST OBRA	FORMATO DE INSPECCION
3. Actividades Obra	Informes de Obra			P	E	P	E	P	E	P		P		P		P		P		P		9	3	33%	SST OBRA	ATS
	Elaboración Permisos de Trabajo					P	E	P	E	P		P		P		P		P		P		8	2	25%	SST OBRA	PERMISOS DE TRABAJO
	Charlas de Seguridad			P	E	P	E	P	E	P		P		P		P		P		P		9	3	33%	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	E	P	E	P		P		P		P		P		P		9	2	25%	SST OBRA	CORREO ELETRONICO
	Conformacion Brigada de Obra			P	E	P	E															2	2	100%	SST OBRA	ACTA CONFORMACIÓN BRIGADA OBRA
	Simulacro distrital													P								1	0	0%	SST OBRA	ACTA CONFORMACIÓN BRIGADA OBRA
5. Capacitaciones Obra	Condiciones de orden y aseo en obra					P	E	P	E	P		P		P		P		P		P		8	2	25%	SST OBRA	FORMATO DE ASISTENCIA
	Capacitación / Charla Riesgo Biologico					P	E					P				P		P		P		5	1	20%	SST OBRA	FORMATO DE ASISTENCIA
	Capacitacion en riesgos asociados a las actividades					P	E											P				2	1	50%	SST OBRA	FORMATO DE ASISTENCIA
	seguridad vial					P	E					P						P				3	1	33%	SST OBRA	FORMATO DE ASISTENCIA
	Uso inadecuado de las herramientas			P	E	P	E															2	2	100%	SST OBRA	FORMATO DE ASISTENCIA
	Charla / Capacitación SGA							P	E													1	1	100%	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 Acpe y Condiciones Inseguras			P	E	P	E	P	E	P		P		P		P		P		P		9	3	33%	SST OBRA	FORMATO DE ASISTENCIA
	Normas de trabajo.					P	E			P				P		P		P		P		9	1	11%	SST OBRA	FORMATO DE ASISTENCIA
	Manejo de emergencias en la obra.					P	E															1	1	100%	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 Guia de Manejo Ambiental y PPMA del proyecto.					P	E															1	1	100%	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	E					H								2	1	50%	SST OBRA	FORMATO DE ASISTENCIA
6. Seguimiento SG-SST	Seguimiento a Cronograma					P	E	P	E	P		P		P		P		P		P		8	2	25%	SST OBRA	Cronograma
	Medicion de Indicadores					P	E	P	E	P		P		P		P		H		P		8	2	25%	SST OBRA	INDICADORES

LUISA MORENO	

CAPACITACIONES

	LISTA DE ASISTENCIA	SST-FT-10 Fecha 1-Abr-2021 Versión 01

HORA INICIO: 3:00 HORA FIN: 4:00

LUGAR: PTO Cied. - Villa Cindy

FECHA: 9-Jul-25

Marque con una (x) la(s) casilla(s) correspondiente(s)

Condiciones orden y aseo obra

1	Daniel Sosa	Pensión 165	Daniel
2	Luis Eduardo Hoyos	9.197.514	Luis Eduardo
3	Mayra Antonia Macias	1122594202	Mayra
4	Edwin [illegible]	1044906677	[illegible]
5	Jesus Daniel Garcia Hernandez	1085042995	Jesus Daniel Garcia
6	Dennin Antonio Sanchez	1044929677	Dennin S
7	Jose Coro	91322765	José
8	Victor Alonso Barrios Mendoza	Contratista	Victor
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

CAPACITADOR: Vera Moreno

Vera Moreno

	LISTA DE ASISTENCIA	55 Fecha 2025 01

HORA INICIO: 8:30 HORA FIN: 9:00

LUGAR: COP-1013-2024

FECHA: 19-7-2025

Marque con una (x) según corresponda

			X				

Charla actos y condiciones inseguras

1	Cristian Restrepo	1101 460 836	
2	Carlos Orozco	1129 504 549	Carlos Orozco
3	Edwar Herrera Mata	1044906787	
4	Arivelet Rodriguez	1263056	Arivelet R.
5	Plinio R	70333386	
6	Misael Saavedra	382 172	
7	Sean Posada	1078099725	
8	Dermin Sanchez	1044926271	Dermin
9	Jesús Daniel García. M.	1085042995	
10	Willian Andres Miranda Muñoz	1117552197	Willian Andres Muñoz
11	David Sosa	8035145	
12	Edwin M.	1044906637	
13			
14			
15			

CAPACITADOR: Lisy Moreno

402

	LISTA DE ASISTENCIA	

HORA INICIO: 8:30 HORA FIN 9:00

LUGAR: COP-1013-2024

FECHA: 25-7-2025

Marque con una (x) según corresponda

T		T			

Manejo de residuos
Manejo de material

1	Edwin [illegible]	1094906634	[illegible]
2	Jesus Raul Garcia H.	1085042495	[illegible]
3	Willian Andres Rivera Mejia	1117552197	Willian Andres Rivera
4	Dervin Sanchez	1044929627	Dervin
5	[illegible]	1019019465	[illegible]
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

CAPACITADOR: Luisa Moreno

Luisa Moreno

	LISTA DE ASISTENCIA	Fecha [illegible] 25 Versión 01

HORA INICIO: 8:30 HORA FIN: 900

LUGAR: COP-1013-2024

FECHA: 25-7-2025

Marque con una (x) según corresponda

	x		x				

Charla/capacitación SGA

1	[illegible]	[illegible]	[illegible]
2	Eduilinton Linares.	1.013.696.776	
3	[illegible] andres miranda ruiz	1117552197	[illegible] andres ruiz
4	Derwin Sanchez	1044929627	Derwin S
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

CAPACITADOR: Luisa Moreno

404

INSPECCIONES

405

	INSPECCION KIT ANTIDERRAMES	Codigo: SST-F-56 Version: 01 Fecha: 28 enero 2025

Objetivo: Identificar los Agentes de riesgos que enfrentan los trabajadores en sus actividades cotidianas, mediante inspecciones periódicas a los sitios, frentes de trabajo y equipo en general

AREA: COP 1013-2024 FECHA DE INSPECCION: 10-7-25

DATOS BASICOS			KIT ANTIDERRAME			
N°	COMPONENTES	UNIDAD	CANTIDAD	SI	NO	OBSERVACIONES
	KIT ANTIDERRAME					
01	Ubicación del Kit antiderrame	1	1	X		
02	Señalización y visibilidad	1	1	X		
03	Acceso (No obstáculos en el area de acceso)	1	1	X		
04	Estado del empaque (material)	1	1	X		
05	Bolsas rojas	1	1	X		
06	Paño Absorbente	1	1	X		
07	Pala Antichispa	1	1	X		
08	Barrera Absorbente Pequeña Tipo Gusano	1	1	X		
09	Cinta para demarcar el area expuesta	1	1	X		
10	Etiquetas de residuos peligrosos	1	1	X		
12	Gafas de seguridad	1	1	X		
13	Guantes de nitrilo	1	1	X		
14	Mascarilla protección de vapores organicos	1	1	X		
15	Otros					
	APTITUD DEL PERSONAL					
1	El personal esta capacitado para el uso del kit antiderrames?					
2	Se evidencia buen uso y cuidado del kit antiderrame por parte del personal del sitio?					

FIRMA: _____

NOMBRE: Luisa Moreno

RESPONSABLE DE LA INSPECCION

FIRMA: _____

NOMBRE: Luisa Moreno

RESPONSABLE DEL DESURMIENTO

406

INSPECCIÓN DE BOTIQUÍN

Nombre del responsable de la inspección: Luisa Moreno | Cargo: | RES. SST

Fecha: COP-1013-2024 | Fecha de inspección: 22-7-25

CAMILLA

Convenciones: B: Bueno R: Regular M: Malo NC: No Cumple NA: No Aplica

No.	N° DE CAMILLA	UBICACIÓN PISO	CONDICIÓN DE CAMILLA: SEÑALIZACIÓN	ACCESO	ESTADO DEL SOPORTE	INSTALACIÓN A PARTE	CORREAS DE SEGURIDAD	LIMPIEZA	INMOVILIZADOR	OBSERVACIONES	EXISTE AFECTACIÓN EN LA PRODUCTIVIDAD
1	7	PTO. CREA	B	B	B	B	B	B	B	NINGUNA.	NO
2											
3											
4											
5											
6											
7											

BOTIQUÍN

Convenciones: B: Bueno R: Regular M: Malo NC: No Cumple NA: No Aplica

N°	N° DE BOTIQUÍN	UBICACIÓN PISO	CONDICIONES DEL BOTIQUÍN: NORMA - ESTADO GENERAL (Limpio, ordenado, buena)	DARAS LIMPIAS PAQUETE (10 Unidades)	ESPARADRAPO DE TELA ROLLO de 4" (1) Unidad	BANDAS (Pag 3.20)	GUANTES DE LATEX (Caja * Mediana)	VENDA ELASTICA 2" 5 TARJAS (1 Unidad)	VENDA ELASTICA 3" 5 TARJAS (1 Unidad)	VENDA ELASTICA 5" 5 TARJAS (1 Unidad)	SOLUCION SALINA 250 a 500 c c (2 Unidades)	TERMOMETRO DIGITAL O MERCURIO (1 Unidad)	ALCOHOL ANTISEPTICO (Frasco 270 ml)	HIDROXICOLINA (JABON QUIRURGICO)	MICROPORE (1 Unidad)	CURAS	APLICADORES (1 Paquete)	LINTERNA	PARCHE OCULAR	FITO	TAPABOCAS	TIJERA DE TRAUMA	BOLSA ROJA	ROLLOS TRANSPARENTES	OBSERVACIONES	APECTACIÓN AL SERVICIO
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	B	Ninguna	NO
2																										
3																										
4																										
5																										
6																										
7																										

FIRMA RESPONSABLE INSPECCIÓN

NOMBRE RESPONSABLE

tah

Powered by CamScanner

INSPECCION DE EXTINTORES

Nombre del responsable de la inspección:	Lisa Moleno	Cargo:	Res. SST
Sede:	COP-1013-2024	Fecha de inspección:	25-7-25

Caracteristicas: B: Bueno R: Regular M: Malo NC: No Conforme NA: No Aplica

EXTINTORES

No.	N° DE EXTINTOR	UBICACIÓN PISO	TIPO (Marque con una (X)) POLVO/PLAN	TIPO (Marque con una (X)) MULTIPROPOSITO	TIPO (Marque con una (X)) AGUA	CAPACIDAD	FECHA PROXIMA RECARGA MES	FECHA PROXIMA RECARGA AÑO	CONDICIONES DEL EXTINTOR: ACCESO	VISIBILIDAD	SEÑALIZACION	PARED ALTURA (1.80 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	BITACO	OBSERVACIONES
1	1	PTO CREA		X		10 LB	4	26	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	NA			Ninguna
2																														
3																														
4																														
5																														
6																														
7																														
8																														
9																														
10																														
11																														
12																														

Powered by CamScanner

FORMATO INSPECCION DE EPP

FECHA: 30-1-25
OBRA: COP-1073-2024
LISTA INSPECCIONADA: COP-1073-2024
NOMBRE DE QUIEN REPORTA: Casa Mchado

No.	NOMBRE	CARGO	CASCO										CARA			OIDO			ESTADO			ENTREGADO POR			ENTREGADO EN				
			A	B	C	D	E	F	G	H	BV	MC	F	G	GG	BV	MP	MD	F	G	GG	1	2	3	4	5
1	ARI VELET	Ayudante	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X									X	X			
2	TITO MURILLO	Ayudante	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X									X	X			
3	DANIEL SOSA	OFICIAL	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X									X	X			
4	JOSE CARO	MAESTRO	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X									X	X			
5	DERWIN 2.	Ayudante	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X									X	X			
6	Jesus Garcia	Ayudante	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X									X	X			
7	Victor Berrio	Ayudante	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X									X	X			
8	William Miranda	Ayudante	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X									X	X			
9	Santiago Cortes	BASE	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X									X	X			
10	Jaime Garcia	Base	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X									X	X			
11																										
12																										
13																										
14																										
15																										

OBSERVACIONES

FIRMA

FIRMA

CASCO: A: CASCO, B: BARBUQUEJO, C: CUBIERTA, D: ROJO, E: PROTECCION RESPIRATORIA, F: PROTECTORES AUDITIVOS, G: GAFAS DE PROTECCION, H: OTRO, CUAL?

OIDO: BV: BOTELLA, MC: MOLDEADO, MP: MEDIA PUNTA, MD: MEDIA DIADEMA

CARA: F: FACIAL, G: GAFAS, GG: GOGGLES

ESTADO: B: BUENO, R: REGULAR, M: MALO

NO USO EPP: NS: NO SABE, NP: NO PUEDE, ND: NO QUIERE

MOTIVOS DE ENTREGA: 1. INSTRUCCION, 2. MOTIVACION, 3. CAMBIO DE EPP, 4. MEDIDAS PENDIENTES, 5. OTRAS

RESPONSABLE DE LA INSPECCION

RESPONSABLE DE LA ENTREGA

Powered by CamScanner

	INSPECCIÓN LOCATIVA		SST-FT-11 Fecha:1/Abr/2025 Versión:01
Fecha de inspección:	15-7-25	**Área / Unidad Operativa:**	COP-1013-2024
Inspección realizada por:	Luisa Moreno	**Nombre del Responsable:**	Luisa Moreno

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 ESTADO	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:			

Powered by CamScanner

Anexo 4. Exámenes médicos

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. 114790

FECHA : 12/07/2025 HORA:9:24	**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**	
NOMBRES: CARLOS SANTIAGO NIÑO CORTES	DOCUMENTO: 1031810520	EDAD: 18 GENERO: M
Empresa: CONSORCIO SUBA MT	Cargo: AYUDANTE DE OBRA	Tel: 3212602105 -

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 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. TRABAJADOR APTO PARA ACTIVIDAD LABORAL EN SUPERFICI E.

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

Las 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 16/08/2019
Medico Especialista en Salud Ocupacional

Firma Trabajador

C.C. No

UMED LTDA IPS MEDICINA LABOR... todos los protocolos de bioseguridad para SARS COV-2 COVID 19 segun re... del Ministerio de Salud del 24/ Abril 2020

Realice sus examenes en instalaciones ... dades por la Secretaria Distrital de salud. UMED LTDA Ltda 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

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 115196

FECHA : 26/07/2025 HORA:8:37	**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**	
NOMBRES: WILSON DIAZ RUIZ	DOCUMENTO: 79493184	EDAD: 56 GENERO: M
Empresa: CONSORCIO SUBA MT	Cargo: CONDUCTOR	Tel: 3134536045 -

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	Si	
Psicologia Laboral	NA		Radiologia Columna	NA	
Vacunas	NA		Radiologia Torax	NA	

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hematico IVG	NA		Parcial de Orina	NA	
Glicemia	Si		RH-Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	Si		KOH Uñas	NA	
Triglicéridos	Si		Frotis Faringeo	NA	
Serologia	NA		Coprologico	NA	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	Si	**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. 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	SI	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	SI	Dieta - Ejercicio Físico	NA
Valoración por Medicina Laboral de EPS	NA	Control de Tension Arterial	NA	Control Espirométria	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 coneción 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 de entendido 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 2 No. 25-90/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá D.C.
Tels. 278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels. 311 365 5841 - 301 541 7993

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 830.015064-4

Laboratorio - Medicina - Radiologia - Ecografia - Audiometria - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

No. 114872

FECHA : 16/07/2025 HORA:7:37		**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**	
NOMBRES: JOSELITO LEYTON RIVAS		DOCUMENTO: 5967969	EDAD: 63 GENERO: M
Empresa: CONSORCIO SUBA MT		Cargo: AUXILIAR	Tel: 3184400267

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 2. USO DE DOBLE PROTECCION AUDITIVA EN AREAS C ON 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	SI	Uso de Medias de Compresion 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	NA	Uso de Lentes Vision Cercana	NA	Dieta - Ejercicio Fisico	NA
Valoración por Medicina Laboral de EPS	NA	Control de Tension Arterial	NA	Control Espirometria	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, paraclínico(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 cohesion 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 30/07/2009** **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

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL emitido bajo la normatividad vigente para el manejo del COVID-19 según resolución 0312 de 2019 Ministerio de Salud y la Protección Social

Este documento es auténtico y puede ser verificado por la Gerencia Técnica de UMED LTDA I.P.S. Salud Ocupacional

495

COLMEDICOS
LA SALUD DE SU EMPRESA

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL DE PREINGRESO No. 79474031

Fecha: 2024-09-25 Hora: 12:28

COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA:

Este documento es propiedad exclusiva del titular de la historia clínica que en él figura en virtud de lo consignado en la resolución 1995 de 1999 que establece las normas para el manejo de historias clínicas generales y las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 para historias clínicas relacionadas con procesos de salud ocupacional. Para la protección y confidencialidad de la historia clínica del paciente este documento sólo podrá ser entregado a terceras personas o empresas con la autorización previa y escrita del titular de la historia.

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaria:	INDEPENDIENTE	Actividad económica:	Servicios
Nombre:	JUAN MANUEL SANTOS ORELLANOS	Documento:	CC 79474031
Fecha de nacimiento:	1968-12-24	Lugar de nacimiento:	BOGOTA DC (CUNDINAMARCA)
Edad:	55 años	Identidad de Género:	Masculino
Estado civil:	Casado		Sexo al nacer: Masculino
Dirección actual:	CL 167 # 48 40	No. hijos vivos:	2
Teléfono:	3125791409	Municipio:	BOGOTA, D.C.
Ocupación:	INGENIERO	Escolaridad:	Universitario_completo
AFP:	Porvenir	EPS:	Famisanar
Responsable**:	SANDRA NIÑO (ESPOSA)	ARL:	NO SABE
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.	Teléfono:	3132768205



** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.

INFORMACIÓN OCUPACIONAL DEL PUESTO DE TRABAJO (Perfil del cargo)
no hay perfil de cargo

2. ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES - FAMILIARES (P=Positivo, N=Negativo)

	Per.	Fam.		Per.	Fam.		Per.	Fam.		Per.	Fam.
1. Congenitos	N	N	6. Respiratorios	N	N	11. Dermatológicos	N	N	16. Vascular periférico	N	N
2. Quirurgicos	N	N	7. Asma	N	N	12. Reumatológicos	N	N	17. Cáncer	N	N
3. Traumáticos	N	N	8. Rinitis	N	N	13. Metabólicos	N	N	18. Mentales	N	N
4. Osteomusculares	N	N	9. Auditivos	N	N	14. Cardiovasculares	N	N	19. Epilepsia	N	N
5. Tóxicos o alergicos	N	N	10. Tuberculosis	N	N	15. Hipertensión	N	N	20. Otros	N	N

Observaciones: 15. HTA (per): diagnosticada en el 2011 control, manejo con losartan 1 cada 12 horas, amlodipino 1 tableta de 5 mg, hidroclorotiazida 25 diarios, en controles médicos.

20. Otras (per): uso de lentes desde el 2017 ultimo control hace 6 meses.

2. Quirurgicos (per): correccion de miopia a los 25 años, vasectomía a los 35 años.
No refiere antecedentes patológicos familiares.

Tratamiento actual: No refiere tratamiento actual para ninguna patología.

3. ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Empresa(Emp)-Actividad Económica(AE)-Oficio(Of)-Tiempo exposición(TE)-Factores Riesgo (FR)-Elementos Protección Personal(EPP)

1. Emp:INGEDUR Y OTROS - AE:Sector Servicios Of:Ingeniero - TE: MAS DE 300 meses Meses - FR:Ergonómicos, FR:Psicosociales, FR:Seguridad Industrial, - EPP: Botas, - EPP: Casco,

4. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS OCUPACIONALES

Area afectada (AA) - Tipo de lesión (TL) - Tiempo de ocurrencia (TO) - Secuelas (Sec)

No refiere ningún antecedente patológico ocupacional.

5. HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA (Saludables y de riesgo para la salud)

HABITO	TIPO	FRECUENCIA	TIEMPO
Deportes	Gimnasia	Diario	Hace 1 años
Tabaquismo		No Fuma	
Licor	Ninguno		

6. INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados

No presenta carnet de vacunación para revisión.

7. REVISION POR SISTEMAS Y ENFERMEDAD ACTUAL

No refiere ninguna sintomatología de enfermedad actualmente.

8. EXAMEN FISICO - ORGANOS DE LOS SENTIDOS (N=Normal, A=Anormal)

OJOS		OIDOS		NARIZ		ORO FARINGE	
1. Párpados-Conjuntiva	N	5. Pabellón	N	9. Huesos Nasales	N	13. Labios-Lengua	N
2. Cornea-Pupilas	N	6. Conductos	N	10. Vestíbulo	N	14. Amigdalas-Faringe	N
3. Esclerotica-Músculos	N	7. Timpanos	N	11. Tabique	N	15. Dentadura-Encias	N
4. Fondo de ojo	N	8. Lóbulos	N	12. Cornetes	N	16. Paladar-Úvula	N

1/16

los niveles de la presión arterial es una enfermedad de origen común que actualmente está en tratamiento controlado y que NO le genera restricciones ocupacionales para la ocupación. Requiere continuar siendo evaluado y manejada en su entidad de salud para su control y seguimiento.

ENFASIS 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.

LUZ ANGELA ROSERO PANTOJA
Medico
U. de Manizales
Res. 1060651036 de 13/10/2016
Esp. en Salud Ocupacional
U. del bosque
Res. 13064 de 29/10/2018

Firma para identificación de usuario
JUAN MANUEL SANTOS ORELLANOS
Documento: 79474031

Indice der

Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE INGRESO: Las Resoluciones 2346 del 11 de Julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO DE INGRESO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clínica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, según lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiere, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

Impreso por: katherine.triana
Fecha: 2024-09-25 Hora: 12:30

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. 115096

FECHA : 23/07/2025 HORA:10:7		**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**	
NOMBRES: ARNOLD SLOAN SUARIQUE BASANTE		DOCUMENTO: 1019099425	EDAD: 30 GENERO: M
Empresa: CONSORCIO SUBA MT		Cargo: AYUDANTE DE OBRA	Tel: 3227654956 -

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 Físico	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 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 en la empresa. 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. Haigo 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 16/08/99
Médico Especialista en Salud Ocupacional

Médico Laboral
R.M. 4667
Fecha de 18/08/2019

Firma Trabajador

C.C. No

418

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá D.C.
Tels.:278 5555 - 366 5291 - 239 1657

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. 115089

FECHA : 23/07/2025 HORA:9:20	**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**	
NOMBRES: JAIME ENRIQUE GARCIA TORREBLANCA	DOCUMENTO: 72301381	EDAD: 59 GENERO: M
Empresa: CONSORCIO SUBA MT	Cargo: AYUDANTE	Tel: 3157363893 -

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	
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 Sanguíneo	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. 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 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 cohesion 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. 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 recibire 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 tomar mi propia determinación.

CAMILO ERNESTO VELASQUEZ VELASCO
LICENCIA No. RES.7058 DE 16/08/19
Medico Especialista en Salud Ocupacional

Dr. Camilo Velasquez Velasco
Medico Laboral
R.M. 4587
Res. 7058 de 16/08/2019

Firma Trabajador

C.C. No

Huella

479

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá D.C.
Tels.:278 5555 - 366 5291 - 239 1657

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-810.015894-4

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 114621

FECHA : 08/07/2025 HORA:8:48	**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**	
NOMBRES: CARLOS ANDRES OROZCO BOLIVAR	DOCUMENTO: 1129504549	EDAD: 21 GENERO: M
Empresa: ESPACIO PUBLICO Y URBANISMOCYMCONSTRUCCIONES ASOCI	Cargo: AYUDANTE	Tel: 3001946369 -

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 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, paraclínico(s) y/o ocupacionalen 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 recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar son mi Huella 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 # 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá D.C.
Tels.:278 5555 - 366 5291 - 239 1657

UMED LTDA IPS MEDICINA LABORAL adopta todos los protocolos de bioseguridad para SARS COV-2 COVID-19 según resolución 666 del Ministerio de Salud del 24 Abril 2020

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. 114584

FECHA : 5/07/2025 HORA:9:47	**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**
NOMBRES: CRISTIAN DAVID PESTANA MERCADO	DOCUMENTO: 1101460836 EDAD: 27 GENERO: M
Empresa: ESPACIO PUBLICO Y URBANISMOCYMCONSTRUCCIONES ASOCI	Cargo: OFICIOS VARIOS Tel: 3147211359 -

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.

Lea este codigo QR con su celular para validar su autenticidad

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 Tensión 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 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

UNIDAD MEDICA DE ESPECIALISTAS EL DIVINO NIÑO JESUS Dr. Camilo Velasquez Velasco Médico Laboral R.M. 7058 de 16/08/2019

Firma Trabajador

C.C. No

0064

421

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. 114553

FECHA : 5/07/2025 HORA:8:52		**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**	
NOMBRES: EDUARD HERRERA MATA		DOCUMENTO: 1044996787	EDAD: 28 GENERO: M
Empresa: ESPACIO PUBLICO Y URBANISMOCYMCONSTRUCCIONES ASOCI		Cargo: AYUDANTE DE OBRA	Tel: - 3189863074

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

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 Graduada	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
Valorados por Medicina Laboral de EPS	NA	Control de Tension Arterial	NA	Control Espirometria	NA
Control Audiometrico	NA	Estilos de Vida Saludable	Si	Control Medico Ocupacional Anual	Si
					NA

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 preguntas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son exactas y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda coacción 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. Las autorizo para que sea a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de salud [illegible] de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y asegure estar de acuerdo con el proceso. Hago constar 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. 6080 DE 30/07/2019
Medico Especialista en Salud Ocupacional

Firma Trabajador

C.C. No

422

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá D.C.
Tels..278 5555 - 366 5291 - 239 1657

UMED LTDA IPS MEDICINA LABORAL cuenta con un protocolo de bioseguridad para SARS COV-2 COVID-19 según resolución 666 del Ministerio de Salud del 24 Abril 2020

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

NIT: 830.015894-4

Licencia de Prestación de Servicios en seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 114554

FECHA : 05/07/2025 HORA:7:45	**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**
NOMBRES: MISAEL CAVIEDES CARDENAS	DOCUMENTO: 382112 EDAD: 67 GENERO: M
Empresa: ESPACIO PUBLICO Y URBANISMOCVMCONSTRUCCIONES ASOCI	Cargo: MAESTRO Tel: 3116415518 -

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoracion Medica Laboral	Si	Respiratorio	Si
Espirometria	NA	Dermatologia	Si
Audiometria	Si	Osteomuscular	Si
Visiometria	Si	Cardiovasoular	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 SATISFACTORIO. TRABAJADORA APTA PARA ACTIVIDAD LABORAL EN SUPERFICIE

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 Compresion 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	Si	Dieta - Ejercicio Físico	NA
Valoración por Medicina Laboral de EPS	NA	Control de Tensión Arterial	NA	Control Espirometria	NA
Control Audiometrico	Si	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 VELASQUEZ
LICENCIA No. RES.7058 DE 16 08 19
Medico Especialista en Salud Ocupacional

Dr. Camilo Velasquez Velasco
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
DIVINO NIÑO JESUS
Medico Laboral
R.M. 4587
Res. 7058 de 16/08/2019

Firma Trabajador

C.C. No.

Huella

Laboratorio - Medicina - Radiologia - Ecografia - Audiometria - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas

Carrera 21 No. 28-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá D.C.
Tels.:278 5555 - 366 5291 - 239 1657

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. 114562

FECHA : 05/07/2025 HORA:11:54	**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**	
NOMBRES: PLINIO RODRIGUEZ BURGOS	DOCUMENTO: 74333366	EDAD: 55 GENERO: M
Empresa: ESPACIO PUBLICO Y URBANISMOCYMCONSTRUCCIONES ASOCI	Cargo: OFICIAL	Tel: 3026495173

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

ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR SATISFACTORIO. TRABAJADOR APTO PARA ACTIVIDAD LABORAL EN SUPERFICIE. REQUIERE CORRECCION OPTOMETRICA PERMANENTE.

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	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	Si	Estilos de Vida Saludable	NA	Control Medico 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 e le pertección 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

UNIDAD MEDICA DE ESPECIALISTAS EL DIVINO NIÑO JESUS Dr. Camilo Velasquez Velasco Medico Laboral RM 4567 Res. 7058 de 16/08/2019

Firma Trabajador

C.C. No. P1. [illegible]

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

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. 113572

FECHA : 30/05/2025 HORA:8:58	**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**
NOMBRES: WISSES MIGUEL OÑATE MEJIA	DOCUMENTO: 1015411853 EDAD: 37 GENERO: M
Empresa: CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS A&C SAS	Cargo: OFICIAL Tel: 3012568944 -

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	
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 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	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 completos. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesion 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 electronico o fisico 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 18/06/13
Medico Especialista en Salud Ocupacional

Firma Trabajador

C.C. No

425

Carrera 21 No. 25-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá D.C.
Tels: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels: 311 265 5841 - 301 541 2992

UMED LTDA IPS MEDICINA LABORAL ... Resolución de Habilitación ... SARS-CoV-2 (COVID-19) ... Ministerio de Salud del 12 de Mayo 2020

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

Trabajo en Alturas - Espacios Confinados - Medicina Laboral



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 114131

FECHA : 18/06/2025 HORA:8:14	EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO	
NOMBRES: MIGUEL ALEXANDER TORRIJA OÑATE	DOCUMENTO: 1122810674	EDAD: 19 GENERO: M
Empresa: CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS A&C SAS	Cargo: AYUDANTE	Tel. 3022571412 -

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	
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 SUPERFICI

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

426

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Barrio [illegible] - Bogotá D.C.
Tels. 278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels. 311 265 5841 - 301 541 7992

UMED LTDA IPS MEDICINA LABORAL autorizada por la secretaría de Salud local para EXAMENES COVID 19 según resolución 0666 del Ministerio de Salud del 24 Abril 2020

SANTA ELENA SAS
Servicios Médicos Integrales

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

Nit. 900157744 - 0
Dirección: CL 27 SUR 19 19 P 1 P 2 CS 201 CS 203 P 3
Tel: 6016264247-3183832985-3115117029-3002717331 NIT 900157744

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )



DATOS DEL PACIENTE

Fecha 30/04/2025 06:21:00 Empresa PAVIMAQ SAS

Nombre OSCAR EFREN SANCHEZ LEMUS

Cargo OPERARI Doc. Identidad CC 7925823

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS

1 EXAMEN DE INGRESO OCUPACIONAL	2	3
4	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACION
Apto para el cargo	(X)	( )	( )	( )
Aplazado	( )	( )	( )	( )
Apto con restricciones	( )	( )	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )	( )	( )
Apto para trabajar en espacios confinados	( )	( )	( )	( )
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	( )	( )	( )	( )
Apto para participar en la brigada	( )	( )	( )	( )
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	( )	( )	( )	( )

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	( )	( )
Requiere restricciones de actividades	( )	( )
Requiere reubicación laboral temporal	( )	( )
Requiere reubicación laboral permanente	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )
Apto para trabajar en espacios confinados	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	( )	( )
Secuelas de Accidentes de Trabajo	( )	( )
Enfermedad Común	( )	( )

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ( ) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular ( ) Psicosocial ( ) Ergonómico ( ) Otros ( )

REMISIÓN	SI	NO	ARL	SI	NO	EPS	SI	NO
	( )	(X)		( )	( )		( )	( )

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO
INDUCCION O REINDUCCION AL PUESTO DE TRABAJO DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA CON ENFASIS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST)
CUMPLIR CON LAS NORMAS DE (SG-SST) PARA LA PREVENCION DE ACCIDENTES Y ENFERMEDAD LABORAL
CULTURA DE TRABAJO SEGURO Y INFORMACION SOBRE LOS RIESGOS DE CAIDA QUE HAY EN LA EMPRESA

JOSE LUIS RODRIGUEZ BAQUERO
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 79570561 RM:

Oscar Efren Sanchez

Trabajador: OSCAR EFREN SANCHEZ LEMUS
CC 792583
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biométrica

427

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS
Nit. 900157744 - 0
Dirección: CL 27 SUR 19 19 P 1 P 2 CS 201 CS 203 P 3
Tel: 6016264247-3183832985-3115117029-3002717331 NIT 900157744

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

USAR EPP NECESARIO
SE RECOMIENDA LAVADO DE MANOS Y DE UÑAS DE FORMA CONSTANTE
MANEJO DE ESTRÉS QUE MEJOREN LA CARGA LABORAL.
PAUSAS ACTIVAS PARA EVITAR TRAUMA ACUMULATIVO EN MIEMBROS SUPERIORES
SE ACONSEJA ESTILO DE VIDA SALUDABLES CON ACTIVIDAD FISICA Y HABITOS ALIMENTARIOS BALANCEADOS PARA MANTENER UN PESO ADECUADO
INFORMACION SOBRE CUALQUIER DETERIORO EN LA SALUD QUE LE LIMITE TRABAJAR
CUALQUIER OMISION EN LA INFORMACION INDAGADA DURANTE LA CONSULTA MEDICA FRENTE A SU HISTORIAL CLINICO, EXIME AL MEDICO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD FRENTE A EVENTOS QUE SUCEDAN DURANTE EL EJERCICIO DE SU LABOR Y SE CONSIDERA UNA FALTA GRAVE DEL TRABAJADOR

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

JOSE LUIS RODRIGUEZ BAQUERO
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 79570561 RM:

Oscar Efren Sanchez

Trabajador: OSCAR EFREN SANCHEZ LEMUS
CC 792583
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biométrica

Recomendaciones Medicas

	NOTIFICACIÓN MEDICO LABORALES	SG... Fecha: 1...25 Versió...

Señora/o Carlos Niño

Cargo Ayudante 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 el día 12-7-25, en los resultados obtenidos se indica concepto de aptitud con APTO SIN restricción, 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,

Carlos Niño

Firma Santiago Cortes
C.C: 1031810520
Fecha: 10-07-25

130

	NOTIFICACIÓN MEDICO LABORALES	SST-FT-05 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Señora/o Wilson Diaz

Cargo conductor

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 26-7-25. en los resultados obtenidos se indica concepto de aptitud con Apto Sin restricción, Indicado lo siguiente:
uso doble protección auditiva- Higiene Postural- Pausas activas- ergonomía Puesto de trabajo- uso epps- Control audiométrico - control optometria- uso de lentes- estilos de vida saludables - control medico ocupacional.

Por lo anterior, se requiere control con la EPS y valoración con énfasis Audiometrico 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 medicos 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: 79.493.184.
Fecha: 21-07-2025.

431

	NOTIFICACIÓN MEDICO LABORALES	SST-FT-05 Fecha: 1/Abril/2025 Versión: 01

Señora Joselito leiton

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 16-7-25, en los resultados obtenidos se indica concepto de aptitud con APTO SIN RESTRICCION. Indicado lo siguiente:
Higiene postural - Pausas activas - Ergonomia - Puesto de trabajo - Control audiometrico - uso doble Proteccion - Control optometria Estilos de vida saludable - Control ocupacional anual

Por lo anterior, se requiere control con la EPS y valoración con énfasis Control optometr 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,

Joselito

Firma
C.C: 5967929
Fecha: 21-07-2025

432

	NOTIFICACIÓN MEDICO LABORALES	SST-FT-05 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Señora/o Juan M Sarabia

Cargo Ing Residente

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 Colmedicos el día 25-9-24, en los resultados obtenidos se indica concepto de aptitud con APTO SIN RESTRICCION Indicado lo siguiente: USO EPPS - Dieta Saludable - 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 medicos 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,

Juan M Sarabia

Firma
C.C: 7044740 51
Fecha: 8 de Julio/2025

433

	NOTIFICACIÓN MEDICO LABORALES	SST-FT-05 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Señora/o
Sara Rosario

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 23-7-25 en los resultados obtenidos se indica concepto de aptitud con Apto Sin Restricción, 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: 1019099425
Fecha: 24-07-2025

634

	NOTIFICACIÓN MEDICO LABORALES	SST-FT-05 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Señora/o
Tatiana 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** umed el dia 23-7-25, en los resultados obtenidos se indica concepto de aptitud con APTO SIN RESTRICCIÓN, Indicado lo siguiente:
Higiene Postural- Pausas activas ergonomia Puesto de trabajo-uso EPPS- uso lentes formulados- 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: 72 301 381
Fecha: 24/07/25

435

	NOTIFICACIÓN MEDICO LABORALES	SST-FT-05 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Señora/o
Carlos Orozco

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 dia 08-08-25, en los resultados obtenidos se indica concepto de aptitud con Apto sin restricción, Indicado lo siguiente; higiene postural-uso epps- ergonomia puesto de trabajo- 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,

C. Carlos. Orozco

Firma
C.C: 1129 504 549
Fecha: 16-07-2025

	NOTIFICACIÓN MEDICO LABORALES	TST-ET-05 Fecha 1/Abr/2025 Versión 01

Señora/o Christian Pestana

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** UMEC el dia 5-7-25 en los resultados obtenidos se indica concepto de aptitud con APTO SIN restricc, Indicado lo siguiente: Higiene postural- uso epps- pausas activas- ergonomia puesto de trabajo- 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,

Cristian Pestana

Firma
C.C: 1101960836
Fecha: 16-06-05

437

	NOTIFICACIÓN MEDICO LABORALES	SST-FT-05 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Señora/o Eduard 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** umed el dia 5-7-25, en los resultados obtenidos se indica concepto de aptitud con Apto sin restricción 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,

Edwar

Firma Edwar
C.C: 1044906787
Fecha: 16 Julio 2025

438

	NOTIFICACIÓN MEDICO LABORALES	SST-FT-05 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Señora misael cañedes

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 5-7-25, 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 protección auditiva- uso EPPS- uso lentes- 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: 382 112
Fecha: 16/JULIO/2025

137

NOTIFICACIÓN MEDICO LABORALES

Señora/o Plinio Rodriguez

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 dia 5-7-25, en los resultados obtenidos se indica concepto de aptitud con Apto sin restricción, Indicando lo siguiente:
Higiene postural - ergonomia Pausas de trabajo - uso epps Control audiometrico - uso doble proteccion auditiva uso lentes - control medico ocupacional anual

Por lo anterior, se requiere control con la EPS y valoración con énfasis Optometra 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,

Plinio Rodriguez

Firma
C.C: 74333386
Fecha:

440

	NOTIFICACIÓN MEDICO LABORALES	SST-FT-05 Fecha: 1/Abr/2025 Version: 01

Señora/o Miguel oiyte

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 30-5-25, en los resultados obtenidos se indica concepto de aptitud con APTO SIN restricción 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 medicos 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.

Miguel Ortiz

Firma
C.C: 1015411055
Fecha: 27 2025

441

	NOTIFICACIÓN MEDICO LABORALES	SST-FT-05 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Señora/o Miguel Torrita

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 dia 19-6-25, en los resultados obtenidos se indica concepto de aptitud con Apto sin restricción, 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: 1122810674
Fecha: 24/07/25

4/52

	NOTIFICACIÓN MEDICO LABORALES	SST-FT-05 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Señora/o Oscar Sanchez

Cargo operador.

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** Santa Helena el día 30-4-25, en los resultados obtenidos se indica concepto de aptitud con Apto sin recomendación. Indicado lo siguiente: Uso epps- pausas activas- estilos de vida saludable. Higiene postural- 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,

Oscar Orlen Sanchez

Firma
C.C:
Fecha:

443

Anexo 5. Inducciones

	LISTA DE ASISTENCIA **INDUCCIÓN**	SST-FT-02 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

FECHA: 16-JUL-25
LUGAR: CIO CREA
DURACIÓN: 40 MINUTOS

TEMAS

En fase 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. Responsables del sistema de seguridad y salud en el trabajo. Generalidades del sistema general de riesgos laborales. Definición de accidente y 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 de atención de ARL Colsanitas, clínicas y hospitales. Plan de emergencias, protocolos de cómo actuar en caso de incendio, terremoto, evacuación, primeros auxilios, evacuación de heridos. Manejo de extintores. Manejo adecuado de cargas, normas de seguridad vial, manejo preventivo para conductores, normas de seguridad en alturas, higiene, orden y aseo. Uso de fichas de seguridad para productos químicos. Riesgos ambientales, químicos y biológicos 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 logísticos. Comité de convivencia.

	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Santiago Cortes	1031810520	Santiago Cortes
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

RESPONSABLE: _____

Res. SST

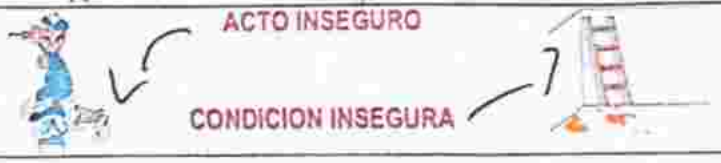
4/5

	EVALUACIÓN INDUCCIÓN	SST-FT-03 Fecha 01-Abr-2025 Versión 01

I. Datos del colaborador	
Tema de capacitación	Induccion
Nombre del trabajador	Carlos Santiago Niño Cortes
Cargo	Auxiliar de Obra
Fecha	16-07-2025

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 linea 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	Santiago Cortes	Firma capacitador	

946

	LISTA DE ASISTENCIA INDUCCIÓN	SST-FT-02 Fecha 01-Abr-2025 Versión: 01

FECHA: 23-7-25
LUGAR: Pto Crea
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.
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	Alcibiades canchon	1024466587	
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

RESPONSABLE:

Residente SST

947

	EVALUACIÓN INDUCCIÓN	SG-SST-03 Fecha 01-Abr-2025 Versión 01

I. Datos del colaborador	
Tema de capacitación	Inducción.
Nombre del trabajador	Alcibiades Cardoza Hernandez.
Cargo	contratista.
Fecha	07-23-2025.

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?	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	 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			
[illegible]	X			

Firma asistente		Firma capacitador	

448

	LISTA DE ASISTENCIA INDUCCIÓN	SST-FT-02 Fecha 01-Abr-2025 Versión: 01

FECHA: 24 Julio 2025
LUGAR: Sonacca
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	Miguel tomba	1122880674	Mig
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

RESPONSABLE:

Residente SST

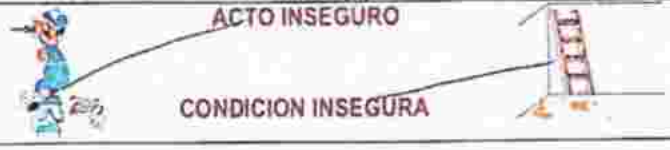
2/49

	EVALUACIÓN INDUCCIÓN	SST-FT-03 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

I. Datos del colaborador	
Tema de capacitación	Inducción
Nombre del trabajador	Miguel Alexander Ferrija Ariate
Cargo	Ayudante
Fecha	24 Julio 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	Miguel Ferrija	Firma capacitador	

450

	LISTA DE ASISTENCIA INDUCCIÓN	SST-FT-02 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

FECHA 23/7/2025
LUGAR: PUNTO COLOR
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. 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	Miguel ORTIZ	1015411853	
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

RESPONSABLE:

RES. SST

	EVALUACIÓN INDUCCIÓN	SST-FT-03 Fecha 01-Abr-2025 Versión: 01

I. Datos del colaborador	
Tema de capacitación	Induccion
Nombre del trabajador	Miguel ovalle
Cargo	
Fecha	Oficial 23 de Julio

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?	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	 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	+			
Desempeño del capacitador	+			
[illegible]	+			

Firma asistente	Miguel OVALLE	Firma capacitador	

452

	LISTA DE ASISTENCIA INDUCCIÓN	SST-FT-02 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

FECHA: 16-Jul-25
LUGAR: TTD CIPA
DURACION: 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 o 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 incidentes de trabajo los cuales se encuentra expuesto para desempeñar el cargo. Factores de riesgo prevalentes. Prevención de riesgos de accidentes de trabajo y enfermedad laborales. Red asistencial de ARL Colsanitas, clínicas y hospitales. Plan de emergencias, protocolos de como actuar en caso de incendio, terremoto, evacuación, primeros auxilios, evacuación de lesionados. Manejo de extintores. Manejo adecuado de cargas, normas de seguridad vial, medios preventivos para condiciones. Normas de seguridad en oficinas, higiene, aseo y orden. 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. Pausas laborar, ejercicios de pausas activas antes de iniciar su turno. Higiene Postural para trabajar con video terminales. Aspectos legales. Comité de convivencia.

	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Misael Cañedez	3[illegible]2112	
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

RESPONSABLE:

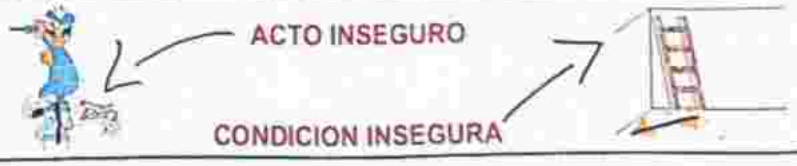
RES. SST

	EVALUACIÓN INDUCCIÓN	SST-FT-03 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

I. Datos del colaborador	
Tema de capacitación	INDUCCION SST
Nombre del trabajador	MISAEL CANTECES
Cargo	MAESTRO
Fecha	16 / JULIO / 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 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	

481

	LISTA DE ASISTENCIA INDUCCIÓN	**SST-FT-02** **Fecha:01-Abr-2025** **Versión: 01**

FECHA: 16-Jul-2025
LUGAR: Pto crea
DURACIÓN: 40 minutos

TEMAS
Se hace inducción en Segundad 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 Herrera	1044906787	Edwin
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

RESPONSABLE: _____

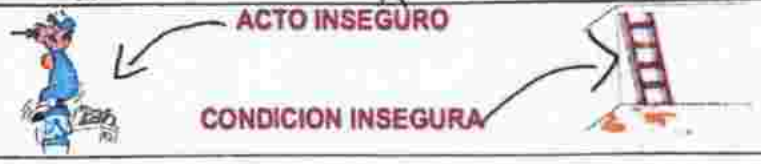
Res. SST

	EVALUACIÓN INDUCCIÓN	SST-FT-03 Fecha 01-Abr-2025 Versión: 01

I. Datos del colaborador	
Tema de capacitación	INDUCCIÓN
Nombre del trabajador	Edwin Herrera Mesa
Cargo	Ayudante
Fecha	16 Julio 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	X			
Desempeño del capacitador	X			
Metodología y Logística	X			

Firma asistente	Edwin	Firma capacitador	

	LISTA DE ASISTENCIA INDUCCIÓN	SST-FT-02 Fecha 01-Abr-2025 Versión 01

FECHA 16-3-25
LUGAR PAO Clea
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	Carlos Orozco	1.129.504.549	Carlos Orozco
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

RESPONSABLE: Vivi Molano

Residente SST

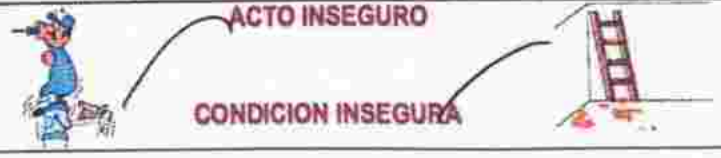
459

	EVALUACIÓN INDUCCIÓN	SST-FT-03 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

I. Datos del colaborador	
Tema de capacitación	Inducción
Nombre del trabajador	Carlos Andres Orozco
Cargo	Ayudante
Fecha	16-7-25

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	Carlos Orozco	Firma capacitador	

4/5

	LISTA DE ASISTENCIA INDUCCIÓN	SST-FT-02 Fecha 01-Abr-2025 Versión: 01

FECHA: 23-JUL-25
LUGAR: Pto Crea
DURACIÓN: 40 minutos

TEMAS
Se hace inducción en Segundad 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 autosegundad. 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	Cristian Jiménez	1101960836	Cristian
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

RESPONSABLE: _____

Res. SST

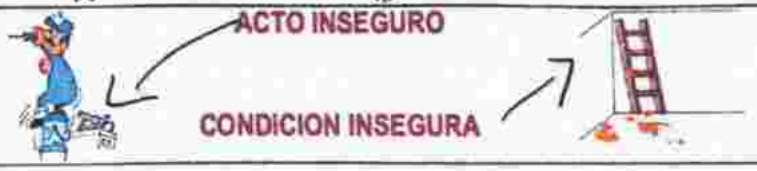
49

	EVALUACIÓN INDUCCIÓN	SST-FT-03 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

I. Datos del colaborador	
Tema de capacitación	INDUCCIÓN SST
Nombre del trabajador	• Cristian Pestana
Cargo	• Auxiliar
Fecha	• 16-06-05

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 ✗ 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 ✗ 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	• Cristian P.M.	Firma capacitador	

460

	LISTA DE ASISTENCIA INDUCCIÓN	**SST-FT-02** **Fecha:01-Abr-2025** **Versión: 01**

FECHA: 1 JUL- 2025
LUGAR: PTO CRED
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	Oscar Efren Sanchez	79 25823	
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

RESPONSABLE: VILMA MORA

Residente SST.

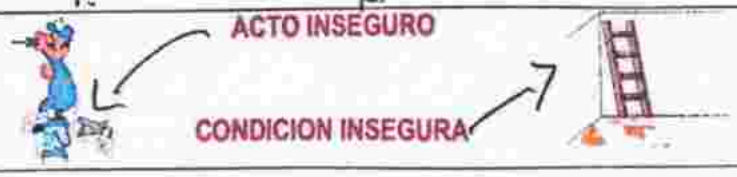
401

	EVALUACIÓN INDUCCIÓN	SST-FT-03 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

I. Datos del colaborador	
Tema de capacitación	INDUCCION
Nombre del trabajador	OSCAR EFREN SANCHEZ
Cargo	OPERADOR MAQUINARIA
Fecha	1-JUL-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	OSCAR EFREN SANCHEZ	Firma capacitador	

	LISTA DE ASISTENCIA INDUCCIÓN	SST-FT-02 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

FECHA: 21-07-2025
LUGAR: PTO CRED
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	Joselito Leiton	5967959.	Joselito
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

RESPONSABLE: _____

RES. SST

	EVALUACIÓN INDUCCIÓN	SST-FT-03 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

I. Datos del colaborador	
Tema de capacitación	Inducion
Nombre del trabajador	Joselito leiton
Cargo	ayudante obra
Fecha	21-07-2025

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	 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. X 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	Asistió	Firma capacitador	

	LISTA DE ASISTENCIA INDUCCIÓN	SST-FT-02 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

FECHA: 8-JUL-2025
LUGAR: PTOCRPA
DURACIÓN: 40MINUTOS

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. 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 Manuel Sut.	79484031	
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

RESPONSABLE:

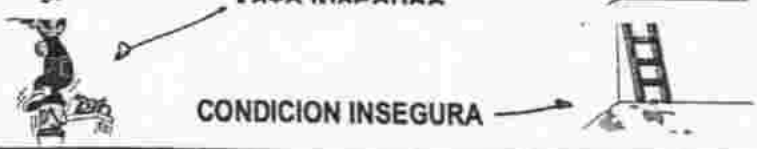
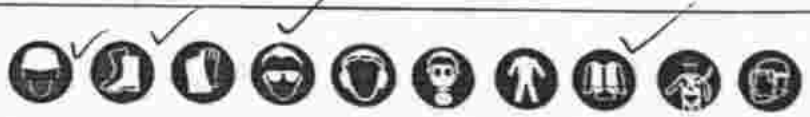
RES. SST

	EVALUACIÓN INDUCCIÓN	SST-FT-03 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

I. Datos del colaborador	
Tema de capacitación	Inducción
Nombre del trabajador	: Juan Manuel Santos
Cargo	: Ing. Residente
Fecha	: 8-Jul-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				
Desempeño del capacitador				
[illegible]				

Firma asistente		Firma capacitador	

466

	LISTA DE ASISTENCIA INDUCCIÓN	SST-FT-02 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

FECHA: 24-07-2025
LUGAR: PUTO CCGA
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	Arnold Steav Suenpie Bosquez	1079099445	
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

RESPONSABLE:

RES. SST

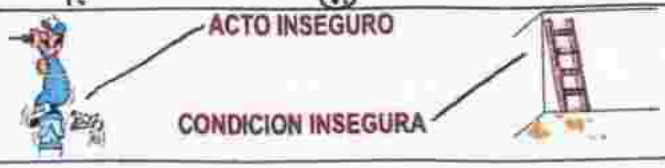
469

	EVALUACIÓN INDUCCIÓN	SST-FT-03 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

I. Datos del colaborador	
Tema de capacitación	Induccion
Nombre del trabajador	Arnold Steev Suarique Basante
Cargo	Ayudante de obra
Fecha	24-07-2025

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

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	

468

	LISTA DE ASISTENCIA INDUCCIÓN	SST-FT-02 Fecha 01-Abr-2025 Versión: 01

FECHA: 24/09/25
LUGAR: Punta Crea
DURACIÓN: Cuarenta Minuto

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	Jaime garcia	92 301 351	
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

RESPONSABLE:

Res. SST

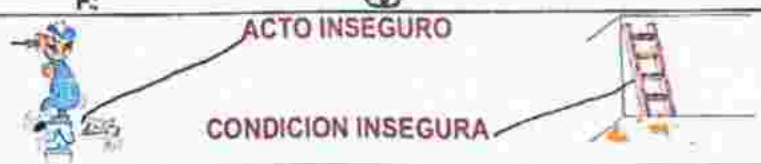
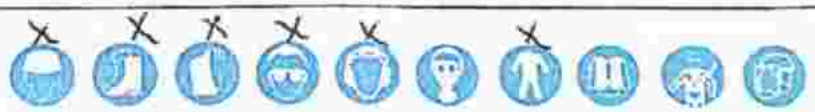
469

	EVALUACIÓN INDUCCIÓN	SST-FT-03 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

I. Datos del colaborador	
Tema de capacitación	Induccion
Nombre del trabajador	Jaime Garcia
Cargo	Ayudante
Fecha	24/07/25

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)
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

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	Jaime Garcia	Firma capacitador	

470

	LISTA DE ASISTENCIA INDUCCIÓN	SST-FT-02 Fecha 01-Abr-2025 Versión: 01

FECHA: 21-Jul-2025
LUGAR: Pto Ojeda
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 se 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 Colsanitas, 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	Wilson Diaz Diaz	79.493.184	
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

RESPONSABLE:

Res. SST

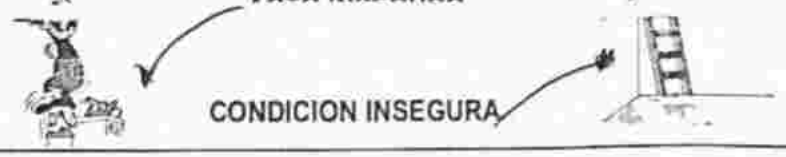
471

	EVALUACIÓN INDUCCIÓN	SST-FT-03 Fecha 01-Abr-2025 Versión 01

I. Datos del colaborador	
Tema de capacitación	Induccion SST
Nombre del trabajador	: Wilson Diaz
Cargo	: conductor
Fecha	: 21-JUL-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?	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	X			
Desempeño del capacitador	X			
[illegible]	X			

Firma asistente		Firma capacitador	

472

	LISTA DE ASISTENCIA INDUCCIÓN	SST-FT-02 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

FECHA: 16-7-25
LUGAR: PTO Ched
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	Plinio Rodriguez	74333 386	Plinio R.
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

RESPONSABLE: _____

RES. SST

	EVALUACIÓN INDUCCIÓN	SST-FT-03 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

I. Datos del colaborador	
Tema de capacitación	INDUCCIÓN SST
Nombre del trabajador	PLINIO RODRIGUEZ
Cargo	OFICIAL
Fecha	16-7-25

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 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	Plinio R.	Firma capacitador	

494

Anexo 6. EPPS

	ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP	SST-FT-06 Fecha: 1/Abr/2025 Versión 01

Casco	Miguel tomja	Ayudante	24/07/25	1	
oberol	Miguel tomja	Ayudante	24/07/25	1	
botas	Miguel tomja	Ayudante	24/07/25	1	
tapa oidos	Miguel tomja	Ayudante	24/07/25	1	
guantes	Miguel tomja	Ayudante	24/07/25	1	
Tapabocas	Miguel tomja	Ayudante	24/07/25	1	
Gafas	Miguel tomja	Ayudante	24/07/25	1	
Botas caw	MIGUEL tomja	Ayudante	25-7-25	1	
guantes	MIGUEL tomja	Ayudante	29-7-25	1	

LUISA MORAN
COP-1013-2024

476

ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP

Cascos	Miguel oñate	Oficial	23/2025	1	Miguel
Tapabocas	Miguel oñate	Oficial	23-7-25	1	Miguel
guantes	miguel oñate	Oficial	23-7-25	1	Miguel
Bocal	miguel oñate	Oficial	23-7-25	1	Miguel
Tapaoidos	miguel oñate	Oficial	23-7-25	1	Miguel
Botas	miguel oñate	Oficial	23-7-25	1	Miguel
gafas	miguel oñate	Oficial	23-7-25	1	Miguel
botas cauc	miguel oñate	Oficial	24-7-25	1	Miguel

LUSA MORENO
COP-1013-2024

47

	ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP	

casco	Edwar Herrera	Ayudante	22.07.2025	1	Edwar
overol	Edwar Herrera	Ayudante	22-07-2025	1	Edwar
botas cau	Edwar Herrera	Ayudante	22-07-2025	1	Edwar
tapabocas	Edwar Herrera	Ayudante	22-07-2025	1	Edwar
tapabocas	Edwar Herrera	Ayudante	22-07-2025	1	Edwar
gafas	Edwar Herrera	Ayudante	22-07-2025	1	Edwar
guantes	Edwar Herrera	Ayudante	22-07-2025	1	Edwar
guantes cau	Eduard Mata	Ayudante	25-725	1	Edwar
guantes nit	Eduard Mata	Ayudante	31-7-25	1	Edwar
tapabocas cau	Eduard Mata	Ayudante	1-8-25	1	Edwar
tapabocas	Edwar Mata	Ayudante	4-8-25	1	Edwar
Botas material	Edwar Mata	Ayudante	5-8-25	1	Edwar
Botas cau	Edwar Mata	Ayudante	5-8-25	1	Edwar

LUISA MATA
CC P-1013-7024

478

	ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP	

casco	Cristian Pesta	obrero	22.07.25	1	Cristian
tapaoidos	Cristian pesta	Obrero	22.07.25	1	Cristian
tapabocas	Cristian pesta	obrero	22-07-25	1	Cristian
gafas	Cristian pestana	Obrero	22-07-25	1	Cristian
overol	Cristian pestana	Obrero	22-07-25	1	Cristian
botas	Cristian Pestana	obrero	22-07-25	1	Cristian
guantes	Cristian pesta	obrero	22-07-25	1	Cristian
botas cau	Cristan Pestaña	obrero	31-7-25	1	• Cristian
tapabocas	Cristan Pestaña	obrero	4-8-25	1	• Cristian

COP-1013-2024

	ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP	

Botas tu	Carlos Orozco	Ayudante	6- -25	1	Carlos Orozco
Overol	Carlos Orozco	Ayudante	6- -25	1	Carlos Orozco
casco	Carlos Orozco	Ayudante	6- -25	1	Carlos Orozco
gafas	Carlos Orozco	Ayudante	7 - 22	1	Carlos Orozco
tapabocas	Carlos Orozco	Ayudante	7 - 22	1	Carlos Orozco
tapabocas	Carlos Orozco	Ayudante	7 - 22	1	Carlos Orozco
guantes at	Carlos Orozco	Ayudante	7 - 22	1	Carlos Orozco
guantes	carlos orozco	Ayudante	31-7-25	1	Carlos Orozco
tapabocas	Carlos Orozco	Ayudante	4-03-25	1	Carlos Orozco
tapabocas	Carlos Orozco	Ayudante	4-03-25	1	Carlos Orozco
Botas mt	Carlos Orozco	Ayudante	5-8-25	1	Carlos Orozco

Lisa Moreno
COP- 1013-2024

	ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP	

casco	Arivelet Alfredo	Ayudante	03 06 2025	1	Arivelet R
overol - L	Arivelet Alfredo	Ayudante	03 06 2025	1	Arivelet R
Botas - 39	Arivelet Alfredo	Ayudante	03 06 2025	1	Arivelet R
tapabocas	Arivelet Alfredo	Ayudante	03 06 2025	1	Arivelet R
Si-apaordos	Arivelet Alfredo	Ayudante	03 06 2025	1	Arivelet R
gafas	Arivelet Alfred	Ayudante	03 06 2025	1	Arivelet R
guantes N-Arivelet Alfred		Ayudante	03 06 2025	1	Arivelet R
guantes carnAvelet Alfredo		Ayudante	03 06 2025	1	Arivelet R
guantes nitrilo	Arivelet	Ayudante	11-6-25	1	Arivelet R
tapabocas	Arivelet	Ayudante	11-6-25	1	Arivelet R
Chaleco bodi	Arivelet	Ayudante	11-6-25	1	Arivelet R
Impermeable	Arivelet	Ayudante	17-6-25	1	Arivelet R
guantes carna	Arivelet	Ayudante	20-6-25	1	Arivelet R
tapabocas	Arivelet	Ayudante	4-8-25	1	Arivelet R
gafas	Arivelet	Ayudante	4-8-25	1	Arivelet R
guantes	Arivelet	Ayudante	4-8-25	1	Arivelet R
tapabocas	Arivelet	Ayudante	4-8-25	1	Arivelet R
guantes cuc			5-8-25	1	Arivelet R

Yasmin Burbano
COP-1013-2024

	ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP				
Botas	· Edwin	· Ayudante	· 22-05-2025	1	· Edwin
overol	· Edwin	· Ayudante	· 22-05-2025	1	· Edwin
tapabocas	· Edwin	· Ayudante	· 22-05-2025	1	· Edwin
casco	· Edwin	· Ayudante	· 22-05-2025	1	· Edwin
Tapabocas	· Edwin	· Ayudante	· 22-05-2025	1	· Edwin
gafas	· Edwin	· Ayudante	22-05-2025	1	· Edwin
guantes ni.	· Edwin	· Ayudante	22-05-2025	1	· Edwin
guantes cat	· Edwin	· Ayudante	22-05-2025	1	· Edwin
botas cau	Edwin mata	Ayudante	28-5-25	1P	Edwin
impermeable	Edwin mata	Ayudante	6-6-25	1	Edwin
Overoles	Edwin mata	Ayudante	20-6-25	1	Edwin
guantes	Edwin mata	Ayudante	4-7	1	· Edwin
tapabocas	Edwin mata	Ayudante	4-7	1	· Edwin
guantes	Edwin mata	Ayudante	9-7	1	· Edwin
tapabocas	Edwin mata	Ayudante	17-7	1	· Edwin
chanchon	Edwin mata	Ayudante	18-7	1	· Edwin
gafas	Edwin mata	Ayudante	25-7	1	· Edwin
overol			4-8	1	· Edwin
guantes	Edwin mata	Ayudante	4-8	2	· Edwin
tapabocas	gafas Edwin		4-8	1	· Edwin

Yasmin Burbano
COP-1013-7024

ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP

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
guantes	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 ca	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
gafas	Jesus garca	Ayudante	17-6-25	1	Jesus Daniel Garcia
tapaoidos	Jesus garca	Ayudante	17-6-25	1	Jesus Daniel Garcia
guantes	Jesus garca	Ayudante	20-6-25	1	Jesus Daniel Garcia
guantes	Jesus Daniel Garcia	Ayudante	4-7		Jesus Daniel Garcia
tapabocas	Jesus Daniel Garcia	Ayudante	4-7		Jesus Daniel Garcia
gafas	Jesus Daniel Garcia	Ayudante	4-7		Jesus Daniel Garcia
guantes			4-7		
tapabocas	Jesus Daniel Garcia	Ayudante	17-7		Jesus Daniel Garcia
guantes			17-7		
chanchon	Jesus Daniel Garcia	Ayudante	30-7		Jesus Daniel Garcia
tapabocas	Jesus Daniel Garcia	Ayudante	30-7		Jesus Daniel Garcia

Yasmin Bilbao
OOP-1013-2024

	ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP	

Overol	Daniel Sosa	Ayudante	24-Ab-25	1	Daniel Sosa
guantes cal	Daniel Sosa	Ayudante	24-Ab-25	1P	Daniel Sosa
guantes-te	Daniel Sosa	Ayudante	25-4-25	1P	Daniel Sosa
gafas	Daniel Sosa	Ayudante	25-4-25	1	Daniel Sosa
tapaoidos	Daniel Sosa	Ayudante	25-4-25	1	Daniel Sosa
Botas	Daniel Sosa	OFGal	05-05-25	1P	Daniel Sosa
impermeable	Daniel Sosa	OFGal	16-5-25	1	Daniel Sosa
guante nth	Daniel Sosa	OFGal	16-5-25	1	Daniel Sosa
Botas cauch	Daniel Sosa	OFGal	28-5-25	1	Daniel Sosa
Overol	Daniel Sosa	OFGal	06-25	1	Daniel Sosa
tapaoidos	Daniel Sosa	OFGal	17-6-25	1	Daniel Sosa
gafas	Daniel Sosa	OFGal	17-6-25	1	Daniel Sosa
guantes	Daniel Sosa	OFGal	4-7	1	Daniel Sosa
guantes	Daniel Sosa	OFGal	9-7	1	Daniel Sosa
chanchon	Daniel Sosa	OFGal	18-7	1	Daniel Sosa
guantes	Daniel Sosa	OFGal	25-7	1	Daniel Sosa
gafas	Daniel Sosa	OFGal	25-7	1	Daniel Sosa
Tapabocas	Daniel Sosa	OFGal	31-7	1	Daniel Sosa
tapabocas	Daniel Sosa	OFGal	4-8	1	Daniel Sosa
guantes	Daniel Sosa	OFGal	4-8	1	Daniel Sosa
guantes caucho			5-8-25	1	Daniel Sosa

Yasmin Burbano
1013-2024

	ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP	SST FT 08 Fecha: 1/Abr/2025 Version: 01

guantes cal	Victor Antonio Berio	ayudante	02.06.2025	1	Victor
guantes nit	victor Antonio Berr	ayudante	02.06.2025	1	Victor
gafas	victor Antonio Berr	ayudante	02.06.2025	1	Victor
overol	victor Antonio Berio	ayudante	02.06.2025	1	Victor
botas	victor Antonio Berio	ayudante	02.06.2025	1	Victor
casco	victor Antonio Berio	ayudante	02.06.2025	1	Victor
tapabocas	victor Antonio Berio	ayudante	02.06.2025	1	Victor
Botas casco	victor Berrio	Ayudante	11-6-25	1	Victor
guantes nitri	victor Berrio	Ayudante	11-6-25	1	Victor
tapabocas	victor Berrio	Ayudante	11-6-25	1	Victor
chaleco bual	victor Berrio	Ayudante	11-6-25	1	Victor
impermeable	victor Berrio	Ayudante	17-6-25	1	Victor
gafas	victor	Ayudante	4-7	1	Victor
tapabocas	victor	Ayudante	17-7	1	Victor
guantes	victor	Ayudante	18-7	1	Victor
guantes	victor	Ayudante	4-8	1	Victor
tapabocas	victor	Ayudante	4-8	1	Victor
guantes cal	victor		5-8-25	1P	Victor

LUISA MORENO
COP-1013-7074

	ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP	

CASCO	.DERWIN	.Ayudante	06-20-25	1	.DERWIN
Botas	DERWIN	Ayudante	06-20-25	1	DERWIN
Retrol	DERWIN	Ayudante	06-20-25	1	DERWIN
Gafas	DERWIN	Ayudante	06-20-25	1	DERWIN
Tapabocas	DERWIN	Ayudante	06-20-25	1	DERWIN
Guantes cap	DERWIN	Ayudante	06-20-25	1	DERWIN
Guantes Nitrilo	.DERWIN	Ayudante	06-20-26	1	.DERWIN

Luisa Moreno O.
COP - 1013 - 2024.

	ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP	SST-FT-05 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

overol	Joselito	AUX obra	21-7-25	1	. Joselito
Botas mat	Joselito	AUX obra	21-7-25	1	. Joselito
casco.	Joselito	AUX obra	21-7-25	1	. Joselito
tapacidos	Joselito	AUX obra	21-7-25	1	. Joselito
guantes	Joselito	AUX obra	21-7-25	1P	. Joselito
gafas	Joselito	AUX obra	21-7-25	1	. Joselito
tapabocas	Joselito	AUX obra	21-7-25	1	. Joselito
guantes cal	Joselito	AUX obra	8-8-25 25	1P	. Joselito
gafas	Joselito	AUX obra	8-8-25	1	. Joselito

Luisa Moreno
COP-1013-2024

	ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP	SST-FT-06 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Casco	Juan Santos	Res. Obra	8-Jul	1	[firma]
1-guantes	Juan Santos	Res. obra	8-8-25	1P	[firma]
	Luisa Moreno				
	COP-1013-2024				

	ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP	SST-FT-06 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

overol	. Jose Caro	· Maestro	· 18/06/25	1	. 483
Botas	· Jose Caro	· Maestro	· 18/06/25	1	. 483
guantes cal	· Jose Caro	. Maestro	· 18/06/25	1	. 483
guantes nitr	· Jose Caro	· Maestro	. 18/06/25	1	. 483
tapaoidos	· Jose Caro	· Maestro	. 18/06/25	1	· 483
tapabocas	· Jose Caro	· Maestro	· 18/06/25	1	. 483
casco.	· Jose Caro	· Maestro	· 18/06/25	1	· 483
gafas	· Jose Caro	. Maestro	18/06/25	1	. 483
guantes	JOSE	maestro	9-7	1	. 483
gafas	JOSE	maestro	17-7	1	· 483
guantes	JOSE	maestro	18-7	1	· 483
tapabocas	JOSE	maestro	18-7	1	· 483
tapabocas	JOSE	maestro	31-7	1	. 483
guantes	JOSE	maestro	4-8	2	. 483
tapabocas	JOSE	maestro	4-8	1	. 483
gafas	JOSE	maestro	4-8	1	. 483
guantes cal	JOSE		5-8	1	. 483

Yasmin Burbano
COP-1013-2024

Anexo 7. Indicadores

490

	FICHA DEL INDICADOR	SST-FT-29 Fecha: 29/Ene/2025 Version 01

1. INFORMACION DEL INDICADOR

NOMBRE DEL PROCESO	SST		RESPONSABLE CALCULO	LUISA MORENO	
NOMBRE DEL INDICADOR	PLAN DE TRABAJO		PERIODO DE ANALISIS	jul-25	
FORMULA	No. Actividades Ejecutadas / No. Actividades Programadas			META	100%
FRECUENCIA MEDICION	MENSUAL	TIPO INDICADOR	GESTION	FUENTE DE INFORMACION	INFORME SST

2. MEDICION DEL INDICADOR

MES	META	No. Actividades Ejecutadas	No. Actividades Programadas	RESULTADO	3. ANALISIS DE DATOS
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%	31	29	98%	Durante el periodo se cumple el 98% de cumplimiento en relacion a las actividades programadas
Julio	100%	23	22	99%	Durante el periodo se cumple el 99% de cumplimiento en relacion a las actividades programadas
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	1200%	93	90	775%	

4. GRAFICA



5. SEGUIMIENTO DEL INDICADOR - PLAN DE ACCION

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				

	FICHA DEL INDICADOR	SST-FT-29 Fecha: 29/Ene/2025 Version 01

1. INFORMACIÓN DEL INDICADOR

NOMBRE DEL PROCESO	SST	RESPONSABLE CALCULO	LUISA MORENO
NOMBRE DEL INDICADOR	SEVERIDAD DE ACCIDENTALIDAD	PERIODO DE MEDICIÓN	jul-25
FORMULA	(Número de días de incapacidad por accidente de trabajo en el mes + número de días cargados en el mes / Número de trabajadores en el mes) * 100	META	
PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	MENSUAL	TIPO INDICADOR: GESTION	FUENTE DE INFORMACIÓN: INFORME SST

2. MEDICIÓN DEL INDICADOR

MES	META	No. Días Incapacidad por AT + Días Cargados	No. Trabajadores	RESULTADO	3. ANÁLISIS DE DATOS
Abril	#¡REF!	0	39	0%	Durante le periodo no se presentaron incapacidades por accidentes de trabajo
Mayo	#¡REF!	0	41	0%	Durante le periodo no se presentaron incapacidades por accidentes de trabajo
Junio	#¡REF!	0	45	0%	Durante le periodo no se presentaron incapacidades por accidentes de trabajo
Julio	#¡REF!	0	63	0%	Durante le periodo no se presentaron incapacidades por accidentes de trabajo
Agosto	#¡REF!			#¡DIV/0!	
Septiembre	#¡REF!			#¡DIV/0!	
Octubre	#¡REF!			#¡DIV/0!	
Noviembre	#¡REF!			#¡DIV/0!	
Diciembre	#¡REF!			#¡DIV/0!	
Enero	#¡REF!			#¡DIV/0!	
Febrero	#¡REF!			#¡DIV/0!	
TOTALES	#¡REF!	0	48	#¡DIV/0!	

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				

	FICHA DEL INDICADOR	SST-FT-29 Fecha: 29/Ene/2025 Version 01

1. INFORMACION DEL INDICADOR

NOMBRE DEL PROCESO	SST		RESPONSABLE CALCULO	LUISA MORENO	
NOMBRE DEL INDICADOR	FRECUENCIA DE ACCIDENTALIDAD		PERIODO DE ANALISIS	jul-25	
FORMULA	(Número de accidentes de trabajo que se presentaron en el mes / Número de trabajadores en el mes) * 100			META	0%
FRECUENCIA MEDICION	MENSUAL	TIPO INDICADOR	GESTION	FUENTE DE INFORMACION	INFORME SST

2. MEDICION DEL INDICADOR

MES	META	No. AT	No. Trabajadores	RESULTADO
Abril	#¡REF!	0	20	0%
Mayo	#¡REF!	0	41	0%
Junio	#¡REF!	0	45	0%
Julio	#¡REF!	0	63	0%
Agosto	#¡REF!			#¡DIV/0!
Septiembre	#¡REF!			#¡DIV/0!
Octubre	#¡REF!			#¡DIV/0!
Noviembre	#¡REF!			#¡DIV/0!
Diciembre	#¡REF!			#¡DIV/0!
Enero	#¡REF!			#¡DIV/0!
Febrero	#¡REF!			#¡DIV/0!
TOTALES	#¡REF!	0	41	#¡DIV/0!

3. ANÁLISIS DE DATOS

Durante le periodo no se presentaron accidentes laborales
Durante le periodo no se presentaron accidentes laborales
Durante le periodo no se presentaron accidentes laborales
Durante le periodo no se presentaron accidentes laborales

4. GRAFICA



5. SEGUIMIENTO DEL INDICADOR - PLAN DE ACCION

MES	ACCIONES A SEGUIR	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	FECHA PROGRAMADA DE EJECUCION	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
Abril				
Mayo				
Junio				
Julio				
Agosto				
Septiembre				
Octubre				
Noviembre				
Diciembre				
Enero				
Febrero				

	FICHA DEL INDICADOR	SST-FT-29 Fecha: 29/Ene/2025 Version 01

1. INFORMACION DEL INDICADOR

NOMBRE DEL PROCESO	SST			RESPONSABLE CALCULO	LUISA MORENO
NOMBRE DEL INDICADOR	AUSENTISMO POR CAUSA MEDICA			PERIODO DE ANALISIS	jul-25
FORMULA	(Número de días de ausencia por incapacidad laboral o común en el mes / Número de días de trabajo programados en el mes) * 100			META	
FRECUENCIA MEDICION	MENSUAL	TIPO INDICADOR	GESTION	FUENTE DE INFORMACION	INFORME SST

2. CARACTERIZACION DEL INDICADOR

MES	META	No. Días de incapacidad	No. Trabajadores	ESTADO	3. ANALISIS DE DATOS
Abril	#¡REF!	0	20	0%	Durante el periodo no se presentaron ausentismos por causas medicas
Mayo	#¡REF!	3	41	7%	Durante el periodo se presento ausentismo por causas medicas
Junio	#¡REF!	0	45	0%	Durante el periodo no se presentaron ausentismos por causas medicas
Julio	#¡REF!	4	65	6%	Durante el periodo se presento ausentismo por causas medicas
Agosto	#¡REF!			#¡DIV/0!	
Septiembre	#¡REF!			#¡DIV/0!	
Octubre	#¡REF!			#¡DIV/0!	
Noviembre	#¡REF!			#¡DIV/0!	
Diciembre	#¡REF!			#¡DIV/0!	
Enero	#¡REF!			#¡DIV/0!	
Febrero	#¡REF!			#¡DIV/0!	
TOTALES	#¡REF!	7	41	#¡DIV/0!	

4. GRAFICA



5. SEGUIMIENTO DEL INDICADOR - PLAN DE ACCION

MES	ACCIONES A SEGUIR	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	FECHA PROGRAMADA DE EJECUCIÓN	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
Abril	N/A	N/A	N/A	N/A
Mayo	N/A	N/A	N/A	N/A
Junio	N/A	N/A	N/A	N/A
Julio	N/A	N/A	N/A	N/A
Agosto	N/A	N/A	N/A	N/A
Septiembre	N/A	N/A	N/A	N/A
Octubre	N/A	N/A	N/A	N/A
Noviembre	N/A	N/A	N/A	N/A
Diciembre	N/A	N/A	N/A	N/A
Enero	N/A	N/A	N/A	N/A
Febrero	N/A	N/A	N/A	N/A

	FICHA DEL INDICADOR	SST-FT-29 Fecha: 29/Ene/2025 Version 01

1. CARACTERIZACION DEL INDICADOR

NOMBRE DEL PROCESO	SST			RESPONSABLE CALCULO	LUISA MORENO
NOMBRE DEL INDICADOR	CUMPLIMIENTO CAPACAITACIONES			PERIODO DE ANALISIS	jul-25
FORMULA	No. Actividades Ejecutadas / No. Actividades Programadas			META	100%
FRECUENCIA MEDICION	MENSUAL	TIPO INDICADOR	GESTION	FUENTE DE INFORMACION	INFORME SST

2. MEDICION DEL INDICADOR

MES	META	No. Actividades Ejecutadas	No. Actividades Programadas	RESULTADO	3. ANALISIS DE DATOS
Abril	#¡REF!	2	2	100%	
Mayo	#¡REF!	3	3	100%	
Junio	#¡REF!	8	8	100%	
Julio	#¡REF!	4	4	100%	
Agosto	#¡REF!			#¡DIV/0!	
Septiembre	#¡REF!			#¡DIV/0!	
Octubre	#¡REF!			#¡DIV/0!	
Noviembre	#¡REF!			#¡DIV/0!	
Diciembre	#¡REF!			#¡DIV/0!	
Enero	#¡REF!			#¡DIV/0!	
Febrero	#¡REF!			#¡DIV/0!	
TOTALES	#¡REF!	17	17	#¡DIV/0!	

4. GRAFICA



5 SEGUIMIENTO DEL INDICADOR - PLAN DE ACCION

MES	ACCIONES A SEGUIR	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	FECHA PROGRAMADA DE EJECUCION	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
Abril - Mayo - Junio				
Julio - Agosto - Septiembre				
Octubre - Noviembre - Diciembre				
Enero - Febrero				

	FICHA DEL INDICADOR	SST-FT-29 Fecha: 29/Ene/2025 Version 01

1. INFORMACIÓN DEL INDICADOR

NOMBRE DEL PROCESO	SST			RESPONSABLE CALCULO	LUISA MORENO
NOMBRE DEL INDICADOR	INCIDENTES			PERIODO DE ANALISIS	jul-25
FORMULA	(# Incidentes y accidentes SST en el mes / # de trabajadores del mes) *100			META	0%
FRECUENCIA MEDICIÓN	MENSUAL	TIPO INDICADOR	GESTION	FUENTE DE INFORMACION	INFORME SST

2. MEDICION DEL INDICADOR

MES	META	# Incidentes y accidentes SST en el mes	de trabajadores del mes	RESULTADO
Abril	0%	0	20	0%
Mayo	0%	0	41	0%
Junio	0%	0	45	0%
Julio	0%	0	65	0%
Agosto	0%			#¡DIV/0!
Septiembre	0%			#¡DIV/0!
Octubre	0%			#¡DIV/0!
Noviembre	0%			#¡DIV/0!
Diciembre	0%			#¡DIV/0!
Enero	0%			#¡DIV/0!
Febrero	0%			#¡DIV/0!
TOTALES	0%	0	45	#¡DIV/0!

3. ANÁLISIS DE DATOS

Durante el periodo no se presentaron accidentes e incidentes
Durante el periodo no se presentaron accidentes e incidentes
Durante el periodo no se presentaron accidentes e incidentes
Durante el periodo no se presentaron accidentes e incidentes

4. GRAFICA



5. SEGUIMIENTO DEL INDICADOR - PLAN DE ACCION

MES	ACCIONES A SEGUIR	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	FECHA PROGRAMADA DE EJECUCIÓN	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
Abril - Junio				
Julio . Diciembre				
Enero-Febrero				

Anexo 8. Notificación de riesgos

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	04 F br/2025 n: 01

	16-7-25
	YASMIN BURBANO
	40 MINUTOS

ASPECTOS RELEVANTES DE LA NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

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 Santiago Nieto Cortes identificado con cédula de ciudadanía No. 1031810520, 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 07 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

Santiago Cortes CC. 1031810520
Firma y Cédula del Trabajador

498

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SST-FT-04 Fecha 1/Abr/2025 Versión 01

	21-JU-2025
	YASMIN BURBANO
	40 MINUTOS

ASPECTOS RELEVANTES DE LA NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

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 [illegible]	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 Wilson Diaz Ruiz identificado con cédula de ciudadanía No. 1070493184, 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 JULIO 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

499

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

	27-3-25 Yesmin Cubano 40 minutos

ASPECTOS RELEVANTES DE LA NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

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 Positivo Laton identificado con cédula de ciudadanía No. 5969959, 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 27 del mes de JUNIO 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

Positivo

Firma y Cédula del Trabajador

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SST-F1-04 Fecha 1/Abr/2025 Versión 01

	8-JUL-2025
	YASMIN BURBANO
	40 MINUTOS

ASPECTOS RELEVANTES DE LA NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

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 [illegible]	✓	
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.	✓	

Yo Juan Manuel Santa identificado con cédula de ciudadanía No. 7447407, 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 8 del mes de Julio 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

7447407

Firma y Cédula del Trabajador

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SST-FT-04 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

	24-07-2025
	YASMIN BURBANO
	40 MINUTOS

ASPECTOS RELEVANTES DE LA NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

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 Jaiver Steven Bazante identificado con cédula de ciudadanía No. 1074099425, 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 Boyacá el día 24 del mes de 07 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

1074099425

Firma y Cédula del Trabajador

503

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SST-FT-04 Fecha 1/Abr/2025 Versión 01

24/07/25

	YASMIN BURBANO
	40 MINUTOS

ASPECTOS RELEVANTES DE LA NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

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 Jaime Garcia identificado con cédula de ciudadanía No. 72.301381, 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 24/07 del mes de Julio 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

Jaime Garcia 72301381

Firma y Cédula del Trabajador

504

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SST F.T.04 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

	16-7-25
	YASMIN BURBANO
	40 MINUTOS

ASPECTOS RELEVANTES DE LA NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

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 Andres Orozco identificado con cédula de ciudadanía No. 1.129.504.549 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 dia 16 del mes de JULIO 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.

YAR ANTUNEZ

Firma Residente SSTMA

Carlos Orozco 1.129.504.549

Firma y Cédula del Trabajador

505

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SST-FT-04 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

	16-7-25
	YASMIN BURBANO
	40 MINUTOS

ASPECTOS RELEVANTES DE LA NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

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 FISICOS: Ruido, vibraciones y radiaciones no ionizantes.	+	
RIESGOS QUIMICOS: 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 ELECTRICO: 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 • Cristian Posada identificado con cédula de ciudadania No. 1101 460 836, 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 • 7 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

• Cristian

Firma y Cédula del Trabajador

506

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SST-FT-04 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

	16 JULIO 2025
	YASMIN BURBANO
	40 MINUTOS

ASPECTOS RELEVANTES DE LA NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

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. *1044901787, 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 Julio 2025 del mes de JULIO 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 1044901787

Firma y Cédula del Trabajador

SO4

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SST-FT-04 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

	• 16 / JULIO / 2025.
	CURSO MORENO
	40 MINUTOS

ASPECTOS RELEVANTES DE LA NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

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 • MISAEL CAVIEDES identificado con cédula de ciudadanía No. • 382 112 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 • 16 del mes de • JULIO 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

508

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	Emisión: 16/Abr/2025 Versión: 01

	16-7-25
	YASMIN BURBANO
	40 MINUTOS

ASPECTOS RELEVANTES DE LA NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

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 FISICOS: 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 Plinio Rodriguez identificado con cédula de ciudadanía No. 74333386, 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 16 del mes de 7 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

Plinio Rodriguez

Firma y Cédula del Trabajador
74333386

509

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SST-FT-04 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

	23 2025
	YASMIN BURBANO
	40 MINUTOS

ASPECTOS RELEVANTES DE LA NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

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 [illegible]	X	
RIESGO ELÉCTRICO: Por contactos directos o indirectos con circuitos energizados o por sobrecarga de circuitos, empalmes defectuosos, falta de polo a tierra etc.		NA
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.		

Yo Miguel Ospina identificado con cédula de ciudadanía No. 1015411852, 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 23 del mes de Julio 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

Miguel Ospina

Firma y Cédula del Trabajador

1015411852

S10

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SST-FT-04 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

	24 julio 2025
	YASMIN BURBANO
	40 MINUTOS

ASPECTOS RELEVANTES DE LA NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

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 Miguel Ferro identificado con cédula de ciudadania No. 1122810674, 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 24 del mes de julio 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

1122810674

Firma y Cédula del Trabajador

511

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SST-FT-04 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

	1 - JUL - 25
	YASMIN BURBANO
	40 MINUTOS

ASPECTOS RELEVANTES DE LA NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

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 MECANICOS: 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 Oscar Efren Sanchez identificado con cédula de ciudadanía No. 19.256.23, 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 1 del mes de JULIO 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

	23-07-2025
	YASMIN BURBANO
	40 MINUTOS

ASPECTOS RELEVANTES DE LA NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

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 [illegible]	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 Alcibades cardona. identificado con cédula de ciudadanía No. 1024466582., 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 23 del mes de julio. 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.

1024466582

Firma Residente SSTMA

Firma y Cédula del Trabajador

513

Anexo 9. Comités



COPASST

515

	ACTA DE REUNIÓN	SST-FT-09 Fecha 1/Abr/2021 Versión 01

NOMBRE DE LA REUNIÓN O COMITÉ: COPASST | ACTA No. 02
LUGAR: CCP-1013-2024 | FECHA: 15-7-25
HORA DE INICIO: 8:00 | HORA DE FINALIZACIÓN: 9:00

1. OBJETIVO

Reunión COPASST #02

2. PARTICIPANTES

NOMBRE COMPLETO	CARGO	FIRMA
Jaitel Ramirez	Presidente	
Yasmin Burbano	Secretaria	
Daniel Fajardo	Suplente	
Dantel Sosa	PRINCIPAL	
Tito Murillo	Suplente	

3. ORDEN DEL DÍA (TEMAS A TRATAR)

- Validar participación miembros
- Lectura acta anterior.
- Cumplimiento Plan trabajo
- Compromisos Gerre acta.

4. DESARROLLO DE LOS TEMAS

- Se cuenta con la participación se da inicio a reunión.
- Se valida acta anterior no se evidencia Compromisos.
- Se valida Plan de trabajo evidenciando cumplimiento en actividades propuestas. en el mes de Julio se evidencia capacitaciones de:

	ACTA DE REUNIÓN	SST-FT-09 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

SGA, condiciones y actos inseguros. Orden y aseo - manejo de residuos y materiales

- En el mes de Julio no se presentaron accidentes de trabajo.

- En la presente reunión no establecen compromisos a cumplir.

EN CONSTANCIA SE FIRMA

FIRMA DE QUIEN ELABORA EL ACTA: _____

SST

Anexo 10. Certificados de accidentalidad

AXA COLPATRIA

Certificado de accidentalidad

ARL AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A
NIT. 860.002.183

CERTIFICA

Que la empresa CONSORCIO PARQUES ICOD, identificada con NIT 901750840 con contrato de afiliación No. 9022251 afiliada a ARL AXA COLPATRIA desde el 29-02-2024 cotizando con nivel de riesgo 5 presenta las siguientes estadísticas respecto a accidentes de trabajo.

DATOS DEL CERTIFICADO

Datos	2025
Número de Trabajadores:	2
Horas hombre trabajadas teóricas:	2,688
Accidentes Laborales:	0
Enfermedad Laboral:	0
Incapacidad permanente parcial (IPP):	0
Número de casos de invalidez:	0
Número de casos fatales:	0
Total días perdidos y cargados:	0
Total días por incapacidad temporal:	0
Dias cargados por IPP:	0
Dias cargados por invalidez:	0
Dias cargados por fatales:	0

INDICES DEL CERTIFICADO

Datos	2025
Tasa de accidentalidad:	0.00
Indice de frecuencia:	0.00
Indice de severidad:	0.00
Indice lesion incapacitante:	0.00

"El presente documento fué obtenido por la empresa CONSORCIO PARQUES ICOD del portal transaccional de AXA COLPATRIA Seguros de Vida S.A. Administradora de Riesgos Laborales, usando las claves asignadas para dicha entidad. Su contenido refleja los reportes de accidentes de trabajo y enfermedades laborales y demás información suministrada por la empresa a la Administradora de Riesgos Laborales"

La presente solicitud se expide a los (06-08-2025)

Código de verificación

cfd51593-c290-48ef-84f4-fb1bd05a779d

519

ARL | sura

Medellín, 6 de agosto 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 julio de 2025 hasta el 31 de julio de 2025.

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

GILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

520

ARL | sura

Medellín, 6 de agosto 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 julio de 2025 hasta el 31 de julio de 2025.

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

GILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

521

Anexo 11. Registro Fotográfico

SBR

Imagen 1. Cerramiento perimetral CIV 11003330	Imagen 2. Cerramiento perimetral CIV 11003377
 	 

Imagen 3. Almacenamiento de herramienta Bodega villa Cindy CIV 11004209	Imagen 4. Almacenamiento de herramienta Bodega principal
 	

Imagen 5. Almacenamiento de herramienta Bodega san pedro CIV 11002883	Imagen 6. Entrega de EPPS











Imagen 7. Entrega de EPPS	Imagen 8. Punto de Hidratación san pedro





Imagen 9. Señalización CIV 3330



Imagen 10. Señalización CIV 11004209



Imagen 11. Señalización CIV 3377	Imagen 12. Señalización CIV 11004038

























Imagen 13. Punto de hidratación villa Cindy	Imagen 14. Punto de hidratación bodega san pedro
	

Imagen 15. Elementos de emergencia san pedro CIV 11002883	Imagen 16. Elementos de emergencia san pedro CIV 11002883
 	 

Imagen 17. Elementos de emergencia villa Cindy CIV 11004209	Imagen 18. Elementos de emergencia villa Cindy CIV 11004209
	
	

Imagen 19. Senderos peatonales villa cindy	Imagen 20. Punto ecológico Villa Cindy CIV 11004209
   	

Imagen 21. Punto ecológico san pedro CIV 11002883	Imagen 22. Capacitaciones
	 
Imagen 23. Capacitaciones	Imagen 24. Capacitaciones

Imagen 25. Protección Sumideros CIV 2883	Imagen 26. Mantenimiento de Sumideros CIV 2883
	
	
Imagen 27. Protección de Sumideros CIV 2883	Imagen 28. Protección de Sumideros CIV 3471

	CONTRATO DE OBRA PUBLICA No FDLS-1013-2024-LP (119224)	
	PROGRAMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO - SG-SST	Alcaldía Local de Suba

















Imagen 29. Mantenimiento de Sumideros CIV 11004274





Imagen 30. Baño villa Cindy CIV 11004209


24/7/2025 3:40 p.m.


LAVADO DE MANOS
9/07/2025 9:58:11 a. m.
157-77 Calle 136f
Suba
Bogotá


24/7/2025 3:40 p.m.


9/07/2025 9:58:08 a. m.
157-77 Calle 136f
Suba
Bogotá

Imagen 31. Baño san pedro CIV 11002883	Imagen 32. Protección sumideros CIV 3377
 	 
Imagen 33. Señalizacion senderos peatonales villa cindy	Imagen 34. Cartelera SST









Imagen 35. Aseo Andenes CIV 11003330	Imagen 36. Aseo Bodega San Pedro
	

SLP

Anexo 12. Correspondencia

Gmail

CONSORCIO SUBA MT <consorciosubamt@gmail.com>

CE-SUBA-MT-1013-2024-139: Respuesta comunicado FRO-085-209-2025; atención de observaciones componente SST.

1 mensaje

CONSORCIO SUBA MT <consorciosubamt@gmail.com> 21 de julio de 2025, 2:34 p.m.
Para: Malla Vial Suba <mallavialsuba@gmail.com>

Buenas tardes señores interventoría consorcio MALLA VIAL SUBA cordial saludo, por medio de la presente, me permito adjuntar comunicación del asunto No. CE-SUBA MT-1013-2024-139 de asunto: Respuesta comunicado FRO-085-209-2025; atención de observaciones componente SST, con los respectivos anexos, lo anterior para su información, conocimientos y fines pertinentes gracias.

OSCAR JULIAN MORENO CARRAZCO
REPRESENTANTE LEGAL
CONSORCIO SUBA MT
CARRERA 36 # 3 - 41 Edi Verona 2 / Oficina 1503
3125861487 - 3115850207

CE-SUBA MT-1013-2024 - 139 - Respuesta comunicado FRO-085-209-2025; atención de observaciones componente SST..pdf
1010K

Gmail

CONSORCIO SUBA MT <consorciosubamt@gmail.com>

OBSERVACIONES INFORME SST 3

2 mensajes

DIANA TAPIA <ingdiana.tapia@gmail.com> 7 de julio de 2025, 4:39 p.m.
Para: CONSORCIO SUBA MT <consorciosubamt@gmail.com>, Malla Vial Suba <mallavialsuba@gmail.com>

Cordial saludo

Adjunto envio oficio para su conocimiento y fines pertinentes.

Cordialmente,

2 archivos adjuntos

179-OBSERVACIONES INFORME SST 3 DEL PERIODO 1 AL 30 DE JUNIO DEL 2025.pdf
119K

INFORME SST N°3 -v1_ rev interve.docx
5882K

CONSORCIO SUBA MT <consorciosubamt@gmail.com> 10 de julio de 2025, 9:28 a.m.
Para: DIANA TAPIA <ingdiana.tapia@gmail.com>
CC: Malla Vial Suba <mallavialsuba@gmail.com>

Cordial saludo,

Por medio del presente remito informe SST con subsanación de observaciones.

Quedo atento a cualquier inquietud

OSCAR JULIAN MORENO CARRAZCO
REPRESENTANTE LEGAL
CONSORCIO SUBA MT
CARRERA 36 # 3 - 41 Edi Verona 2 / Oficina 1503
3125861487 - 3115850207

INFORME SST N°3 -V2.zip

INFORME SST N°3 -V2.zip

[Texto citado oculto]

543

Gmail

CONSORCIO SUBA MT <consorciosubamt@gmail.com>

OBSERVACIONES RECORRIDO SST - AFECTACION DE LA CALIFICACION

1 mensaje

DIANA TAPIA <ingdiana.tapia@gmail.com> 17 de julio de 2025, 6:43 a.m.
Para: CONSORCIO SUBA MT <consorciosubamt@gmail.com>, Malla Vial Suba <mallavialsuba@gmail.com>
CC: AMBIENTAL INTERVENTORIA <ambiental085@gmail.com>

Cordial saludo

Adjunto envío oficio para su conocimiento y fines pertinentes.

Cordialmente,

DIANA M. TAPIA
Residente SST

209-RECORRIDO SST – OBSERVACIONES Y AFECTACION CALIFICACION SST.pdf
990K

594

Anexo 13. Maquinaria y Equipos

SAS



Preoperacionales

FORMATO INSPECCION DE MONTACARGAS

REFERENCIA C763 MODELO 2.000 MARCA Bobcat TIPO DE MAQUINA/EQUIPO mini Cargador

No. ALTERNO _____ CAPACIDAD 750 Kilogramos PERIODO EVALUADO 30-06-25 AL 05-07-25

CONTRATO N° 1013 - DE 2024

OBJETO DEL CONTRATO

SISTEMA DE LA MAQUINA	ITEM DE REVISION	BUE	30/06/25		01/07/25		02/07/25		03/07/25		04/07/25		05/07/25		06/07/25	
			BUEN	MAL	BUEN	MAL	BUEN	MAL	BUEN	MAL	BUEN	MAL	BUEN	MAL	BUEN	MAL
ELECTRICO Y TABLERO DE CONTROL			X		X		X		X		X		X		X	
LUCES			X		X		X		X		X		X		X	
HIDRAULICO		N/A	X		X		X		X		X		X		X	
GENERAL			X		X		X		X		X		X		X	
MECANICO		N/A	X		X		X		X		X		X		X	
		N/A														
			X		X		X		X		X		X		X	
OBSERVACIONES			Luis Eduardo Sierra													
OPERARIO	FIRMA		Luis F		Luis F		Luis F		Luis F		Luis F		Luis F			
SUPERVISOR	FIRMA															

Powered by CamScanner

FORMATO INSPECCION DE MAQUINARIA

REFERENCIA G763 MODELO 2.000 MARCA Bobcat TIPO DE MAQUINA O EQUIPO minicargador

No. INTERNO _____ CAPACIDAD 750 Kg PERIODO EVALUADO 07-07-25 AL 12-07-25

CONTRATO N° 10-13 DE 2024

OBJETO DE CONTRATO

SISTEMA DE LA MAQUINA	ITEM DE REVISION	N/A	LUNES BIEN	LUNES MAL	MARTES BIEN	MARTES MAL	MIERCOLES BIEN	MIERCOLES MAL	JUEVES BIEN	JUEVES MAL	VIERNES BIEN	VIERNES MAL	SABADOS BIEN	SABADOS MAL	DOMINGOS BIEN	DOMINGOS MAL
ELEMENTOS ESTRUCTURALES CUBIERTA																
LLANTAS		N/A														
HERRAMIENTAS																
GENERAL																
MOTOR		N/A														
		N/A														
		N/A														

Operador: Luis Eduardo Acuña

Firma

Observaciones

Firma

Powered by CamScanner

FORMATO INSPECCIÓN DE [illegible]

REFERENCIA 6763 MODELO 2000 MARCA Bobcat TIPO DE MAQUINARIA/EQUIPO mini Cargador

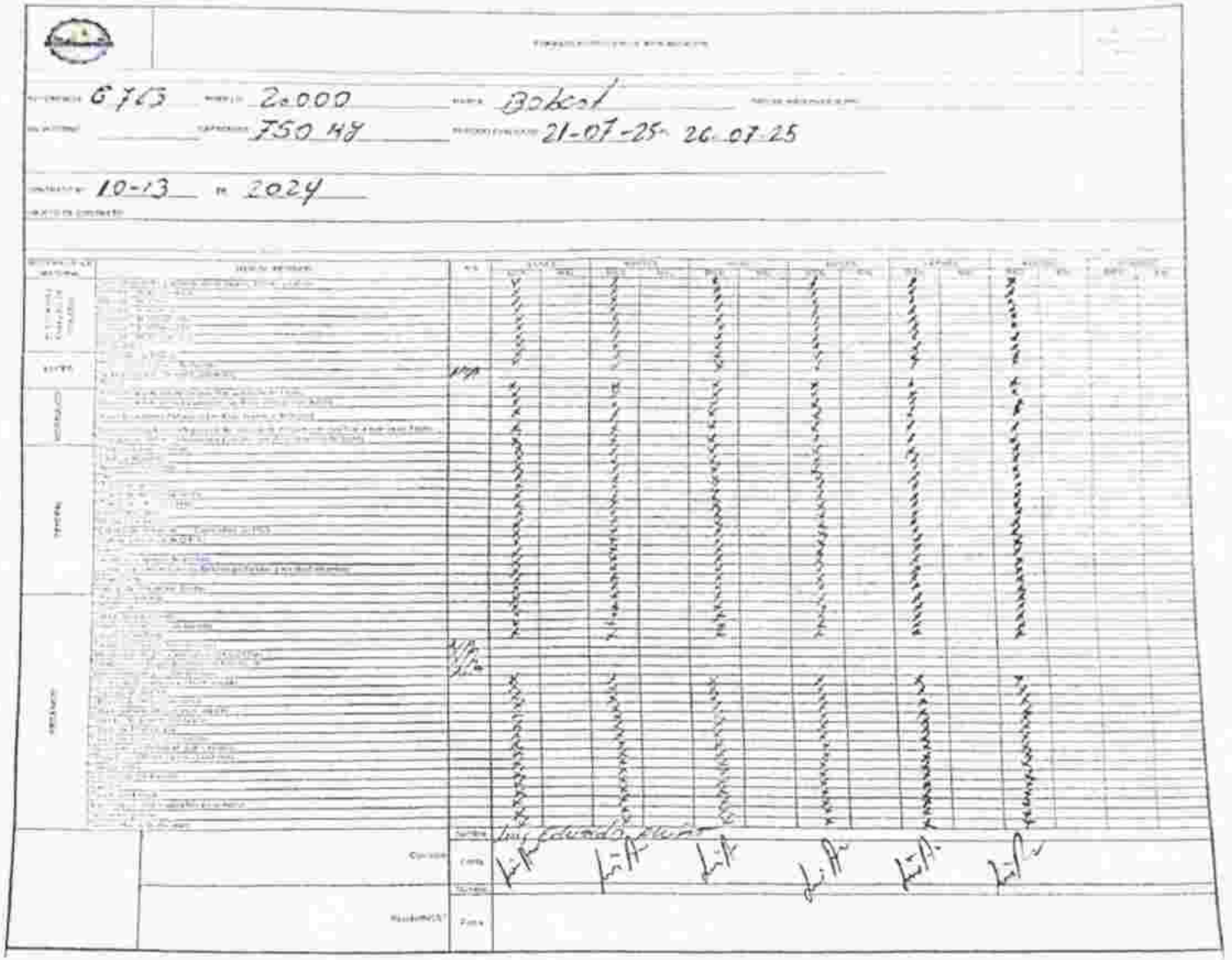
No. INTERNO ______ CAPACIDAD 750 Kg PERIODO EVALUADO 14-07-25 AL 19-07-25

CONTRATO N° 10-13 DE 2024

OBJETO DE CONTRATO

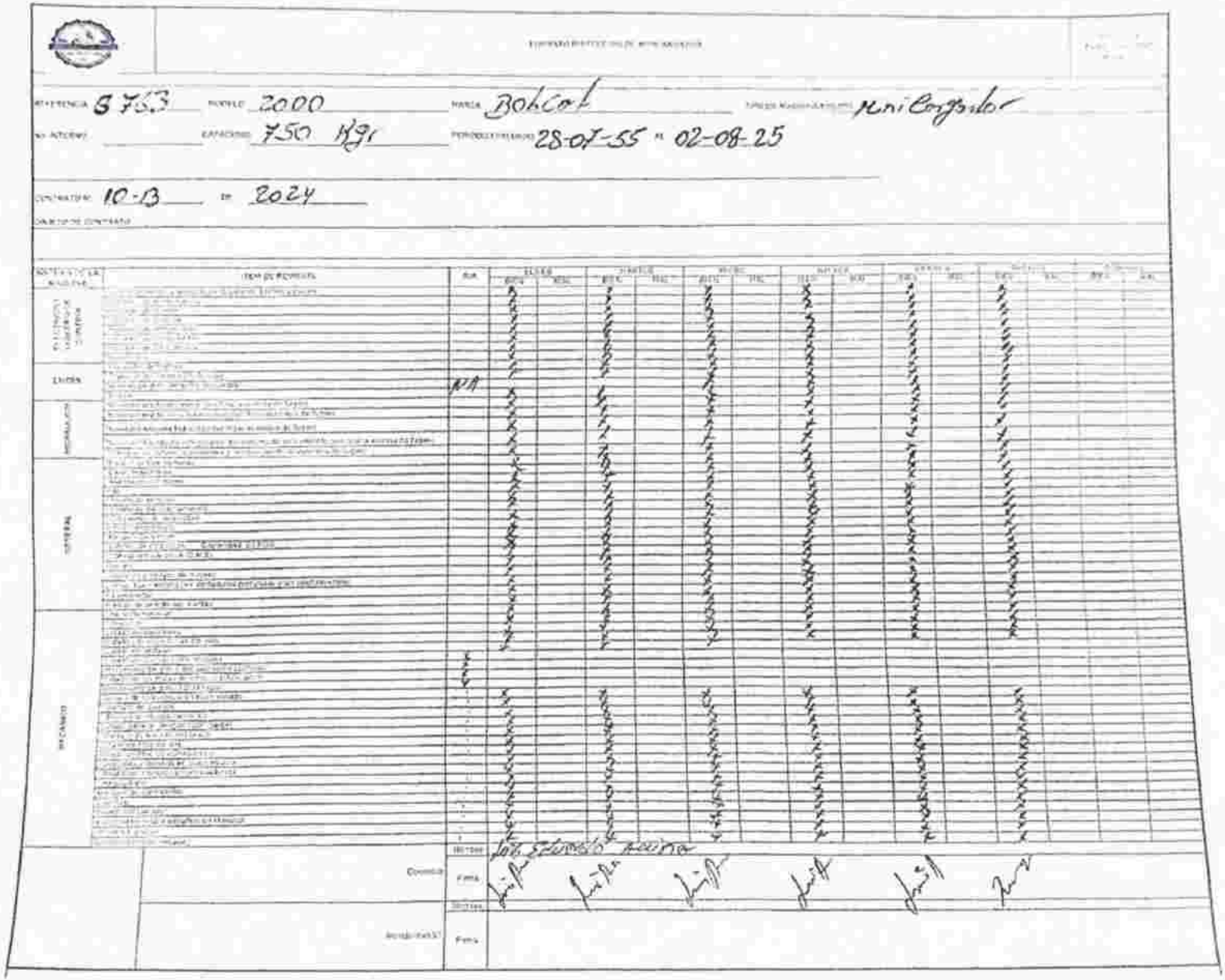
SISTEMA DE LA MAQUINA	ITEM DE REVISION	N/A	LUNES BIEN	LUNES MAL	MARTES BIEN	MARTES MAL	MIERCOLES BIEN	MIERCOLES MAL	JUEVES BIEN	JUEVES MAL	VIERNES BIEN	VIERNES MAL	SABADO BIEN	SABADO MAL	DOMINGO BIEN	DOMINGO MAL
ELECTRICO Y TABLERO DE CONTROL	[illegible]		X		X		X		X		X		X			
LUCES	[illegible]	NA	X		X		X		X		X		X			
HIDRAULICO	[illegible]		X		X		X		X		X		X			
GENERAL	[illegible]		X		X		X		X		X		X			
MECANICO	[illegible]	N/A	X		X		X		X		X		X			

OPERADOR	NOMBRE	Luis Eduardo Acosta
	FIRMA	[signature] [signature] [signature] [signature] [signature] [signature]
SUPERVISOR	NOMBRE	
	FIRMA	



580

Powered by CamScanner



REFERENCIA S 753 MODELO 2000 MARCA Bobcat TIPO DE MAQUINARIA Mini Cargador

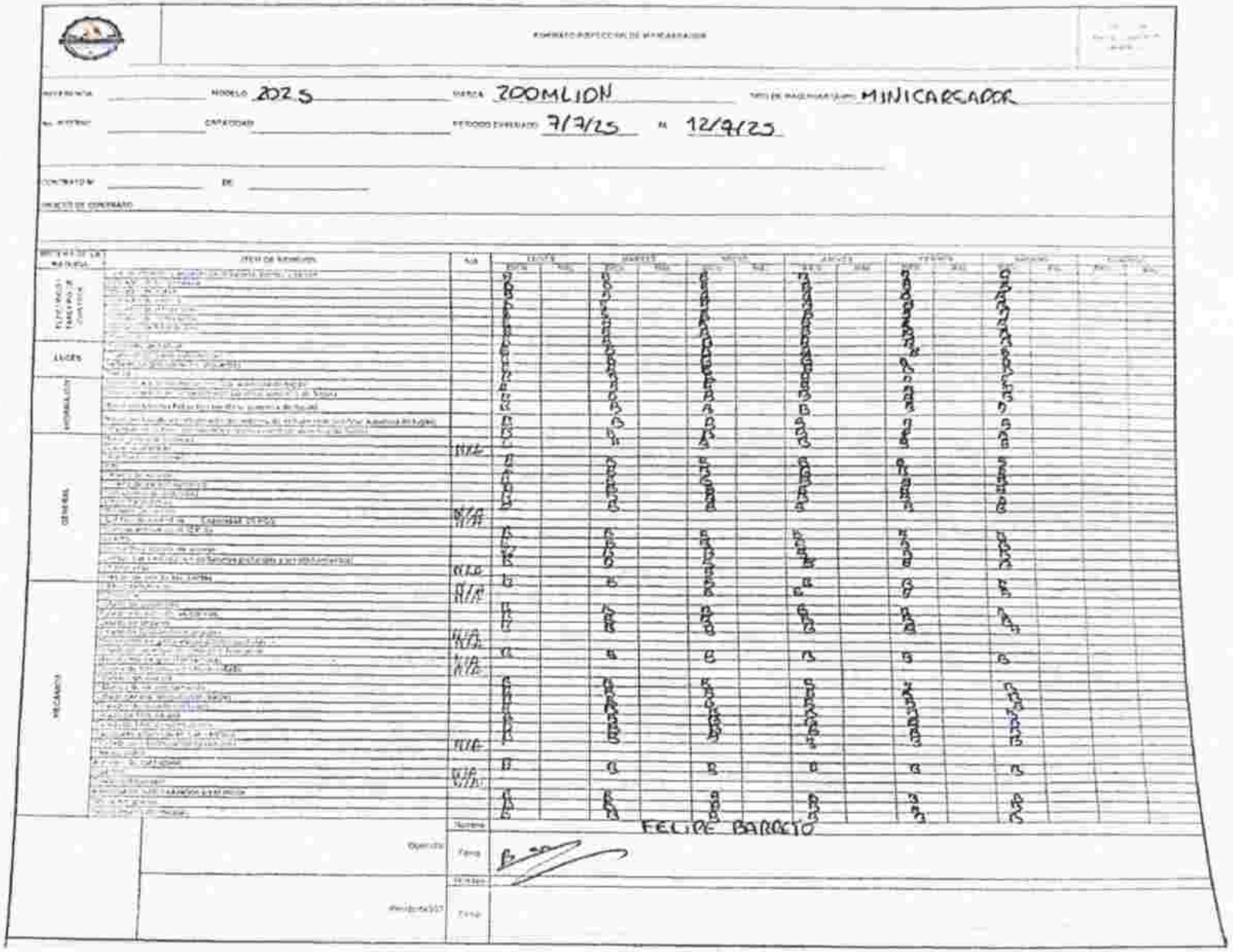
No. ACTIVO _____ CAPACIDAD 750 Kg PERIODO DE REVISIÓN 28-07-55 al 02-08-25

CONTRATO No. 10-13 DE 2024

OBJETO DEL CONTRATO

ITEM DE REVISIÓN	N/A	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		MAÑANA	TARDE	MAÑANA	TARDE	MAÑANA	TARDE	MAÑANA	TARDE	MAÑANA	TARDE	MAÑANA	TARDE	MAÑANA	TARDE
ELEMENTOS DE SEGURIDAD Y CONTROL															
CABINA															
HIDRAULICO															
GENERAL															
MECANICO															
OBSERVACIONES		Todo Estuvo Normal													
Conductor	Firma														
Supervisor	Firma														

Powered by CamScanner



FORMATO INSPECCION DE MAQUINARIA

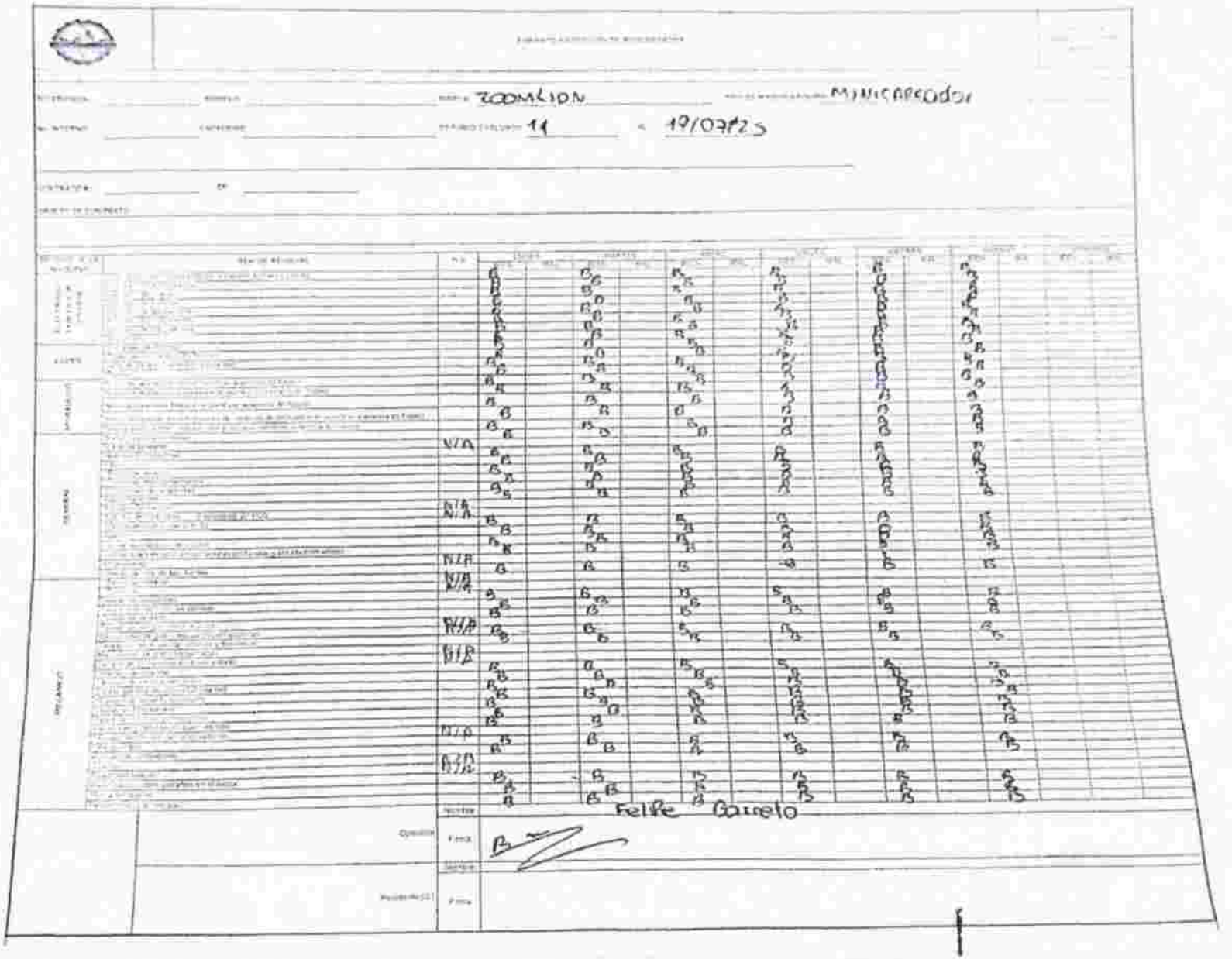
MODELO 2025 MARCA ZOOMLION TIPO DE MAQUINARIA MINICARGADOR

CAPACIDAD PERIODO EVALUADO 7/7/25 AL 12/9/25

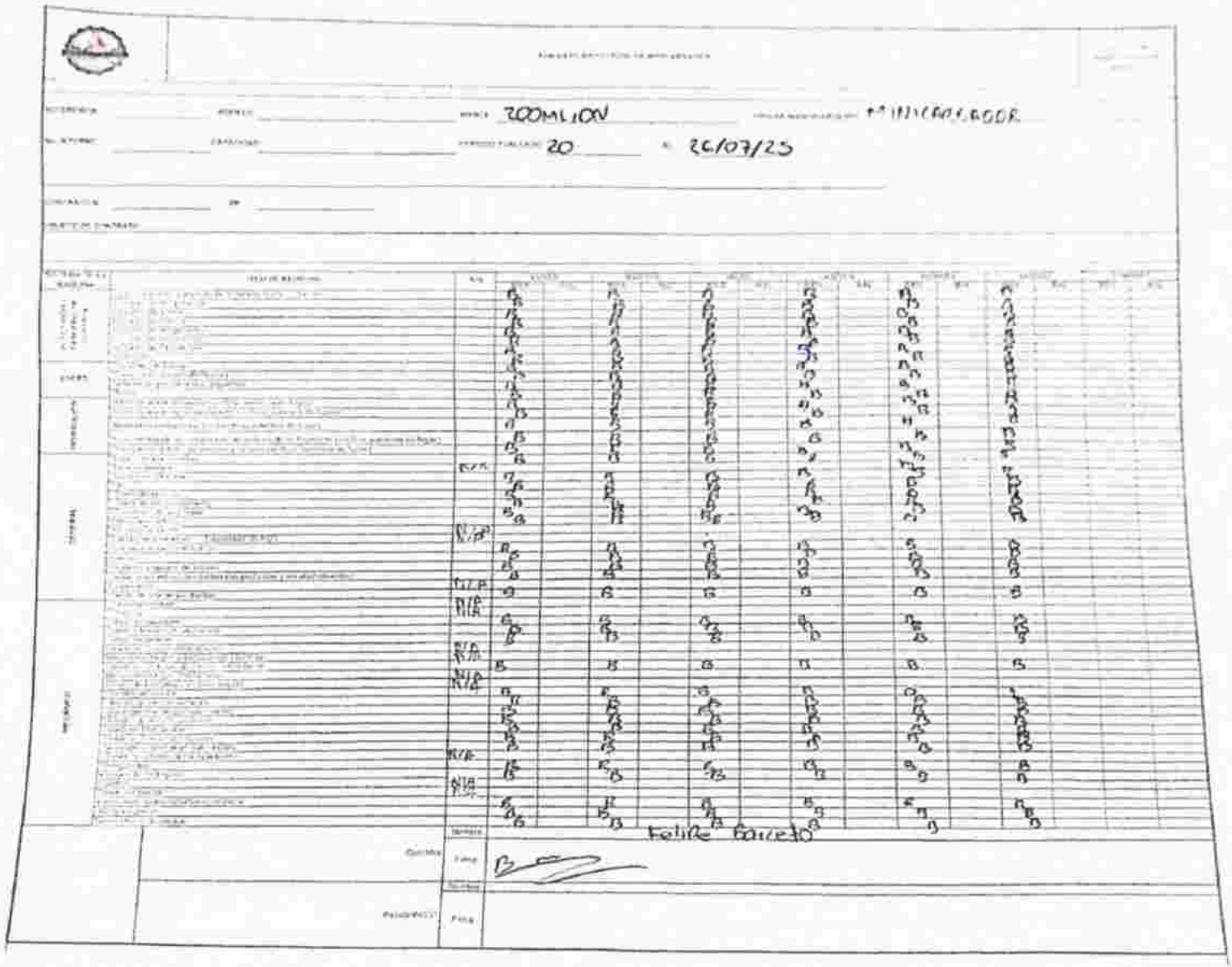
ITEM DE REVISION

FELIPE BARRETO

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

FORMATO INSPECCIÓN DE VIBROCOMPACTADORA

REFERENCIA _____ MODELO _____ MARCA BOMAG TIPO DE MAQUINA/EQUIPO VIBRO COMPACTADOR

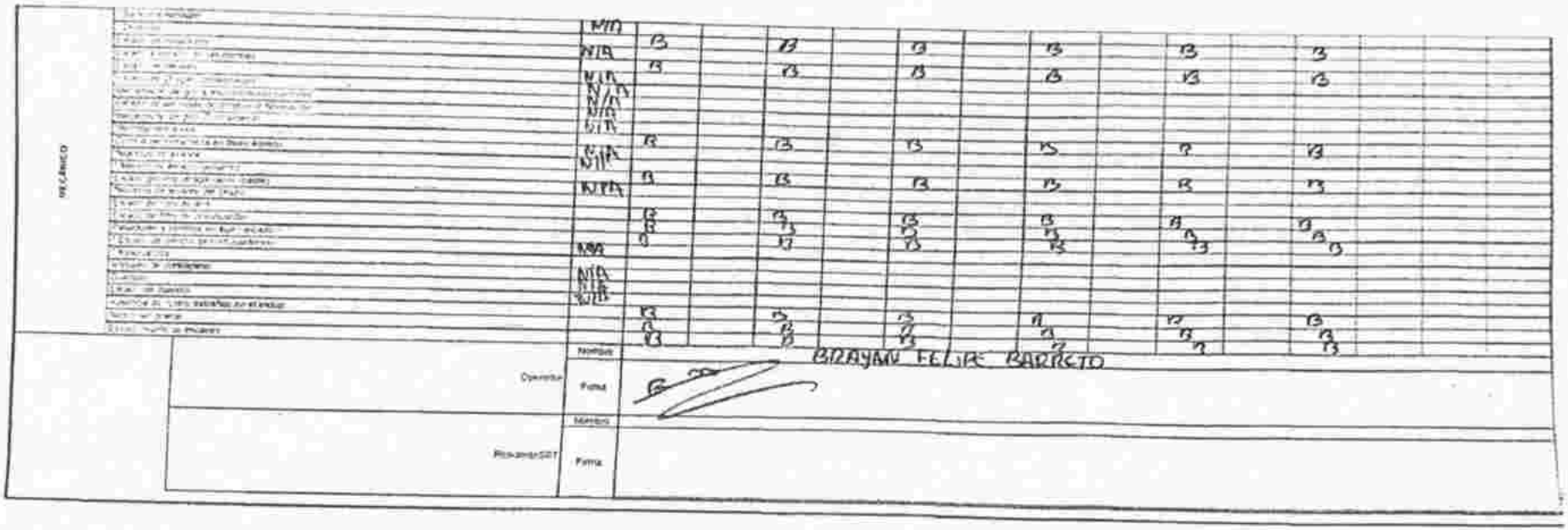
No. INTERNO _____ CAPACIDAD _____ PERIODO EVALUADO 7 AL 12/07/23

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			B		D		B		B		B		B			
				M		M		M		M		M		M		
			B		B		B		B		B		B			
			G		B		B		B		B		B			
		N/A														
			B		D		B		B		B		B			
			G		D		B		B		B		B			
LUCES				M		M		M		M		M		M		
				M		M		M		M		M		M		
		N/A														
		N/A														
HIDRAULICO			B		D		B		B		B		B			
		N/A														
			G		B		B		D		B		B			
		N/A														
			B		B		B		B		B		B			
GENERAL		N/A														
							B									
			B		B		B		B		B		B			
			E		B		B		B		B		B			
				M		M		M		M		M		M		
				M		M		M		M		M		M		
		N/A														
		N/A														
		N/A														
			B		B		B		B		B		B			
	Cuaderno 20 POS		B		B		B		B		B		B			
			B		B		B		B		B		B			
			B		B		B		B		B		B			
			B		B		B		B		B		B			
		N/A														
		N/A														
		N/A														

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

FORMATO INSPECCION DE VIBROCOMPACTADORA

REFERENCIA _____ MODELO _____ MARCA BOMAG TIPO DE MAQUINA O EQUIPO VIBRO COMPACTADOR

No. INTERNO _____ CAPACIDAD _____ PERIODO EVALUADO 19 AL 19/07/23

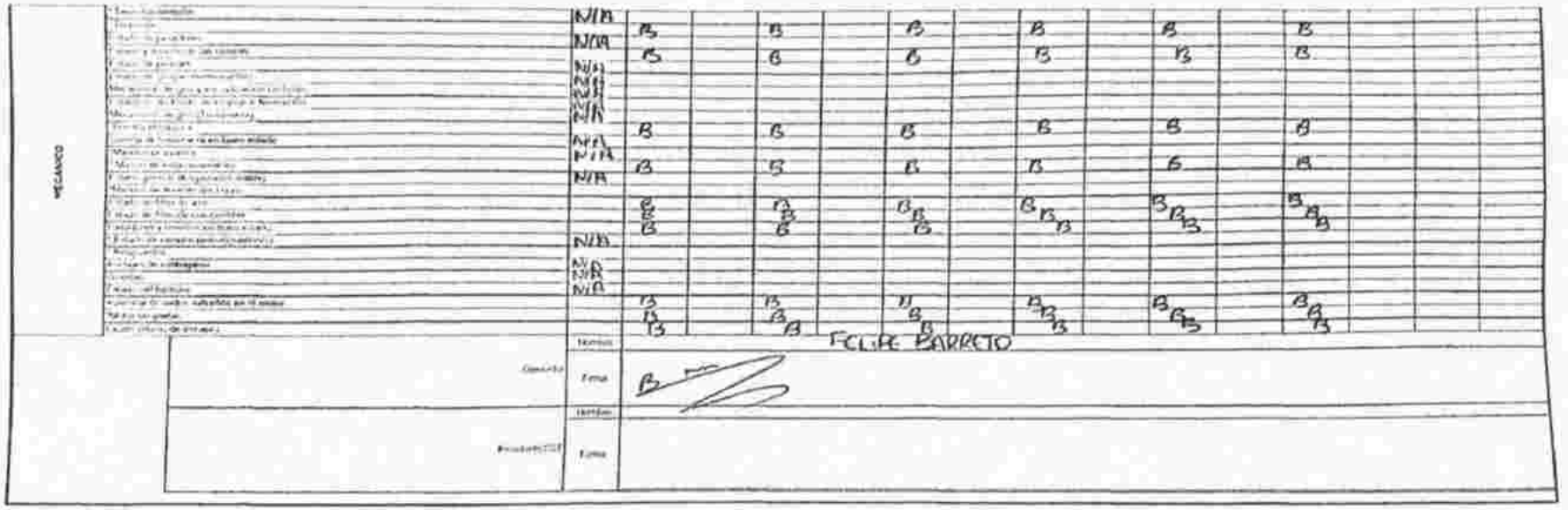
CONTRATO Nº _____ DE _____

OBJETO DE CONTRATO

SISTEMA DE LA MAQUINA	ITEM DE REVISION	N.A.	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		OBSERVACIONES	
			BUEN	MAL	BUEN	MAL	BUEN	MAL	BUEN	MAL	BUEN	MAL	BUEN	MAL	BUEN	MAL
			B		B		B		B		B		B			
				M		M		M		M		M		M		
			B		B		B		B		B		B			
		N/A														
		N/A														
			B		B		B		B		B		B			
				M		M		M		M		M		M		
		N/A														
		N/A														
			B		B		B		B		B		B			
		N/A														
			B		B		B		B		B		B			
		N/A														
			B		B		B		B		B		B			
		N/A														
		N/A														
			B		B		B		B		B		B			
				M		M		M		M		M		M		
		N/A														
		N/A														
		N/A														
			B		B		B		B		B		B			
			B		B		B		B		B		B			
			B		B		B		B		B		B			
		N/A														
		N/A														
		N/A														

AC-07 version 02

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

FORMATO INSPECCION DE VIBROCOMPACTADORA

REFERENCIA _____ MODELO _____ MARCA BOMAG TIPO DE MAQUINA/EQUIPO VIBRO COMPACTADOR

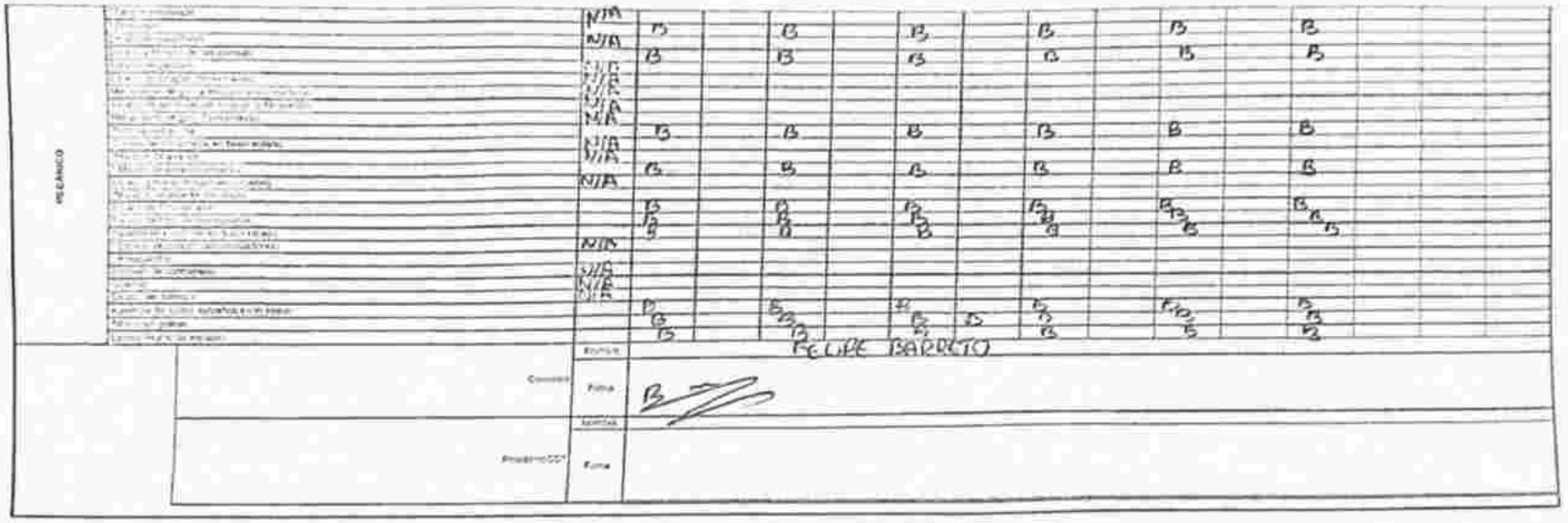
No. INTERNO _____ CAPACIDAD _____ PERIODO EVALUADO 21 AL 26/07/25

CONTRATO N° _____ DE _____

OBJETO DE CONTRATO

SISTEMA DE LA MAQUINA	ITEM DE REVISION	N/A	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
			BUEN	MAL	BUEN	MAL	BUEN	MAL	BUEN	MAL	BUEN	MAL	BUEN	MAL	BUEN	MAL
MOTOR / TRANSMISION Y DIRECCION			B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M		
			B		B		B		B		B		B			
			B		B		B		B		B		B			
		N/A	N/A													
			B		B		B		B		B		B			
			B		B		B		B		B		B			
LUCES				M		M		M		M		M		M		
		N/A	N/A													
HIDRAULICO			B		B		B		B		B		B			
		N/A	N/A													
		N/A	B		B		B		B		B		B			
			B		B		B		B		B		D			
GENERAL		N/A	N/A													
			B		B		B		B		B		B			
			B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M		
		N/A	N/A													
		N/A	N/A													
	Capacidad de POS		B		B		B		B		B		B			
			B		B		B		B		B		B			
			B		B		D		B		B		B			
		N/A	N/A													
		N/A	N/A													

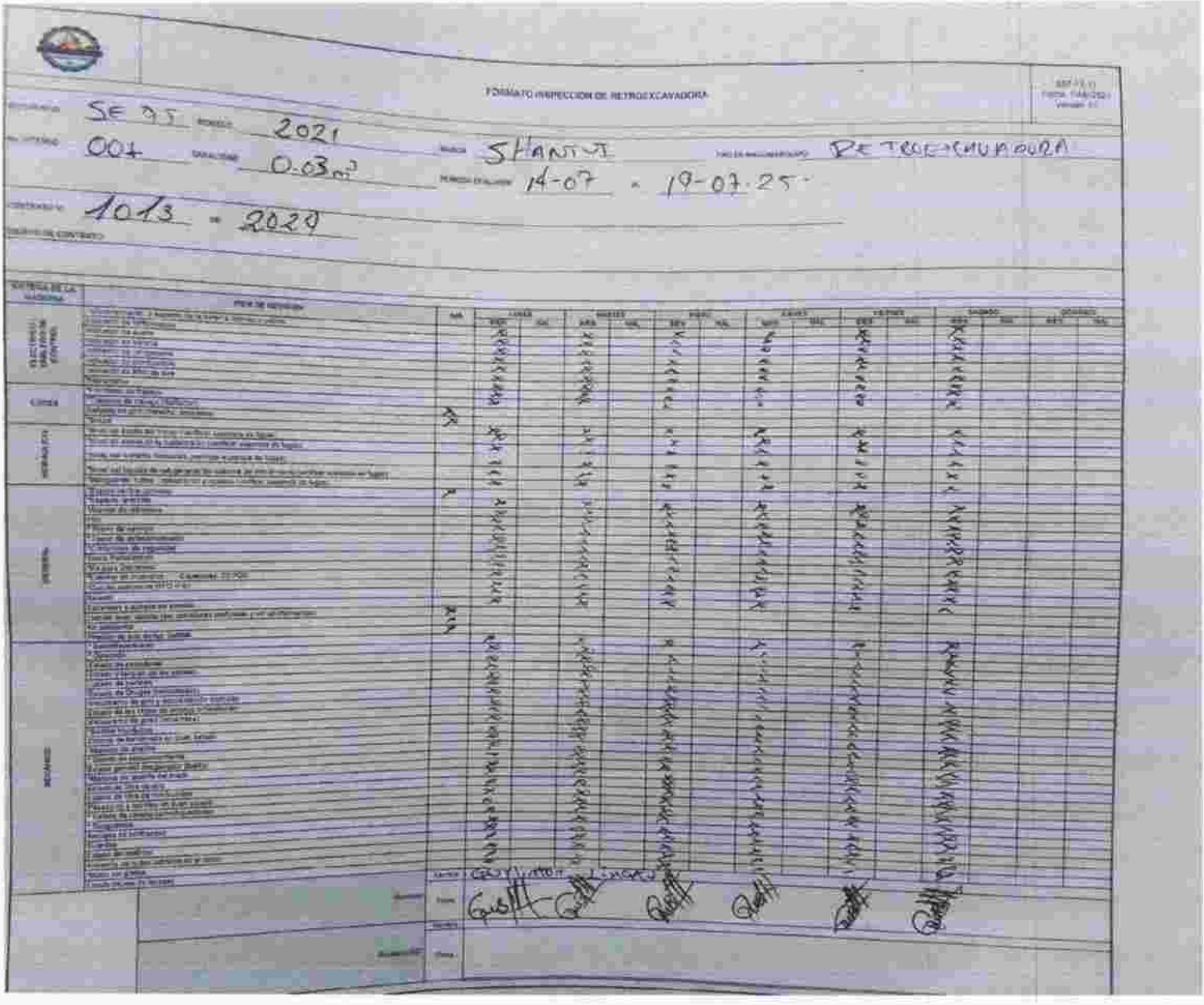
Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

FORMATO INSPECCION DE RETROEXCAVADORA

SE 25 MODELO 2021
001 CAPACIDAD 0.03 m³
MARCA SHANTUI
TIPO DE MAQUINA(EQUIPO) RETROEXCAVADORA
PERIODO EVALUADO 14-07 a 19-07-25
CONTRATO No 1013 de 2024
OBJETO DEL CONTRATO



FORMATO INSPECCION DE RETROEXCAVADORA

SST-FT-17
Fecha: 1/Abr/2025
Versión: 01

REFERENCIA SE 75 MODELO 2023 Marca SHANTUI TIPO DE MAQUINA/EQUIPO RETROEXCAVADORA

No. INTERNO 001 CAPACIDAD 0,33 m³ PERIODO EVALUADO 28-07 AL 02-08-25

CONTRATO N° 1013 DE 2024

OBJETO DE CONTRATO

SISTEMA DE LA MAQUINA	ITEM DE REVISION	N/A	LUNES BIEN	LUNES MAL	MARTES BIEN	MARTES MAL	MIERC BIEN	MIERC MAL	JUEVES BIEN	JUEVES MAL	VIERNES BIEN	VIERNES MAL	SABADO BIEN	SABADO MAL	DOMINGO BIEN	DOMINGO MAL
ELECTRICO / TABLERO DE CONTROL	Funcionamiento y aspecto de la bateria, bornes y cables		X		X		X		X		X					
	Indicador de temperatura		X		X		X		X		X					
	Indicador de aceite		X		X		X		X		X					
	Indicador de bateria		X		X		X		X		X					
	Indicador de refrigerante		X		X		X		X		X					
	Indicador de combustible		X		X		X		X		X					
	Indicador de filtro de aire		X		X		X		X		X					
	*Horometro		X		X		X		X		X					
LUCES	*Farmetas de trabajo		X		X		X		X		X					
	*Traseras de frenado (Reflector)		X		X		X		X		X					
	Intermitentes de giro (Derecha, izquierda)		X		X		X		X		X					
	*Bocina	R	X		X		X		X		X					
HIDRAULICO	*Nivel de aceite del motor (verificar ausencia de fugas)		X		X		X		X		X					
	*Nivel de aceite en la transmision (verificar ausencia de fugas)		X		X		X		X		X					
	*Nivel del sistema hidraulico (verificar ausencia de fugas)		X		X		X		X		X					
	*Nivel del liquido de refrigerante del sistema de enfriamiento (verificar ausencia de fugas)		X		X		X		X		X					
	*Mangueras, tubos, conexiones y racores (verificar ausencia de fugas)		X		X		X		X		X					
GENERAL	*Espejo central convex	R	X		X		X		X		X					
	Espejos laterales		X		X		X		X		X					
	*Alarma de retroceso		X		X		X		X		X					
	Pito		X		X		X		X		X					
	* Paso de servicio		X		X		X		X		X					
	* Paso de estacionamiento		X		X		X		X		X					
	*Extintores de seguridad		X		X		X		X		X					
	Visión Panoramico		X		X		X		X		X					
	Kit para Derrames		X		X		X		X		X					
	*Extintor de incendio Capacidad: 20 PQS		X		X		X		X		X					
	*Cobra antiatraco (KLOP II)		X		X		X		X		X					
	Asiento		X		X		X		X		X					
	Cinturon de seguridad		X		X		X		X		X					
	Escaleras y apoyos de acceso		X		X		X		X		X					
	Llantas bien estado (sin cortaduras protrudas y desbalanceos)	R&P	X		X		X		X		X					
	Kit ambiental		X		X		X		X		X					
	Presion de aire de las llantas		X		X		X		X		X					
MECANICO	* Direccion		X		X		X		X		X					
	Estado de guardacabos		X		X		X		X		X					
	Estado y tensión de las correas		X		X		X		X		X					
	Estado de pedales		X		X		X		X		X					
	Estado de Cruceta (Universales)		X		X		X		X		X					
	Mecanismo de giro y sujetación cuchillas		X		X		X		X		X					
	Estado de las Hojas de limpia y Revisión		X		X		X		X		X					
	Mecanismo de giro (Tornamesa)		X		X		X		X		X					
	*Sonda Hidraulica		X		X		X		X		X					
	Corona de tornamesa en buen estado		X		X		X		X		X					
	* Mandos de avance		X		X		X		X		X					
	* Mando de estacionamiento		X		X		X		X		X					
	Estado general riostras (pasta)		X		X		X		X		X					
	*Mandos de levante del brazo		X		X		X		X		X					
	Estado de filtro de aire		X		X		X		X		X					
	Estado de filtro de combustible		X		X		X		X		X					
	Pasadores y bujillos en buen estado		X		X		X		X		X					
	* Estado de cilindro (amortiguadores)		X		X		X		X		X					
	* Resguardos		X		X		X		X		X					
	Acoples de contragolpe		X		X		X		X		X					
	Guayas		X		X		X		X		X					
	Estado del bastidor		X		X		X		X		X					
	Ausencia de ruidos extraños en el motor		X		X		X		X		X					
	*Motor sin grietas		X		X		X		X		X					
	Escape (Humo de escape)		X		X		X		X		X					
		Nombre	Alejandro Lizcano													
Operador		Firma														
		Nombre														
Residente SST		Firma														

Anexo 14. Arriendos SUBA MT



Alberto Barrera Herrera

584

Banco Caja Social

Centro de Atención Telefónica **Número único nacional** 018000 9 10038 **Bogotá** 307 7060

Pago de Servicios Electrónicos

Bienvenido a Banco Caja Social

Fecha: Abril 07 de 2025 11:25 am

Información del Comercio

Nombre del Comercio	Banco Davivienda SA
Referencia de Pago:	8353137
Código del Servicio:	615
Referencia 1:	3118232756
Descripción del Pago:	Dep sito a Daviplata por PSE
Valor Total de la Transacción:	$100,000.00
Valor del Impuesto:	$0.00

IMPORTANTE

No se mostrarán las cuentas cuyo saldo sea inferior al valor de la transacción, que presenten algún estado de bloqueo o que no hayan sido registradas previamente para el uso de PSE o Planilla Única.

Seleccione la empresa, luego la dependencia y por último la cuenta por medio de la cual realizará el pago

Empresa:	CONSORCIO ICODGER
Dependencias de la Empresa:	Mi Empresa

Cuentas Corrientes

	Producto	Número	Saldo Disponible	Estado
◉	Cuenta Corriente	*******5450	$1,045,647,726.32	Activa

Realizar el Pago | Cancelar

565

Banco Caja Social

Centro de Atención Telefónica **Número único nacional** 018000 9 10038 **Bogotá** 307 7060

Pago de Servicios Electrónicos

Bienvenido a Banco Caja Social

Fecha. Abril 07 de 2025 11:25 am

Información del Comercio	
Nombre del Comercio	Banco Davivienda SA
Referencia de Pago	8953137
Código del Servicio	816
Referencia 1	3118232756
Descripción del Pago	Dep sito a Daviplata por PSE
Valor Total de la Transacción	$100,000.00
Valor del Impuesto	$0.00

IMPORTANTE

No se mostrarán las cuentas cuyo saldo sea inferior al valor de la transacción, que presenten algún estado de bloqueo o que no hayan sido registradas previamente para el uso de PSE o Planilla Única.

Seleccione la empresa, luego la dependencia y por último la cuenta por medio de la cual realizará el pago

Empresa:	CONSORCIO ICODGER
Dependencias de la Empresa:	Mi Empresa

Cuentas Corrientes

	Producto	Número	Saldo Disponible	Estado
◉	Cuenta Corriente	*******5450	$1.045.647.726,32	Activa

Realizar el Pago | Cancelar

Número de Transacción: APIB21302777121531E

Pagos Servicios Electrónicos

Fecha: Agosto 01 de 2025 02:44 pm

¡ El debito a la cuenta se ha realizado EXITOSAMENTE !
Número de Confirmación: 78373230

Estimado cliente: El pago que acaba de realizar esta sujeto a aprobación, por favor para cualquier duda comunicarse con el Comercio. Recuerde que si el pago no aparece en el estado de cuenta de su tarjeta de crédito o débito en el siguiente corte, comuníquese con el comercio. Si desea realizar un nuevo pago, por favor cierre esta ventana y vuelva a ingresar a PSE.

Cuenta desde la cual se realizó el pago:	Cuenta Corriente ******6340
Comercio Virtual:	Banco Davivienda SA
Referencia de Pago:	10270780
Valor Pagado:	$3.500.000,00

Imprimir Cerrar

S67

Banco Caja Social

Centro de Atención Telefónica **Número único nacional** 018000 9 10038 **Bogotá** 307 7060

Pago de Servicios Electrónicos

Bienvenido a Banco Caja Social Fecha: Agosto 01 de 2025 02:33 pm

Información del Comercio

Nombre del Comercio:	Banco Davivienda SA
Referencia de Pago:	10270685
Codigo del Servicio:	816
Referencia 1:	3118232784
Descripción del Pago:	Dep ntlc a Daviplata por PSE
Valor Total de la Transacción:	$3,500,000.00
Valor del Impuesto:	$0.00

IMPORTANTE

No se mostrarán las cuentas cuyo saldo sea inferior al valor de la transacción, que presenten algún estado de bloqueo o que no hayan sido registradas previamente para el uso de PSE o Planilla Única.

Seleccione la empresa, luego la dependencia y por último la cuenta por medio de la cual realizará el pago

Empresa:	OUTSOURCING DF SAS
Dependencias de la Empresa:	Seleccione Dependencia

No hay productos disponibles en este momento para realizar el pago. Seleccione una Dependencia.

Cancelar

Número de Transacción: AP8512032947143218E

Pagos Servicios Electrónicos

Fecha: Mayo 06 de 2025 09:57 am

¡ El débito a la cuenta se ha realizado EXITOSAMENTE !
Número de Confirmación: 10577UT0

Estimado Usuario: El dinero que acaba de retirar está sujeto a aprobación, por favor para completar su pago, seleccione la opción "Regresar Al Comercio", y verifique el estado final de la transacción, si hace algún tipo de aclaración, comuníquese con el operador de telecomunicaciones del medio desde el cual está efectuando la compra o pago"

Cuenta desde la cual se realizó el pago:	Cuenta Corriente ******5415
Comercio Virtual:	Banco Davivienda SA
Referencia de Pago:	8844304
Valor Pagado:	$3,500,000.00

Imprimir Cerrar

569

Número de Transacción: APH50973214917085820

Pagos Servicios Electrónicos

Fecha: Abril 07 de 2025 11:26 am

¡ El débito a la cuenta se ha realizado EXITOSAMENTE !
Número de Confirmación: 55584630

"Estimado cliente: El pago que acaba de realizar será visible a aplicarse en línea para servicios de pago seleccione la opción "Registro de Convenios", y verifique el estado final de la transacción. Si hay algún inconveniente, comuníquese con el operador de telecomunicaciones, acueducto, energía o con el comercio donde el cual está haciendo la compra o pago"

Cuenta desde la cual se realizó el pago:	Cuenta Corriente ********5450
Comercio Virtual:	Banco Davivienda SA
Referencia de Pago:	8353137
Valor Pagado:	$100.000,00

Imprimir Cerrar

S40

Número de Transacción: APB510932257268702 1

Pagos Servicios Electrónicos

Fecha: Abril 16 de 2025 11:49 am

¡ El débito a la cuenta se ha realizado EXITOSAMENTE !
Número de Confirmación: 44368YN0

Estimado cliente, El pago que acaba de realizar está sujeto a verificación, con el fin de confirmar el origen, seleccione la opción "Regresar al Comercio", y verifique la validez final de la transacción, el tiempo según corresponda, y finalmente con el operador de información en el cual usted se encuentra, a ver si el comercio donde el cual está efectuando su compra, ó pago"

Cuenta desde la cual se realizó el pago:	Cuenta Corriente ********1672
Comercio Virtual:	Banco Davivienda SA
Referencia de Pago:	8509795
Valor Pagado:	$525.000,00

Imprimir Cerrar

571

nco Caja Social

o de Atención Telefónica **Número único nacional** 018000 9 10038 **Bogotá** 307 7060

Pago de Servicios Electrónicos

Bienvenido a Banco Caja Social

Fecha: Julio 07 de 2025 03:53 pm

Información del Comercio

Nombre del Comercio:	Banco Davivienda SA
Referencia de Pago:	9864876
Código del Servicio:	610
Referencia 1:	3118232756
Descripción del Pago:	Dep efo a Daviplata por PSE
Valor Total de la Transacción:	$3,500,000.00
Valor del Impuesto:	$0.00

IMPORTANTE

No se mostrarán las cuentas cuyo saldo sea inferior al valor de la transacción, que presenten algún estado de bloqueo o que no hayan sido registradas previamente para el uso de PSE o Planilla Unica.

Seleccione la empresa, luego la dependencia y por último la cuenta por medio de la cual realizará el pago

Empresa:	CONSORCIO PARQUES ICOBY
Dependencias de la Empresa:	Mi Empresa

Cuentas Corrientes

	Producto	Número	Saldo Disponible	Estado
◉	Cuenta Corriente	*******6340	$14,449,665.00	Activa

Realizar el Pago | Cancelar

B&L
INMOBILIARIA

ALBERTO BARRERA HERRERA
NIT. 14243266-6
NO RESPONSABLE DE IVA

• SERVICIO DE ASESORIAS • AVALUOS
• VENTAS • ARRIENDOS

RECIBO DE CAJA

No. 330

FECHA

07	07	2025

CIUDAD: Bogotá D.C $ 3'500.000.-

RECIBI DE: ICOD Construcciones y Proyectos SAS

LA SUMA DE: Tres Millones Quinientos Mil Pesos M/cte.

DIRECCIÓN: Bodega Villa Elisa Suba. TEL.:

POR CONCEPTO DE: Pago Canon de Arrendamiento mes de Julio

Del 01 de Julio al 01 de Agosto 2025.

Transf. Bco Cajasocial N°6288c010 a Daviplata BL. 3182327561

RECIBIDO CONFORME:

FIRMA:

FIRMA Y SELLO:

FIRMA Y C.C.

Cra. 92 No. 8-18 Barrio Nueva Castilla (601) 663 9143 311 823 2756

Número de Transacción: AP#5188320019887395

Pagos Servicios Electrónicos

Fecha: Julio 07 de 2025 03:54 pm

¡ El débito a la cuenta se ha realizado EXITOSAMENTE !
Número de Confirmación: 628BC0I0

Estimado cliente: El pago que acaba de realizar está sujeto a aprobación, por favor para concluir el pago, seleccione la opción "Regresar al Comercio" y verifique el estado final de la transacción, si usted desea mas información, comuníquese con el operador de telecomunicaciones donde adquirió la plantilla o con el comercio donde el cual está efectuando la compra o pago.

Cuenta desde la cual se realizó el pago:	Cuenta Corriente *******6340
Comercio Virtual:	Banco Davivienda SA
Referencia de Pago:	9884578
Valor Pagado:	$3.500.000,00

Imprimir Cerrar

Verifique la información

El valor a cargar en DaviPlata se descontará del banco seleccionado a través de PSE.

Nombre completo

ALBERTO BARRERA HERRERA

Tipo y número de documento

Cédula de ciudadanía - 14243266

¿A qué número quiere meter plata?

3118232756

¿Cuánta plata quiere meter?

$ 3.500.000

¿Desde qué banco va a meter plata?

BANCO CAJA SOCIAL

Costo de la transacción

$ 0

Correo registrado en PSE

TESORERIACIVILSAS@GMAIL.COM

Modificar

Meter Plata

Inmobiliaria

BOGOTÁ D.C ABRIL 15 DE 2025

CUENTA DE COBRO No. 118

ICOD CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS SAS
NIT901.172.605-1

DEBE A:

ALBERTO BARRERA HERRERA
B&L INMOBILIARIA
NIT 14243266-6

LA SUMA DE: QUINIENTOS VEINTICINCO MIL PESOSM/CTE ($525.000M/CTE.)
POR CONCEPTO DE: Pago Derechos de contrato de Arrendamiento del inmueble ubicado en la Calle 133 No. 92 A 41 De la Ciudad de Bogotá D.C., **Con Matricula Inmobiliaria** 50N-00234485. Equivalente al 15% sobre el valor del Canon mensual de ($3'500.000 M/CTE.)

ALBERTO BARRERA HERRERA
Representante Legal B&L inmobiliaria
NIT 14243266-6

CERTIFICO QUE POR PERTENECER AL REGIMEN NO RESPONSABLE DE IVA NO ESTOY OBLIGADO A FACTURAR

FAVOR REALIZAR CONSIGNACION A LA CUENTA DE AHORROS NÚMERO 488451537622

DAVIVIENDA

BANCO DAVIVIENDA S.A.

CERTIFICA:

Banco Davivienda S.A.

Que ALBERTO BARRERA HERRE, quien se identifica con cédula de ciudadanía No 14243266, posee en el Banco Davivienda el producto DaviPlata número 3118232756.

A solicitud del interesado, se expide en Bogotá D.C., a los 18 días de Noviembre del año 2024.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Atentamente,

BANCO DAVIVIENDA S.A.

TICKET: 20618053

577

DIAN

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141128801761

(415)7702124809841803(8020)900014112880176 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	13. Buzón electrónico
1 4 2 4 3 2 6 6	6	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 4 2 4 3 2 6 6	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BARRERA	HERRERA	ALBERTO	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla
B&L INMOBILIARIA	

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CR 92 8 18 TO 5 AP 117

42. Correo electrónico: abarrera1663@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
0	3 1 1 8 2 3 2 7 5 6	6 0 1 5 7 1 9 8 5 0

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
6 8 2 0	2 0 1 8 0 6 0 9					3 4 2 9	1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 5	1 4	4 8																							

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

14- Informante de exogena

48 - Impuesto sobre las ventas - IVA

Usuarios aduaneros		Exportadores				
54. Código	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
				57. Modo			
				58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI ☐ NO ☒ 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice

Firma autorizada

984. Nombre: BARRERA HERRERA ALBERTO

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 24-01-2025 02:42:44PM

DOCUMENTO PRIVADO SIN VALIDEZ

Cámara de Comercio de Bogotá
Sede Salitre

CERTIFICADO DE MATRÍCULA DE ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO

Fecha Expedición: 10 de abril de 2025 Hora: 13:53:36
Recibo No. 0325042341
Valor: $ 5,800

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 3250423413FE17

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

CON FUNDAMENTO EN LA MATRÍCULA E INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO MERCANTIL, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:

NOMBRE, DATOS GENERALES Y DOMICILIO

Nombre:	B&L INMOBILIARIA
Matrícula No.	03375601
Fecha de matrícula:	10 de mayo de 2021
Último año renovado:	2025
Fecha de renovación:	8 de abril de 2025
Activos Vinculados:	$ 5.000.000

UBICACIÓN

Dirección Comercial:	Carrera 92 # 8-18 Torre Apartamento 117
Municipio:	Bogotá D.C.
Correo electrónico:	blinmobiliaria2020@gmail.com
Teléfono comercial 1:	6015719850
Teléfono comercial 2:	3118232756
Teléfono comercial 3:	3022513178

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: 6820

PROPIETARIO(S)

Nombre:	Alberto Barrera Herrera
C.C.:	14.243.266
Nit:	14.243.266-6
Domicilio:	Bogotá D.C.
Matrícula No.:	03375600
Fecha de matrícula:	10 de mayo de 2021
Último año renovado:	2025
Fecha de renovación:	8 de abril de 2025

RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

Constanza del Pilar Puentes Trujillo

579

Cámara de Comercio de Bogotá
Sede Salitre

CERTIFICADO DE MATRÍCULA DE ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO

Fecha Expedición: 10 de abril de 2025 Hora: 13:53:36
Recibo No. 0325042341
Valor: $ 5,800

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 3250423413FE17

Verifique el contenido y confiabilidad de esta certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 dias calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

****

Firma mecánica de conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la autorización impartida por la Superintendencia de Industria y Comercio, mediante el oficio del 18 de noviembre de 1996.

Cámara de Comercio de Bogotá

Cámara de Comercio de Bogotá
Zona Catastro

CERTIFICADO DE MATRÍCULA DE PERSONA NATURAL

Fecha Expedición: 10 de abril de 2025 Hora: 11:51:35
Recibo No.: 0125042141
Valor: $ 5,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 3250423413899C

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

CON FUNDAMENTO EN LA MATRÍCULA E INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO MERCANTIL, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Nombre:	ALBERTO BARRERA HERRERA
C.C.	14.243.266
NIT:	14.243.266-6
Domicilio principal:	Bogotá D.C.

MATRÍCULA

Matrícula No.	03375600
Fecha de matrícula:	10 de mayo de 2021
Último año renovado:	2025
Fecha de renovación:	8 de abril de 2025
Grupo NIIF:	Grupo III.

UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal:	Cr 92 No. 8 - 18. To 5, Ap 117
Municipio:	Bogotá D.C.
Correo electrónico:	blinmobiliaria2020@gmail.com
Teléfono comercial 1:	6015719850
Teléfono comercial 2:	3118232756
Teléfono comercial 3:	3022513178

Dirección para notificación judicial:	Cr 92 No. 8 - 18. To 5, Ap 117
Municipio:	Bogotá D.C.
Correo electrónico de notificación:	blinmobiliaria2020@gmail.com
Teléfono para notificación 1:	6015719850
Teléfono para notificación 2:	3118232756
Teléfono para notificación 3:	3022513178

La persona natural SI autorizó para recibir notificaciones personales a través de correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Procesos y el del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Constanza del Pilar Pinilla Trujillo

S01

Cámara de Comercio de Bogotá

Cámara de Comercio de Bogotá
Bogotá Dalitro

CERTIFICADO DE MATRÍCULA DE ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO

Fecha Expedición: 10 de abril de 2025 Hora: 13:53:36
Recibo No. 0325043341
Valor: $ 5,000

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 3250423413FB17

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro, quedan en firme dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la Cámara de Comercio de Bogotá, los sábados NO son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los actos administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de los Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certificado, NO se encuentra en curso ningún recurso.

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

La información anterior ha sido tomada directamente del formulario de matrícula diligenciado por el comerciante.

Que, los datos del empresario y/o el establecimiento de comercio han sido puestos a disposición de la Policía Nacional a través de la consulta a la base de datos del RUES.

El presente certificado no constituye permiso de funcionamiento en

Powered by CamScanner

CERTIFICADO DE MATRÍCULA DE PERSONA NATURAL

Fecha Expedición: 10 de abril de 2025 Hora: 13:53:35
Recibo No. 0325042341
Valor: $ 5,800

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 3250423413899C

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: 6820

INFORMACIÓN FINANCIERA

El comerciante matriculado reportó la siguiente información financiera, la cual corresponde a la última información reportada en la matrícula mercantil, así:

Estado de situación financiera

Activo corriente:	$ 5.000.000,00
Activo no corriente:	$ 0,00
Activo total:	$ 5.000.000,00
Pasivo corriente:	$ 0,00
Pasivo no corriente:	$ 0,00
Pasivo total:	$ 0,00
Patrimonio neto:	$ 5.000.000,00
Pasivo más patrimonio:	$ 5.000.000,00

Estado de resultados

Ingresos actividad ordinaria:	$ 0,00
Otros ingresos:	$ 0,00
Costo de ventas:	$ 0,00
Gastos operacionales:	$ 0,00
Otros gastos:	$ 0,00
Gastos por impuestos:	$ 0,00
Utilidad / Pérdida operacional:	$ 0,00
Resultado del periodo:	$ 0,00

RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro, quedan en firme dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la Cámara de Comercio de Bogotá, los sábados NO son

583

días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los actos administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de los Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certificado, NO se encuentra en curso ningún recurso.

ESTABLECIMIENTO(S) DE COMERCIO

A nombre de la persona natural figura(n) matriculado(s)en esta Cámara de Comercio de Bogotá el(los) siguiente(s) establecimiento(s) de comercio:

Nombre:	B&L INMOBILIARIA
Matrícula No.:	03375601
Fecha de matrícula:	10 de mayo de 2021
Último año renovado:	2025
Categoría:	Establecimiento
Dirección:	Carrera 92 # 8-18 Torre Apartamento 117
Municipio:	Bogotá D.C.

SI DESEA OBTENER INFORMACIÓN DETALLADA DE LOS ANTERIORES ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO O DE AQUELLOS MATRICULADOS EN UNA JURISDICCIÓN DIFERENTE A LA DEL PROPIETARIO, DEBERA SOLICITAR EL CERTIFICADO DE MATRICULA MERCANTIL DEL RESPECTIVO ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO.

LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LOS ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO QUE TIENE MATRICULADOS EL COMERCIANTE EN OTRAS CÁMARAS DE COMERCIO DEL PAÍS, PODRÁ CONSULTARLA EN WWW.RUES.ORG.CO.

TAMAÑO EMPRESA

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es Microempresa

584

CERTIFICADO DE MATRÍCULA DE PERSONA NATURAL

Fecha Expedición: 10 de abril de 2025 Hora: 13:53:35
Recibo No. 0325042141
Valor: $ 5,000

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 3250423413899C

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por actividad ordinaria $ 0

Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el periodo - CIIU : 6820

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

La información anterior ha sido tomada directamente del formulario de matricula diligenciado por el comerciante. Los siguientes datos sobre RIT y Planeación son informativos: Contribuyente inscrito en el registro RIT de la Dirección de Impuestos, fecha de inscripción : 31 de marzo de 2022. Fecha de envio de información a Planeación : 9 de abril de 2025. \n \n Señor empresario, si su empresa tiene activos inferiores a 30.000 SMLMV y una planta de personal de menos de 200 trabajadores, usted tiene derecho a recibir un descuento en el pago de los parafiscales de 75% en el primer año de constitución de su empresa, de 50% en el segundo año y de 25% en el tercer año. Ley 590 de 2000 y Decreto 525 de 2009.

Que, los datos del empresario y/o el establecimiento de comercio han sido puestos a disposición de la Policia Nacional a través de la consulta a la base de datos del RUES.

El presente certificado no constituye permiso de funcionamiento en ningún caso.

****

Este certificado refleja la situación jurídica registral de la persona natural, a la fecha y hora de su expedición.

****

Este certificado fue generado electrónicamente con firma digital y cuenta con plena validez jurídica conforme a la Ley 527 de 1999.

585

CERTIFICADO DE MATRÍCULA DE PERSONA NATURAL

Fecha Expedición: 10 de abril de 2025 Hora: 13:53:35
Recibo No. 0325042341
Valor: $ 5,800

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 3250423413899C

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

****

Firma mecánica de conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la autorización impartida por la Superintendencia de Industria y Comercio, mediante el oficio del 18 de noviembre de 1996.

586

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **14.243.266**

BARRERA HERRERA

APELLIDOS

ALBERTO

NOMBRES



FIRMA

Scanned with DocScan



FECHA DE NACIMIENTO **16-MAR-1963**

CALARCA
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.78 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

22-JUN-1981 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00805714-M-0014243266-20160329 **0049**079122A 2 1513796961

Scanned with DocScan

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 02 Actualización

4. Número de formulario: 141128801761

(415)7707212469984(8020) 000014112880176 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	13. Buzón electrónico
1 4 2 4 3 2 6 6	6	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 4 2 4 3 2 6 6	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BARRERA	HERRERA	ALBERTO	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla
B&L INMOBILIARIA	

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CR 92 8 18 TO 5 AP 117

42. Correo electrónico: abarrera1663@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
0	3 1 1 8 2 3 2 7 5 6	6 0 1 5 7 1 9 8 5 0

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
6 8 2 0	2 0 1 8 0 6 0 9						3 4 2 9	1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 1 4 4 8

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

14- Informante de exogena

48 - Impuesto sobre las ventas - IVA

Usuarios aduaneros	Exportadores
54. Código	55. Forma / 56. Tipo / Servicio 1 2 3 / 57. Modo / 58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha: 2024 - 09 - 25 / 18 : 43: 32

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: BARRERA HERRERA ALBERTO

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Página 2 de 2 **Hoja 6**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141128801761

(415)7707212469984(8020) 000014112880176 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	14. Buzón electrónico
1 4 2 4 3 2 6 6	6	3 2	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor en establecimientos no especializados con surtido co 4 7 1 1

162. Nombre del establecimiento: COMERCIALIZADORA FORBAR

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección: DG 16 A 101 A 14

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
1 3 3 5 0 0 8	2 0 0 4 0 1 2 6
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 1 5 4 3 6 5 2 1	2 0 2 3 0 7 1 2

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

590

Número de Transacción: AP851133208160666043

Pagos Servicios Electrónicos

Fecha: Abril 23 de 2025 10:21 am

¡ El débito a la cuenta se ha realizado EXITOSAMENTE !
Número de Confirmación: 7580PDI0

Estimado cliente: El pago que acaba de realizar esta sujeto a verificación por parte del banco para constatar el pago, seleccione la opción "Regresar al Comercio", y verifique el estado final de la transacción. El débito puede demorarse, comuníquese con el comercio de haber alguna inquietud sobre su pedido, o solo el "Comercio" puede reversar la compra o pago.

Cuenta desde la cual se realizó el pago:	Cuenta Corriente ********1672
Comercio Virtual:	Banco Davivienda SA
Referencia de Pago:	8602606
Valor Pagado:	$1.833.324,00

Imprimir Cerrar

CLARA INES HERNANDEZ BUSTAMANTE
C.C No. 39.520.265
CALLE 133 No. 92 A 41

CUENTA DE COBRO. **Mes: JUNIO de 2025**
No 0002 **Fecha: 30/05/2025**
Nombre: ALBERTO BARRERA HERRERA (B&L INMOBILIARIA) **Código: 14242266-6**
Dirección: Carrera 92 No. 8-18 **Ciudad: Bogotá D.C**

CONCEPTO	SALDO ANTERIOR	DEDUCCIONES	NUEVO SALDO
Canon mes Junio 2025	0	0	**$3.663..617**
(-) Retefuente 3,5%	0	**$128.227**	0
(-) Reteica 0,966%	0	**$ 35.391**	
Total Rete fuente Asumida 4,47%		**$163.617**	
VALOR NETO A PAGAR ..... **Son Tres Millones Quinientos mil pesos M/cte.**			**$3.500.000**

REALIZAR TRANFERENCIA A DAVIPLATA – NEQUI O TRANSFI YA No. 3118232756 a nombre de B&L Inmobiliaria .
Favor hacer envío del soporte de su pago a través de WhatsApp o al correo electrónico BLinmobiliaria2020@gmail.com

592

CLARA INES HERNANDEZ BUSTAMANTE
C.C No. 39.520.265
CALLE 133 No. 92 A 41

CUENTA DE COBRO. **Mes: JULIO de 2025**
No 0006 **Fecha: 30/06/2025**
Nombre: ALBERTO BARRERA HERRERA (B&L INMOBILIARIA) **Código: 14242266-6**
Dirección: Carrera 92 No. 8-18 **Ciudad: Bogotá D.C**

CONCEPTO	SALDO ANTERIOR	DEDUCCIONES	NUEVO SALDO
Canon mes Julio 2025	0	0	**$3.663..617**
(-) Retefuente 3,5%	0	**$128.227**	0
(-) Reteica 0,966%	0	**$ 35.391**	
Total Rete fuente Asumida 4,47%		**$163.617**	
VALOR NETO A PAGAR			**$3.500.000**
Son Tres Millones Quinientos mil pesos M/cte.			

REALIZAR TRANFERENCIA A DAVIPLATA – NEQUI O TRANSFI YA No. 3118232756 a nombre de B&L Inmobiliaria .
Favor hacer envío del soporte de su pago a través de WhatsApp o al correo electrónico BLinmobiliaria2020@gmail.com

393

CLARA INES HERNANDEZ BUSTAMANTE
C.C No. 39.520.265
CALLE 133 No. 92 A 41

CUENTA DE COBRO. **Mes: JUNIO de 2025**
No 0002 **Fecha: 30/05/2025**
Nombre: ALBERTO BARRERA HERRERA (B&L INMOBILIARIA) **Código: 14242266-6**
Dirección: Carrera 92 No. 8-18 **Ciudad: Bogotá D.C**

CONCEPTO	SALDO ANTERIOR	DEDUCCIONES	NUEVO SALDO
Canon mes Junio 2025	0	0	**$3.663..617**
(-) Retefuente 3,5%	0	**$128.227**	0
(-) Reteica 0,966%	0	**$ 35.391**	
Total Rete fuente Asumida 4,47%		**$163.617**	
VALOR NETO A PAGAR ..... **Son Tres Millones Quinientos mil pesos M/cte.**			**$3.500.000**

REALIZAR TRANFERENCIA A DAVIPLATA – NEQUI O TRANSFI YA No. 3118232756 a nombre de B&L Inmobiliaria .
Favor hacer envío del soporte de su pago a través de WhatsApp o al correo electrónico BLinmobiliaria2020@gmail.com

594

ALBERTO BARRERA HERRERA
B&L INMOBILIARIA
14.243.266-6
CARRERA 92 No. 8 – 18

Cuenta de Cobro
No 121
Nombre: ICOD CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS SAS
Dirección: Calle 133 No. 92 A 41 suba V/ Elisa

Mes: Abril de 2025
Fecha: 21/04/2025
Código: 12273
Ciudad: Bogotá D.C

Concepto	Saldo Anterior	Deducciones	Nuevo Saldo
Canon Abril 14 días X $116.666			**$1'633.324**
Del 16 al 30 de Abril 2025	0		0
Total Mes			**$1'633.324**

REALIZAR TRANFERENCIA A DAVIPLATA No. 3118232756 a nombre de B&L Inmobiliaria
Favor hacer envío del soporte de su pago a través de WhatsApp o al correo electrónico
BLinmobiliaria2020@gmail.com

595

Inmobiliaria

ALBERTO BARRERA HERRERA
B&L INMOBILIARIA
14.243.266-6
CARRERA 92 No. 8 – 18

Cuenta de Cobro **Mes: Mayo de 2025**
No 123 **Fecha: 01/05/2025**
Nombre: ICOD CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS SAS **Código: 12273**
Dirección: Calle 133 No. 92 A 41 suba V/ Elisa **Ciudad: Bogotá D.C**

Concepto	Saldo Anterior	Deducciones	Nuevo Saldo
Canon mes de Mayo	0	0	**$3'633.617**
(-) Retefuente 3,5%	0	**$ 128,226.60**	0
(-) Reteica 0,966%	0	**$35,391.00**	
VALOR NETO A PAGAR ----------			**$3'500.000**
Son Tres Millones Quinientos mil pesos M/cte.			

REALIZAR TRANFERENCIA A DAVIPLATA No. 3118232756 a nombre de B&L Inmobiliaria
Favor hacer envío del soporte de su pago a través de WhatsApp o al correo electrónico
BLinmobiliaria2020@gmail.com

596

Alex Salazar
Hoy a la(s) 10:41 a. m.

B&L INMOBILIARIA

ALBERTO BARRERA HERRERA
NIT: 14243266-6
NO RESPONSABLE DE IVA

• SERVICIO DE ASESORIAS • AVALUOS
• VENTAS • ARRIENDOS

RECIBO DE CAJA
No. 313

FECHA
23 | 04 | 2025

CIUDAD: BOGOTÁ D.C $ 1'633.321
RECIBI DE: JCOD CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS SAS.
LA SUMA DE: UN MILLON SEISCIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTIUNO
DIRECCIÓN: BOD. CU33 Nº 92 A 91 TEL.:
POR CONCEPTO DE: PAGO CANON ARRIENDO MES DE Abril (18 DIAS)
DEL 16 AL 30 DE ABRIL 2025.
TRANSF. B.C.S Nº 7550E910 A DAVIPLATA 3118232456

RECIBIDO CONFORME:
FIRMA:

FIRMA Y SELLO:
FIRMA Y C.C.

Cra. 92 No. 8-18 Barrio Nueva Castilla (601) 663 9143 311 823 2756

Gracias por su pago

507

Alex Salazar
Hoy a la(s) 3:58 p. m.

B&L INMOBILIARIA

ALBERTO BARRERA HERRERA
NIT: 14243266-6
NO RESPONSABLE DE IVA

• SERVICIO DE ASESORIAS • AVALUOS
• VENTAS • ARRIENDOS

RECIBO DE CAJA
No. 336

FECHA
01 08 2025

CIUDAD: BOGOTÁ D.C $3'500.000=

RECIBI DE: ICOD (CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS SAS).

LA SUMA DE: TRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/Cte.

DIRECCION: BODEGA SUBO V/ELISA CL 133 N°92A-19 TEL:

POR CONCEPTO DE: PAGO CANON DE ARRIENDO MES DE AGOSTO DEL 01 Agosto AL 01 SEPTIEMBRE 2025.

MENSAL BCO CAJA SOCIAL #215318 A DUPLICADO BL.

RECIBIDO CONFORME:

FIRMA:

FIRMA Y SELLO:

FIRMA Y C.C.

Cra. 92 No. 8-18 Barrio Nueva Castilla (601) 663 9143 311 823 2756

Gracias por su pago

598

San Pedro

Nequi

¡Recarga exitosa!

Valor
$ 600.000,00

Estado
Aprobada

Descripción
Recarga Nequi PSE

Número de celular
3004818051

Banco
BANCO CAJA SOCIAL

Fecha
24 Julio 2025 - 11:06 a.m.

Recargado en
Nequi

NIT
890903938

Dirección IP
181.61.247.14

Referencia
1128317533731733O3

Autorización
1650402579

600

Nequi



¡Recarga exitosa!

Valor
$ 600.000,00

Estado
Aprobada

Descripción
Recarga Nequi PSE

Número de celular
3004818051

Banco
BANCO CAJA SOCIAL

Fecha
24 Julio 2025 - 11:06 a.m.

Recargado en
Nequi

NIT
890903938

Dirección IP
181.61.247.14

Referencia
112831753373173303

Autorización
1650402579

601

Banco Caja Social

Centro de Atención Telefónica **Número único nacional** 018000 9 10038 **Bogotá** 307 7060



Pago de Servicios Electrónicos

Bienvenido a Banco Caja Social

Fecha: Julio 24 de 2025 11:06 am

Información del Comercio

Nombre del Comercio:	BANCOLOMBIA
Referencia de Pago:	11283173337173303
Código del Servicio:	1004
Referencia 1:	3004819051
Descripción del Pago:	Recarga Nequi PSE
Valor Total de la Transacción:	8000,000,00
Valor del Impuesto:	50.00

BIHOSTAUTE

No se mostrarán las cuentas cuyo saldo sea inferior al valor de la transacción, que presenten algún estado de bloqueo o que no hayan sido registradas previamente para el uso de PSE > Planilla Única.

Seleccione la empresa, luego la dependencia y por último la cuenta por medio de la cual realizará el pago

Empresa:	OUTSOURCING DF SAS
Dependencias de la Empresa:	Seleccione Dependencia

No hay productos disponibles en este momento para realizar el pago. Seleccione una dependencia.

Cancelar

Número de Transacción: APB20532854397524

Pagos Servicios Electrónicos

Fecha: Julio 24 de 2025 11:07 am

¡ El débito a la cuenta se ha realizado EXITOSAMENTE !
Número de Confirmación: 837889R0

Estimado cliente, el pago que acaba de realizar a la cuenta a continuación, fue dado para cumplir el pago usted vea la opción "Pagos a Mi Comercio", y verifique el estado de la transacción. Si tiene algún inconveniente, comuníquese con el servicio de Bancolombia en menos tiempo de demora y con el comercio donde se cual está realizando la compra o pago".

Cuenta desde la cual se realizo el pago:	Cuenta Corriente ********1672
Comercio Virtual:	BANCOLOMBIA
Referencia de Pago:	11283175337317330 3
Valor Pagado:	$600.000.00

Imprimir Cerrar

603

Nequi

¡Recarga exitosa!

Valor
$ 600.000,00

Estado
Aprobada

Descripción
Recarga Nequi PSE

Número de celular
3004818051

Banco
BANCO CAJA SOCIAL

Fecha
24 Junio 2025 - 1:36 p.m.

Recargado en
Nequi

NIT
890903938

Dirección IP
181.61.247.25

Referencia
129511750790215800

Autorización
1575332632

604

Villa Cindy

Número de Transacción: APII5164326417652310

Pagos Servicios Electrónicos

Fecha: Junio 13 de 2025 01:18 pm

¡ El débito a la cuenta se ha realizado EXITOSAMENTE !
Número de Confirmación: 0492F380

Estimado cliente: El pago que acaba de realizar esta sujeto a aprobación, por favor para concluir el pago, seleccione la opción "Regresar Al Comercio", y verifique el estado final de la transacción, si tiene algún inconveniente comuníquese con el operador de información en donde inició su planilla, o con el comercio desde el cual está efectuando la compra o pago".

Cuenta desde la cual se realizó el pago:	Cuenta Corriente *******5415
Comercio Virtual:	BANCOLOMBIA
Referencia de Pago:	113551749638598038
Valor Pagado:	$500.000,00

Imprimir Cerrar

60%

Número de Transacción: AP8b19532509929260 3

Pagos Servicios Electrónicos

Fecha: Julio 14 de 2025 09:27 am

¡ El débito a la cuenta se ha realizado EXITOSAMENTE !
Número de Confirmación: 26097D50

Estimado cliente: El pago que acaba de realizar está sujeto a verificación, por favor una vez finalice el pago seleccione la opción "Regresar al Comercio" y verifique el estado final de la transacción, si este difiere, inmediatamente comuníquese con el comercio de destinación en donde intenta ser efectivo, e con el momento donde el cual está efectuando la compra o pago"

Cuenta desde la cual se realizó el pago:	Cuenta Corriente *******1672
Comercio Virtual:	BANCOLOMBIA
Referencia de Pago:	142661752503153251
Valor Pagado:	$500.000,00

Imprimir Cerrar