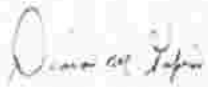
ELABORO:	ELABORO:	REVISO Y APROBO:
ING. Luisa Fernanda Moreno Otavo	**ING.** Eynny Zulay Eslava	**ING.** Diana Tapia
		
FIRMA:	**FIRMA:**	**FIRMA:**
CARGO: Residente SST Consorcio Malla Vial Suba MT	**CARGO:** Residente de Obra Consorcio Malla Vial Suba MT	**CARGO:** Residente SST Consorcio Malla Vial Suba MT
Versión V - 1	Versión Inicial	22/11/2025
Versión V - 2	Se atienden observaciones de interventoría	26/11/2025

CONSORCIO SUBA MT

INFORME DE GESTIÓN No. 8. 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 NOVIEMBRE AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2025

BOGOTÁ D.C

CONTROL DE DOCUMENTOS

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

MODIFICACIONES

FECHA	VERSIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN
22/11/2025	01	Versión Inicial
26/11/2025	02	Se atendió observaciones

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
4.2. Descripción sociodemográfica 18
5. Capacitaciones SST 18
6. SUBPROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO 20
6.1. Exámenes Médicos 20
6.2. Ausentismos e indicadores 21
7. SUBPROGRAMA DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL 21
7.1. Saneamiento básico y campamentos 22
7.2. Elementos De Protección Personal 23
7.3. Inspecciones planeadas 23
7.4. Seguimiento incidentes y accidentes de trabajo 24
7.5. Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo 24
7.6. Comité de convivencia laboral CCL 24
8. MAQUINARIA Y EQUIPOS 25
9. PLAN DE SEÑALIZACIÓN 25
SEGUIMIENTO AL PLAN DE TRABAJO 26

10. INDICADORES MÍNIMOS DE SG-SST 26

11. CONCLUSIONES 28

LISTADO DE ANEXOS

Anexo 1. Planillas de seguridad social
Anexo 2. Descripción sociodemográfica
Anexo 3. Plan de trabajo
Anexo 4. Exámenes médicos
Anexo 5. Inducciones
Anexo 6. Entrega de EPP
Anexo 7. Indicadores
Anexo 8. Notificación de riesgos
Anexo 9. Comités
Anexo 10. Certificados de accidentalidad
Anexo 11. Registro fotográfico
Anexo 12. Correspondencia
Anexo 13. Maquinaria y equipos
Anexo 14. Accidente de trabajo
Anexo 15. Soportes de pago de bodega

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 durante la ejecución de las actividades constructivas, en el periodo comprendido del 1 al 30 de noviembre 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 especificos

- 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	JUAN MANUEL SANTOS
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
1	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 30 de noviembre 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
2	11004274	11004274	CLL 136 C	CRA 158	CRA 158 B	EJECUCIÓN
2	11004209	11004209	CLL 136 D	CRA 157 A	CRA 158 B	EJECUCIÓN
2	11002883	11002883	CRA 149C	CLL 138	DG 138 F	EJECUCIÓN
2	11003330	11003330	CRA 148A	CLL 134 A	CLL 137	EJECUCIÓN
2	11003377	11003377	CLL 136 A	CRA 150 B	CRA 150C	EJECUCIÓN
2	11004038	11004038	CLL 137	CRA 157	CRA 158 B	EJECUCIÓN
2	11003393	11003393	CRA 154 B	CLL 138 B	CLL 138 C	EJECUCIÓN
2	11003575	11003575	CRA 154 B	CLL 138 A	CLL 138	EJECUCIÓN
2	11003471	11003471	CRA 154 B	CLL 138 A	CLL 138 B	EJECUCIÓN
2	11002907	11002907	CRA 150 A	CLL 138	DG 138 F	EJECUCIÓN
1	11003507	11003507	CLL 135 A	CRA 150 B	CRA 151	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, y se especifica de la siguiente manera:

Tabla 5. Personal mínimo requerido

CARGO	DEDICACIÓN	PROFESIONAL	CEDULA
Director de Obra y Especialista en Geotecnia	35%	Oscar Julián Moreno	1.032.727.77
Ingeniero Residente de Obra - 1	100%.	Jefersson Garavito	1019102098
Ingeniero Residente de Obra - 2	100%.	Eynny Zulay Eslava	1.052.383.452
Especialista en Diseño Y Especialista en Pavimentos	20 %	Diego Caballero Rojas	1024547185
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

CARGO	DEDICACIÓN	PROFESIONAL	CEDULA
Residente en tránsito y transporte	100 %	Javier Alexander Ramírez	80.051.643
Inspector SSTMA	NA	Diana Carolina Medina	1030605839
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	NA	Giovanny Ospina	80932731
Cadenero 1	N/A	Nancy Esperanza Gómez romero	65.769.815
Cadenero 2	N/A	Cristian David Pestaña Mercado	1.101.460.836
Cadenero 1	N/A	Yeison Daniel Sosa	80250145
Cadenero 2	N/A	Tito Murillo	1045421614
Laboratorista - Inspector	N/A	Carlos Arturo Alfonso Rodríguez	19.399.985
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				
Emiliano Lozano	11794309	Oficial	30/10/2025	N/A
Martin Orozco	1043130652	Ayudante De Obra	30/10/2025	N/A
Brayan Robles	1028940950	Ayudante De Obra	4/11/2025	N/A
Rafael Arturo Ruiz	1066873978	Ayudante De Obra	4/11/2025	N/A
Rafael García	PPT: 6611169	Ayudante De Obra	5/11/2025	N/A
José Duran	4254886	Ayudante De Obra	5/11/2025	N/A
Federney Piñerez	5993989	Oficial	5/11/2025	N/A
Andrés Piñerez	1024586116	Oficial	5/11/2025	N/A
Marcos Soto	9350547	Ayudante De Obra	5/11/2025	N/A
David Roldan	334697	Ayudante De Obra	12/11/2025	N/A
Edwin Rubiano	1023888276	Ayudante De Obra	12/11/2025	N/A
Luis Martínez	79833397	Operador Maquinaria	6/11/2025	N/A
Pablo Moreno Méndez	79412091	Operador Maquinaria	4/11/2025	N/A
Edwin Aldahir Quimbayo	1023959830	Oficial	10/11/2025	N/A
Jesús Torres	1070754626	Ayudante De Obra	10/11/2025	N/A
Yonatan Gutiérrez	1007725630	Ayudante De Obra	10/11/2025	N/A
Enrique Duarte	1000936816	Ayudante De Obra	10/11/2025	N/A
Edwin Quimbayo Montealegre	5994108	Maestro De Obra	11/11/2025	N/A
Juan Carlos Benavidez	11259402	Maestro De Obra	11/11/2025	N/A

Rubén Núñez	15611727	Ayudante De Obra	12/11/2025	N/A
Manuel Polanco	1051361018	Ayudante De Obra	18/11/2025	N/A
Eduard José Lascarro	1085102874	Ayudante De Obra	18/11/2025	N/A
Guillermo Amaya Martínez	19130947	Oficial	18/11/2025	N/A
Carlos Julio Villalba	11383300	Oficial	18/11/2025	N/A
ANTIGUO				
NOMBRE	**CÉDULA**	**CARGO**	**INGRESO**	**RETIRO**
Oscar Julián Moreno	1.032.727.77	Director De Obra Y Especialista En Geotecnia	01/04/2025	N/A
Daniel Fajardo Castañeda	1.018.476.072	Apoyo Técnico	01/04/2025	N/A
Keren Manuela Ojeda Pineda	1.104.938.008	SECRETARIA	01/04/2025	N/A
Iván Camilo Andrade Santana	1.013.603.357	Especialista En Redes Hidrosanitarias	01/04/2025	N/A
Daniel Fernando Gómez Sánchez	1.030.582.469	Profesional En Redes Secas	01/04/2025	N/A
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
Fabio Alexander Salazar Cáceres	80.759.438	Almacenista	04/05/2025	N/A
Luisa Fernanda Moreno Otavo	1110580807	Residente SST	23/04/2025	N/A
Eynny Zulay Eslava	1.052.383.452	Ingeniero Residente De Obra - 2	01/04/2025	N/A
Carlos Javier Bejarano Ávila	1.016.008.993	Topógrafo Inspector	05/05/2025	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
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

NOMBRE	CÉDULA	CARGO	INGRESO	RETIRO
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	NA
Anderson Duván Rubiano	1.023.903.332	Conductor	16/05/2025	NA
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
Jaime Enrique García Torreblanca	72.301.381	Ayudante De Obra	24/07/2025	N/A
Cristian David Pestaña Mercado	1.101.460.836	Cadenero 2	05/08/2025	N/A
Henry García Hernández	7.120.487	Oficial	21/08/2025	N/A
Jesús Mejía	1.050.840.511	Ayudante De Obra	19/08/2025	N/A
Cristian González	1.002.389.779	Ayudante De Obra	29/07/2025	N/A
Carlos Andrés Orozco Bolívar	1.129.504.549	Ayudante De Obra	16/07/2025	N/A
Plinio Rodríguez Burgos	74.333.386	Ayudante De Obra	16/07/2025	N/A
Jorge Piñeros	3.214.233	Oficial	26/07/2025	N/A
Jostin Jamer Rodríguez	1.043.966.326	Ayudante De Obra	28/07/2025	N/A
Carlos Arturo Alfonso Rodríguez	19.399.985	Laboratorista – Inspector	10/09/2025	N/A
Giovanny Ospina	80.932.731	Topógrafo	1/10/2025	NA
Duberney Ramos	1.019.099.242	Inspector Obra	1/10/2025	NA
Jefersson Garavito	1.019.102.098	Inspector Obra	1/10/2025	NA
Neftalí Gómez	4.119.768	Oficial	27/10/2025	NA
Miguel Orlando Huertas	79.243.617	Oficial	29/10/2025	NA
Jhonatan Bejarano	1.147.956.744	Maestro De Obra	15/09/2025	N/A
Carlos Mario Mena	1.003.932.556	Ayudante De Obra	15/09/2025	N/A
Darinson Valencia	1.077.421.346	Ayudante De Obra	6/10/2025	NA
Cristian Hurtado	1.076.821.561	Ayudante De Obra	1/10/2025	NA

77

NOMBRE	CÉDULA	CARGO	INGRESO	RETIRO
Eucaris Antonio Mena	11.803.730	Ayudante De Obra	29/10/2025	N/A
Miguel Rivera	1.002.606.277	Operador Maquinaria	23/09/2025	N/A
Julio Ramon	74.300.243	Operador Maquinaria	29/08/2025	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
Alexander Castillo Sierra	1.010.192.576	Ingeniero Forestal	01/04/2025	N/A
Alonso 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
Angie Vanessa Arévalo	1.014.736.681	Exiliar Social	22/05/2025	N/A
Diego Caballero Rojas	1.024.547.185	Especialista En Diseño Y Especialista En Pavimentos	1/10/2025	N/A
Carlos Escobar	1.073.686.342	Operador Maquinaria	01/08/2025	N/A
Diana Carolina Medina Gómez	1.030.605.839	Inspector SST/MA	22/6/2025	N/A
Nancy Esperanza Gómez Romero	65.769.815	CADENERO 1	04/05/2025	N/A
Erick Santiago Gómez Soto	1.001.174.776	Auxiliar De Ingeniería	04/05/2025	N/A
Luis Eduardo Acuña Medina	9.197.514	Operador	29/5/2025	N/A
RETIROS				
NOMBRE	**CÉDULA**	**CARGO**	**INGRESO**	**RETIRO**
Manuel Polanco	1.051.361.018	Ayudante De Obra	8/10/2025	4/11/2025
Rafael David Duncan	1.048.268.303	Ayudante De Obra	8/10/2025	4/11/2025
Sebastián Torres	1.103.215.186	Ayudante De Obra	15/10/2025	4/11/2025

Andrés Martínez	1.003.562.238	Ayudante De Obra	08/10/2025	4/11/2025
Luis Ángel Canchila	1.004.276.570	Ayudante De Obra	17/10/2025	4/11/2025
Argemiro Rodríguez	7.931.821	Ayudante De Obra	23/07/2025	4/11/2025
Randy Ricardo Contreras	1.070.807.090	Ayudante De Obra	25/08/2025	1/10/2025
Jainer Leonardo Pérez	1.047.340.192	Oficial	27/08/2025	4/11/2025
Edwins Javier Acero Barraza	8.635.481	Ayudante De Obra	19/08/2025	31/10/2025
Álvaro Manuel Omaña	6.927.485	Ayudante de Obra	09/10/2025	4/11/2025
Javier Alexander Ramírez	80.051.643	Residente En Tránsito Y Transporte	01/04/2025	4/11/2025
Odaldis Franco	78.381.763	Ayudante De Obra	01/08/2025	15/11/2025
Alcibíades Canchón	1.024.466.584	Maestro De Obra	23/07/2025	4/11/2025
Miguel Oñate	1.015.411.853	Oficial	23/07/2025	4/11/2025

Con respecto al retirado Randy Ricardo Contreras, el se retiro en el mes de Octubre y se envía en este informe ya que en el otro no se adjuntó.

Queda pendiente 2 paz y salvos de A&C por que están pendientes pagos y liquidaciones.

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 el periodo.

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 5. Inducciones

Tabla 7. Relación de capacitaciones

TEMA	FECHA	No. ASITENTES	RESPONSABLE
Uso de los elementos de protección personal CIV 2883	05/11/2025	5	Luisa Moreno
Autocuidado de manos CIV 2883	05/11/2025	5	Luisa Moreno
Charla de normas de tránsito CIV 4038	05/11/2025	5	Luisa Moreno
Condiciones de orden y aseo en obra	05/11/2025	13	Luisa Moreno
Charla Riesgo Biológico	05/11/2025	13	Luisa Moreno
Charla de prohibición uso de las joyas CIV 4038	11/11/2025	12	Luisa Moreno
Riesgo biomecánico	11/11/2025	11	Luisa Moreno

Capacitación / Charla Actos y Condiciones Inseguras	11/11/2025	11	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.

Tabla 8. Relación de exámenes médicos

1	Emiliano Lozano	13/09/2025
2	Martin Orozco	29/10/2025
3	Brayan Robles	1/11/2025
4	Rafael Arturo Ruiz	1/11/2025
5	Rafael García	4/11/2025
6	José Duran	4/11/2025
7	Fedemey Piñerez	4/11/2025
8	Andrés Piñerez	4/11/2025
9	Marcos Soto	4/11/2025

10	David Roldan	11/11/2025
11	Edwin Rubiano	25/08/2025
12	Luis Martínez	5/11/2025
13	Pablo Moreno Méndez	1/08/2025
14	Edwin Aldahir Quimbayo	8/11/2025
15	Jesús Torres	8/11/2025
16	Yonatan Gutiérrez	8/11/2025
17	Enrique Duarte	8/11/2025
18	Edwin Quimbayo Montealegre	20/10/2025
19	Juan Carlos Benavidez	10/11/2025
20	Rubén Núñez	11/11/2025
21	Manuel Polanco	14/11/2025
22	Eduard José Lascarro	12/03/2025
23	Guillermo Amaya Martínez	12/11/2025
24	Carlos Julio Villalba	31/10/2025

6.2. Ausentismos e indicadores

Durante el periodo del 1 al 30 de noviembre de 2025, no se presentaron casos de ausentismo debido a incapacidades médicas de origen laboral o por enfermedad común ni accidentes e incidentes.

Anexo 7. Indicadores

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

Primera Oficina: En el periodo se cuenta con oficinas y campamento en la ubicada en la Cll 133 No. 92 - 41, donde se han desarrollado las actividades administrativas y operativas del contrato, estas instalaciones cuentan con los servicios de aseo básicos como son: agua, energía, baños y elementos necesarios para el bienestar de los colaboradores.

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

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

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

Segunda Bodega: 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.

Tercera Bodega: 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.

Durante el periodo se realizó la entrega de la bodega en la dirección Cra 149C # 138-43

Durante el periodo se cuenta con la nueva bodega ubicada en la dirección Cra 149C # 138-19 donde se han desarrollado las actividades administrativas y operativas del contrato, estas instalaciones cuentan con los servicios de aseo básicos como son: agua, energía, baños y elementos necesarios para el bienestar de los colaboradores.

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

Sanitarios: Se contó en el periodo con 1 sanitario en el campamento, ya que durante el periodo se desarrollaron actividades en la obra.

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

Ver Anexo 15. Soportes de pago

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	04-11-2025
Inspección locativa	06/11/2025
Inspección de botiquín y camilla	10/11/2025
Inspección extintores	12/11/2025

Inspección epps	07-11-2025

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 30 de noviembre no se presentaron incidentes ni accidentes de trabajo.

Los certificados de accidentalidad presentados corresponden a empresas consorciadas.
Anexo 10. 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 quinta (5) acta de reunión el día 17 de noviembre 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.

Se levanta la tercera (3) acta de reunión el día 14 de noviembre del presente año con el fin de realizar seguimiento al componente de seguridad y salud en el trabajo.

Según la actualización normativa de la Resolución 3461 de 2025, se establece que las reuniones ordinarias del Comité de Convivencia Laboral deberán realizarse de forma mensual.

Ver anexo 9. 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	Nombre del operador	Tarjeta de propiedad	ACTIVO SI/NO
1	Minicargador	BOBCAT	763	2000	Luis Acuña	101889	SI
2	Minicargador	ZOOMLION	ZLHZS080K R0D03170	2025	Brayan Felipe Barreto	1114471	SI
	Vibrocompactador	BOMAG	101170512 711	2007	Brayan Felipe Barreto	N/A	SI
3	Retroexcavadora Hidráulica	HITACHI	D2292	2020	Carlos Escobar	1116842	SI
4	Minicargador New Holland L175	New Holland L175	76076	2010	Miguel Rivera	N/A	SI
5	Vibrocompactador	HAMM	171195	2009	Julio Ramon	N/A	SI
6	Retroexcavadora Hitachi	HITACHI	HCM1M100 A00007085	2016	Pablo Moreno	14903	SI

Fuente: CONSORCIO SUBA MT, 2025

Durante el periodo, ingreso 1 maquinaria retroexcavadora marca Hitachi es una maquina alquilada.

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 11. Registro fotográfico

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 98% 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

10. PLAN DE EMERGENCIA Y CONTINGENCIA

Para la ejecución del contrato, fue elaborado y aprobado el plan de emergencia y contingencia, el cual es socializado en el proceso de inducción y cuenta con actividades de capacitación programadas mediante el plan de trabajo.

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 (1) accidente de trabajo 0/96*100= 0%	Mensual	0%

Nombre	Definición	Fórmula	interpretación	Periodicidad	Meta
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 (15) días por accidente de trabajo 30/96*100 = 31.25%	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%
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) *100.00	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 período de tiempo	(No. De casos nuevos de enfermedad laboral en el periodo Z / promedio de trabajadores en el periodo Z) *100.000	Por cada 100.000 trabajadores existen 0 casos nuevos de enfermedad laboral en el periodo 2025 0/96*100 = 0%	Anual	0%

Nombre	Definición	Fórmula	interpretación	Periodicidad	Meta
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% (4) de días programados de trabajo por incapacidad médica 0/96*100=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 se presentó un accidente de trabajo.
- Se realizaron visitas de campo y recorridos de obra junto con interventoría y supervisión.
- Teniendo en cuenta el cierre de fin de año las planillas se pasan con fecha de corte del 22 de noviembre y se remitirá a interventoría de SST las planillas, certificado de accidentalidad y soportes de pago bodega ya que hacen falta a corte del 30 de noviembre se enviará bajo oficio las primeras semanas de diciembre.



Anexo 1. Planillas SS

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

Código: SST-FT-02
Versión: 01
Fecha: 20/Ene/2023

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30 noviembre del 2023

CONTRATO OBRA No.: CONTRATO DE OBRA PUBLICA NO. FDLS-101-LICITACION-LP (119224)

CONTRATO DE OBRA PUBLICA NO. FDLS-101-2023-LP (119224) "EJECUTAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCION DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA Y ESPACIO PUBLICO (CIM-PO-1) EN LA LOCALIDAD DE SUBA EN LA CIUDAD DE BOGOTA D.C Y LAS DEMAS ACTIVIDADES QUE SE DETALLAN EN EL AVISO TECNICO"

5-nov-23 A 30-nov-23

No.	CONTRATISTA/ SUBCONTRATISTA	TIPO DE CONTRATO	DATOS DEL TRABAJADOR			FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	ARP			EPS			APF		FECHA EXÁMENES			SI TIENE RESTRICCIÓN ESPECIFIQUELA
			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	[illegible]	[illegible]	OFICIAL	24/11/2023	N/A	ARL SURA	V	AFILIACION	SURA	AFILIACION	N/A	N/A	[illegible]	NA	NA	NO	
2	CONSORCIO SUBA MT	OBRA LABOR	[illegible]	[illegible]	AYUDANTE DE OBRA	30/11/2023	N/A	ARL SURA	V	AFILIACION	SALUD TOTAL	AFILIACION	PROTECCION	PENDIENTE	[illegible]	NA	NA	NO	
3	CONSORCIO SUBA MT	OBRA LABOR	[illegible]	[illegible]	OFICIAL DE OBRA	4/11/2023	N/A	ARL SURA	V	AFILIACION	SANITAS	AFILIACION	PORVENIR	AFILIACION	[illegible]	NA	NA	NO	
4	CONSORCIO SUBA MT	OBRA LABOR	[illegible]	[illegible]	AYUDANTE DE OBRA	4/11/2023	N/A	ARL SURA	V	AFILIACION	FAMISANAR	AFILIACION	PORVENIR	AFILIACION	[illegible]	NA	NA	NO	
5	CONSORCIO SUBA MT	OBRA LABOR	[illegible]	[illegible]	AYUDANTE DE OBRA	6/11/2023	N/A	ARL SURA	V	AFILIACION	SALUD TOTAL	AFILIACION	PORVENIR	AFILIACION	[illegible]	NA	NA	NO	
6	OUTSOURCING DE GAS	OBRA LABOR	[illegible]	[illegible]	MAESTRO DE OBRA	6/11/2023	N/A	ARL SURA	V	SANITAS	SANITAS	[illegible]	[illegible]	N/A	[illegible]	NA	NA	NO	
7	CONSORCIO SUBA MT	OBRA LABOR	[illegible]	[illegible]	OFICIAL	6/11/2023	N/A	ARL SURA	V	AFILIACION	FAMISANAR	AFILIACION	COLPENSIONES	AFILIACION	[illegible]	NA	NA	NO	
8	CONSORCIO SUBA MT	OBRA LABOR	[illegible]	[illegible]	OFICIAL	7/11/2023	N/A	ARL SURA	V	AFILIACION	SALUD TOTAL	AFILIACION	PORVENIR	AFILIACION	[illegible]	NA	NA	NO	
9	CONSORCIO SUBA MT	OBRA LABOR	[illegible]	[illegible]	AYUDANTE DE OBRA	7/11/2023	N/A	ARL SURA	V	AFILIACION	FAMISANAR	AFILIACION	PORVENIR	AFILIACION	[illegible]	NA	NA	NO	
10	CONSORCIO SUBA MT	OBRA LABOR	[illegible]	[illegible]	AYUDANTE DE OBRA	27/11/2023	N/A	ARL SURA	V	AFILIACION	SALUD TOTAL	AFILIACION	N/A	N/A	[illegible]	NA	NA	NO	
11	CONSORCIO SUBA MT	OBRA LABOR	[illegible]	[illegible]	AYUDANTE DE OBRA	27/11/2023	N/A	ARL SURA	V	AFILIACION	SALUD TOTAL	AFILIACION	PORVENIR	AFILIACION	[illegible]	NA	NA	NO	
12	INVERSIONES HASE SAS	OBRA LABOR	[illegible]	[illegible]	OPERADOR MAQUINARIA	8/11/2023	N/A	ARL SURA	V	AFILIACION	FAMISANAR	AFILIACION	COMPENSAR	AFILIACION	[illegible]	NA	NA	NO	
13	GESTION GLOBAL JC SAS	INDEPENDIENTE	[illegible]	[illegible]	OPERADOR MAQUINARIA	8/11/2023	N/A	ARL SURA	V	[illegible]	FAMISANAR	[illegible]	COLPENSIONES	[illegible]	[illegible]	NA	NA	NO	
14	EDWIN QUIMBAYO	OBRA LABOR	EDWIN ALDAHIR QUIMBAYO	[illegible]	OFICIAL	13/11/2023	N/A	ARL SURA	V	28/11/2023	SALUD TOTAL	28/11/2023	PORVENIR	28/11/2023	[illegible]	NA	NA	NO	
15	EDWIN QUIMBAYO	OBRA LABOR	JESUS TORRES	[illegible]	AYUDANTE DE OBRA	13/11/2023	N/A	ARL SURA	V	28/11/2023	FAMISANAR	28/11/2023	COMPENSAR	28/11/2023	[illegible]	NA	NA	NO	
16	EDWIN QUIMBAYO	OBRA LABOR	YONATAN GUTIERREZ	[illegible]	AYUDANTE DE OBRA	13/11/2023	N/A	ARL SURA	V	28/11/2023	FAMISANAR	28/11/2023	COMPENSAR	28/11/2023	[illegible]	NA	NA	NO	
17	EDWIN QUIMBAYO	OBRA LABOR	[illegible]	[illegible]	AYUDANTE DE OBRA	15/11/2023	N/A	ARL SURA	V	AFILIACION	FAMISANAR	AFILIACION	COMPENSAR	AFILIACION	[illegible]	NA	NA	NO	
18	EDWIN QUIMBAYO	INDEPENDIENTE	EDWIN QUIMBAYO MONTEALEGRE	[illegible]	DIRECTOR DE OBRA	7/11/2023	N/A	ARL SURA	V	AFILIACION	COMPENSAR	28/11/2023	COLPENSIONES	[illegible]	[illegible]	NA	NA	NO	
19	EDWIN QUIMBAYO	OBRA LABOR	[illegible]	[illegible]	AYUDANTE DE OBRA	17/11/2023	N/A	ARL SURA	V	AFILIACION	SALUD TOTAL	AFILIACION	COLPENSIONES	AFILIACION	[illegible]	NA	NA	NO	
20	EDWIN QUIMBAYO	OBRA LABOR	[illegible]	[illegible]	AYUDANTE DE OBRA	[illegible]	N/A	ARL SURA	V	AFILIACION	SANITAS	AFILIACION	PORVENIR	AFILIACION	[illegible]	NA	NA	NO	
21	EDWIN QUIMBAYO	OBRA LABOR	[illegible]	[illegible]	AYUDANTE DE OBRA	18/11/2023	N/A	ARL SURA	V	AFILIACION	SALUD TOTAL	AFILIACION	PORVENIR	AFILIACION	[illegible]	NA	NA	NO	
22	PILLIHUE CONSTRUCCIONES	OBRA LABOR	[illegible]	[illegible]	AYUDANTE DE OBRA	16/11/2023	N/A	ARL SURA	V	17/11/2023	FAMISANAR	17/11/2023	PORVENIR	17/11/2023	[illegible]	NA	NA	NO	
23	PILLIHUE CONSTRUCCIONES	OBRA LABOR	[illegible]	[illegible]	OFICIAL	24/11/2023	N/A	ARL SURA	V	AFILIACION	SALUD TOTAL	AFILIACION	COLPENSIONES	AFILIACION	[illegible]	NA	NA	NO	
24	PILLIHUE CONSTRUCCIONES	OBRA LABOR	[illegible]	[illegible]	OFICIAL	17/11/2023	N/A	ARL SURA	V	AFILIACION	SANITAS	AFILIACION	COLPENSIONES	AFILIACION	[illegible]	NA	NA	NO	

PERSONAL ANTIGUO																		
26	ICOD CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS SAS	OBRA LABOR	Oscar Julian Moreno	1.032.727.77	DIRECTOR DE OBRA Y Especialista en Geotecnia	04/04/2025	NA	AXA COLPATRIA	V	5/11/2025	SALUD TOTAL	5/11/2025	PORVENIR	5/11/2025	1/2/2025	NA	NA	NO
26	ICOD CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS SAS	OBRA LABOR	Daniel Felipe Castañeda	1.018.478.072	Apoyo Tecnico	01/08/2025	NA	AXA COLPATRIA	V	5/11/2025	COMPENSAR	5/11/2025	PORVENIR	5/11/2025	1/2/2025	NA	NA	NO
27	ICOD CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS SAS	DISCAPACITADA	karen Manuela Ojeda Pineda	1.104.838.008	SECRETARIA	01/09/2025	NA	SURA	I	5/11/2025	COMPENSAR	5/11/2025	PORVENIR	5/11/2025	31/8/2024	NA	NA	NO
28	DCM INGENIEROS	INDEPENDIENTE	Ivan Camilo Andrade Santana	1.013.693.357	Especialista en Redes hidrosanitarias	01/04/2025	NA	SURA	V	26/11/2025	SURA	26/11/2025	PORVENIR	26/11/2025	5/4/2025	NA	NA	NO
29	YV INGENIERIA Y CONSTRUCCION SUCURSAL COLOMBIA	INDEPENDIENTE	Daniel Fernando Gomez Sanchez	1.030.582.466	Profesional en Redes Secas	01/04/2025	NA	SURA	V	19/11/2025	SALUD TOTAL	12/11/2025	PROTECCION	12/11/2025	28/11/2024	NA	NA	NO
30	ICOBV	OBRA LABOR	Dayana Lizeth Medina Rojas	1.014.000.006	Arquitecta de apoyo en Diseño Urbano Y Practicante en presupuesto y programación	01/04/2025	NA	SURA	V	19/11/2025	SANITAS	19/11/2025	COLPENSIONES	19/11/2025	1/2/2025	NA	NA	NO
31	CONSORCIO SUBA MT	OBRA LABOR	Pablo Alexander Salazar Carrera	80.769.436	ALMACENISTA	04/04/2025	NA	SURA	V	19/11/2025	NUEVA EPS	19/11/2025	PORVENIR	19/11/2025	4/4/2025	NA	NA	NO
32	CONSORCIO SUBA MT	OBRA LABOR	Laura Fernanda Moreno Olave	1.110.559.807	RESIDENTE SST	23/04/2025	NA	SURA	V	19/11/2025	SALUD TOTAL	19/11/2025	PORVENIR	19/11/2025	1/10/2025	NA	NA	NO
33	CONSORCIO SUBA MT	OBRA LABOR	Sonny Zuley Bolaños	1.052.383.452	Ingeniero Residente de Obra - 3	01/04/2025	NA	SURA	V	19/11/2025	SANITAS	19/11/2025	PORVENIR	19/11/2025	2/4/2025	NA	NA	NO
34	CONSORCIO SUBA MT	OBRA LABOR	Carlos Javier Bolaños Avila	1.018.038.883	TOPOGRAFO INSPECTOR	05/05/2025	NA	SURA	V	19/11/2025	FAMISANAR	19/11/2025	PORVENIR	19/11/2025	1/7/2025	NA	NA	NO
35	CONSORCIO SUBA MT	OBRA LABOR	Victor Antonio Bonia	1.003.294.155	AYUDANTE DE OBRA	03/06/2025	NA	SURA	V	19/11/2025	SALUD TOTAL	19/11/2025	PORVENIR	19/11/2025	28/5/2025	NA	NA	APTO
36	CONSORCIO SUBA MT	OBRA LABOR	Jennifer Alfredo Rodriguez	12.600.610	AYUDANTE DE OBRA	03/06/2025	NA	SURA	V	19/11/2025	FAMISANAR	19/11/2025	PORVENIR	19/11/2025	28/4/2025	NA	NA	APTO
37	CONSORCIO SUBA MT	OBRA LABOR	Brayan Felipe Barreto Gomez	1.071.194.488	OPERADOR MAQUINARIA	11/06/2025	NA	SURA	V	19/11/2025	COMPENSAR	19/11/2025	COLPENSIONES	19/11/2025	10/6/2025	NA	NA	APTO
38	CONSORCIO SUBA MT	OBRA LABOR	Jose Ignacio Cera	91.323.765	MAESTRO DE OBRA	16/06/2025	NA	SURA	V	19/11/2025	SALUD TOTAL	19/11/2025	PORVENIR	19/11/2025	19/6/2025	NA	NA	APTO
39	CONSORCIO SUBA MT	OBRA LABOR	YEISON DANIEL BOSA	80.200.145	CADENERO 1	01/04/2025	NA	COLPATRIA S.A.	V	19/11/2025	FAMISANAR	19/11/2025	PORVENIR	19/11/2025	26/4/2025	NA	NA	NO
40	CONSORCIO SUBA MT	OBRA LABOR	TITO HIDRO MURILLO	19.491.614	CADENERO 2	01/04/2025	NA	COLPATRIA S.A.	V	19/11/2025	SURAMERICANA	19/11/2025	COLPENSIONES	19/11/2025	26/4/2025	NA	NA	NO
41	CONSORCIO SUBA MT	OBRA LABOR	Lauren Viviana Bojaca	1.233.509.840	TECNICO - INSPECTOR	22/05/2025	NA	SURA	V	19/11/2025	FAMISANAR	19/11/2025	COLPENSIONES	19/11/2025	20/5/2025	NA	NA	NO
42	CONSORCIO SUBA MT	OBRA LABOR	Wilmer Andres Mateus Rojas	1.022.940.378	TECNICO - INSPECTOR	23/05/2025	NA	SURA	V	19/11/2025	SANITAS EA	19/11/2025	PROTECCION	19/11/2025	21/5/2025	NA	NA	NO
43	CONSORCIO SUBA MT	OBRA LABOR	Anderson Duvan Bohorquez	1.021.859.532	CONDUCTOR	16/05/2025	NA	SURA	V	19/11/2025	COMPENSAR	19/11/2025	PORVENIR	19/11/2025	14/5/2025	NA	NA	NO
44	CONSORCIO SUBA MT	OBRA LABOR	Wilson Diaz Ruiz	79.483.164	CONDUCTOR	21/05/2025	NA	SURA	V	19/11/2025	COMPENSAR	19/11/2025	COLPENSIONES	19/11/2025	26/7/2025	NA	NA	NO
45	CONSORCIO SUBA MT	OBRA LABOR	Josefita Leyton	5.961.959	AYUDANTE DE OBRA	21/07/2025	NA	SURA	V	19/11/2025	NUEVA EPS	19/11/2025	NA	NA	19/7/2025	NA	NA	NO
46	CONSORCIO SUBA MT	OBRA LABOR	Jaime Enrique Garcia Torrebianca	72.301.391	AYUDANTE DE OBRA	24/07/2025	NA	SURA	V	19/11/2025	COOSALUD	19/11/2025	PROTECCION	19/11/2025	23/7/2025	NA	NA	NO
47	CONSORCIO SUBA MT	OBRA LABOR	Cristian David Pescina Mercado	1.101.466.836	CADENERO 2	05/08/2025	NA	ARL SURA	V	19/11/2025	SALUD TOTAL	19/11/2025	PORVENIR	19/11/2025	8/7/2025	NA	NA	NO
48	CONSORCIO SUBA MT	OBRA LABOR	Henry Garcia Hernandez	7.129.447	OFICIAL	21/08/2025	NA	ARL SURA	V	19/11/2025	SANITAS	19/11/2025	PORVENIR	19/11/2025	20/8/2025	NA	NA	NO
49	CONSORCIO SUBA MT	OBRA LABOR	Jesus Mejia	1.054.940.511	AYUDANTE DE OBRA	18/08/2025	NA	ARL SURA	V	19/11/2025	SALUD TOTAL	19/11/2025	PORVENIR	19/11/2025	18/8/2025	NA	NA	NO
50	CONSORCIO SUBA MT	OBRA LABOR	Cristian Gonzalez	1.002.269.779	AYUDANTE DE OBRA	28/07/2025	NA	ARL SURA	V	19/11/2025	CAPITAL SALUD	19/11/2025	PORVENIR	19/11/2025	24/7/2025	NA	NA	NO
51	CONSORCIO SUBA MT	OBRA LABOR	Carlos Andres Grisales Bolivar	1.139.054.549	AYUDANTE DE OBRA	14/07/2025	NA	ARL SURA	V	19/11/2025	SALUD TOTAL	19/11/2025	PROTECCION	19/11/2025	8/7/2025	NA	NA	NO
52	CONSORCIO SUBA MT	OBRA LABOR	Pablo Rodriguez Burgos	14.339.388	AYUDANTE DE OBRA	18/07/2025	NA	ARL SURA	V	19/11/2025	NUEVA EPS	19/11/2025	COLPENSIONES	19/11/2025	8/7/2025	NA	NA	NO
53	CONSORCIO SUBA MT	OBRA LABOR	Jorge Pelaez	3.211.233	OFICIAL	28/07/2025	NA	ARL SURA	V	19/11/2025	NUEVA EPS	19/11/2025	PORVENIR	19/11/2025	23/7/2025	NA	NA	NO
54	CONSORCIO SUBA MT	OBRA LABOR	Jeslin Jaimer Rodriguez	1.043.668.328	AYUDANTE DE OBRA	28/07/2025	NA	ARL SURA	V	19/11/2025	SALUD TOTAL	19/11/2025	PROTECCION	19/11/2025	24/7/2025	NA	NA	NO
55	CONSORCIO SUBA MT	OBRA LABOR	Carlos Arturo Alfonso Rodriguez	19.399.699	Latonero/pintor – inspector	05/08/2025	NA	ARL SURA	V	19/11/2025	SANITAS	19/11/2025	PORVENIR	19/11/2025	9/8/2025	NA	NA	APTO
56	[illegible]	OBRA LABOR	GIOVANNY OSPINA	80.832.731	[illegible]	1/10/2025	NA	ARL SURA	V	19/11/2025	FAMISANAR	19/11/2025	PORVENIR	19/11/2025	7/10/2025	NA	NA	NO
57	[illegible]	OBRA LABOR	DUBERNEY RAMOS	1.019.599.242	[illegible]	1/10/2025	NA	ARL SURA	V	19/11/2025	SALUD TOTAL	19/11/2025	COLFONDOS	19/11/2025	8/10/2025	NA	NA	NO
58	[illegible]	OBRA LABOR	JEFERSON GARAVITO	1.019.102.099	[illegible]	1/10/2025	NA	ARL SURA	V	19/11/2025	COMPENSAR	19/11/2025	PORVENIR	19/11/2025	2/10/2025	NA	NA	NO
59	[illegible]	OBRA LABOR	HERTALI GOMEZ	4.118.708	OFICIAL	27/10/2025	NA	ARL SURA	V	19/11/2025	FAMISANAR	19/11/2025	PORVENIR	19/11/2025	25/10/2025	NA	NA	NO
60	[illegible]	OBRA LABOR	MIGUEL ORLANDO HUERTAS	79.249.612	OFICIAL	29/10/2025	NA	ARL SURA	V	19/11/2025	SALUD TOTAL	19/11/2025	COLFONDOS	19/11/2025	28/10/2025	NA	NA	NO
61	CONSORCIO SUBA MT	OBRA LABOR	Jhonatan Bejarano	1.147.398.744	MAESTRO DE OBRA	15/05/2025	N/A	ARL SURA	V	19/11/2025	NUEVA EPS	19/11/2025	PORVENIR	19/11/2025	13/5/2025	N/A	N/A	APTO
62	CONSORCIO SUBA MT	OBRA LABOR	Carlos Mario Mena	1.003.822.956	Ayudante de Obra	15/05/2025	N/A	ARL SURA	V	19/11/2025	FAMISANAR	19/11/2025	PORVENIR	19/11/2025	13/5/2025	N/A	N/A	APTO
63	[illegible]	OBRA LABOR	DARWISON VALENCIA	1.077.471.368	[illegible]	8/10/2025	NA	ARL SURA	V	19/11/2025	FAMISANAR	19/11/2025	COLPENSIONES	19/11/2025	4/10/2025	NA	NA	NO
64	[illegible]	OBRA LABOR	CRISTIAN HURTADO	1.070.621.361	[illegible]	1/10/2025	NA	ARL SURA	V	19/11/2025	SALUD TOTAL	19/11/2025	PORVENIR	19/11/2025	30/9/2025	NA	NA	NO
65	[illegible]	OBRA LABOR	DUCAS ANTONIO MENA MENA	11.803.730	[illegible]	29/10/2025	NA	ARL SURA	V	19/11/2025	FAMISANAR	19/11/2025	PORVENIR	19/11/2025	28/10/2025	NA	NA	NO
66	JGM CONSTRUCCIONES Y MAQUINARIA SAS	OBRA LABOR	Miguel Rivera	1.002.805.277	OPERADOR MAQUINARIA	23/05/2025	N/A	ARL SURA	V	03/11/2025	SALUD TOTAL	19/11/2025	PORVENIR	19/11/2025	1/10/2025	N/A	N/A	APTO
67	PAVIMAQ SAS	OBRA LABOR	Julio Ramon	74.359.743	OPERADOR MAQUINARIA	29/08/2025	N/A	SURA	V	14/11/2025	FAMISANAR	14/11/2025	NA	N/A	25/2/2025	N/A	N/A	APTO

69	INDEPENDIENTE	INDEPENDIENTE	Jimmy Alberto Candales Mora	83.036.149	Especialista en Urbanismo y Espacio Público	01/04/2025	NA	SURA	V	19/11/2025	COMPENSAR	14/10/2025	PORVENIR	14/10/2025	4/4/2024	NA	NA	NO
69	INDEPENDIENTE	INDEPENDIENTE	Julian Dario Fajardo Muñoz	1.019.078.257	Especialista en Estructuras	01/04/2025	NA	SURA	V	19/11/2025	SANITAS	20/10/2025	COLPENSIONES	20/10/2025	9/2/2024	NA	NA	NO
70	INDEPENDIENTE	INDEPENDIENTE	Jorge Eliecer Rodriguez Paredes	80.783.594	Especialista en SIG-CAD	01/04/2025	NA	SURA	V	19/11/2025	SURA	14/11/2025	PROTECCION	14/11/2025	10/10/2024	NA	NA	NO
71	INDEPENDIENTE	INDEPENDIENTE	Alejandro Garzón Buenaventura	1.018.251.650	Residente de maquinaria y equipo en obra	01/04/2025	NA	SURA	V	19/11/2025	FAMISANAR	5/11/2025	COLPENSIONES	5/11/2025	30/1/2025	NA	NA	NO
72	INDEPENDIENTE	INDEPENDIENTE	Paola Capataz Rico	52.998.172	RESIDENTE SOCIAL	01/04/2025	NA	SURA	V	19/11/2025	FAMISANAR	19/11/2025	PORVENIR	19/11/2025	7/6/2022	NA	NA	NO
73	INDEPENDIENTE	INDEPENDIENTE	Alexander Castillo Rivera	1.019.103.878	Ingeniero Forestal	01/04/2025	NA	SURA	V	19/11/2025	SANITAS	09-10-2025	COLPENSIONES	09-10-2025	10/5/2024	NA	NA	NO
74	INDEPENDIENTE	INDEPENDIENTE	Alonso Cardona Bustos	87.717.804	RESIDENTE AMBIENTAL	22/05/2025	NA	SURA	V	19/11/2025	SURA	4/11/2025	PORVENIR	4/11/2025	13/5/2025	NA	NA	NO
75	INDEPENDIENTE	INDEPENDIENTE	Yuly Paola Alvarado	52.801.286	Especialista en Interdv y paisajismo	10/05/2025	NA	SURA	V	19/11/2025	SURA	11/6/2025	PROTECCION	11/6/2025	26/04/2024	NA	NA	NO
76	INDEPENDIENTE	INDEPENDIENTE	Angie Vanessa Arevalo	1.014.726.881	AUXILIAR SOCIAL	22/05/2025	NA	SURA	V	19/11/2025	COMPENSAR	30/10/2025	COLPENSIONES	30/10/2025	1/8/2025	NA	NA	NO
77	INDEPENDIENTE	INDEPENDIENTE	DIEGO CABALLERO ROJAS	1.024.547.185	Especialista en Diseño Y Especialista en Pavimentos	1/10/2025	N/A	POSITIVA	V	24/11/2025	SALUD TOTAL	24/11/2025	SKANDIA	24/11/2025	11/08/2024	NA	NA	NO
78	INVERSIONES HAKE SAS	OBRA LABOR	Carlos Escobar	1.073.696.342	OPERADOR MAQUINARIA	01/08/2025	N/A	ARL SURA	V	19/11/2025	FAMISANAR	19/11/2025	PORVENIR	19/11/2025	28/2025	NA	NA	NO
79	INVERSIONES HAKE SAS	OBRA LABOR	Diana Carolina Medina Gomez	1.033.626.839	INSPECTOR SISTEMA	22/8/2025	NA	AXA COLPATRIA	V	19/11/2025	COMPENSAR	19/11/2025	COLPENSIONES	19/11/2025	24/2025	NA	NA	APTO
80	INVERSIONES HAKE SAS	OBRA LABOR	Nancy Esperanza Gómez romero	69.799.813	CADENERO 1	04/08/2025	NA	SURA	I	19/11/2025	SANITAS SA	19/11/2025	PROTECCION	19/11/2025	1/8/2025	NA	NA	NO
81	CONSORCIO EDIFICAR	OBRA LABOR	Erick Santiago Gómez Soto	1.001.174.779	AUXILIAR DE INGENIERIA	04/08/2025	NA	SURA	V	19/11/2025	SANITAS SA	12/11/2025	PROTECCION	19/11/2025	8/4/2025	NA	NA	NO
82	ALFA DEMOLICION SAS	OBRA LABOR	Luis Eduardo Acuña Medina	8.157.574	OPERADOR	29/8/2025	NA	SURA	V	11/11/2025	COMPENSAR	11/11/2025	PORVENIR	11/11/2025	30/8/2025	NA	NA	NO

PERSONAL RETIRADO

83	CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS A&C SAS	OBRA LABOR	[illegible]	1.051.364.018	AYUDANTE DE OBRA	8/10/2025	4/11/2025	ARL SURA	V	26/11/2025	MUTUAL SER	26/11/2025	PORVENIR	26/11/2025	7/10/2025	NA	NA	APTO
84	CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS A&C SAS	OBRA LABOR	[illegible]	1.049.398.503	AYUDANTE DE OBRA	9/10/2025	4/11/2025	ARL SURA	V	26/11/2025	SALUD TOTAL	26/11/2025	PROTECCION	26/11/2025	24/07/2025	NA	NA	APTO
85	CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS A&C SAS	OBRA LABOR	[illegible]	1.101.215.186	AYUDANTE DE OBRA	10/10/2025	4/11/2025	ARL SURA	V	26/11/2025	NUEVA EPS	26/11/2025	COLPENSIONES	26/11/2025	10/10/2025	NA	NA	NO
86	CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS A&C SAS	OBRA LABOR	Andres Martinez	1.005.902.338	Ayudante de Obra	06/10/2025	4/11/2025	ARL SURA	V	26/11/2025	SALUD TOTAL	26/11/2025	PORVENIR	26/11/2025	23/9/2025	NA	NA	NO
87	CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS A&C SAS	OBRA LABOR	[illegible]	1.004.276.575	AYUDANTE DE OBRA	17/10/2025	4/11/2025	ARL SURA	V	26/11/2025	NUEVA EPS	26/11/2025	PORVENIR	26/11/2025	16/10/2025	NA	NA	NO
88	CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS A&C SAS	OBRA LABOR	Argenis Rodriguez	7.551.021	AYUDANTE DE OBRA	23/07/2025	4/11/2025	ARL SURA	V	26/11/2025	FOMAG	26/11/2025	FIDUPREVISORA	26/11/2025	28/7/2025	NA	NA	NO
89	CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS A&C SAS	OBRA LABOR	Randy Rolando Contreras	1.070.937.000	Ayudante de Obra	25/09/2025	1/10/2025	ARL SURA	V	30/10/2025	FAMISANAR	30/10/2025	PORVENIR	30/10/2025	22/9/2025	NA	NA	APTO
90	CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS A&C SAS	OBRA LABOR	Jaime Leonardo Perez	1.047.360.192	OFICIAL	21/08/2025	4/11/2025	ARL SURA	V	26/11/2025	MUTUAL SER	26/11/2025	PROTECCION	26/11/2025	24/9/2025	NA	NA	APTO
91	CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS A&C SAS	OBRA LABOR	Alvaro Manuel Ceballo	8.827.495	Ayudante de Obra	09/10/2025	4/11/2025	ARL SURA	V	26/11/2025	CAPITAL SALUD	26/11/2025	COLPENSIONES	26/11/2025	8/10/2025	NA	NA	APTO
92	CONSORCIO SUBA MT	OBRA LABOR	Edwins Javier Acero Barrera	9.532.491	AYUDANTE DE OBRA	19/08/2025	31/10/2025	ARL SURA	V	19/11/2025	NUEVA EPS	19/11/2025	PORVENIR	19/11/2025	18/8/2025	NA	NA	NO
93	INDEPENDIENTE	INDEPENDIENTE	Javier Alexander Ramirez	80.091.643	Encargado en montaje y mantenimi	01/04/2025	4/11/2025	SURA	V	19/11/2025	COMFENSAR	19/11/2025	PORVENIR	19/11/2025	1/7/2025	NA	NA	NO
94	CONSORCIO SUBA MT	OBRA LABOR	Osneida Pranna	79.361.793	AYUDANTE DE OBRA	01/08/2025	15/11/2025	ARL SURA	V	19/11/2025	FAMISANAR	19/11/2025	PROTECCION	19/11/2025	28/7/2025	NA	NA	NO
95	CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS A&C SAS	OBRA LABOR	ALCIBIADES CANCHON	1.024.486.584	MAESTRO DE OBRA	23/07/2025	4/11/2025	ARL SURA	V	24/11/2025	FAMISANAR	24/11/2025	PORVENIR	24/11/2025	PENDIENTE	NA	NA	NO
96	CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS A&C SAS	OBRA LABOR	MIGUEL OÑATE	1.015.417.853	OFICIAL	29/07/2025	4/11/2025	ARL SURA	V	26/11/2025	SALUD TOTAL	26/11/2025	PORVENIR	26/11/2025	30/8/2025	NA	NA	NO

Nit : se anota en el sellado
Para diligenciar columna Firma se asignan se copia tellita en siguientes notas:
Cc: [illegible]
Dirección: [illegible]
Firma: Solicitar a los [illegible]

FIRMA Y NOMBRE

(Nombre) LUISA FERNANDA MORENO
Residente SST

(Nombre) DIANA TAPIA
Residente SST Interventoría

6. PSS José Del Carmen Duran

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

soi | Banco Caja Social

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
[illegible]	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	[illegible]
RAZÓN SOCIAL			[illegible]
MUNICIPIO	BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO	BOGOTÁ - DISTRITO CAPITAL
	[illegible]	TELÉFONO	[illegible]
[illegible]	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE	CMIPYME MENOS DE 200 COTIZANTES
[illegible]	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA	[illegible]
PRESENTACIÓN	ÚNICO		
EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA		7983789679	TIPO DE PLANILLA		E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES [illegible] AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES [illegible] AÑO	2025
DÍAS DE MORA		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)		2025/11/50	NÚMERO AUTORIZACIÓN		[illegible]

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓD	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
[illegible]	[illegible]-PORVENIR	1	$ 227,[illegible]	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227,[illegible]	$ 0	$ 227,[illegible]
										$ 227,[illegible]	$ 0	$ 227,[illegible]

TOTAL APORTES A SALUD

CÓD	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
[illegible]	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 57,[illegible]	$ 0	$ 0	$ 0	$ 57,200	$ 0	$ 0	$ 57,[illegible]
[illegible]	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 57,[illegible]	$ 0	$ 0	$ 0	$ 57,200	$ 0	$ 0	$ 57,[illegible]
													$ 114,400	$ 0	$ 0	$ 114,400

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓD	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD RPT NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD RPT VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
[illegible]	14-11 - ARL SURA	2		$ 0	$ 0		$ 0	$ [illegible]	$ [illegible]	$ 0	$ 0	$ [illegible]
									$ [illegible]	$ 0	$ 0	$ [illegible]

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

CÓD	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
[illegible]	CCF22-COLSUBSIDIO	2	$ 114,[illegible]	$ 0	$ 114,[illegible]
			$ 114,[illegible]	$ 0	$ 114,[illegible]

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

NOMBRE	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	NOVEDADES	PENSIÓN ADMIN	PENSIÓN IBC	PENSIÓN COTIZACIÓN	FSP	APORTES VOLUNTARIOS	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	SALUD IBC	SALUD COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	ARP IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	CCF IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
[illegible]	[illegible]		$ 1,[illegible]	[illegible]	30	230201-PORVENIR	1,423,500	$ 227,[illegible]	$ 0	$ 0	Normal	$ 227,[illegible]	EPS008-COMPENSAR	1,423,500	$ 57,[illegible]	$ 0	$ 57,[illegible]	14-11-ARL SURA	1,423,500	[illegible]	$ 7,[illegible]	1,423,500	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 57,[illegible]	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
[illegible]	[illegible]	[illegible]	$ 1,[illegible]	[illegible]	30			$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	EPS005-SANITAS S.A.	1,423,500	$ 57,[illegible]	$ 0	$ 57,[illegible]	14-11-ARL SURA	1,423,500	[illegible]	$ [illegible]	1,423,500	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 57,[illegible]	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 562.400

13. PSS Pablo Moreno Méndez

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 79412091
DESDE NOVIEMBRE 2025 HASTA NOVIEMBRE 2025

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
ENTIFICACIÓN	N° NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	901166031	
E O RAZÓN SOCIAL		GESTION GLOBAL 2C SAS	
MUNICIPIO	BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	
CIÓN	CRA 11 D # 40 SUR 55 TELÉFONO	7260000	
ISTANTE	31 EMPLEADOR CLASE APORTANTE	C MPYME ESTA EN LA LEY 590 DE 2000 COTIZANTES	
PRESA	PRIVADA ACTIVIDAD ECONÓMICA	Otras actividades de servicio de apoyo a las empr	
NTE SIGNATARIO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)		SI	

DATOS DEL COTIZANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	79412091
APELLIDOS	[redacted]		PABLO
CIUDAD MUNICIPIO	BOGOTA D.C.	DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
TIPO COTIZANTE	DEPEND. SUBTIPO COTIZANTE		
COLOMBIANO RESIDENTE EN EL EXTERIOR	NO	EXTRANJERO NO OBLIGADO A COTIZAR PENSIÓN	NO
TIPO DE SALARIO	FIJO		
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			SI

AÑO 7095156827 | TIPO DE PLANILLA E | PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS | | PERIODO COTIZACIÓN SALUD noviembre - 2025 | FECHA DE PAGO 13/11/2025 | FORMA DE PRESENTACIÓN APORTANTE UNICO

NOVEDADES															SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES			
															PENSIÓN								SALUD					APP						CCF			SENA	ICBF	ESAP	ESNNSCC
NVO CO	VSP	TDE	TAE	TDP	TAP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	NEGOCIACIÓN TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR AJUSTE	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
[redacted]														22-19 COLPENSIONES	30	$ 1.430.000	$ 157.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Ninguno	$ 157.300	57-07 FAMISANAR	30	$ 1.430.000	$ 171.600	$ 0	$ 171.600	24-11 - ARL SURA	30	$ 1.430.000	4	$ 18.018.000	30	$ 1.430.000	57-08 COMFENALCO	$ 57.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

AL PAGADO: $ 440.900

Entregado por:

Recibido por:

12:18 AM USUARIO SOI CC 0000001

PÁGINA 1 DE 1

36

14. PSS Edwin Aldahir Quimbayo - EMPRESA QUIMBAYO

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	9294108-1	EDWIN QUINDAYO MONTEALEGRE	CRA 44 B 75 A 47	3209622638	edinoquindayo@gmail.com	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c.	SAMPER MENDOZ	4	BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO SIGUIENTE				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-10	E	25/11/2025	91650178	$447,100	

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	57,000	0		0		0	22	800	0	57,800	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	800229808-0	227,800	0	0	0	0	22	3,200	0	231,000	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										
14-11	ARL SURA	860307360-5	99,100				99,100	22	1,400	100,500			891	100,500	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	57,000	22	800	57,800	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	22	0	0	0
ICBF				
0	22	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	57,000	57,800
Pensión	1	227,800	231,000
Riesgos Laborales	1	99,100	100,500
CCF	1	57,000	57,800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	440,900	447,100

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

40

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
MI	6984108-1	EDWIN OLIMSAYO MONTEALEGRE	CRA 44 B 75 A 47	3208022339	salvinoqu.ribayo@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	8 — menos de 200 c	BAMPER MENDOZ	4	BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	I.P.C.
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-10	E	28/11/2025	91955170	9447,100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombiano	Extranjero	Extranjero Residente	Cotiza Pensión Voluntaria	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	SUS	Cotizante	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Indicador de Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	79283402	OLIMSAYO VARGAS EDWIN ALEXIS	X																						23001	1.045.000	177.800	0	0	0	23001	1.045.000	177.800	14-11	1.045.000	II	99.189	32003	1.045.000	177.800	0	0	0	0	0

PAGADA

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

15. PSS Jesús Torres - EMPRESA EDWIN QUIMBAYO

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	3984106-1	EDWIN QUIMBAYO MONTEALEGRE		CRA 44 B 73 A 47	3209022338	edwinquimbayo@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	SAMPER MENDOZ	4	BOGOTA, D. C.	BOGOTA, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					3	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-10	E	28/11/2025	91785734	$1,805,100	

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					
EPS026	Salud Total EPS	800130907-4	57.000	0		0		0	20	800	0	57.800	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	57.000	0		0		0	20	800	0	57.800	1
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MON	900156264-2	57.000	0		0		0	20	800	0	57.800	1

TOTALES PENSION

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	800229739-6	663.400	0	0	0	0	20	5.600	0	692.000	3

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Nota 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	800903739-6	297.300				297.300	20	3.800	301.100			2.873	301,100	3

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF32	Colsubsidio	860007336-1	136.800	20	1.800	138,600	3

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	20	0	0	0
ICBF				
0	20	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IBF y Mora	Total a Pagar
Salud	3	171,000	173,400
Pensión	1	663,400	692,000
Riesgos Laborales	1	297,300	301,100
CCF	1	136,800	138,600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	6	1,368,500	1,386,100

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	9004108-1	EDWIN QUIMBAYO MONTEALEGRE	CRA 44 B 79 A 47	3208022838	edwinquimbayo@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	SAMPER MENDOZ	4	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
PERÍODO SALUD	PERÍODO PENSIONES				3	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-10	E	26/11/2025	91769721	$1,305,100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Relación	Tipo Cot.	Subtipo Cot.	Extranjero	Colombiano en el Exterior	IGE	IRT	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	SUS	EDU	CLM	AFC	VCC	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Tarifa provisional de cotización	Pensión provisional de cotización	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1098388063	TORRES GRACIA JOSE EURIPIDES	1	0		0																					240301	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS060	1,423,500	97,600	14-11	1,423,500	3	99,750	CCF22	986,000	39,400	0	0	0	0	0
2	CC	1067152376	TORRES GRACIA LUIS CARLOS	1	0		0																					240301	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS041	1,423,500	97,600	14-11	1,423,500	3	99,750	CCF22	986,000	39,400	0	0	0	0	0
3	CC	1075264256	TORRES GRACIA JESUS MANUEL	1	0		0																					240301	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS047	1,423,500	97,600	14-11	1,423,500	3	99,750	CCF22	986,000	39,400	0	0	0	0	0

PAGADA

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

16. PSS Yonatan Gutiérrez EMPRESA QUIMBAYO

compensar | mipianilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	3084108-1	EDWIN QUINSATO MONTEALEGRE	CRA 44 B 73 A 47	3208022836	edwinquinsato@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B - menos de 200 c	PRINCIPAL	10	BOGOTA D.C.	BOGOTÁ, D.C.	N

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	IBC
					7	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-10	E	26/11/2025	97795516	$2,894,900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS092	Salud Total EPS	800130907-4	57.600	0		0		0	28	800	0	57.600	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	228.800	0		0		0	28	2.000	0	230.900	4
EPSC34	Nuevo EPS Capital Salud	900298372-6	114.000	0		0		0	28	1.500	0	115.500	2

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
23301	Protección (ING + Protección)	800227382	227.600	0	0	0	0	28	2.800	0	230.700	1
23301	Porvenir	800234905-8	911.200	0	0	0	0	28	11.500	0	922.700	4
25-14	Colpensiones	900336004-7	227.600	0	0	0	0	28	2.900	0	230.700	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	800367390-6	693.700				693.700	28	8.805	702.505			6.837	702.505	7

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF32	Colsubsidio	860007335-1	389.000	28	5.180	494.180	7

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	28	0	0	0
ICBF				
0	28	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, SNF y Mora	Total a Pagar
Salud	3	399.000	404.280
Pensión	3	1.369.000	1.384.100
Riesgos Laborales	1	693.700	702.505
CCF	1	389.000	494.180
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	2.856.000	2.994.900

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	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	9994108-1	EDWIN GUARNAYO MONTEALEGRE	CRA 44 B 75 A 47	3208022838	edwinguarnayo@gmail.com	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – nuevos ley 2155	PRINCIPAL	19	BOGOTA, D. C.	BOGOTA, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					7	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-10	E	25/11/2025	91758216	$2.691.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACION COTIZANTE							INFORMACION NOVEDADES												PENSION						SALUD			INDEMNIZACION SUSTITUTIVA	RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificacion	Apellidos y Nombres	Dpto	Ciudad	Extranjero	Colombiano en el Exterior	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL		Cod. AFP	IBC AFP	Cotizante	Valor total a Aportar	Valor neto Aportante	Periodo pensional de cotizacion	Periodo pensional de cotizacion	Cod. EPS	IBC EPS	Cotizante / Fuer UPC		Cod. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotizacion	Codigo CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte ICBF	Aporte SENA	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1007395626	CUTIERREZ SOLORZANO YONATAN CAMILO	1	1			0																1007395626	1.423.500	237.300	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	57.000		14-01	1.423.500	1	99.180	CCF032	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
2	CC	1023944930	LONDOÑO ROJAS DIAN VLADIMIR	1	1			0																1023944930	1.423.500	237.300	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	57.000		14-01	1.423.500	1	99.180	CCF032	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
3	CC	1010313475	MOSQUERA PEREZ KELLER DIBET	1	1			0																1010313475	1.423.500	237.300	0	0	0	0	EPS041	1.423.500	57.000		14-01	1.423.500	1	99.180	CCF032	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
4	CC	1018767	HERNANDEZ ACEVEDO DAMIR WILLIAM	1	1			0																1018767	1.423.500	237.300	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	57.000		14-01	1.423.500	1	99.180	CCF032	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
5	CE	1043230241	TORRES CHARRIS JUAN IGNACIO	1	1			0																2547-4	1.423.500	237.300	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	57.000		14-01	1.423.500	1	99.180	CCF032	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
7	CC	1030811...	MENDIETA RUBIO PEDRO CARLOS ROBERTO	1	1			0																	0	0	0	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	57.000		14-01	1.423.500	1	99.180	CCF032	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

18. PSS Edwin Quimbayo Montealegre

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	ENDOSADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	5684109	EDWIN GUMBAYO MONTEALEGRE	KR 44 E 75A-47 SUR	3202836149	SUESTYASAMBURSAMO@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	1 - Empleador/Sede		BOGOTA, D.C.	BOGOTA, 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 APORTES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	26/11/2025	90900753	$411,000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
CF2008	Compensar EPS	8300803-42-7	178,000	0		0		0	20	2,000	0	180,000	1

TOTALES PENSIÓN											
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	8909219810-6	227,800	0	0	0	0	20	2,800	0	230,790	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	20	0	0	0
ICBF				
0	20	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor aportes de ESC, LMA, FSP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178,000	180,000
Pensión	1	227,800	230,790
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	411,000

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

bh

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	5094108	EDWIN QUIMBAYO MONTEALEGRE		KR 44 B 73A-47 SUR	3202836148	SOESTYAWIN@URBANO@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	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)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	APO
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	1	29/11/2025	80909753	$411.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACION COTIZANTE								INFORMACION NOVEDADES																				PENSION							SALUD			MEDIOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Ambos	Extranjero	Colombiano	No	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	DIAS					Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Aportes a Afiliado	Aportes Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Tarifa ARL	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	5094108	QUIMBAYO MONTEALEGRE EDWIN	X				16																				23.100	1.428.500	227.900	0	0	0	0	EPS046	1.428.500	171.400				0		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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



22. PSS Eduard José Lascarro -PILLIMUE

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	901812304-4	PILIMUE CONSTRUCCIONES SAS		carrera 640 1316 18	3153485230	[illegible]@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	S – menos de 200 c			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)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	IBC
					22	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-10	E	27/11/2025	91300123	$5.592.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Codigo EPS	Nombre	NIT	Cotizacion Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotizacion	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	172.900	0		0		0	0	0	0	172.900	4
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	79.800	0		0		0	0	0	0	79.800	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	79.800	0		0		0	0	0	0	79.800	2
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	206.300	0		0		0	0	0	0	206.300	6
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	1.900	0		0		0	0	0	0	1.900	1
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MSV	900156264-2	93.300	0		0		0	0	0	0	93.300	3

TOTALES PENSIÓN

Codigo AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Protección (BMS + Protección)	800227735-0	729.300	0	0	0	0	0	0		729.000	5
230301	Porvenir	800229505-8	1.723.700	0	0	0	0	0	0		1.723.700	9
231001	Colfondos	860037945-6	7.600	0	0	0	0	0	0		7.600	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	425.400	0	0	0	0	0	0		425.400	7

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Dias 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	800001395-5	1.252.900				1.252.900	0	0	1.252.900			12.529	1.252.900	22

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	720.100	0	0	720.100	22

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

PAGADA

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901612324-4	PEJIBAYE CONSTRUCCIONES SAS		carrera 54D 131B 18	3133483330	[illegible]	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	B – menos de 300 c			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)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					22	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-10	E	07/11/2025	91209123	$5.583.700	

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 IDC, UMA, IBP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	722.000	722.000
Pensión	1	2.995.700	2.995.700
Riesgos Laborales	1	1.262.900	1.262.900
CCF	1	720.100	720.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	12	5.583.700	5.583.700

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	901872264-4	PILLBLUE CONSTRUCCIONES SAS		carrera 54D 131B 18	3153465339	miguelmedinaciadelfino@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	B - menos de 200 t			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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				22	0
2025-11	2025-10	E	07/11/2025	81200133	TOTAL A PAGAR	
					$5.039.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACION COTIZANTE								INFORMACION NOVEDADES														PENSION							SALUD					RIESGOS LABORALES					CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Ubicación	Actual	Extranjero sin cédula	Extranjero Pensionado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	SUS	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	Cotizante exonerado	Cod. AFP	IBC AFP	Cotizante	Voluntario + Aportes	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. EPS	IBC EPS	Cotizante / Valor UPC	Cod. ARL	IBC ARL	Clase Riesgo	Cotizante	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1000040680	LOPEZ CORTES LUIS ERNESTO	1	0			5	X														EPS041	756,000	30,800	0	0	0	0	EPS041	756,000	30,800	14-01	756,000	I	52,668	COF24	756,000	30,800	0	0	0	0	0
2	CC	1006220320	ESPAÑA VEGA JOSUE DAVID	1	0			5		X													EPS042	47,400	1,900	0	0	0	0	EPS042	47,400	1,900	14-01	47,400	I	3,400	COF24	47,400	1,900	0	0	0	0	0
3	CC	1006138824	OLIVEROS MARTINEZ PEDRO FELIPE	1	0			0	X	X													EPS002	47,400	1,900	0	0	0	0	EPS002	47,400	1,900	14-01	47,400	I	3,400	COF24	47,400	1,900	0	0	0	0	0
4	CC	1010863446	CORREA ALVAREZ NICOLAS ALFREDO	1	0			0	X														EPS005	474,000	19,000	0	0	0	0	EPS005	474,000	19,000	14-01	474,000	I	33,998	COF24	474,000	19,000	0	0	0	0	0
5	CC	1010360988	RUIZ HERRERA JIMMY JOSE	1	0			0		X													EPS041	47,400	1,900	0	0	0	0	EPS041	47,400	1,900	14-01	47,400	I	3,400	COF24	47,400	1,900	0	0	0	0	0
6	CC	1014441928	JULIO ORTEGA JEAN DAVID	1	0			0															EPS041	1,423,200	57,000	0	0	0	0	EPS041	1,423,200	57,000	14-01	1,423,200	I	99,198	COF24	1,423,200	57,000	0	0	0	0	0
7	CC	1016871811	CAICEDO SALAZAR LUIS HERNANDO	1	0			0															EPS040	1,423,200	57,000	0	0	0	0	EPS040	1,423,200	57,000	14-01	1,423,200	I	99,198	COF24	1,423,200	57,000	0	0	0	0	0
8	CC	1022443062	PINEDA RODRIGUEZ BRAYAN STIVEN	1	0			0															EPS041	1,423,200	57,000	0	0	0	0	EPS041	1,423,200	57,000	14-01	1,423,200	I	99,198	COF24	1,423,200	57,000	0	0	0	0	0
9	CC	1023020842	ROJAS MORENO THOMAS FELIX	1	0			5	X														EPS041	1,064,000	42,600	0	0	0	0	EPS041	1,064,000	42,600	14-01	1,064,000	I	74,200	COF24	1,064,000	42,600	0	0	0	0	0
10	CC	1018647300	PILLBLUE LOGISTICA SAS ZOMAC	2	0			4	X														EPS037	998,400	39,936	0	0	0	0	EPS037	998,400	39,936	14-01	998,400	I	69,600	COF24	998,400	39,936	0	0	0	0	0
11	CC	1044614423	RUIZ MARTINEZ SERGIO DAVID	1	0			0		X													EPS037	47,400	1,900	0	0	0	0	EPS037	47,400	1,900	14-01	47,400	I	3,400	COF24	47,400	1,900	0	0	0	0	0
12	CC	1045910974	LASCARRO MENDOZA EDUARDO JOSE	1	0			0															EPS037	1,423,200	57,000	0	0	0	0	EPS037	1,423,200	57,000	14-01	1,423,200	I	99,198	COF24	1,423,200	57,000	0	0	0	0	0
13	CC	1045684664	MARTINEZ MORENO SEBASTIAN	1	0			5	X														EPS005	47,400	1,900	0	0	0	0	EPS005	47,400	1,900	14-01	47,400	I	3,400	COF24	47,400	1,900	0	0	0	0	0
14	CC	1045817904	MANRIQUE SANTISTEBAN JAIME	1	0			0															EPS041	1,423,200	57,000	0	0	0	0	EPS041	1,423,200	57,000	14-01	1,423,200	I	99,198	COF24	1,423,200	57,000	0	0	0	0	0
15	CC	1045811031	SIQUEIRO CABRERA JORGE LUIS	1	0			0		X													EPS041	47,400	1,900	0	0	0	0	EPS041	47,400	1,900	14-01	47,400	I	3,400	COF24	47,400	1,900	0	0	0	0	0
16	CC	1070822413	SOLANO PAVA HEIDER ALBERTO	1	0			0	X	X													EPS037	47,400	1,900	0	0	0	0	EPS037	47,400	1,900	14-01	47,400	I	3,400	COF24	47,400	1,900	0	0	0	0	0
17	CC	1124888...	HERNANDEZ HERNANDEZ DARIO ARIEL	1	0			0															EPS041	1,423,200	57,000	0	0	0	0	EPS041	1,423,200	57,000	14-01	1,423,200	I	99,198	COF24	1,423,200	57,000	0	0	0	0	0
18	CC	1024...	[illegible]	1	0			0															EPS041	1,423,200	57,000	0	0	0	0	EPS041	1,423,200	57,000	14-01	1,423,200	I	99,198	COF24	1,423,200	57,000	0	0	0	0	0
19	CC	1030...	[illegible]	1	0			0															EPS041	1,423,200	57,000	0	0	0	0	EPS041	1,423,200	57,000	14-01	1,423,200	I	99,198	COF24	1,423,200	57,000	0	0	0	0	0
20	CC	1030...	[illegible]	1	0			0															EPS041	1,423,200	57,000	0	0	0	0	EPS041	1,423,200	57,000	14-01	1,423,200	I	99,198	COF24	1,423,200	57,000	0	0	0	0	0
21	CC	1031...	[illegible]	1	0			0															EPS041	1,423,200	57,000	0	0	0	0	EPS041	1,423,200	57,000	14-01	1,423,200	I	99,198	COF24	1,423,200	57,000	0	0	0	0	0
22	CC	1032...	[illegible]	1	0			0															EPS041	1,423,200	57,000	0	0	0	0	EPS041	1,423,200	57,000	14-01	1,423,200	I	99,198	COF24	1,423,200	57,000	0	0	0	0	0

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

CONSORCIO SUBA
MT

25-26. PSS ICOD OPERAT.

55

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901172805-1	[illegible] CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS SAS		CALLE 18 # 91	3123681487	[illegible]@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – nomina de 200 o	OPERATIVA	OPERATIVA	BOGOTÁ, D. C.,	BOGOTÁ, D.C.		01

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-10	E	05/11/2025	811413716	$3.390.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	368.000	0		0		0	0	0	0	368.000	2
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
23301	Porvenir	800229739-4	603.000	0	0	0	0	0	0		603.000	2
25-14	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 Otras Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Sabio a Pasar	Valor Sabio a Pasar	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	800251440-6	738.508				738.508	0	0	738.508			7.392	738.508	3

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	425.000	0	0	425.000	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 IDE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	425.000	425.000
Pensión	2	1.403.000	1.403.000
Riesgos Laborales	1	730.500	730.500
CCF	1	425.000	425.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	6	3.389.500	3.389.500

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

PRUEBA

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901172859-1	BLOQ CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS SAS		CALLE 19 A 91	3123661457	[illegible]
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SUCURSAL	B – menos de 200 t	OPERATIVA	OPERATIVA	BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DD/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DD/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					3	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-10	E	05/11/2025	91143716	$3.288.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES					CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza exterior	Residente	IGE	IRL	SLN	VSP	VST	SUS	LMA	VAC	AVP	VCT	AVS	INT	ERP	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VTE	VTA	COD. AFP	IBC AFP	Cotizacion	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo cuentahabientes de solidaridad	Fondo pensional de solidaridad	COD. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cod. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	[illegible]	[illegible]	1	0	0	0	0																23000	[illegible]	[illegible]	0	0	0	0	[illegible]	[illegible]	[illegible]	14-01	[illegible]	3	[illegible]	CCF01	[illegible]	[illegible]	0	0	0	0	0
2	CC	[illegible]	[illegible]	1	0	0	0	0																23000	[illegible]	[illegible]	0	0	0	0	[illegible]	[illegible]	[illegible]	14-01	[illegible]	3	[illegible]	CCF01	[illegible]	[illegible]	0	0	0	0	0
3	CC	1073512961	EDGAR VARGAS DANIELS LAMBIS	1	0		0																	23-14	1.000.000	$33.000					EPS001	1.000.000	200.000	14-01	1.000.000	1	348.000	CCF01	1.000.000	200.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

5

27. PSS Keren Manuela Ojeda Pineda

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCION	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901173909-1	ECID CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS SAS		CALLE 18 # 91	3125881467	jmolinaciquitaw@gmail.com	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	ADMINISTRACION	ADM1	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)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	IBC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-10	E	05/11/2025	90749529	$340,300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS039	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	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
23301	Porvenir	800229505-6	227,300	0	0	0	0	0	0		227,300	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Mora Cotización	Dias 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										
14111	ARL SURA	800256396-6	7,300				7,300	0	0	7,300			70	7,370	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	57,000	0	0	57,000	1

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 IBC, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	57,000	57,000
Pensión	1	227,300	227,300
Riesgos Laborales	1	7,300	7,300
CCF	1	57,000	57,000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	348,300	348,300

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	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901172805-1	ICOO CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS SAS		CALLE 16 4 91	3125803487	promo.icoosas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	E = cierre de 200	ADMIN RIESGO I	ADM I	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)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2025-11	2025-10	E	05/11/2025	90764023	TOTAL A PAGAR	
					$349.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Ord	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombiano	Extranjero	Residente	Cotiza Exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC		Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario y Ahorros	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Tipo de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1000[illegible]	[illegible]	X		X			X														23001	1.400.000	307.300	0	0	0	0	EPS046	1.400.000	17.304	14-01	1.400.000	4	52241	112224	1.400.000	67.200	0	0	0	0	0

PAGADA

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

28. PSS 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	900781560-5	DOM BASEMENTOS SAS		CRA 4 No 19-79 PISO 8	4864588	gerencia.domsas@gmail.com	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTA, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DD/MM/AAAA)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	APC
					4	0
PERIODO PAGO	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-10	E	26/11/2025	91417980	$7,286,000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	60,000	0		0		0	0	0	0	60,000	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	57,000	0		0		0	0	0	0	57,000	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	180,000	0		0		0	0	0	0	180,000	3

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
23001	Protección (BG + Protección)	800227939-9	400,000	0	0	0	0	0	0		400,000	1
23301	Porvenir	800224808-6	787,000	0	0	0	0	0	0		787,000	2

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	800013790-9	$16,700				$16,700	0	0	$16,700			$,167	$16,700	4

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	297,000	0	0	297,000	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 IDE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	3	297,000	297,000
Pensión	2	1,187,800	1,187,800
Riesgos Laborales	1	$16,700	$16,700
CCF	1	297,000	297,000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	7	2,298,500	2,298,500

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	900781555-3	DCM INGENIEROS SAS		CRA 4 No 15-78 PISO 6	4084160	[illegible]@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 (DD/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DD/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-11	2020-10	E	26/11/2020	91117000	$2,298,300	

DETALLE POR COTIZANTE

No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Información novedades	Cod. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario afiliado	Voluntario aportante	Fondo solidaridad	Fondo subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	[illegible]	ANDRADE SANTANA [illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	0	0	0	0	EPS010	[illegible]	[illegible]	14-11	[illegible]	1	[illegible]	CCF24	[illegible]	[illegible]	0	0	0	0	0
2	CC	[illegible]	ANDRADE SANTANA JESSICA LORENA	[illegible]	230301	[illegible]	[illegible]	0	0	0	0	EPS010	[illegible]	[illegible]	14-11	[illegible]	1	[illegible]	CCF24	[illegible]	[illegible]	0	0	0	0	0
3	CC	[illegible]	MENDOZA LOPEZ [illegible]	[illegible]	230301	[illegible]	[illegible]	0	0	0	0	EPS002	[illegible]	[illegible]	14-11	[illegible]	1	[illegible]	CCF24	[illegible]	[illegible]	0	0	0	0	0
4	CC	[illegible]	ATARA CARDENAS [illegible] ESPERANZA	[illegible]	230301	[illegible]	[illegible]	0	0	0	0	EPS002	[illegible]	[illegible]	14-11	[illegible]	1	[illegible]	CCF24	[illegible]	57,300	0	0	0	0	0

PAGADA

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



29. PSS 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	sln	ige	lma	vst	svp	avp	vct	irl	vac				
9494670053	1923571420	E	2025-11-12	EPS	EPS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-11	30																			$6,115,200	4%	$244,700
9494670053	1923571420	E	2025-11-12	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-10	30																			$6,115,200	16%	$978,500
9494670053	1923571420	E	2025-11-12	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-10	30																			$6,115,200		$30,600
9494670053	1923571420	E	2025-11-12	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-10	30																			$6,115,200		$30,600
9494670053	1923571420	E	2025-11-12	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2025-10	30																			$0	0%	$0
9494670053	1923571420	E	2025-11-12	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILIADO	2025-10	30																			$0	0%	$0
9494670053	1923571420	E	2025-11-12	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-10	30																			$6,115,200	0.522%	$32,000
9494670053	1923571420	E	2025-11-12	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-10	30																			$6,115,200	4%	$244,700

Este certificado se expide el dia 2025-11-20 a las 10:58.

30. PSS Dayana Liceth Medina Rojas

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 901902679	1	CONSORCIO PARQUES BOSA	3 - MENOS DE 200 COTIZANTES	Principal	CRA 16 # 3 41 OFICINA 1503	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	7111111	SI

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 (7 Afiliados)					$11,544,000	$1,847,200			$12,967,500	$519,000			$14,084,553	$563,900			$12,967,500	$902,700		$0	$0
Centro de Trabajo: OBRA (5 Afiliados)					$5,694,000	$911,200			$7,117,500	$285,000			$8,234,553	$329,500			$7,117,500	$495,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (5 Afiliados)					$5,694,000	$911,200			$7,117,500	$285,000			$8,234,553	$329,500			$7,117,500	$495,500		$0	$0
1	PT	1077[illegible]	GARCIA NOVARCA RAFAEL RAMON	19/30/1	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	COF14	30	$1,581,695	$63,300	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
2	CC	594[illegible]	PEREZ RICAURTE FEDERNEY	11-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS037	30	$1,423,500	$57,000	COF14	30	$1,774,325	$71,100	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
3	CC	1048[illegible]	MOLINA MORA DAVID		0	$0	$0	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	COF14	30	$1,581,695	$63,300	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
4	CC	1010[illegible]935	RAMIREZ SANTOS EDWIN FABIAN	19/30/1	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	COF14	30	$1,581,695	$63,300	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
5	CC	9[illegible]547	NITO ESCARRAGA MARCO FIDEL	19/30/1	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$57,000	COF14	30	$1,774,325	$71,100	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
Centro de Trabajo: Principal (2 Afiliados)					$5,850,000	$936,000			$5,850,000	$234,000			$5,850,000	$234,000			$5,850,000	$407,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados)					$5,850,000	$936,000			$5,850,000	$234,000			$5,850,000	$234,000			$5,850,000	$407,200		$0	$0
6	CC	1[illegible]5177	LEON TORRES PAOLA ANDREA	11-14	30	$2,925,000	$468,000	EPS001	30	$2,925,000	$117,000	COF14	30	$2,925,000	$117,000	14-11	30	$2,925,000	$203,600	30	$0	$0
7	CC	1010[illegible]	HERRERA RODRIGUEZ BRYAN ESTEBAN	19/30/1	30	$2,925,000	$468,000	EPS002	30	$2,925,000	$117,000	COF14	30	$2,925,000	$117,000	14-11	30	$2,925,000	$203,600	30	$0	$0
Total Afiliados(7)					$11,544,000	$1,847,200			$12,967,500	$519,000			$14,084,553	$563,900			$12,967,500	$902,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-11	1548214210	845692407	E	2025/11/21	2025/11/19	BANCO CAJA SOCIAL	0	$3,832,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				6	$1,847,200	$0	$0	$1,847,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	3	$1,163,800	$0	$0	$1,163,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	3	$683,400	$0	$0	$683,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				7	$902,700	$0	$0	$902,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	7	$902,700	$0	$0	$902,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				7	$563,500	$0	$0	$563,500
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	7	$563,500	$0	$0	$563,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 3)				7	$519,000	$0	$0	$519,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	3	$114,000	$0	$0	$114,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	3	$171,000	$0	$0	$171,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	2	$234,000	$0	$0	$234,000
TOTAL				7	$3,832,400	$0	$0	$3,832,400

66. PSS Miguel Rivera

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **JCM CONSTRUCCIONES Y MAQUINARIA SAS**, identificada con **NI** número **901878705**, aportó por **JOSE MIGUEL RIVERA CASTRO**, identificado(a) con **CC** número **1002606277** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **E** número **91406812** para el periodo de salud **2025-11** y pensiones **2025-10** de la siguiente forma.

14-[illegible]	ARL SURA	1	S															6		30		$1.423.500	$99.100	Octubre - 2025	91406812	13/11/2025	5
CCF22	Colsubsidio - Caja de Compensación Familiar	1	S															0		30		$1.423.500	$57.000	Octubre - 2025	91406812	13/11/2025	0
230301	Porvenir	1	S															0		30		$1.423.500	$227.800	Octubre - 2025	91406812	13/11/2025	0
EPS002	Salud Total EPS	1	S															2		30		$1.423.500	$57.000	Noviembre - 2025	91406812	13/11/2025	5

El presente certificado se expide a los 13 días del mes Noviembre de 2025.

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

67. PSS Julio Ramon

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 901670916	0	FARMACI SAS	B = MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CALLE 8 SUR N 41-34	BOGOTA-BOGOTA D.C.	6709780	N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-11	1N1815999	94947346	E	2025/11/07	2025/11/14	BANCO BAVIVIENDA	7	$1,329,500

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 (CCF) o ICBF	Total Aportes
1	CC	1019449663	CUBILLOS DAZA DAMARIS EDUARDO																			211001	30	$1,462,500	$117,000	EPS037	30	$1,462,500	$57,000	CCF14	30	$1,462,500	$87,750	14-11	30	$1,462,500	$99,900	30	$0	$0	N	$446,650
2	CC	1488139	PEREIRA JORGE HUMBERTO																			25-54	30	$1,462,500	$117,000	EPS037	30	$1,462,500	$57,000	CCF14	30	$1,462,500	$87,750	14-11	30	$1,462,500	$99,900	30	$0	$0	N	$446,650
3	CC	1031137731	MELENDEZ RAMIREZ CARLOS ANDRES	X																		126341	4	$47,450	$7,600	EPS008	1	$47,450	$1,900	CCF14	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	$3,400	1	$0	$0	N	$14,800
4	CC	1014659933	MALAGON BECERRA JUAN ANDRES	X																		126341	1	$47,450	$7,600	EPS008	1	$47,450	$1,900	CCF14	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	$3,400	1	$0	$0	N	$14,800
5	CC	87061333	NOVOA CARDENAS JOSE MARTIN																			126341	30	$1,462,500	$117,000	EPS037	30	$1,462,500	$57,000	CCF14	30	$1,462,500	$87,750	14-11	30	$1,462,500	$99,900	30	$0	$0	N	$446,650
6	CC	1013588251	PERNIA ORTIZ VALLE JOHAN DE JESUS	X																		126341	29	$1,376,650	$110,160	EPS037	29	$1,376,650	$55,100	CCF14	29	$1,376,650	$82,650	14-11	29	$1,376,650	$94,050	29	$0	$0	N	$426,260
7	CC	80732639	PUENTES ALDANA FRANCISCO ANTONIO																			126341	30	$1,462,500	$117,000	EPS037	30	$1,462,500	$57,000	CCF14	30	$1,462,500	$87,750	14-11	30	$1,462,500	$99,900	30	$0	$0	N	$446,650
8	CC	[illegible]	[illegible]																			[illegible]	6	[illegible]	[illegible]	[illegible]	30	$1,462,500	$57,000	CCF14	30	$1,462,500	$87,750	14-11	30	$1,462,500	$99,900	30	$0	$0	N	$244,650
9	CC	7553823	SANCHEZ LEON OSCAR EFREN																			126341	30	$1,462,500	$117,000	EPS002	30	$1,462,500	$57,000	CCF14	30	$1,462,500	$87,750	14-11	30	$1,462,500	$99,900	30	$0	$0	N	$446,650
10	CC	1026020469	TRUJILLO SANCHEZ WILMER ALFONSO																			126341	30	$1,462,500	$117,000	EPS041	30	$1,462,500	$57,000	CCF14	30	$1,462,500	$87,750	14-11	30	$1,462,500	$99,900	30	$0	$0	N	$446,650
Total	Afiliados(10)																						58	$18,911,950	$1,442,200		58	$15,450,450	$407,000		58	$15,450,450	$407,000		58	$15,450,450	$996,300	58	$0	$0	58	$2,844,500

2025/11/14 11:45 AM

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	PAYBAQ SAS	5 - 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
2025-10	2025-11	95283998	94947169...	E	2025/11/07	2025/11/14	BANCO DAVIVIENDA	7	$3,329,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR a PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				9	$1,602,200	$7,300	$0	$1,609,500
COLFONDOS	23I001	800,227,940	6	1	$227,800	$1,100	$0	$228,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$1,100	$0	$228,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	7	$1,146,600	$5,100	$0	$1,151,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				10	$796,100	$3,600	$0	$799,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	10	$796,100	$3,600	$0	$799,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				10	$457,900	$2,100	$0	$460,000
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	10	$457,900	$2,100	$0	$460,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				10	$457,900	$2,300	$0	$460,200
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	2	$1,800	$100	$0	$1,900
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	5	$283,100	$1,300	$0	$284,400
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$57,000	$300	$0	$57,300
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS043	900,156,264	2	1	$57,000	$300	$0	$57,300
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$57,000	$300	$0	$57,300
TOTAL				10	$3,314,300	$15,300	$0	$3,329,600

2025/11/14 11:45 AM

68. PSS Jimmy Alberto Cendales

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCION	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80038149	JAIME ALBERTO OROALES MORA		Calle 173A # 19A - 32 interior 3 apartamento	6016036649	jaimeo_oroales@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I - Independiente			BOGOTA, D.C.	BOGOTA, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	IBC
95513952	09/10/2025				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	N	14/10/2025	80808721	$880.500	

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	890900943-7	310.500	0		0		0	0	0	0	310.500	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
23301	Porvenir	800224808-6	466.800	0	0	29.300	29.300	0	0		467.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860026183-5	62.300				62.300	0	0	62.300			623	62.300	1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	890900943-7	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 SGP, LMA, IBP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	310.500	310.500
Pensión	1	467.800	467.800
Riesgos Laborales	1	62.300	62.300
CCF	1	51.100	51.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	900.200	900.500

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

25

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80038149	JENRY ALBERTO CENDALES MORA		Calle 173A # 29A - 20 Interior 3 apartamento [illegible]	3218639649	jhenry_cendales@hotmail.com	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	1 - Dependiente			BOGOTA, D.C.	BOGOTA, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
605130892	08/10/2025				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	N	14/10/2025	80886721	$930.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACION COTIZANTE								INFORMACION NOVEDADES																		PENSION							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colocar	Activo	Extranjero	Pensionado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Cotizante	Cód. AFP	IBC AFP	Cotizante	Valor total a Afiliados	Valor total Aportes	Periodo pensional de cotización	Fecha pensional de cotización	Cód. EPS	IBC EPS	Cotizantes / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotizacion	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	80038149	CENDALES MORA JENRY ALBERTO	SI	X			NO															X	23001	$ 4.000.000	1	$ 920.000	$ 920.000	10/2025		EPS048	$ 4.000.000	1	14	$ 4.000.000	V	$ 920.000	21214	$ 4.000.000	$ 920.000	$ 4.000.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

PAGADA

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

69. PSS Julián Darío Fajardo Nuñez

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-11-18, 10:09:15 AM **Tipo Planilla:** I. PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 1076571520

Periodo Cotización: octubre de 2025 **Periodo Servicio:** octubre de 2025

PAGADO 20/10/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

ATOS DEL APORTANTE

ón Social	JULIAN DARIO FAJARDO NUÑEZ		
cumento	CC1016075257	**Dirección**	CR 89 #19 A - 49 TORRE 3 APTO 303
o de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	4573777
o Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
idad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
presentante Legal		**Identificación**	
al Afiliados	1	**ARP**	NINGUNA ARP

DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																			Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Número	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IRP	INT	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	Dias IRP	Dias SLN	Dias IGE	Dias LMA	Dias VAC	Dias AVP	Dias VCT	Dias IRL	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
1076571	JULIAN DARIO FAJARDO NUÑEZ	01	00										0	0	0	0	0	0	0	0	(25-10) COLPENSIONES	$ 1.423.500	$ 227.800	EPS005-EPS SANITAS	$ 1.423.500	$ 170.000	0.000	$ 0	$ 0	(44-03) CAJA NARIÑENSE CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 400.000

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 170.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 400.000	$ 0	$ 400.000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4448634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146668 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618650 - 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.

20

70. PSS Jorge Eliecer Rodríguez Paredes

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 80750394		RODRIGUEZ PAREDES JORGE ELIECER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 72C NO 71C 31	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3135511428	No

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	80750394	RODRIGUEZ JORGE	Cotizante	30	$1,800,000	$288,000	ERPV10	30	$1,800,000	$225,000	0	30	$0	$0	1429	30	$1,800,000	$9,400	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,800,000	$288,000			$1,800,000	$225,000			$0	$0			$1,800,000	$9,400		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1102495457	94042635[illegible]	1	2025/11/26	2025/11/14	BANCOLOMBIA	0	$322,400

RESUMEN DE PAGO

RUBRO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$288,000	$0	$0	$288,000
PROTECCION	230201	800,229,739	8	1	$288,000	$0	$0	$288,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,400	$0	$0	$9,400
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860.002.503	2	1	$9,400	$0	$0	$9,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$225,000	$0	$0	$225,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$225,000	$0	$0	$225,000
TOTAL				1	$322,400	$0	$0	$322,400

21

71. PSS Alejandra Garzón Bustamante

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

[illegible]	CÉDULA DE CIUDADANÍA	[illegible]	[illegible]
RAZÓN SOCIAL			[illegible]
[illegible]	BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO	BOGOTÁ - DISTRITO CAPITAL
	[illegible]	TELÉFONO	[illegible]
[illegible]	[illegible]	CLASE APORTANTE	INDEPENDIENTE
[illegible]	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA	[illegible]
PRESENTACIÓN	ÚNICO		
EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA	7861138887	TIPO DE PLANILLA	INDEPENDIENTES
PERÍODO COTIZACIÓN OTROS	[illegible] 2025	PERÍODO COTIZACIÓN SALUD	[illegible] 2025
DÍAS DE MORA	0		
FECHA PAGO	[illegible]	NÚMERO AUTORIZACIÓN	[illegible]

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ID	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	VALOR PAGADO
[illegible]	[illegible]	1	$ 243.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 243.200	$ 0	$ 243.200
										$ 243.200	$ 0	$ 243.200

TOTAL APORTES A SALUD

ID	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
[illegible]	[illegible]	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

ID	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD ATEP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
[illegible]	[illegible] POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 8.000	$ 8.000	$ 0	$ 0	$ 8.000
									$ 8.000	$ 0	$ 0	$ 8.000

[illegible]

DATOS DEL COTIZANTE	NOVEDADES	SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN	SALUD	ARP	PARAFISCALES
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible] POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 441.200

72. PSS Paola Copaban Rico

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificacion	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 9215517[illegible]		[illegible]	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 160#57-70 bl 1 apto 401	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4794184	NO

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	[illegible]	[illegible]	I	2025/11/10	2025/11/19	BANCO CAJA SOCIAL	0	$497,000

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
[illegible]					[illegible]	[illegible]			[illegible]	[illegible]			[illegible]	[illegible]			[illegible]	[illegible]		[illegible]	[illegible]
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$170,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$170,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$34,700		$0	$0
1	CC [illegible]	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]
Total	**Afiliados(1)**				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$170,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$34,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52135172		[redacted]	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 162#57-70 int 1 apto 401	BOGOTA-BOGOTA D.C.	4799184	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	[redacted]	[redacted]	I	2025/11/20	2025/11/19	BANCO CAJA SOCIAL	0	$469,000

RESUMEN DE PAGO

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

2025/11/18 07:06 PM

73. PSS Alexander Castillo Sierra

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	1010192079	ALEXANDER CASTILLO SIERRA		KR 81A 13B 40 INT 7 APTO 201	3107828799	[redacted]	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	1—Independiente			BOGOTA, D.C.	BOGOTA, 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	IPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	1	09/10/2025	902411734	$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					
EPS095	Sanitas EPS	800251440-6	178,000	0		0		0	0	0	0	178,000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	227,600	0	0	0	0	0	0		227,600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES													
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otras 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	8,000	0	0	8,000	1

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IDR, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178,000	178,000
Pensión	1	227,600	227,600
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	1	8,800	8,000
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	1010752378	ALEXANDER CASTILLO BERRIA		KR 81A 13B 03 INT 7 APTO 201	3107838709	[illegible]	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ONICA	1—Independiente			BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DD/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DD/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	IBC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	1	09/10/2025	80541734	$414,400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colilla	Extran.	Residente	Pensionado	Sanción	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	IRP	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario a AFP/Beds	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Tarifa % Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte ICBAF	Aporte SENA	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1010752378	CASTILLO BERRIA ALEXANDER	2	N		N													10/10	1,345,600	107,600	0	0	0	0	EPS048	1,345,600	172,300		0		0	COF04	1,345,600	8,000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

74. PSS Alonso Cipriano Bustos

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

ID. IDENTIFICACIÓN	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	[illegible]
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			[illegible]
CIUDAD/MUNICIPIO	TUNJA	DEPARTAMENTO	BOYACA
DIRECCIÓN	[illegible]	TELÉFONO	[illegible]
TIPO APORTANTE	[illegible] INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	[illegible] INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA	[illegible]
FORMA DE PRESENTACIÓN	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA	[illegible]	TIPO DE PLANILLA	I INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES [illegible] AÑO [illegible]	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES [illegible] AÑO [illegible]
DÍAS DE MORA	[illegible]		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)	[illegible]	NÚMERO AUTORIZACIÓN	[illegible]

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CÓDIGO	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
[illegible]	[illegible] PORVENIR	1	[illegible]	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	[illegible]	$ 0	[illegible]
TOTALES										[illegible]	$ 0	[illegible]

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CÓDIGO	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
[illegible]	[illegible] SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	[illegible]	$ 0	$ 0	$ 0	[illegible]	$ 0	$ 0	[illegible]
TOTALES													[illegible]	$ 0	$ 0	[illegible]

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

IDENTIFICACIÓN	NOMBRE	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	EXTRANJERO	RESIDENTE EXTERIOR	EXONERADO REFORMA TRIBUTARIA	NOVEDADES	PENSIÓN ADMIN	DÍAS	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]				NO		[illegible] PORVENIR	[illegible]	[illegible]	[illegible]	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	[illegible]	[illegible]

SALUD ADMIN	DÍAS	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	PARAFISCALES DÍAS	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
[illegible] SANITAS S.A.	[illegible]	[illegible]	[illegible]	$ 0	[illegible]			$ 0		$ 0		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 405.800

91



75. PSS Yuly Paulin Jaramillo

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-11-06, 10:10:20 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1076182210

Periodo Cotización 202510 **Periodo Servicio** 202510

Cliente:

PAGADA 2025-11-06

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																								Tarifa	Tipo cotiz.	Salario	Pensión						Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARL	Días CCF					Código AFP	Código Trasl. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Trasl. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
																0	30	30	30	1			$ 2.800.000	230201		16 %	$ 2.800.000	$ 416.000	$ 0	$ 0	EPS037		12.5 %	$ 2.800.000	$ 325.000		14-15	3	6.960 %	$ 2.800.000	$ 161.000	999-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	
$ 416.000	$ 0	$ 0	$ 325.000	$ 161.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 922.000

Líneas de Servicio ForoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146869 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

03

76. PSS Angie Vanessa Arevalo

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1014736881	[redacted]		carrera 73c# 7c-60	(01)4248883	angie033063@gmail.com	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	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)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	MPIO
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2025-10	2025-10	1	30/10/2025	91017340	TOTAL A PAGAR	
					949,000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EP0008	Compensar EPS	800992642-7	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
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 Mora 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 Administrador	No. Administradores Reportadas	Valor antes de ESE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178,000	178,000
Pensión	1	227,800	227,800
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	405,800	405,800

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	01473681	ANGIE VANESSA AREVALO PASTRANA	carrera 73c# 7c-60	3114240883	angie033981@gamil.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 (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD IPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-10	2020-10	1	30/10/2020	91017349	$400.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES												PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Extranjero	Colombiano en el exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	Cód. AFP	RBC AFP	Comisión	Voluntario a Afiliado	Voluntario Aportante	Tarifa provisional de cotización	Tarifa provisional de cotización	Cód. EPS	RBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	RBC ARL	Nivel de Riesgo	Cotización	Código CCF	RBC CCF	Aporte CCF	RBC para parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1073736681	AREVALO PASTRANA ANGIE VANESSA	N	N	N															23-14	1.423.500	232.261	0	0	0	0	17-EPS64	1.423.500	232.261				A		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

77. PSS Diego Caballero Rojas

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1034647165	DIEGO CABALLERO ROJAS		Carrera 68 # 17-38 Apartamento 3007	3194614702	caballerodr93@gmail.com	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	1 - Independiente			BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	1	24/11/2025	91605822	$1,113,700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Codigo EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	450.000	0		0		0	0	0	0	402.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
23301	Skandia Pensiones Obligatorias	900336004-7	576.000	0	0	0	0	0	0		576.000	1

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

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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 IDE, LMA, INP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	450.000	450.000
Pension	1	576.000	576.000
Riesgos Laborales	1	87.700	87.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1,113,700	1,113,700

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

98

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	1024547185	DIEGO CABALLERO ROJAS		Carrera 89 B 17-66 Apartamento 3607	3184614782	caballerord93@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	1 – Independiente			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		ND

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	
2025-11	2025-11	1	24/11/2025	81855522	$1.113.700	

DETALLE POR COTIZANTE

DESCRIPCIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																				PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Estado	Salud	Pensiones	Cotiz. adicional	Novedades	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Cotización	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario y AFC	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de solidaridad	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1024547185	CABALLERO ROJAS DIEGO	X	X	X																	$30.000																									

PAGADA

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

bb



78,79,80. PSS INVERSIONES HAKE

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razón Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901963036	1	INVERSIONES HAKE SAS	B - MENOS DE 300 COTIZANTES	Principal	CRA 48 32 46 CASA 19	BOGOTA-BOGOTA D.C.	5043812999	SI

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: Principal (1 Afiliados)					$1,041,600	$249,900			$1,041,600	$249,900			$1,041,600	$249,900			$1,041,600	$249,900		$0	$0
Centro de Trabajo: ADMINISTRACIÓN (3 Afiliados)					$4,342,000	$694,800			$4,342,000	$173,800			$4,342,000	$173,800			$4,342,000	$43,500		$0	$0
Outlet: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (3 Afiliados)					$4,342,000	$694,800			$4,342,000	$173,800			$4,342,000	$173,800			$4,342,000	$43,500		$0	$0
2	CC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	$1,441,000	$230,500	[illegible]	[illegible]	$1,441,000	$57,600	[illegible]	[illegible]	$1,441,000	$57,600	[illegible]	[illegible]	$1,441,000	$14,500	[illegible]	$0	$0
3	CC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	$1,460,000	$233,600	[illegible]	[illegible]	$1,460,000	$58,400	[illegible]	[illegible]	$1,460,000	$58,400	[illegible]	[illegible]	$1,460,000	$14,600	[illegible]	$0	$0
1	CC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	$1,441,000	$230,400	[illegible]	[illegible]	$1,441,000	$57,600	[illegible]	[illegible]	$1,441,000	$57,600	[illegible]	[illegible]	$1,441,000	$14,400	[illegible]	$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,300,000	$368,000			$2,300,000	$92,000			$2,300,000	$92,000			$2,300,000	$160,900		$0	$0
Outlet: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,300,000	$368,000			$2,300,000	$92,000			$2,300,000	$92,000			$2,300,000	$160,900		$0	$0
4	CC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	$2,300,000	$368,000	[illegible]	[illegible]	$2,300,000	$92,000	[illegible]	[illegible]	$2,300,000	$92,000	[illegible]	[illegible]	$2,300,000	$160,900	[illegible]	$0	$0
Total	**Afiliados(4)**				$8,642,000	$1,042,800			$8,642,000	$265,800			$8,642,000	$265,800			$8,642,000	$309,600		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1918076090	84975641	E	2025/11/10	2025/11/10	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,800,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				4	$1,062,800	$0	$0	$1,062,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$0	$0	$227,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	2	$595,800	$0	$0	$595,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$239,200	$0	$0	$239,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$205,600	$0	$0	$205,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	4	$205,600	$0	$0	$205,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$265,800	$0	$0	$265,800
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	4	$265,800	$0	$0	$265,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 3)				4	$265,800	$0	$0	$265,800
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	2	$114,000	$0	$0	$114,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$92,000	$0	$0	$92,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$59,800	$0	$0	$59,800
TOTAL				4	$1,800,000	$0	$0	$1,800,000

102

81.PSS Erick Santiago Gómez Soto

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901901947-4	CONSORCIO EDIFICAR		CRA 30 3 41 OFICINA 1003	7100000	[illegible]	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – mayor de 200 c			BOGOTA, D. C.	BOGOTA, 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				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-10	E	10/11/2025	91128238	590.809	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	78.000	0		0		0	0	0	0	78.000	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
23201	Proteccion (PC) - Proteccion	[illegible]	312.000	0	0	0	0	0	0		312.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Mora 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	800001670-6	135.800				135.800	0	0	135.800			1.358	135.800	1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	8600072394-1	78.000	0	0	78.000	1

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, INP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	78.000	78.000
Pensión	1	312.000	312.000
Riesgos Laborales	1	135.800	135.800
CCF	1	78.000	78.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	603.800	603.800

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

hoy

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901001847-6	CONSORCIO SOFECAR		CRA 36 3 45 OFICINA 1501	7100000	instalaciones.principal2025@gmail.com	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
Única	B – Inicio de 2013 y			BOGOTA, D.C.	BOGOTA, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	VPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-10	E	10/11/2025	811282246	$680,000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES												PENSIÓN						SALUD			INDEMNIZACIÓN LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colegio	Alpino	Número Horas Laboradas	Ausencia	IGE	IRL	SLN	LMA	VAC	VCT	VST	SUS	INC	LNR	LPA	Cod. Adm. AFP	IBC AFP	Cotización	Valor saldo a Afiliado	Valor saldo Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	CAL EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. Adm. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1020787676	[illegible]			0													230301	1500000	510000	0	0	0	0	777000	1500000	75000	14111	1500000	III	522500	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

82. PSS Luis Eduardo Acuña Medina

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN	NIT	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	[illegible]
NOMBRE O RAZON SOCIAL			ALFA DEMOLICION SAS
CIUDAD/MUNICIPIO	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN	CALLE 180 # 8 24 INT 28	TELEFONO	[illegible]
TIPO APORTANTE	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE	D MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA	Demolición
FORMA DE PRESENTACIÓN	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA	01 - LUIS BOHORQUEZ
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			S

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NUMERO PLANILLA		7994843469	TIPO DE PLANILLA		E EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES octubre AÑO	2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES noviembre AÑO	2021
DIAS DE MORA		5			
FECHA PAGO (aaaammdd)		20211111	NUMERO AUTORIZACION		[illegible]

TOTAL APORTES A PENSION

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CODIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
231001	230201 - PROTECCION	3	$ 683.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 683.400	$ 0	$ 683.400
231001	230301 PORVENIR	7	$ 1.602.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.602.200	$ 0	$ 1.602.200
4	25-14 COLPENSIONES	2	$ 455.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 455.600	$ 0	$ 455.600
TOTALES										$ 2.741.200	$ 0	$ 2.741.200

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CODIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
008	EPS008 COMPENSAR	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 114.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 114.000	$ 0	$ 0	$ 114.000
005	EPS005 SANITAS S.A.	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 170.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 170.900	$ 0	$ 0	$ 170.900
017	EPS017 FAMISANAR	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 171.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 171.000	$ 0	$ 0	$ 171.000
002	EPS002 SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 57.000
033	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 114.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 114.000	$ 0	$ 0	$ 114.000
037	EPS037 NUEVA EPS	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 58.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 58.900	$ 0	$ 0	$ 58.900
TOTALES													$ 685.800	$ 0	$ 0	$ 685.800

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD ATEP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CODIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
1	14-11 - ARL SURA	12		$ 0	$ 0		$ 0	$ 1.192.800	$ 1.192.800	$ 0	$ 0	$ 1.192.800
TOTALES									$ 1.192.800	$ 0	$ 0	$ 1.192.800

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CODIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
21	CCF21 CAFAM	12	$ 585.500	$ 0	$ 585.500
TOTALES			$ 585.500	$ 0	$ 585.500

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

IDENTIFICACIÓN	NOMBRE	TIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	DÍAS	PENSIÓN ADMIN	DÍAS	IBC	COTIZACIÓN	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	VOL. EMPLEADOR	VOL. EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	DÍAS	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS CCF	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MEN TOTAL APORTE
CC [illegible]	LARA [illegible]	[illegible]	$ 1.423.500	[illegible]	30	230201-PROTECCION	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS005 SANITAS S.A.	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	01	$ [illegible]	30	$ 1.423.500	CCF21 CAFAM	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
CC [illegible]	MOSQUERA [illegible]	[illegible]	$ 1.423.500	[illegible]	30	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS002 SALUD TOTAL	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	01	$ [illegible]	30	$ 1.423.500	CCF21 CAFAM	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
CC [illegible]	[illegible]	[illegible]	$ 1.423.500	[illegible]	1	230301-PORVENIR	1	$ 47.450	$ 7.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 7.600	EPS037 NUEVA EPS	1	$ 47.450	$ 1.900	$ 0	$ 1.900	14-11 - ARL SURA	1	$ 47.450	01	$ 3.400	1	$ 47.450	CCF21 CAFAM	$ 1.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
CC [illegible]	[illegible]	[illegible]	$ 1.423.500	[illegible]	30	230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS017 FAMISANAR	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	01	$ [illegible]	30	$ 1.423.500	CCF21 CAFAM	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
CC [illegible]	[illegible]	[illegible]	$ 1.423.500	[illegible]	30	230201-PROTECCION	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS008 COMPENSAR	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	01	$ [illegible]	30	$ 1.423.500	CCF21 CAFAM	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
CC [illegible]	[illegible]	[illegible]	$ 1.423.500	[illegible]	30	230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	01	$ [illegible]	30	$ 1.423.500	CCF21 CAFAM	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
CC [illegible]	[illegible]	[illegible]	$ 1.423.500	[illegible]	30	230201-PROTECCION	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	01	$ [illegible]	30	$ 1.423.500	CCF21 CAFAM	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
CC [illegible]	[illegible]	[illegible]	$ 1.423.500	[illegible]	30	230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS017 FAMISANAR	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	01	$ [illegible]	30	$ 1.423.500	CCF21 CAFAM	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
CC [illegible]	[illegible]	[illegible]	$ 1.423.500	[illegible]	30	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS037 NUEVA EPS	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	01	$ [illegible]	30	$ 1.423.500	CCF21 CAFAM	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
CC [illegible]	[illegible]	[illegible]	$ 1.423.500	[illegible]	30	230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS017 FAMISANAR	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	01	$ [illegible]	30	$ 1.423.500	CCF21 CAFAM	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

107

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

soi — Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

[illegible] IDENTIFICACIÓN / NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	[illegible]
[illegible] RAZÓN SOCIAL	[illegible] DEMOLICIÓN SAS
[illegible] MUNICIPIO / DEPARTAMENTO	BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL / BOGOTÁ - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN / TELÉFONO	CALLE [illegible] / [illegible]
[illegible] APORTANTE / CLASE APORTANTE	[illegible] EMPLEADOR / [illegible]
[illegible] EMPRESA / ACTIVIDAD ECONÓMICA	PRIVADA / [illegible]
[illegible] DE PRESENTACIÓN / SUCURSAL / DEPENDENCIA	SUCURSAL / [illegible]
[illegible] EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)	[illegible]

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA	[illegible]
TIPO DE PLANILLA	[illegible]
PERÍODO COTIZACIÓN OTROS	MES [illegible] AÑO [illegible]
PERÍODO COTIZACIÓN SALUD	MES [illegible] AÑO [illegible]
DÍAS DE MORA	[illegible]
FECHA PAGO	[illegible]
NÚMERO AUTORIZACIÓN	[illegible]

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	DÍAS	PENSIÓN ADMIN	PENSIÓN IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS AFILIADO	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	SALUD IBC	COTIZACIÓN	VALOR UPC ADICIONAL	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	ARP IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	PARAFISCALES IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible] PORVENIR	[illegible]	[illegible]	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	[illegible]	[illegible] SANITAS S.A.	[illegible]	[illegible]	$ 0	[illegible]	[illegible] ARL SURA	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	$ 0	[illegible]	[illegible] ARL SURA	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 5.305.400

108



83 HASTA 91 - 96 PSS
CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS A&C

aportes en linea

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 901346272	6	CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS ABC SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	1-SEDE UNICA	DG 18A SUR 2A 37	MELO-CUNDINAMARCA	3209033038	SI

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
1 Afiliado(s) SUBTOTAL UNICA (22 Afiliados)					$14,756,950	$2,361,900			$16,180,450	$647,900			$16,180,450	$647,900			$16,180,450	$1,137,500	50		$0
Centro de Trabajo: SUBA VIAS (22 Afiliados)					$14,756,950	$2,361,900			$16,180,450	$647,900			$16,180,450	$647,900			$16,180,450	$1,137,500	50		$0
Ciudad: MELO Depto: CUNDINAMARCA (22 Afiliados)					$14,756,950	$2,361,900			$16,180,450	$647,900			$16,180,450	$647,900			$16,180,450	$1,137,500	50		$0
1	CC	1014[illegible]1	AZCARIO TORRESILLA PEDRO	230321	30	$894,180	$136,758	EPS037	30	$894,180	$34,200	CCF32	30	$894,180	$34,200	14-11	30	$894,180	$19,350	30	$0	$0
2	CC	1014[illegible]1	CAMARGO CARRILLO CARLOS MANUEL	230321	11	$327,930	$50,160	EPS037	11	$327,930	$12,540	CCF32	11	$327,930	$12,540	14-11	11	$327,930	$7,095	11	$0	$0
3	CC	1014[illegible]1	CARRASCAL CARRILLO CARLOS MANUEL	230321	11	$327,930	$50,160	EPS037	11	$327,930	$12,540	CCF32	11	$327,930	$12,540	14-11	11	$327,930	$7,095	11	$0	$0
4	CC	1014[illegible]1	CUENTAS BERMUDEZ FRANKLIN DAVID	230321	11	$327,930	$50,160	EPS037	11	$327,930	$12,540	CCF32	11	$327,930	$12,540	14-11	11	$327,930	$7,095	11	$0	$0
5	CC	1014[illegible]1	CUBILLOS MANRIQUE JORGE ELIECER	230321	1	$29,812	$4,560	EPS037	1	$29,812	$1,140	CCF32	1	$29,812	$1,140	14-11	1	$29,812	$645	1	$0	$0
6	CC	1014[illegible]1	DE ALBA CELEDA ALEX ALBERTO	230321	30	$894,180	$136,758	EPS037	30	$894,180	$34,200	CCF32	30	$894,180	$34,200	14-11	30	$894,180	$19,350	30	$0	$0
7	CC	1014[illegible]1	DURAN HERNANDEZ RAFAEL DAVID	230321	11	$327,930	$50,160	EPS037	11	$327,930	$12,540	CCF32	11	$327,930	$12,540	14-11	11	$327,930	$7,095	11	$0	$0
8	PT	1147[illegible]	FLORES RAMIREZ JUAN FRANCO	230321	1	$29,812	$4,560	EPS037	1	$29,812	$1,140	CCF32	1	$29,812	$1,140	14-11	1	$29,812	$645	1	$0	$0
9	CC	1078[illegible]9	GONZALEZ RIVEROS JOSE BERNARDO	230321	30	$894,180	$136,758	EPS037	30	$894,180	$34,200	CCF32	30	$894,180	$34,200	14-11	30	$894,180	$19,350	30	$0	$0
10	CC	1014[illegible]3	JIMENEZ MUÑOZ JORGE LUIS	230321	4	$119,240	$18,240	EPS037	4	$119,240	$4,560	CCF32	4	$119,240	$4,560	14-11	4	$119,240	$2,580	4	$0	$0
11	CC	1014[illegible]8	MARTINEZ DIAZ ANDRES	230321	30	$1,403,580	$217,800	EPS037	30	$1,403,580	$57,600	CCF32	30	$1,403,580	$57,600	14-11	30	$1,403,580	$30,375	30	$0	$0
12	CC	1061[illegible]7	MUÑOZ ARTEAGA RUBEN DARIO	230321	1	$47,460	$7,600	EPS037	1	$47,460	$1,900	CCF32	1	$47,460	$1,900	14-11	1	$47,460	$1,025	1	$0	$0
13	CC	1014[illegible]4	OLAYA FERREIRA MIGUEL ANGEL	230321	1	$47,460	$7,600	EPS037	1	$47,460	$1,900	CCF32	1	$47,460	$1,900	14-11	1	$47,460	$1,025	1	$0	$0
14	PT	1027[illegible]	RAMIREZ RIVERO ALEXANDER SAMUEL	21-14	17	$806,820	$129,168	EPS034	17	$806,820	$32,300	CCF32	17	$806,820	$32,300	14-11	17	$806,820	$17,425	17	$0	$0
15	CC	1014[illegible]3	ARIETE MEJIA WILMER MIGUEL	230321	30	$1,403,580	$217,800	EPS037	30	$1,403,580	$57,600	CCF32	30	$1,403,580	$57,600	14-11	30	$1,403,580	$30,375	30	$0	$0
16	CC	1032[illegible]5	PARRA DE AVILA HERMES ENRIQUE	230321	14	$664,520	$104,160	EPS037	14	$664,520	$26,640	CCF32	14	$664,520	$26,640	14-11	14	$664,520	$14,350	14	$0	$0
17	CC	1047[illegible]2	PEREZ SOLANILLA JAIDER LEONARDO	230321	30	$1,403,580	$217,800	EPS037	30	$1,403,580	$57,600	CCF32	30	$1,403,580	$57,600	14-11	30	$1,403,580	$30,375	30	$0	$0
18	CC	1013[illegible]8	MOLANO SANTANA EMANUEL DANIELP	230321	23	$1,091,330	$170,798	EPS037	23	$1,091,330	$43,700	CCF32	23	$1,091,330	$43,700	14-11	23	$1,091,330	$23,575	23	$0	$0
19	CC	1053[illegible]3	RODRIGUEZ MESA HASSIBER		0	$0	$0	EPS037	30	$1,403,580	$57,600	CCF32	30	$1,403,580	$57,600	14-11	30	$1,403,580	$30,375	30	$0	$0
20	CC	1040[illegible]9	MUÑOZ PEREZ ARMANDO JOSE	230321	4	$119,240	$18,240	EPS037	4	$119,240	$4,560	CCF32	4	$119,240	$4,560	14-11	4	$119,240	$2,580	4	$0	$0
21	CC	1014[illegible]4	HERRA ECHEVERRIA ADRIAN DE JESUS	230321	4	$119,240	$18,240	EPS037	4	$119,240	$4,560	CCF32	4	$119,240	$4,560	14-11	4	$119,240	$2,580	4	$0	$0
22	CC	1102[illegible]8	TORRES TOLOZA SEBASTIAN ENRIQUE	21-14	16	$789,280	$121,696	EPS037	16	$789,280	$30,400	CCF32	16	$789,280	$30,400	14-11	16	$789,280	$17,200	16	$0	$0
Total	**Afiliados(22)**				$14,756,950	$2,361,900			$16,180,450	$647,900			$16,180,450	$647,900			$16,180,450	$1,137,500	50		$0

110

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-11	1908645106	94954093 53	E	2025/11/20	2025/11/26	BANCO CAJA SOCIAL	6	$4,804,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV.	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				21	$2,161,900	$9,000	$0	$2,370,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	3	$250,600	$1,000	$0	$251,600
PORVENIR	230501	800,224,808	8	15	$1,564,500	$5,900	$0	$1,570,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	4	$546,800	$2,100	$0	$548,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				22	$1,127,500	$4,300	$0	$1,131,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	22	$1,127,500	$4,300	$0	$1,131,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				22	$647,900	$2,500	$0	$650,400
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	22	$647,900	$2,500	$0	$650,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 9)				22	$647,900	$3,100	$0	$651,000
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	2	$34,200	$200	$0	$34,400
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	2	$64,600	$300	$0	$64,900
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$7,600	$100	$0	$7,700
FOSYGA RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN	ADRES02	901,037,916	1	1	$57,000	$300	$0	$57,300
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	3	$134,900	$600	$0	$135,500
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	4	$123,500	$500	$0	$124,000
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	3	$30,400	$200	$0	$30,600
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	4	$159,600	$700	$0	$160,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	2	$36,100	$200	$0	$36,300
TOTAL:				22	$4,785,300	$18,900	$0	$4,804,100

89. PSS Randy Ricardo Contreras

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
NIT 901044272	6	CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS ABC SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	1-SEDE UNICA	DG 186 16B 2A 11	MELO-CUNDINAMARCA	3209232018	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-10	5888375471	6484120154	E	2025/10/17	2025/10/30	BANCOLOMBIA	13	$44,700

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: 1-SEDE UNICA (1 Afiliados)					$142,350	$22,800			$142,350	$5,700			$142,350	$5,700			$142,350	$10,000		$0	$0
Centro de Trabajo: SUBA VIAS (1 Afiliados)					**$142,350**	**$22,800**			**$142,350**	**$5,700**			**$142,350**	**$5,700**			**$142,350**	**$10,000**		**$0**	**$0**
Ciudad: MELO Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$142,350	$22,800			$142,350	$5,700			$142,350	$5,700			$142,350	$10,000		$0	$0
1	CC	76746786	RICARDO CONTRERAS RUBIO	230101	3	$142,350	$22,800	EPS037	3	$142,350	$5,700	CCF11	3	$142,350	$5,700	14-15	2	$142,350	$10,000	2	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				**$142,350**	**$22,800**			**$142,350**	**$5,700**			**$142,350**	**$5,700**			**$142,350**	**$10,000**		**$0**	**$0**

113

2025/10/30 09:48 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
NIT 901564272	6	CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS ARC SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	1-SEDE UNICA	DG 186 SUR CR 11	MELO-CUNDINAMARCA	3209223036	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-10	1888175871	94941201S6	E	2025/10/17	2025/10/30	BANCOLOMBIA	13	$44,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$22,800	$200	$0	$23,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$22,800	$200	$0	$23,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$10,000	$100	$0	$10,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$10,000	$100	$0	$10,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$5,700	$100	$0	$5,800
COLSUBSIDIO	CCF32	860,007,336	1	1	$5,700	$100	$0	$5,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$5,700	$100	$0	$5,800
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$5,700	$100	$0	$5,800
TOTAL				1	$44,200	$500	$0	$44,700

2025/10/30 09:48 AM

93. PSS Javier Alexander Ramirez

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 80031642		[redacted]	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 79B # 45-55 int Torre B Apto 104	BOGOTA-BOGOTA D.C.	4545920	NO

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clase		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	9999740341	5495743146	I	2025/11/13	2025/11/19	BANCOLOMBIA	0	$427,400

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)					$1,423,500	$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.C. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$170,800			$0	$0			$0	$0		$0	$0
1	CC	[redacted]	[redacted]	[redacted]	$1,423,500	$227,800	0Salud	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

2025/11/19 09:25 AM

716

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80051443		RAMIREZ JAVIER ALEXANDER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 73B # 65-13 sur Torre 9 Apto 504	BOGOTA-BOGOTA D.C.	4949100	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clase		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1929740241	5491741948	1	2025/11/13	2025/11/19	BANCOLOMBIA	0	$407,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$900	$0	$228,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$900	$0	$228,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$700	$0	$178,700
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$178,000	$700	$0	$178,700
TOTAL				1	$405,800	$1,600	$0	$407,400

2025/11/19 09:25 AM

95. PSS Alcibíades Canchón

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
2025-10	2025-11	1950654860	9495211409	E	2025-11-24																	

Riesgo	Administradora	Días	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 día 2025-11-26 a las 10:57.

119

ARL INDEPENDIENTES

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
NIT 901162678	2	CONSORCIO SUBA MT	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRA 56 D 41 OFICINA 1501	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	7111111	SI

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 (11 Afiliados)					$0	$0			$0	$0			$0	$0			$15,658,500	$1,090,100		$0	$0
Centro de Trabajo: INDEPENDIENTES (11 Afiliados)					$0	$0			$0	$0			$0	$0			$15,658,500	$1,090,100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (11 Afiliados)					$0	$0			$0	$0			$0	$0			$15,658,500	$1,090,100		$0	$0
1	CC	[illegible]		6	$0	$0		X	$0	$0		6	$0	$0	14-01	30	$1,423,500	$99,100	X	$0	$0
2	CC	[illegible]		6	$0	$0		X	$0	$0		6	$0	$0	14-01	30	$1,423,500	$99,100	X	$0	$0
3	CC	[illegible]		6	$0	$0		X	$0	$0		6	$0	$0	14-01	30	$1,423,500	$99,100	X	$0	$0
4	CC	[illegible]		6	$0	$0		X	$0	$0		6	$0	$0	14-01	30	$1,423,500	$99,100	X	$0	$0
5	CC	[illegible]		6	$0	$0		X	$0	$0		6	$0	$0	14-01	30	$1,423,500	$99,100	X	$0	$0
6	CC	[illegible]		6	$0	$0		X	$0	$0		6	$0	$0	14-01	30	$1,423,500	$99,100	X	$0	$0
7	CC	[illegible]		6	$0	$0		X	$0	$0		6	$0	$0	14-01	30	$1,423,500	$99,100	X	$0	$0
8	CC	[illegible]		6	$0	$0		X	$0	$0		6	$0	$0	14-01	30	$1,423,500	$99,100	X	$0	$0
9	CC	[illegible]		6	$0	$0		X	$0	$0		6	$0	$0	14-01	30	$1,423,500	$99,100	X	$0	$0
10	CC	[illegible]		6	$0	$0		X	$0	$0		6	$0	$0	14-01	30	$1,423,500	$99,100	X	$0	$0
11	CC	[illegible]		6	$0	$0		X	$0	$0		6	$0	$0	14-01	30	$1,423,500	$99,100	X	$0	$0
Total Afiliados(11)					$0	$0			$0	$0			$0	$0			$15,658,500	$1,090,100		$0	$0

121

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-10	2025-10	0940299182	94049752221	Y	2025/11/21	2025/11/19	BANCO CAJA SOCIAL	0	$1,090,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				11	$1,090,100	$0	$0	$1,090,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	11	$1,090,100	$0	$0	$1,090,100
TOTAL				11	$1,090,100	$0	$0	$1,090,100

227

PSS CONSORCIO SUBA MT - DEPENDIENTES

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
NIT 901162478	2	COMERCIO SUBA NIT	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRA 36 3 41 OFICINA 1503	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7111111	SI

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 (46 Afiliados)					$47,068,518	$10,728,000			$71,586,918	$2,861,600			$69,811,152	$2,790,400			$71,586,918	$4,015,600	30		$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (46 Afiliados)					$47,068,518	$10,728,000			$71,586,918	$2,861,600			$69,811,152	$2,790,400			$71,586,918	$4,015,600	30		$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (46 Afiliados)					$47,068,518	$10,728,000			$71,586,918	$2,861,600			$69,811,152	$2,790,400			$71,586,918	$4,015,600	30		$0
1	CC	1010[illegible]	[illegible]	30	$1,453,903	$327,600	[illegible]	30	$1,453,903	$57,264	[illegible]	30	$1,453,970	$67,600	54-11	30	$1,453,903	$96,900	30	$0	$0
2	CC	1030[illegible]	[illegible]	0	$0	$0	[illegible]	30	$2,000,000	$100,000	[illegible]	30	$2,000,000	$100,000	54-11	30	$2,000,000	$260,000	30	$0	$0
3	CC	1045[illegible]	[illegible]	1	$47,484	$7,600	[illegible]	1	$47,484	$1,900	[illegible]	1	$47,484	$1,900	54-11	1	$47,484	$1,400	1	$0	$0
4	CC	1111111124	[illegible]	23	$1,186,154	$189,800	[illegible]	23	$1,186,154	$47,446	[illegible]	23	$1,235,477	$49,400	54-11	23	$1,186,154	$41,400	23	$0	$0
5	CC	[illegible]	[illegible]	30	$1,453,903	$327,600	[illegible]	30	$1,453,903	$57,264	[illegible]	30	$1,453,970	$67,600	54-11	30	$1,453,903	$96,900	30	$0	$0
6	CC	1030[illegible]	[illegible]	30	$2,903,903	$654,000	[illegible]	30	$2,903,903	$117,264	[illegible]	30	$2,903,903	$117,264	54-11	30	$2,903,903	$193,600	30	$0	$0
7	CC	1045[illegible]	[illegible]	30	$1,453,903	$327,600	[illegible]	30	$1,453,903	$57,264	[illegible]	30	$1,453,970	$67,600	54-11	30	$1,453,903	$96,900	30	$0	$0
8	CC	1052[illegible]	[illegible]	30	$1,453,903	$327,600	[illegible]	30	$1,453,903	$57,264	[illegible]	30	$1,453,903	$67,600	54-11	30	$1,453,903	$96,900	30	$0	$0
9	CC	1070[illegible]	[illegible]	30	$1,453,903	$327,600	[illegible]	30	$1,453,903	$57,264	[illegible]	30	$1,453,970	$67,600	54-11	30	$1,453,903	$96,900	30	$0	$0
10	CC	1111111111	[illegible]	30	$2,903,903	$654,000	[illegible]	30	$2,903,903	$117,264	[illegible]	30	$2,903,903	$117,264	54-11	30	$2,903,903	$193,600	30	$0	$0
11	PT	777[illegible]	[illegible]	5	$234,700	$48,600	[illegible]	5	$234,700	$11,400	[illegible]	5	$232,196	$10,200	54-11	5	$234,700	$16,900	5	$0	$0
12	CC	1[illegible]	[illegible]	30	$1,453,903	$327,600	[illegible]	30	$1,453,903	$57,264	[illegible]	30	$1,453,970	$67,600	54-11	30	$1,453,903	$96,900	30	$0	$0
13	CC	1[illegible]	[illegible]	30	$1,453,903	$327,600	[illegible]	30	$1,453,903	$57,264	[illegible]	30	$1,453,970	$67,600	54-11	30	$1,453,903	$96,900	30	$0	$0
14	CC	1[illegible]	[illegible]	30	$2,906,903	$654,000	[illegible]	30	$2,906,903	$117,264	[illegible]	30	$2,906,903	$117,264	54-11	30	$2,906,903	$193,600	30	$0	$0
15	CC	1[illegible]	[illegible]	30	$1,453,903	$327,600	[illegible]	30	$1,453,903	$57,264	[illegible]	30	$1,453,970	$67,600	54-11	30	$1,453,903	$96,900	30	$0	$0
16	CC	1[illegible]	[illegible]	30	$1,453,903	$327,600	[illegible]	30	$1,453,903	$57,264	[illegible]	30	$1,453,970	$67,600	54-11	30	$1,453,903	$96,900	30	$0	$0
17	CC	1[illegible]	[illegible]	30	$1,453,903	$327,600	[illegible]	30	$1,453,903	$57,264	[illegible]	30	$1,453,970	$67,600	54-11	30	$1,453,903	$96,900	30	$0	$0
18	CC	1[illegible]	[illegible]	30	$1,453,903	$327,600	[illegible]	30	$1,453,903	$57,264	[illegible]	30	$1,453,970	$67,600	54-11	30	$1,453,903	$96,900	30	$0	$0
19	CC	1[illegible]	[illegible]	30	$1,453,903	$327,600	[illegible]	30	$1,453,903	$57,264	[illegible]	30	$1,453,970	$67,600	54-11	30	$1,453,903	$96,900	30	$0	$0
20	CC	1[illegible]	[illegible]	30	$1,453,903	$327,600	[illegible]	30	$1,453,903	$57,264	[illegible]	30	$1,453,970	$67,600	54-11	30	$1,453,903	$96,900	30	$0	$0
21	CC	1[illegible]	[illegible]	30	$1,453,903	$327,600	[illegible]	30	$1,453,903	$57,264	[illegible]	30	$1,453,970	$67,600	54-11	30	$1,453,903	$96,900	30	$0	$0
22	CC	1[illegible]	[illegible]	1	$47,484	$7,600	[illegible]	1	$47,484	$1,900	[illegible]	1	$47,484	$1,900	54-11	1	$47,484	$1,400	1	$0	$0
23	CC	1[illegible]	[illegible]	30	$1,453,903	$327,600	[illegible]	30	$1,453,903	$57,264	[illegible]	30	$1,453,970	$67,600	54-11	30	$1,453,903	$96,900	30	$0	$0
24	CC	1[illegible]	[illegible]	30	$1,453,903	$327,600	[illegible]	30	$1,453,903	$57,264	[illegible]	30	$1,453,970	$67,600	54-11	30	$1,453,903	$96,900	30	$0	$0
25	CC	1[illegible]	[illegible]	0	$0	$0	[illegible]	0	$1,453,903	$57,264	[illegible]	30	$1,453,970	$67,600	54-11	30	$1,453,903	$96,900	30	$0	$0
26	CC	1[illegible]	[illegible]	0	$0	$0	[illegible]	1	$47,484	$1,900	[illegible]	1	$47,484	$1,900	54-11	1	$47,484	$1,400	1	$0	$0
27	CC	1[illegible]	[illegible]	1	$46,447	$11,100	[illegible]	1	$46,447	$0	[illegible]	1	$46,447	$0	54-11	1	$46,447	$0	1	$0	$0
28	CC	1[illegible]	[illegible]	9	$704,999	$154,999	[illegible]	9	$704,999	$15,120	[illegible]	9	$902,833	$36,900	54-11	9	$704,999	$34,900	9	$0	$0
29	CC	1[illegible]	[illegible]	30	$1,453,903	$327,600	[illegible]	30	$1,453,903	$57,264	[illegible]	30	$1,453,970	$67,600	54-11	30	$1,453,903	$96,900	30	$0	$0
30	CC	1[illegible]	[illegible]	30	$1,453,903	$327,600	[illegible]	30	$1,453,903	$57,264	[illegible]	30	$1,453,970	$67,600	54-11	30	$1,453,903	$96,900	30	$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
31	CC	[illegible]	[illegible]	1	[illegible]	[illegible]	[illegible]	1	[illegible]	[illegible]	[illegible]	1	[illegible]	[illegible]	[illegible]	1	[illegible]	[illegible]	1	$0	$0
32	[illegible]	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	30	$0	$0
33	[illegible]	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	30	$0	$0
34	[illegible]	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	30	$0	$0
35	CC	[illegible]	[illegible]	1	[illegible]	[illegible]	[illegible]	1	[illegible]	[illegible]	[illegible]	1	$0	$0	[illegible]	1	[illegible]	$0	1	$0	$0
36	CC	[illegible]	[illegible]	16	[illegible]	[illegible]	[illegible]	16	[illegible]	[illegible]	[illegible]	16	[illegible]	[illegible]	[illegible]	16	[illegible]	[illegible]	16	$0	$0
37	CC	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	30	$0	$0
38	CC	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	30	$0	$0
39	CC	[illegible]	[illegible]	6	[illegible]	[illegible]	[illegible]	6	[illegible]	[illegible]	[illegible]	6	$0	$0	[illegible]	6	[illegible]	$0	6	$0	$0
40	CC	[illegible]	[illegible]	22	[illegible]	[illegible]	[illegible]	22	[illegible]	[illegible]	[illegible]	22	[illegible]	[illegible]	[illegible]	22	[illegible]	[illegible]	22	$0	$0
41	CC	[illegible]	[illegible]	29	[illegible]	[illegible]	[illegible]	29	[illegible]	[illegible]	[illegible]	29	[illegible]	[illegible]	[illegible]	29	[illegible]	[illegible]	29	$0	$0
42	CC	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	30	$0	$0
43	CC	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	30	$0	$0
44	CC	[illegible]	[illegible]	2	[illegible]	[illegible]	[illegible]	2	[illegible]	[illegible]	[illegible]	2	$0	$0	[illegible]	2	[illegible]	$0	2	$0	$0
45	CC	[illegible]	[illegible]	28	[illegible]	[illegible]	[illegible]	28	[illegible]	[illegible]	[illegible]	28	[illegible]	[illegible]	[illegible]	28	[illegible]	[illegible]	28	$0	$0
46	CC	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	30	$0	$0
47	CC	[illegible]	[illegible]	3	[illegible]	[illegible]	[illegible]	3	[illegible]	[illegible]	[illegible]	3	$0	$0	[illegible]	3	[illegible]	$0	3	$0	$0
48	CC	[illegible]	[illegible]	27	[illegible]	[illegible]	[illegible]	27	[illegible]	[illegible]	[illegible]	27	[illegible]	[illegible]	[illegible]	27	[illegible]	[illegible]	27	$0	$0
49	CC	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	30	$0	$0
50	CC	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	30	$0	$0
51	CC	[illegible]	[illegible]	1	[illegible]	[illegible]	[illegible]	1	[illegible]	[illegible]	[illegible]	1	$0	$0	[illegible]	1	[illegible]	$0	1	$0	$0
52	CC	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	30	$0	$0
53	CC	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	30	$0	$0
54	CC	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	30	$0	$0
Total	**Afiliados(46)**				$67,068,918	$10,738,900			$71,594,918	$2,861,600			$69,811,232	$2,790,600			$71,586,918	$4,815,900		$0	$0

725

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-10	2025-11	1940260998	94649150&4	E	2025/11/21	2025/11/19	BANCO CAJA SOCIAL	0	$21,196,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				43	$10,728,800	$0	$0	$10,728,800
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$710,500	$0	$0	$710,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	6	$1,413,000	$0	$0	$1,413,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	27	$7,134,500	$0	$0	$7,134,500
PROTECCION	230201	800,229,739	9	7	$1,470,800	$0	$0	$1,470,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				46	$4,815,600	$0	$0	$4,815,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	46	$4,815,600	$0	$0	$4,815,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				46	$2,790,600	$0	$0	$2,790,600
COMFENSAR	CCF24	860,066,942	7	46	$2,790,600	$0	$0	$2,790,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 10)				46	$2,861,600	$0	$0	$2,861,600
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	2	$68,400	$0	$0	$68,400
COMFENSAR	EPS008	860,066,942	7	3	$234,000	$0	$0	$234,000
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	1	$57,000	$0	$0	$57,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	4	$264,300	$0	$0	$264,300
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	13	$790,400	$0	$0	$790,400
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	1	$57,000	$0	$0	$57,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	5	$306,000	$0	$0	$306,000
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$57,000	$0	$0	$57,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	12	$682,500	$0	$0	$682,500
SANITAS	EPS015	800,251,440	6	4	$185,000	$0	$0	$185,000
TOTAL				46	$21,196,600	$0	$0	$21,196,600

426

0. CERT PARA FISCALES

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

No.	TRABAJADOR	NO CC
1	JOSE DEL CARMEN DURAN	4254886

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 (30) días del mes de NOVIEMBRE de 2025

CARLOS JAVIER BEJARANO AVILA
C.C. 1.016.008.993 de Bogotá D.C
Representante Legal

128

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 **ICOBY** 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 **NOVIEMBRE 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	1016066905

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 treintas (30) día del mes de noviembre 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, **OSCAR JULIAN MORENO CARRAZCO** identificada con cédula de ciudadanía **No. 1.032.472.777** de Bogotá, como representante de la empresa **EDIFICAR** identificada con **NIT 901.901.947-4** 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 **NOVIEMBRE 2025.** Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

No.	TRABAJADOR	NO CC
1	Erick Santiago Gómez Soto	1001174776

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 treinta (30) día del mes de noviembre 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, **JUAN FELIPE BARRETO** identificado con cédula de ciudadanía No. 1.310.350.560 de Bogotá, como gerente de la empresa **JCM CONSTRUCCIONES Y MAQUINARIA SAS** identificado con NIT 901878705-0 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 **NOVIEMBRE 2025.** Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

No.	TRABAJADOR	NO CC
1	Miguel Rivera	1.002.606.277

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 treinta (30) días del mes de noviembre de 2025.

JUAN FELIPE BARRETO

C.C 1.310.350.560

Gerente General

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

Yo, **JUAN ANDRES MALAGON** identificado con cédula de ciudadanía No. 1.310.346.599.3 de Bogotá, como representante de la empresa **PAVIMAQ S.A.S** identificado con NIT 901872916-0 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 **NOVIEMBRE 2025.** Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

No.	TRABAJADOR	NO CC
1	Julio Ramon	74.300.243

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 treinta (30) días del mes de noviembre de 2025.

JUAN ANDRES MALAGON

C.C 1.310.346.599.3

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

No.	TRABAJADOR	NO CC
1	Manuel Polanco	1.051.361.018
2	Rafael David Duncan	1.048.268.303
3	Sebastián Torres	1.103.215.186
4	Andrés Martínez	1.003.562.238
5	Luis Ángel Canchila	1.004.276.570
6	Alcibíades Canchón Hernández	1.024.466.587
7	Wisses Miguel Oñate Mejia	1.015.411.853
8	Argemiro Rodríguez	7.931.821
9	Randy Ricardo Contreras	1.070.807.090
10	Jainer Leonardo Pérez	1.047.340.192
11	Alex De Alba	1.048.319.474

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 (30) día del mes de noviembre 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 **NOVIEMBRE 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 al (30) días del mes de noviembre 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 **NOVIEMBRE 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	Keren Manuela Ojeda Pineda	1.104.938.008

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

La presente se expide al (30) días del mes de noviembre 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, **DIANA MEDINA** identificada con cédula de ciudadanía **No. 1.030.605.839** de Bogotá, como representante de la empresa **INVERSIONES HAKE** identificada con **NIT 901.963.026-1**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 **NOVIEMBRE 2025.** Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

No.	TRABAJADOR	NO CC
1	Carlos Escobar	1.073.686.342
2	Diana Carolina Medina Gomez	1.030.605.839
3	Nancy Esperanza Gómez Romero	65.769.815
4	Luis Martinez	79833397

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 treintas (30) días del mes de noviembre de 2025.

Diana Medina

DIANA CAROLINA MEDINA
C.C. 1.030.605.839 de Bogotá D.C
Representante Legal

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

PILLIMU
CONSTRUCCIONES S.

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

Yo, Por medio de la presente yo **Walter Pillimue Liquitan** identificada con cedula de ciudadania No. 76.356.963, en calidad de representante legal de **PILLIMUE CONSTRUCCIONES SAS** con **NIT 901812324-4**, 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 **NOVIEMBRE 2025.** Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

No.	TRABAJADOR	NO CC
1	Eduard José Lascarro	1085102874
2	Guillermo Amaya Martínez	19130947
3	Carlos Julio Villalba	11383300

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 (30) dias del mes de noviembre de 2025.

Cordialmente,

WALTER PILLIMUE LIQUITAN
REPRESENTANTE LEGAL
PILLIMUE CONSTRUCCIONES SAS
NIT. 901812324-4

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

No.	TRABAJADOR	NO CC
1	Jimmy Alberto Cendales Mora	80.038.149
2	Julián Darío Fajardo Núñez	1.016.075.257
3	Jorge Eliecer Rodríguez Paredes	80.793.394
4	Alejandra Garzón Bustamante	1.010.201.650
5	Paola Copaban Rico	52.335.172
6	Javier Alexander Ramírez	80.051.643
7	Alexander Castillo Sierra	1.010.192.576
8	Alfonso Cipriano Bustos	87.717.804
9	Yuly Paulin Jaramillo	32.907.266
10	Luis Eduardo Acuña Medina	9.197.514
11	Diego Caballero Rojas	1.024.547.185
12	Daniel Fernando Gómez Sánchez	1.030.582.469
13	Emiliano Lozano	11794309

14	Martin Orozco	1043130652
15	Brayan Robles	1028940950
16	Rafael Arturo Ruiz	1066873978
17	Rafael García	PPT: 6611169
18	Federney Piñerez	5993989
19	Andrés Piñerez	1024586116
20	Marcos Soto	9350547
21	David Roldan	334697
22	Edwin Rubiano	1023888276
23	Fabio Alexander Salazar Cáceres	80.759.438
24	Luisa Fernanda Moreno Otavo	1110580807
25	Eynny Zulay Eslava	1.052.383.452
26	Carlos Javier Bejarano Ávila	1.016.008.993
27	Víctor Antonio Berrio	1.002.204.105
28	Arivelet Alfredo Rodríguez	12.630.516
29	Brayan Felipe Barreto Gómez	1.071.164.488
30	José Ignacio Caro	91.322.765
31	Yeison Daniel Sosa	80.250.145
32	Tito Isidro Murillo	19.461.616
33	Lauren Viviana Bojacá	1.233.506.640
34	Wilmer Andrés Molina Rojas	1.022.940.379

35	Anderson Duván Rubiano	1.023.903.332
36	Wilson Diaz Ruiz	79.493.184
37	Joselito Leyton	5.967.959
38	Jaime Enrique García Torreblanca	72.301.381
39	Cristian David Pestaña Mercado	1.101.460.836
40	Henry García Hernández	7.120.487
41	Jesús Mejía	1.050.840.511
42	Cristian González	1.002.389.779
43	Carlos Andrés Orozco Bolivar	1.129.504.549
44	Plinio Rodríguez Burgos	74.333.386
45	Jorge Piñeros	3.214.233
46	Jostin Jamer Rodríguez	1.043.966.326
47	Carlos Arturo Alfonso Rodríguez	19.399.985
48	Giovanny Ospina	80.932.731
49	Duberney Ramos	1.019.099.242
50	Jefersson Garavito	1.019.102.098
51	Neftalí Gómez	4.119.768
52	Miguel Orlando Huertas	79.243.617
53	Jhonatan Bejarano	1.147.956.744
54	Carlos Mario Mena	1.003.932.556
55	Darinson Valencia	1.077.421.346

56	Cristian Hurtado	1.076.821.561
57	Eucaris Antonio Mena	11.803.730
58	Edwins Javier Acero Barraza	8.635.481
59	Odaldis Franco	78.381.763

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 (30) días del mes de noviembre 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, **EDWIN QUIMBAYO MONTEALEGRE** identificado con cédula de ciudadanía No. 5994108 de Bogotá, como representante de la empresa **EDWIN QUIMBAYO MONTEALEGRE** identificado con NIT 5994108-1 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 **NOVIEMBRE 2025.** Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

No.	TRABAJADOR	NO CC
1	Edwin Aldahir Quimbayo	1023959830
2	Jesús Torres	1070754626
3	Yonatan Gutiérrez	1007725630
4	Enrique Duarte	1000936816
5	Edwin Quimbayo Montealegre	5994108
6	Juan Carlos Benavidez	11259402
7	Rubén Núñez	15611727
8	Manuel Polanco	1051361018

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 (30) días del mes de noviembre de 2025.

EDWIN QUIMBAYO
MONTEALEGRE
REPRESENTANTE LEGAL
EDWIN QUIMBAYO
MONTEALEGRE
NIT. 5994108-1

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

Yo, **ANA GABRIELA CEDIEL** identificado con cédula de ciudadanía No. 1031173051 de Bogotá, como representante de la empresa **GESTION GLOBAL JC SAS** identificado con NIT **1031173051-1** 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 **NOVIEMBRE 2025.** Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

No.	TRABAJADOR	NO CC
1	Pablo Moreno Méndez	79.412.091

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 treinta (30) días del mes de noviembre de 2025.

Ana Gabriela Cediel Villamil
Representante legal
NIT: 1031173051-1
Celular: 3144148097

144



INGRESOS



1 - 11. CONSORCIO SUBA MT



1. Emiliano Lozano

FECHA DE NACIMIENTO 02-ABR-1962

CONDOTO
(CHOCO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

03 MAY-1984 QUIBDO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

A-1500150-01165103-M-0011794309-20200928 0071674147A 1 9913169241

EPS. Sura
ARL. Sura
DIRECCIO CALLE 128f Nº 87C 17
TL. 300 462 9706

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **11.794.309**
LOZANO ASPRILLA
APELLIDOS
EMILIANO
NOMBRES

EMILIANO LOZANO A
FIRMA



ARL | sura

Medellín, 28 de October de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000002 OBRA			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C11794309	LOZANO ASPRILLA EMILIANO	29/10/2025		158224D2	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 28/10/2025 15:38:00 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.61.247.121, 192.230.104.6, 172.16.42.57

149

compensar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 29 de Octubre de 2025

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	: 11794309
Nombre	: EMILIANO LOZANO ASPRILLA
Empresa/Contratante	: CONSORCIO SUBA MT
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901902678
Fecha de Afiliación a CCF	: 2025/10/29
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2025/10/29
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 uz5vhmuHH

Vigilado Supersubsidio

FOR-PGIE-0044

150

CONSORCIO SUBA MT
NIT. 901902678-2

Bogotá, 29 de octubre de 2025

Señores
EPS SURA
Ciudad

Ref. Solicitud de Activación Empleado

Respetados señores:

Solicito de manera cordial, la activación del señor EMILIANO LOZANO ASPRILLA, identificado con C.C. 11.794.309 de Quibdó – Choco, como trabajador dependiente del consorcio SUBA MT.

Con Novedad de ingreso del 29 de octubre de 2025.

Quedamos atentos a su comunicación.

Cordialmente,

OSCAR JULIAN MORENO CARRAZCO
Representante Legal

Dir.: Cra. 36 No. 3-41 oficina 1503 - Bogotá DC
Contacto: 3125861487
Correo: consorciosubamt2@gmail.com

TIPO IDENTIFICACION EMPLEADOR (OBLIGATORIO)	NUMERO DE IDENTIFICACION EMPRESA (SI IDENTIFICACION ES NIT NO INCLUIR DIGITO VERIFICADOR) (OBLIGATORIO)	RAZON SOCIAL O NOMBRES Y APELLIDOS (OBLIGATORIO)	TIPO IDENTIFICACION COTIZANTE (OBLIGATORIO)	NUMERO IDENTIFICACION COTIZANTE (OBLIGATORIO)	PRIMER NOMBRE COTIZANTE (OBLIGATORIO)	SEGUNDO NOMBRE COTIZANTE	PRIMER APELLIDO COTIZANTE (OBLIGATORIO)	SEGUNDO APELLIDO COTIZANTE	FECHA DE INGRESO (DD/MM/AAAA) (OBLIGATORIO)	SALARIO (OBLIGATORIO)	TIPO DE TRABAJADOR (OBLIGATORIO)	CODIGO ASESOR
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA (NIT)	8019026T8	CONSORCIO SUBA MT	CEDULA DE CIUDADANIA	11794109	EMILIANO		LIZARAZO	ESPINOSA	26/10/2015	1423500	1 DEPENDIENTE	

152



2.Martin Orozco

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.043.130.652



Apellidos
ASCENCIO OROZCO

Nombres
MARTIN ELIAS

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.78	M

Fecha de nacimiento
04 MAYO 2006 O+

Lugar de nacimiento
SOLEDAD (ATLANTICO)

Fecha y lugar de expedición
31 MAYO 2024, BOGOTA D.C.

Fecha de expiración
31 MAYO 2034

Martin

0-7611076

ICCOL0476110762150O1<<<<<<<<<<<
0605047M3405318COL1043130652<8
ASCENCIO<OROZCO<<MARTIN<ELIAS<

ARL | sura

Medellin, 29 de October de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000002 OBRA			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C1043130652	ASCENCIO OROZCO MARTIN ELIAS	30/10/2025		16314719	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 29/10/2025 15:43:02 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.61.247.121, 192.230.104.6, 172.16.42.57

155

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4015751800	05/11/2020

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1.Tipo de tramite: A. Afiliacion ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion: A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ D. De oficio ☐ | B. Colectiva ☐ | C. Institucional ☐

3.Regimen: A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4.Contribución Solidaria: Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐

6. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

7.Codigo (a registrar por la EPS): 1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
ASCANIO (Primer apellido)	OROZCO (Segundo apellido)	MARTIN (Primer nombre)	ELIAS (Segundo nombre)

9.Tipo documento de identidad	10.Número del documento de identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1043130662	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento					15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA	Departamento: ATLANTICO	Municipio: SOLEDAD			06/11/2006

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 Contribucion Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PROTECCION	1423500	

26.Residencia			
CR 14D 132 31 CA PI 3 (Direccion)	Telefono fijo	3019807412 (Telefono celular)	MARTINASCENCIO2004@GMAIL.COM (Correo electronico)

ATLANTICO (Departamento)	BARRANQUILLA (Municipio/Distrito)	Localidad / comuna	zona: Urbana cabecera municipal ☐ Urbana centro poblado ☒ Rural disperso ☐ 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
	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 Beneficiado

	43.Paramilesco	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				Telefono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural disperso	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Direccion	Localidad/Comuna	Correo Electronico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Sucursal de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VB ALKARAWI - VB UDD PRADO	VBALKARAWI - VBUDDPRADO
B1	-	-
B2	-	-
B3	-	-

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)
CONSORCIO SUBA MT	NIT	901023078	01

59.Ubicación					
CR 36 S 41 OF 1503 (Direccion)	3019807412 (Telefono fijo o celular)	CONSORCIOSUBAMT2@GMAIL.COM (Correo electronico)	BOGOTA (Departamento)	BOGOTA (Municipio/Distrito)	

156

No de Radicacion
4015751800

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 vinculación 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 tránsito 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
	30/01/2020		

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 internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud
- 73. ☒ Autorización para que la EPS solicite y consulte datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- 74. ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación 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 Decr eto 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

Martin

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: ☐ ☐ ☐ 1 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 1

- ☐ 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 decrete 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 pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración juramentada por el cotizante sobre la ausencia de los 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.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ASCENCIO OROZCO MARTIN ELIAS** identificado(a) con **CC** número **1.043.136.652** se encuentra afiliado (a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de agosto de 2024 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2173 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 25 de junio 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 Ahora en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comuníquese con la Línea de Servicio en
Bogotá (601) 744 44 64 – Medellín (604) 519 92 93 – Cali (602) 386 08 80 –
Barranquilla (605) 319 79 99 – Cartagena (605) 642 49 55 – WhatsApp +57 316 220 5575
Información válida únicamente desde cualquier lugar del mundo registrado a https://customers.wellevox.com/clickMeCallprotection/

compensar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 30 de Octubre de 2025

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	: 1043130652
Nombre	: MARTIN ELIAS ASCENCIO OROZCO
Empresa/Contratante	: CONSORCIO SUBA MT
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901902678
Fecha de Afiliación a CCF	: 2025/10/30
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2025/10/30
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 cvHDsDGIH

Vigilado Supersubsidio

FOR-PGIE-0044

159



3. Brayan Robles


REPÚBLICA DE COLOMBIA
ROBLES SARMIENTO
BRAYAN STIVEN
CO
05 OCT 2018


IDCOL0561620400
0610054M3410071COL10289<095673
ROBLES<SARMIENTO<<BRAYAN<STIV

ARL | sura

Medellin, 03 de November de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000002 OBRA			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C1028940950	ROBLES SARMIENTO BRAYAN STIVEN	04/11/2025		12364143	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 03/11/2025 16:30:57 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.156.182.160, 192.230.104.3, 172.16.42.57

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2025

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1028940950
NOMBRES Y APELLIDOS	Robles Sarmiento,Brayan Stiven
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Dependiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	18/12/2024
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Robles Sarmiento,Brayan Stiven, a los 12 días del mes de noviembre del año 2025.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

163

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 900.224.808-8

CERTIFICA QUE:

BRAYAN STIVEN ROBLES SARMIENTO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.028.940.950**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**

La presente certificación se expide el 30 de Octubre 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 qué? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

164

compensar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 4 de Noviembre de 2025

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	: 1028940950
Nombre	: BRAYAN STIVEN ROBLES SARMIENTO
Empresa/Contratante	: CONSORCIO SUBA MT
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901902678
Fecha de Afiliación a CCF	: 2025/11/04
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2025/11/04
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 IF4qx5adH

Vigilado Supersubsidio

FOR-PGIE-0044

165



4. Rafael Arturo Ruiz

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.066.873.978
MEYER RUIZ

APELLIDOS
RAFAEL ARTURO

NOMBRES

Rafael Meyer
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 05-JUL-2003
VALLEDUPAR
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 A+ M
ESTATURA G.S. (RH) SEXO

19-AGO-2021 VALLEDUPAR
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN



ARL | sura

Medellín, 03 de November de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000002 OBRA			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C1066873978	MEYER RUIZ RAFAEÑ ARTURO	04/11/2025		20128137	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 03/11/2025 16:24:36 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.156.184.165, 192.230.104.1, 172.16.42.57

168

Famisanar

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y RECAUDO DE APORTES AL SGSSS

9012427160

29916659

Fecha de Radicación: 05 11 2025

1. Tipo de Cotizante: X

2. Tipo de Afiliación: X

3. Régimen: X

4. Colombiano en el Exterior: X

5. Tipo de afiliado: X

6. Tipo de Vinculación: X

7. Código

8. Apellidos y nombres			
MEYER	RUIZ	RAFAEL	ARTURO

9. Tipo de documento de identidad	10. Número de identificación	11. Sexo: Masculino	Femenino	12. Fecha de nacimiento	13. Nacionalidad
CC	1066873978	X		05 07 2003	

14. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio

14. DATOS COMPLEMENTARIOS (Uso exclusivo)

15. Estrato	16. Extranjero no obligado a cotizar a pensiones	17. Pensionado	18. Trabajo de alto riesgo	19. Empleado con hijo(s)	20. Empleado con pensión compartida
	X				

21. Administradora de Riesgos Laborales (ARL)	22. Ocupación	23. Actividad económica	24. Salario básico de cotización	25. Tarifa de cotización (%)
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.			$1.423.500	

26. Observaciones

27. Apellidos y nombres

28. Tipo de documento de identidad	29. Número de identificación	30. Sexo: Masculino	Femenino	31. Fecha de nacimiento	32. Parentesco

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

Datos complementarios del beneficiario

35. Apellidos y nombres

36. Tipo de documento de identidad	37. Número de identificación	38. Nacionalidad	39. Fecha de nacimiento	40. Sexo: Masculino	Femenino	41. Parentesco	42. Porcentaje

Datos complementarios del beneficiario

43. Apellidos y nombres

44. Tipo de documento de identidad	45. Número de identificación	46. Nacionalidad	47. Fecha de nacimiento	48. Sexo: Masculino	Femenino	49. Parentesco	50. Porcentaje

51. Datos del empleador

Digito de verificación	Razón social / Nombre	Código	Actividad económica (CIIU)	Fecha ingreso (dd/mm/aaaa)	Sucursal	Centro de trabajo	Salario básico	52. Marque si ERC de cotiza

Dirección

Localidad / Barrio

Correo electrónico

169

CONSORCIO SUBA MT

NT 901902678

CR 36 3 41 OF 1503

30438129

BOGOTA DISTRITO CAPITAL

X

04 11 2025

Rafael Mejia

CARGO: AYUDANTE DE OBRA

170

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 800.224.808-6

CERTIFICA QUE:

RAFAEL ARTURO MEYER RUIZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.066.873.878**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 30 de Octubre 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 qué? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

Grupo AVAL

compensar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 4 de Noviembre de 2025

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	: 1066873978
Nombre	: RAFAEL ARTURO MEYER RUIZ
Empresa/Contratante	: CONSORCIO SUBA MT
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901902678
Fecha de Afiliación a CCF	: 2025/11/04
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2025/11/04
Estado	: Afiliado
Categoria	: 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 HCnsOuOfH

Vigilado Supersubsidio

CONSORCIO SUBA
MT

5. Rafael Garcia

REPÚBLICA DE COLOMBIA

PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN

No. 6611169

GARCIA FONSECA

RAFAEL RAMON

COL

VEN M

13510660

17-05-1977

27-10-2022 BOGOTA D.C.

30-05-2031



E2372787

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria

MIGRACIÓN

www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL6611169<<0<<<<<<<<<<<<<<<
7705175M3105308VENE2372787<<<8
GARCIA<FONSECA<<RAFAEL<RAMON<<

ARL | sura

Medellin, 03 de November de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000002 OBRA			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
X6611169	GARCIA FONSECA RAFAEL RAMON	04/11/2025		31214141	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 03/11/2025 16:48:28 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.156.176.1, 192.230.104.8, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

175

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4015785024	1|1|1|1|2|0|2|5

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

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

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

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
GARCIA (Primer apellido)	FONSECA (Segundo apellido)	RAFAEL (Primer nombre)	RAMON (Segundo nombre)

9.Tipo documento de identidad	10.Número del documento de identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
PT	9571159	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento			15.Fecha Nacimiento
Venezuela	Pais: Venezuela	Departamento:	Municipio:	17/09/1977

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
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1423500	

26.Residencia			
CR 21 A 44 B 06 Dirección	Telefono fijo	3218694009 Telefono celular	RRGRAFE@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
	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
01				
02				
03				
04				
05				

	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	
01															
02															
03															
04															
05															

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
01													
02													
03													
04													
05													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Telefono 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		
01								
02								
03								
04								
05								

	Direccion	Localidad/Comuna	Correo Electronico
01			
02			
03			
04			
05			

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 AMERICAS - UOD DENTOCLASER OLAYA	VSAMERICAS - DENTOOLAYA
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)
CONSORCIO SUBA MT	NIT	901902578	01

59.Ubicación				
CR 39 3 41 OF 1503 Direccion	3218694009 Telefono fijo o celular	CONSORCIOSUBAMT2@GMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Departamento	BOGOTA Municipio/Distrito

No de Radicacion
4015765024

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 traslado 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 Femenino ☐ Masculino ☐	63.Sexo identificación F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	64.Fecha de nacimiento

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad 04/11/2025	67.Motivo de traslado Código: ☐	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. ☒ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.

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 acrediten 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 Dec reto 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

RAFAEL 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 certeza 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.

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:

RAFAEL RAMON GARCIA FONSECA, identificado(a) con permiso de protección temporal **6.611.169**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 12 de Noviembre 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.

compensar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 4 de Noviembre de 2025

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	: PT
No. de Identificación	: 6611169
Nombre	: RAFAEL RAMON GARCIA FONSECA
Empresa/Contratante	: CONSORCIO SUBA MT
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901902678
Fecha de Afiliación a CCF	: 2025/11/04
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2025/11/04
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 rDHruW6YH

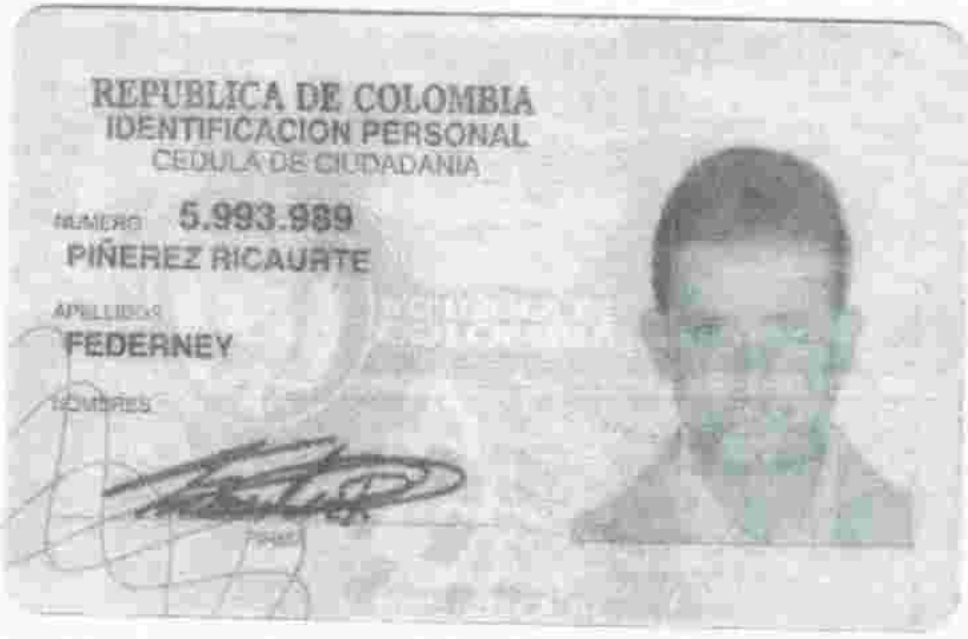
Vigilado Supersubsidio

FOR-PGIE-0044

179

CONSORCIO SUBA
MT

7. Federney Piñerez



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 5.993.989
PIÑEREZ RICAURTE

APELLIDOS
FEDERNEY

NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 28-JUL-1973
ORTEGA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

07-NOV-1991 ROVIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-1500150-00004821-M-0005993989-20060331 0000121083A 1 1520018162

ARL | sura

Medellín, 03 de November de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000002 OBRA			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C5993989	PIÑEREZ RICAURTE FEDERNEY	04/11/2025		39d234V1	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 03/11/2025 16:42:31 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.156.181.77, 192.230.104.5, 172.16.42.57

182

Famisanar

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

• • • • • • • • • •

9012430525

29921993

Fecha de radicación en la EPS

05 11 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Unidad: X

2. Tipo de Afiliación: X

3. Régimen: X

4. Condición de Beneficiario: 4. Tipo de afiliado: X

5. Tipo de Cotizante: X

6. Código:

II. AFILIACIÓN A. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Los nombres, apellidos de familia y beneficiarios deben coincidir con el documento de identidad)

7. Apellidos y nombres

PIÑEREZ RICAURTE FEDERNEY

8. Tipo de documento de identificación: CC

9. Número de documento de identificación: 5993989

11. Sexo: X

12. Fecha de nacimiento: 28 07 1973

13. País de nacimiento

14. Lugar de nacimiento: País / Departamento / Municipio

15. Fecha de nacimiento

B. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos opcionales)

16. Etnia

17. Comunidad

18. Discapacidad: X

19. Tarifa especial

20. Tarifa especial SISBÉN

21. Grupo de población especial

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

23. Administradora de Pensiones

24. Ingreso base de cotización - IBC: $1.423.500

25. Tarifa contribución solidaria

26. Responsable

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Usted debe registrar en la afiliación a su cónyuge o compañero(a) permanente y a sus hijos menores de edad)

27. Apellidos y nombres

28. Tipo de documento de identificación

29. Número de documento de identificación

30. Sexo

31. Fecha de nacimiento

32. Parentesco

33. Lugar de nacimiento: País / Departamento / Municipio

34. Fecha de nacimiento

Datos relacionados con el beneficiario

35. Apellidos y nombres

36. Tipo de documento de identificación

37. Número de documento de identificación

38. Sexo

39. Fecha de nacimiento

40. País de nacimiento

41. Lugar de nacimiento

42. Fecha de nacimiento

Datos relacionados con el beneficiario

43. Parentesco

44. Etnia

45. Comunidad

46. Grupo de población especial

47. Tarifa especial

48. Clasificación SISBÉN

49. Discapacidad

50. Ocupación permanente

51.

52. Datos de residencia

Departamento / Municipio / Dirección / Zona / Teléfono / Correo electrónico

53. Valor de la UPC del afiliado

Observación

Actividad / Cargo

Firma del afiliado

183

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE - DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES Y DE LA APLICACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

30. Nombre o razón social	32. Tipo de documento de identificación	31. Número de identificación	33. Tipo de aportante
CONSORCIO SUBA MT	NT	901902678	
35. Dirección	30438129	BOGOTA	DISTRITO CAPITAL
CR 36 3 41 OF 1503			

VI. REPORTE DE NOVEDADES

38. Tipo de Novedad					
					X

VII. DATOS ACTIVACIÓN AFILIADO - REPORTE DE LA NOVEDAD

40. Datos básicos de identificación					
Tipo de documento de identificación	Número del documento de identidad	42. Sexo biológico	43. Sexo registrado en el RUAF	44. Fecha de nacimiento	
45. EPS anterior	46. Fecha de ingreso	47. Motivo de novedad	48. Caja de Compensación Familiar y Regional de Procedencia		
	04 11 2025				

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

49. Declaro (Cotizante de dependiente o cotizante de los trabajadores y afiliados activos) bajo	51. Autorizo(amos) para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación a las agencias de colocación a la Red de Servicio de Empleo y a las entidades públicas que para tal fin conozcan la vacante.
50. Declaro(amos) que la no pertenencia de afiliarse al Régimen Contributivo. Especificar a qué Excepción	52. Autorizo(amos) para que la EPS reporte los datos personales del cotizante e inform de familia y de sus Dependientes o afiliados activos, según sea de acuerdo con lo ordenado en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
53. Declaro(amos) de autorización de retiro de mi Cuenta Ahorro Y para tal fin que mediante la entrega de un documento que acredite la condición de cabeza de familia	54. Autorizo(amos) para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular registrado en mi(s)
55. Declaro(amos) de no pertenecer a ninguna otra EPS, ni estar afiliado(a) a ninguna otra entidad de Seguridad Social en Salud.	56. Autorizo(amos) de las condiciones para ser vinculado a la Cuenta de Ahorro Individual y de recibir los pagos correspondientes.
57. Autorizo(amos) para que la EPS suspenda, retire y cobre de la nómina cónyuge del cotizante o padres en nómina y de esta manera cancelando a entidad anteriores.	58. Autorizo(amos) de la consignación de mis cesantías en Cuenta Individual Especial, según lo establecido en el Artículo 1 del

XIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

59. En caso de pertenecer a más cotizantes del Campo de Nómina aportes a cargo de familiares que se hace cargo del pago de la Cotización en Nómina Auxiliares y menores

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad

IX. FIRMAS

60. Firma del cotizante o representante legal

X. ANEXOS

61. Anexo: Copia de documento de identidad

CC	CE	TI	RC	PA	CD	PE	SC

Folios anexos

62. Copia del documento de identidad del cotizante principal o representante legal
63. Copia del acta de conformación, cuando se trate de consorcios, uniones temporales o patrimonios autónomos
64. Copia del acta de liquidación o documento donde conste la disolución del consorcio, unión temporal o patrimonio autónomo
65. Copia del certificado de existencia y representación legal
66. Copia del certificado de cámara de comercio
67. Copia de la tarjeta profesional del revisor fiscal
68. Declaración de renta del último año gravable, cuando no se encuentre obligado a presentar declaración de renta ante la DIAN
69. Certificación de ingresos y retenciones del último año gravable
70. Declaración de renta del último año gravable
71. Copia del acto administrativo de reconocimiento de la pensión

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

72. Identificación de la Entidad Territorial	73. Modalidad de la afiliación
Código del municipio	Código del departamento

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

74. Apellidos y nombres		
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	76. Firma del funcionario
75. Fecha de afiliación	77. Fecha de radicación	OBSERVACIONES

CARGO: OFICIAL DE CONSTRUCCION

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **FEDERNEY PIÑEREZ RICAURTE** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **5993989,** se encuentra afiliado/a desde **01/09/2012** 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 01 de noviembre 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.

185

compensar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 4 de Noviembre de 2025

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	: 5993989
Nombre	: FEDERNEY PIÑEREZ RICAURTE
Empresa/Contratante	: CONSORCIO SUBA MT
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901902678
Fecha de Afiliación a CCF	: 2025/11/04
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2025/11/04
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 ir8l5M76H

Vigilado Supersubsidio

FOR-PGIE-0044

186

8. Andrés Piñerez

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.024.586.116
PIÑEREZ QUINTERO

APELLIDOS

ANDRES FELIPE

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 09-DIC-1997
VILLAMARIA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.84 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
15-DIC-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO



ARL | sura

Medellin, 03 de November de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000002 OBRA			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C1024586116	PIÑEREZ QUINTERO ANDRES FELIPE	04/11/2025		3351268u	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 03/11/2025 16:39:33 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.156.184.7, 192.230.104.5, 172.16.42.57

189

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4015785070	1|1|1|1|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 ☒	B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ A. Individual -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ 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			
PEREZ (Primer apellido)	QUINTERO (Segundo apellido)	ANDRES (Primer nombre)	FELIPE (Segundo nombre)

9.Tipo documento de identidad	10.Número del documento de identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1024586116	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento					15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA	Departamento: CALDAS	Municipio: VILLAMARIA			0|9|1|2|1|9|9|7

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
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1423500	

26.Residencia				
CL 69 A 76 B 21 Dirección	Telefono fijo	3007200380 Telefono celular	ANDRESFELIPE0907PG@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
	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
01				
02				
03				
04				
05				

	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	
01															
02															
03															
04															
05															

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
01													
02													
03													
04													
05													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Telefono 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		
01								
02								
03								
04								
05								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
01			
02			
03			
04			
05			

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 ENSUEÑO - VS ENSUEÑO	VSCANDEL - VSCANDEL
H	-	-
S	-	-
R	-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN 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)
CONSORCIO SUBA MT	NIT	901002678	01

59.Ubicación				
CR 36 3 41 OF 1503 Dirección	3007200380 Telefono fijo o celular	CONSORCIOSUBAMT2@GMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Departamento	BOGOTA Municipio/Distrito

190

No de Radicacion
4015785070

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 avanzada 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 traslado 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 Femenino ☐ Masculino ☐	63.Sexo identificación F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	64.Fecha de nacimiento

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad 01/11/2022	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 69. ☒ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 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 afiliación 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 ingresante 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 pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los 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.

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 800.224.808-6

CERTIFICA QUE:

ANDRES FELIPE PIÑEREZ QUINTERO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.024.586.116**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 1 de Noviembre 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.

compensar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 4 de Noviembre de 2025

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	: 1024586116
Nombre	: ANDRES FELIPE PIÑEREZ QUINTERO
Empresa/Contratante	: CONSORCIO SUBA MT
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901902678
Fecha de Afiliación a CCF	: 2025/11/04
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2025/11/04
Estado	: Afiliado
Categoria	: 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 lfj7uyc1H

Vigilado Supersubsidio

FOR-PGIE-0044

193

9. Marcos Soto

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 9.350.547
SOTO ESCARRAGA

APELLIDOS

MARCO FIDEL

NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 15-MAR-1964
YACOPI
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

12-DIC-1983 LA VICTORIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Powered by CamScanner

ARL | sura

Medellín, 03 de November de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000002 OBRA			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C9350547	SOTO ESCARRAGA MARCO FIDEL	04/11/2025		P2371413	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 03/11/2025 16:36:17.
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.156.177.84, 192.230.104.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

196

Famisanar

9012430522

29921990

05 11 2025

SOTO ESCARRAGA MARCO FIDEL

CC 9360547 X

15 03 1964

$1.423.500

CONSORCIO SUBA MT

NT 901902678

CR 36 3 41 OF 1503

30438129

BOGOTA DISTRITO CAPITAL

X

04 11 2025

CARGO: AYUDANTE DE OBRA

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:

MARCO FIDEL SOTO ESCARRAGA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **9.350.547**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 1 de Noviembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

compensar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 4 de Noviembre de 2025

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	: 9350547
Nombre	: MARCO FIDEL SOTO ESCARRAGA
Empresa/Contratante	: CONSORCIO SUBA MT
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901902678
Fecha de Afiliación a CCF	: 2025/11/04
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2025/11/04
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 ylv87OcrH

Vigilado Supersubsidio

FOR-PGIE-0044

200



10. David Roldan



EPS Salud Total

Direccion: Trasversal 33 # 79-50 Sur
Celular: 316 312 2898
Barrio: Arbolizadora Alta



FECHA DE NACIMIENTO 04-MAR-1959
VIOTA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.80 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
09-DIC-1979 VENECIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL



ARL | sura

Medellín, 12 de November de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000002 OBRA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C334697	ROLDAN MORA DAVID	13/11/2025		195au131	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 12/11/2025 11:54:23 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.61.247.121, 192.230.104.6, 172.16.42.57

203

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4015814042	1|8|1|1|2|0|2|5

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

1.Tipo de tramite: A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion: A. Individual: Cotizante Cabeza de familia ☒ / Beneficiario Afiliado adicional ☐ — B. Colectiva ☐ — C. Institucional ☐ — D. De oficio ☐

3.Regimen: A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4.Contribución Solidaria: Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐

6. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

7.Codigo (a registrar por la EPS): T

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
Primer apellido: ROLDAN	Segundo apellido: MORA	Primer nombre: DAVID	Segundo nombre:

9.Tipo documento de identidad	10.Número del documento de identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	334897	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento			15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA	Departamento: CUNDINAMARCA	Municipio: VIOTA	04/02/1990

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	Si ☐	No ☒
5		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
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL	1423500	

26.Residencia				
Dirección: TV 33 79 50 SUR	Telefono fijo:	Telefono celular: 3163122698	Correo electronico: DAVIDROLDANMORA14@GMAIL.COM	
Departamento: BOGOTA	Municipio/Distrito: BOGOTA	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 conyuge 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
	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				Telefono 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.Código de la IPS(a registrar por la EPS)
C	V8 CALLE 98 - UODOPOLCALLE 98	V8CALLE98 - UODOPOLCALLE
II		
III		
IV		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN 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)
CONSORCIO SUBA MT	NIT	901362578	01

59.Ubicación				
Dirección: CR 26 3 41 OF 1503	Telefono fijo o celular: 3163122698	Correo electrónico: CONSORCIOSUBAMTZ@GMAIL.COM	Departamento: BOGOTA	Municipio/Distrito: BOGOTA

204

No de Radicacion
4015814042

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 vinculación 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 tránsito 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 ☐ NS ☐ Otro ☐ Cual	

65. EPS anterior	66. Fecha de Novedad	67. Motivo de traslado Código:	68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	1121111210205	☐	

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 lo requieran
- 75 ☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 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 vincularlo 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 declara 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 pérdida 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.

205

compensar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 12 de Noviembre de 2025

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	: 334697
Nombre	: DAVID ROLDAN MORA
Empresa/Contratante	: CONSORCIO SUBA MT
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901902678
Fecha de Afiliación a CCF	: 2025/11/12
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2025/11/12
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 IkYgKYGMH

Vigilado Supersubsidio

FOR-PGIE-0044

206

11. Edwin Rubiano

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.023.888.276**

RUBIANO SANTOS

APELLIDOS

EDWIN FABIAN

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-AGO-1989**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

19-SEP-2007 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01116484-M-1023888276-20191210 **00692**29360A 1 3911026210

ARL | sura

Medellín, 04 de November de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000002 OBRA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C1023888276	RUBIANO SANTOS EDWIN FABIAN	05/11/2025		9h201581	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 04/11/2025 14:54:12 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.61.247.121, 192.230.104.6, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

209

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4015765095	1|1|1|2|0|2|5

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo) Página 1 de 2

1.tipo de tramite: A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒
2.Tipo afiliacion: A. Individual ☐ B. Colectivo ☐ C. Institucional ☐ Cotizante Cabeza de familia ☒ Beneficiario afiliado adicional ☐ D. De oficio ☐
3.Regimen: A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐
4.Contribución Solidaria: Si ☐ No ☒
5. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐
6. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐
7.Codigo (a registrar por la EPS): 1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
RUBIANO (Primer apellido)	SANTOS (Segundo apellido)	EDWIN (Primer nombre)	FABIAN (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	1023888276	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	COLOMBIA	País: COLOMBIA Departamento: BOGOTA Municipio: BOGOTA	28|08|1|9|89

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos opcionales

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
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1423500	

26.Residencia				
CR 14 C 68 D 20 SUR (Dirección)	Telefono fijo	3227640934 (Telefono celular)	EDWINRUBIANO01@HOTMAIL.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 NÚCLEO 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		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							52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Departamento	Municipio/Distrito	Zona: Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural	Teléfono Fijo y/o celular	
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Relacionar 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 AMERICAS - UOD CPO AMERICAS	VSAMERICAS - UODCPOAMER
B	-	-
B	-	-
B	-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN 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)
CONSORCIO SUBA MT	NIT	901022575	01

59.Ubicación				
CR 35 S 61 OF 1502 (Dirección)	3227640934 (Teléfono fijo o celular)	CONSORCIOSUBAMT2@GMAIL.COM (Correo electrónico)	BOGOTA (Departamento)	BOGOTA (Municipio/distrito)

M-PYGA-F001 V 1.0-2018

210

No de Radicacion
4015765095

II. 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
	08/11/2020		

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 acrediten la condición de beneficiarios.

72. ☒ Declaración de no afiliación 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 pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los 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

Recuerda 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 los demás información registrada.

217

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

CERTIFICA QUE:

EDWIN FABIAN RUBIANO SANTOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.023.888.276**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 4 de Noviembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

212

compensar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 5 de Noviembre de 2025

A QUIEN INTERESE

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

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1023888276
Nombre	: EDWIN FABIAN RUBIANO SANTOS
Empresa/Contratante	: CONSORCIO SUBA MT
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901902678
Fecha de Afiliación a CCF	: 2025/11/05
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2025/11/05
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 P5Tv6rKlH

Vigilado Supersubsidio

12. INVERSIONES HAKE

12. Luis Martinez



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.833.397
MARTINEZ RODRIGUEZ
APELLIDOS
LUIS ALBERTO
NOMBRES

Luis Alberto Martinez

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 05-FEB-1977
TIBANA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
23-ABR-1996 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

A-1500150-00203453-M-0079833397-20091215 0019097710A 1 1183311657

ARL | sura

Medellín, 04 de November de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000002 OBRA VIAS		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C79833397	MARTINEZ RODRIGUEZ LUIS ALBERTO	05/11/2025		219BTML2	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 04/11/2025 15:02:25 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.61.247.121, 192.230.104.6, 172.16.42.57

217

Famisanar

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9012430491

29921953

Fecha de Radicación: 05 11 2025

1. ENTIDAD DEL PACIENTE

Lea las instrucciones antes de completar. Marque o escriba dentro de los límites de los campos

1. Tipo de Usuario: X

2. Tipo de Afiliación: X

3. Régimen: X

4. Contributivo adicional

5. Tipo de afiliado: X

6. Tipo de vinculación: X

7. Cotizante

A. AFILIACION B. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION (en mayúsculas, sin tildes, sin abreviaturas y completos, tal como aparecen en el documento de identidad)

8. Apellidos y nombres

MARTINEZ	RODRIGUEZ	LUIS	ALBERTO

9. Tipo de identificación de usuario: CC

10. Número de identificación: 79866397

11. Sexo: X

12. Fecha de nacimiento

13. Nacionalidad: X COLOMBIANO/COLOMBIANA

14. Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio	Día	Mes	Año
Colombia	BOYACA	TIBANA	05	02	1977

C. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos opcionales)

15. Etnia: 6

16. Comunidad: NINGUNO

17. Discapacidad: X

18. Tipo de vivienda: SISBEN

19. Clasificación SISBEN: 0

20. Código de población especial

21. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

22. Administradora de Pensiones: PROTECCION

23. Ingreso base de cotización - IBC: $2.300.000

24. Tarifa de cotización especial

25. Dirección

CALLE 71F SUR 79 73		NT	3214911872	luisalbertomartinez0577@gam
DISTRITO CAPITAL	BOGOTA			

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

27. Apellidos y nombres

28. Tipo de documento de identidad

29. Número de identificación

30. Fecha de nacimiento

31. Sexo

32. Parentesco

33. Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio

Datos básicos de identificación de los hijos (menor y de los afiliados adicionales)

34. Apellidos y nombres

35. Tipo de documento de identidad

36. Número de identificación

37. Nacionalidad

38. Sexo

39. Fecha de nacimiento

40. Lugar de nacimiento

41. Parentesco

Datos básicos de identificación de los padres

42. Apellidos y nombres

43. Tipo de documento de identidad

44. Número de identificación

45. Nacionalidad

46. Sexo

47. Fecha de nacimiento

48. Lugar de nacimiento

E. DATOS DE UBICACIÓN

49. Departamento

50. Municipio

51. Zona

52. Dirección de residencia

53. Barrio

54. Teléfono

55. Teléfono del sitio de trabajo

56. Correo electrónico

57. Otro

58. Dirección

59. Localidad / Comuna

60. Código municipio

218

CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PLAZA DE LAS AMERICAS

7444

INVERSIONES HAKE S A S

NT 901963026

CR 48 22 96 CS 19

31042264 inversioneshake1030@g

BOGOTA DISTRITO CAPITAL

X

CAPITAL SALUD E.P.S.

05 11 2025

1

X

X

X

X

Luis Alberto Hake

CARGO: OPERADOR DE EQUIPO DE CARGUE Y DESCARGUE

219

Famisanar

NIT 830.003.564-7

9012430491

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 a diligenciamiento del formulario de afiliación, le fue entregada la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	X	
¿Previo a diligenciamiento del formulario de afiliación, le fue entregada la Carta de Desempeño donde se presenta los mismos y cual su puesto en el ranking?	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 hay alguna duda sobre el contenido de la información fue aclarada 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 a través electrónico?	X	

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

El (la) suscrito (a) cotizante, mediante la presente carta, expresa libre, específica y voluntariamente que el aporte a la Entidad Promotora de Salud EPS FAMISANAR S.A.S. de la calidad de PERSONALES y de tratamiento de mis datos personales, tal como se describe en la política de tratamiento de la información y en general para todos los DATOS PERSONALES, DATOS PERSONALES SENSIBLES y demás información suministrada de forma directa, registrada a mi nombre y/o de los beneficiarios de mi grupo familiar en mi Base de Datos, con la finalidad de realizar de manera directa o a través de terceros, el envío y uso de los servicios ofrecidos por su POLITICA DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACION y AVISO DE PRIVACIDAD, disponibles en www.famisanar.com.co, todo de conformidad a lo establecido en la ley Estatutaria 1581 de 2012 y demás normas que la complementen, modifiquen, reglamenten, sustituyan y modifiquen.

Así mismo, manifiesto que he sido informado (a) de mis derechos de conformidad con la Constitución Nacional y la Ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal y revocar la autorización otorgada para el tratamiento de mis datos personales sensibles, en los términos señalados en Decreto 1377 de 2013.

"Datos sensibles: se entiende los datos personales que afectan la intimidad del Titular y cuya indebida utilización puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial y 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. (Normas" (Decreto 1377 de 2013)

Firma del Afiliado: Luis Alberto Martinez

Nombres y Apellidos: LUIS ALBERTO MARTINEZ RODRIGUEZ Identificación: CC 79866397

AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS - LEY 1805 DE 2016

De acuerdo con lo señalado en el artículo 4 de la ley 1805 manifiesto mi voluntad de ser donante de órganos y tejidos en:

SI NO X

Firma del Afiliado: Luis Alberto Martinez

Nombres y Apellidos: LUIS ALBERTO MARTINEZ RODRIGUEZ Identificación: CC 79866397

Artículo 15. Los mayores de edad pueden ser donantes de órganos y tejidos después de su muerte cuando hayan expresado su consentimiento informado para la donación de órganos y tejidos antes de su fallecimiento o la manifestación de la misma persona. El consentimiento informado será libre, informado, inequívoco y revocable.

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor (a) _____ identificado con cedula de ciudadanía No. _____ quien manifestó no poder hacer estampar su firma en la casilla correspondiente a la misma, por la(s) siguiente(s) razón(es): _____ y quien da constancia de la misma.

Firmante a Ruego:

Nombres y apellidos: _____ Parentesco o relación con el afiliado o el grupo familiar: _____

Identificación: _____

Email: _____

Dirección de Domicilio: _____

Huella

220

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MARTINEZ RODRIGUEZ LUIS ALBERTO** identificado(a) con **CC** número **79.833.397** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de julio de 2012 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 MODERADO
2. El 60% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 04 de noviembre de 2025.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

221

Colsubsidio

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) LUIS ALBERTO MARTINEZ RODRIGUEZ identificado(a) con CC No. 79833397, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de INVERSIONES HAKE SAS con NIT 9019630261:

- Fecha de afiliación a la Caja: 05/11/2025.
- Fecha de ingreso a la empresa: 05/11/2025.

José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Vigilado Supersubsidio

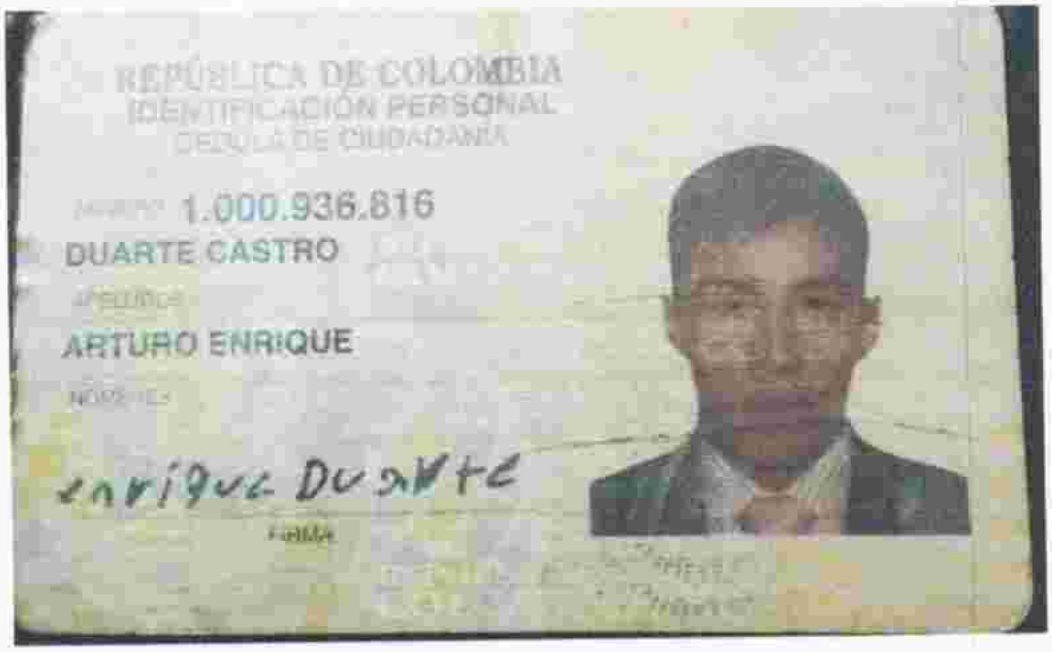
Bogotá D.C. 05/11/2025

CONSORCIO SUBA
MT

17,19,20,21. EDWIN QUIMBAYO



17. Enrique Duarte


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.000.936.816
DUARTE CASTRO
ARTURO ENRIQUE
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 06-FEB-1999
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.74
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
13-FEB-2017 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO

ARL | sura

Medellin, 18 de November de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 OBRA			Clase: 5		Porcentaje Cotización: 6.96 %	
C1000936816	DUARTE CASTRO ARTURO ENRIQUE	19/11/2025		i21961rT	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 18/11/2025 16:51:43 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 179.1.192.137, 192.230.104.1, 172.16.42.57

226

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ●

9012459047

29965919

Fecha de radicación: 19 11 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de trámite: X
2. Tipo de afiliación: X
3. Régimen: X
5. Tipo de afiliado: X
6. Tipo de cotizante: X

II. AFILIACIÓN — II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

8. Apellidos y nombres:

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
DUARTE	CASTRO	ARTURO	ENRIQUE

9. Tipo de documento de identidad: CC

10. Número del documento de identidad: 1000936816

11. Sexo biológico: Masculino X

15. Fecha de nacimiento: 06 02 1999

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

18. Discapacidad: No X

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

24. Ingreso base de cotización - IBC: $1.423.500

25. Residencia

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

27. Apellidos y nombres

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

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

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

35. Apellidos y nombres

B1
B2
B3
B4
B5

36. Tipo de documento de identidad — 37. Número del documento de identidad — 38. Nacionalidad — 39. Sexo biológico — 40. Sexo identificación — 41. Lugar de nacimiento — 42. Fecha de nacimiento

Datos complementarios de los beneficiarios

43. Parentesco — 44. Etnia — 45. Discapacidad — 46. Grupo de población especial — 47. Ficha SISBEN — 48. Clasificación SISBEN — 49. Discapacidad

51. Datos de residencia

Departamento — Municipio / Distrito — Zona — Teléfono — Correo electrónico — Dirección — Localidad / Comuna

227

CONSORCIO SUBA MT | NT | 901902678

CR 36 3 41 OF 1503 | 30438129 | BOGOTA | DISTRITO CAPITAL

X

X

19 11 2025

CARGO: AYUDANTE DE OBRA

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 800.224.808-6

CERTIFICA QUE:

ARTURO ENRIQUE DUARTE CASTRO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.000.936.816**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 de Noviembre 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.

229

Colsubsidio

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) ARTURO ENRIQUE DUARTE CASTRO identificado(a) con CC No. 1000936816, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de EDWIN QUIMBAYO MONTEALEGRE con CC 5994108:

- Fecha de afiliación a la Caja: 20/11/2025.
- Fecha de ingreso a la empresa: 19/11/2025.

José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Bogotá D.C. 20/11/2025

Vigilado Supersubsidio

CONSORCIO SUBA
MT

19. Juan Carlos Benavidez



REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 11.259.402

Apellidos
BENAVIDES PINZON

Nombres
JUAN CARLOS

Nacionalidad
COL

Estatura
1.69

Sexo
M

Fecha de nacimiento
23 JUN 1983

G.S.
B+

Lugar de nacimiento
NOCAIMA (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
31 ENE 2002, FUSAGASUGA

Firma

Fecha de expiración
29 JUL 2035



ARL | sura

Medellín, 12 de November de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 OBRA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C11259402	BENAVIDES PINZON JUAN CARLOS	13/11/2025		27128CU1	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 12/11/2025 11:49:31 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.61.247.121, 192.230.104.6, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4015813746	18|1|12|0|2|5

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.Tipo de tramite: A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion: A. Individual — Cotizante Cabeza de familia ☒ / Beneficiario afiliado adicional ☐ — B. Colectivo ☐ — C. Institucional ☐ — D. De oficio ☐

3.Regimen: A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4.Contribución Solidaria: Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐

6. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

7.Codigo (a registrar por la EPS): 1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
BENAVIDES (Primer apellido)	PINZON (Segundo apellido)	JUAN (Primer nombre)	CARLOS (Segundo nombre)

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	11269402	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual:

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento					15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA	Departamento: CUNDINAMARCA	Municipio: NOCAIMA			23/09/1953

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
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A	INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL	1423500	

26.Residencia			
CR 98 C 38 A 22 SUR (Dirección)	Telefono fijo	3208872672 (Telefono celular)	CONSORCIOSURAMT2@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
	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
01				
02				
03				
04				
05				

	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	
01															
02															
03															
04															
05															

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
01													
02													
03													
04													
05													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona: Cabecera municipal	Zona: Centro poblado	Zona: Rural dispersa	Zona: Resto rural	Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
01								
02								
03								
04								
05								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
01			
02			
03			
04			
05			

Selección de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Código de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS KENNEDY - VS KENNEDY	VSKENNED - VSKENNED
E		
T		
R		

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)
EDWIN QUIMBAYO MONTEALEGRE	CC	5964108	01

59.Ubicación				
CR 44 B NO 75 A 47 SUR (Dirección)	3208872672 (Telefono fijo o celular)	EDWINQUIMBAYO@GMAIL.COM (Correo electrónico)	BOGOTA (Departamento)	BOGOTA (Municipio/distrito)

234

No de Radicacion
4015813746

8. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificacion 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 cargo a través de un traslado. 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 prolacion 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 ☐ NS ☐ Otro ☐ Cual	

65. EPS anterior	66. Fecha de Novedad	67. Motivo de traslado Código:	68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	1(2)1)12)9)20	☐	

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 acrediten la condición de beneficiarios.
- 72. ☒ Declaración de no inscripción del cotizante cabeza de familia, beneficiarios y 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 Dec nto 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 los 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 decrete 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 pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración extrajuicio 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.

235

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JUAN CARLOS BENAVIDES PINZON** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **11259402,** se encuentra afiliado/a desde **09/01/2007** 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 12 de noviembre 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.

236

Colsubsidio

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) JUAN CARLOS BENAVIDES PINZON identificado(a) con CC No. 11259402, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de EDWIN QUIMBAYO con CC 5994108:

- Fecha de afiliación a la Caja: 12/11/2025.
- Fecha de ingreso a la empresa: 12/11/2025.

José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Bogotá D.C. 12/11/2025

20. Rubén Nuñez

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL

13.611.727

NUÑEZ ARTEAGA

SUSEN DARIO



EPS: Sanitas
Pensión: Protección



FECHA DE NACIMIENTO 10-NOV-1968
VALENCIA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | AB+ G.S. RH | M SEXO

20-MAR-1987 TIERRALTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1503800-00130272-M-0013611727-20081129 0007136862A 1 7102011984

ARL | sura

Medellin, 10 de November de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 OBRA			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C15611727	NUÑEZ ARTEAGA RUBEN DARIO	11/11/2025		124'2015	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 10/11/2025 16:12:16 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.61.247.121, 192.230.104.6, 172.16.42.57

240

EPS Sanitas

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicación: 14 / 11 / 2023

SANITAS EPS
AFILIACIONES
690111896

Para los trabajadores que se encuentren al respecto deben de diligenciar este formulario

DATOS DEL TRABAJADOR

1. Tipo de Trámite: A. Traslado ✓ B. Reporte de Novedades
2. Tipo de Cotizante: A. Individual ✓ B. Cabeza de Familia (Beneficiario o Afiliado adicional) C. Institucional
3. Tipo de Afiliado: A. Cotizante ✓ B. Cabeza de Familia C. Beneficiario D. Afiliado adicional
4. Subsidiado: Si ✓ No
5. Tipo de Cotizante: A. Dependiente ✓ B. Independiente C. Pensionado
7. Código (a registrar por la EPS)

1. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Los campos marcados con asterisco (*) son obligatorios)

8. Apellidos y nombres
Primer Apellido*: NUÑEZ | Segundo Apellido: ARTEAGA | Primer Nombre*: RUBEN | Segundo Nombre: DARIO

9. Tipo de Documento de Identidad*: CC | 10. Número del documento de identidad*: 15 611 727 | 11. Sexo biológico: Femenino / Masculino ✓ | 12. Sexo (identificación): M ✓ F NB Otra Cual | 13. Nacionalidad*: Colombiano

14. Lugar de nacimiento: País*: COLOMBIA | Departamento: CORDOBA | Municipio: VALENCIA | 15. Fecha de nacimiento*: 10 / 11 / 1968

2. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Zona | 17. Comunidad | 18. Discapacidad: Si / No ✓ | Categoría de discapacidad | 19. Tiene gestante SISBEN: Si / No | 20. Clasificación SISBEN: Nivel / Grupo | 21. Grupo de población especial

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: SURA | 23. Administradora de Pensiones: PROTECCION | 24. Ingreso base de cotización - IBC: 1 423 500= | 25. Tarifa Cotización Solidaria

26. Residencia Dirección*: CRA 151B # 136A - 55 | Teléfono Fijo
Teléfono Celular*: 3153158103 | Correo Electrónico*: rubencho68@icloud.com.
Departamento*: BOGOTA | Municipio de Residencia*: BOGOTA. | Localidad / Corregimiento | Zona: Cabecera Municipal ✓ / Resto Disperso | Centro Poblado | Rural Rural

3. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

27. Apellidos y nombres
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

28. Tipo de Documento de Identidad | 29. Número del Documento de Identidad | 30. Sexo biológico: Femenino / Masculino | 31. Sexo (identificación): M F NB Otra Cual | 32. Nacionalidad

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

4. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS Y/O AFILIADOS ADICIONALES

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

35. Apellidos y nombres
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

01
02
03
04
05

36. Tipo de Documento de Identidad | 37. Número del Documento de Identidad | 38. Parentesco* | 39. Sexo biológico: Femenino / Masculino | 40. Sexo identificación: M F NB Otra Cual | 41. Lugar de nacimiento: País / Departamento / Municipio | 42. Fecha de nacimiento

01
02
03
04
05

Datos complementarios del beneficiario

43. Parentesco | 44. Edad | 45. Cotizante | 46. Grupo de población especial | 47. Tiene gestante SISBEN: Si / No | 48. Clasificación SISBEN: Nivel / Grupo | 49. Discapacidad: Categoría de discapacidad | 50. Grupo de población especial

01
02
03
04
05

51. Datos de residencia

Departamento | Municipio (Distrito) | Dirección | Zona: Cabecera Municipal / Resto Disperso | Teléfono fijo y celular | 52. Tipo de la UPC (a cargo del cotizante / cuenta de alto costo)

01
02
03
04
05

241

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (si registra ante la ADRES)
C		
R1		
R2		
R3		
R4		
R5		

DATOS DEL COTIZANTE PRINCIPAL O DEL INDEPENDIENTE POBLACIÓN ESPECIAL O DE LA ATENCIÓN EN SALUD DE LA UPC

58. Nombre o razón social	59. Tipo documento de identificación	60. Número del documento de identificación	61. Tipo de cotizante o pagador de aportes (si registra ante la EPS)
EDWIN QUIMBAYO MONTEALEGRE	NIT	5999108	

62. Dirección	Teléfono fijo o Celular
CRA 44B 75A-47	3209022608

Correo Electrónico	Departamento	Municipio / Distrito
edwinquimbayo@gmail.com	BOGOTA	BOGOTA

69. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización de documento de identificación
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios
- [ ] 5. Cancelación de la inscripción en la EPS — Código
- [ ] 6. Traslado de Grupo Familiar — Código
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios — Ver Anexo adjunto
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios — Ver Anexo adjunto
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o independiente, no cotizaba pero ahora sí cotiza
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para ser cotizante
- [ ] 11. Inscripción EPS Cabeza de grupo
- [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 14. Movilidad — A. Traslado Contributivo — B. Régimen Subsidiado
- [ ] 15. Terminó — A. Mantiene Vigencia — B. Liberación Régimen
- [ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cabeza de Familia
- [ ] 17. Reporte de Errores de digitación al cotizante
- [ ] 18. Registro de la validez de Pre-pensionado
- [ ] 19. Suspensión de Afiliación por Fallecimiento
- [ ] 20. Ingresa a Contributivo Subsidiado
- [ ] 21. Retiro de Contributivo Subsidiado

DATOS DEL AFILIADO O BENEFICIARIO

71. Datos básicos de identificación — Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
NUÑEZ	ARTEAGA	RUBEN	DARIO.

Tipo de documento de identificación	Número del documento de identidad	73. Sexo biológico — Femenino / Masculino	74. Sexo de identificación — M / F / NB / Otro	Edad	75. Fecha de nacimiento
C.C.	15-611-727		✓ / ✓		10 11 19 68

76. EPS anterior	77. Fecha de expedición	78. Motivo de traslado	79. Clase de cotización/afiliación Familiar o pagador de prestaciones
	11 11 2025	Código	

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 80. Declaración de discapacidad cognitiva de los cotizantes y afiliados beneficiarios
- [ ] 81. Constitución de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo. Decreto 0120 de Diciembre
- [ ] 82. Declaración de existencia de relación de hecho mayor a seis meses con madre/padre de menor de los documentos que acreditan la condición de beneficiario
- [x] 83. Declaración de no ingresos del cotizante, cabeza de familia, con el fin de ser afiliado del cotizante a una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- [ ] 84. Autorización para que la EPS realice y consulte todas y cada una de la historia clínica del solicitante o afiliado de Familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [ ] 85. Autorización para que la EPS suspenda o desafilie a la persona que se relaciona en la afiliación del cotizante de aportantes o la base de datos de afiliados activos y que el cotizante pertenece a los grupos de población
- [ ] 86. Autorización para que la EPS realice la afiliación de oficio de los beneficiarios del cotizante de Familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [ ] 87. Autorización para que la EPS realice la afiliación de oficio de los beneficiarios del cotizante de Familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [ ] 88. Autorización para que la EPS realice la afiliación de oficio de los beneficiarios del cotizante de Familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [ ] 89. Autorización para que la EPS realice la afiliación de oficio de los beneficiarios del cotizante de Familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [ ] 90. Autorización para que la EPS realice la afiliación de oficio de los beneficiarios del cotizante de Familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [ ] 91. Autorización para que la EPS realice la afiliación de oficio de los beneficiarios del cotizante de Familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [ ] 92. Autorización para que la EPS realice la afiliación de oficio de los beneficiarios del cotizante de Familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [ ] 93. Autorización para que la EPS realice la afiliación de oficio de los beneficiarios del cotizante de Familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [ ] 94. Autorización para que la EPS realice la afiliación de oficio de los beneficiarios del cotizante de Familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [ ] 95. Autorización para que la EPS realice la afiliación de oficio de los beneficiarios del cotizante de Familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [ ] 96. Autorización para que la EPS realice la afiliación de oficio de los beneficiarios del cotizante de Familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [ ] 97. Autorización para que la EPS realice la afiliación de oficio de los beneficiarios del cotizante de Familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [ ] 98. Autorización para que la EPS realice la afiliación de oficio de los beneficiarios del cotizante de Familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [ ] 99. Autorización para que la EPS realice la afiliación de oficio de los beneficiarios del cotizante de Familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [ ] 100. Autorización para que la EPS realice la afiliación de oficio de los beneficiarios del cotizante de Familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [ ] 101. Autorización para que la EPS realice la afiliación de oficio de los beneficiarios del cotizante de Familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [ ] 102. Autorización para que la EPS realice la afiliación de oficio de los beneficiarios del cotizante de Familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [ ] 103. Autorización para que la EPS realice la afiliación de oficio de los beneficiarios del cotizante de Familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [ ] 104. Autorización para que la EPS realice la afiliación de oficio de los beneficiarios del cotizante de Familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [ ] 105. Autorización para que la EPS realice la afiliación de oficio de los beneficiarios del cotizante de Familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [ ] 106. Autorización para que la EPS realice la afiliación de oficio de los beneficiarios del cotizante de Familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [ ] 107. Autorización para que la EPS realice la afiliación de oficio de los beneficiarios del cotizante de Familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [ ] 108. Autorización para que la EPS realice la afiliación de oficio de los beneficiarios del cotizante de Familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [ ] 109. Autorización para que la EPS realice la afiliación de oficio de los beneficiarios del cotizante de Familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [ ] 110. Autorización para que la EPS realice la afiliación de oficio de los beneficiarios del cotizante de Familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales

DATOS DEL CABEZA DE FAMILIA

111. 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 Cotización Solidaria

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de Documento de Identidad	No. de Documento de Identidad

FIRMAS

120. El afiliado, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	121. Apoderado o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
Ruben Nuñez	Edwin Quimbayo M.

ANEXOS

- [ ] 67. Copia única del documento de identidad — Cantidad de documentos que anexa: ZIA / AD / TI / CC / CE / PA / CD / SC / PE
- [ ] 68. Copia del acta de matrimonio, o de la escritura pública, para los casos en que el cotizante y el beneficiario sean cónyuges
- [ ] 69. Copia de la sentencia judicial o escritura pública, en la cual se declara la unión marital de hecho y/o la sociedad patrimonial
- [ ] 70. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
- [ ] 71. Copia de la orden judicial o del acta administrativa de custodia
- [ ] 72. Documento que acredite la calidad de la cabeza separada, o de separación con los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ocurrencia de hurto, robo
- [ ] 73. Copia de la autorización de cotización por parte de la Superintendencia Nacional de Salud mayor a 1 y 9 de septiembre de [illegible]
- [ ] 74. Certificación de renovación a otra entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 75. Copia del acta administrativa o providencia de los adolescentes con patria en la que consta la custodia, de conformidad a lo resuelto en el artículo de afiliación de oficio

Total Anexos

DATOS DE LA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS

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

DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD O ENTIDAD AUTORIZADA

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	96. Firma del funcionario	97. Fecha de radicación	98. Fecha de validación

OBSERVACIONES

Manifiesto bajo la gravedad de juramento, el aportante manifiesta la veracidad de la información aquí consignada y de los documentos aportados en el Anexo de 01 (un) folio útil.

Nombre, identificación y cargo del Empleado Comercial	Lugar de Diligenciamiento	Fecha de Diligenciamiento

242

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **NUÑEZ ARTEAGA RUBEN DARIO** identificado(a) con **CC** número **15.611.727** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de abril de 1995 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 MODERADO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 28 de octubre de 2025.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

243

Colsubsidio

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) RUBEN DARIO NUNEZ ARTEAGA identificado(a) con CC No. 15611727, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de EDWIN QUIMBAYO con CC 5994108:

- Fecha de afiliación a la Caja: 11/11/2025.
- Fecha de ingreso a la empresa: 11/11/2025.

José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Bogotá D.C. 11/11/2025



21. Manuel Polanco

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.051.361.018**

POLANCO SANTANA

APELLIDOS

MANUEL ENRIQUE

NOMBRES

Manuel Polanco

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **02-NOV-1994**

CALAMAR
(BOLIVAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 ESTATURA | **O+** G. S. RH | **M** SEXO

21-DIC-2012 CALAMAR

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



246

ARL | sura

Medellin, 17 de November de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 OBRA			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C1051361018	POLANCO SANTANA MANUEL ENRIQUE	18/11/2025		25415823	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 17/11/2025 16:31:34 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 179.1.192.137, 192.230.104.1, 172.16.42.57

247

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4015628107	2|0|1|1|2|0|2|5

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1.Tipo de tramite: A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion: A. Individual -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐

3.Regimen: A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4.Contribución Solidaria: Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐

6. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

7.Codigo (a registrar por la EPS): 0 1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
POLANCO (Primer apellido)	SANTANA (Segundo apellido)	MANUEL (Primer nombre)	ENRIQUE (Segundo nombre)

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1051367018	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual:

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	País: COLOMBIA	Departamento: BOLIVAR	Municipio: CALAMAR		02|1|1|1|1989

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 cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1423500	

26.Residencia			
CR 136 C 149 16 Dirección	Teléfono fijo	3015654239 Teléfono celular	CONSORCIOSUBAMT2@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
		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: Cabecera municipal	Zona: Centro poblado	Zona: Rural dispersa	Zona: Resto rural	Telefono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Relacionar de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VIS CLINICA SUBA - VIS 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. Número de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
EDWIN QUIMBAYO MONTEALEGRE	CC	5884108	01

59.Ubicación				
CR 44 9 NO 75 A 47 SUR Dirección	3015654239 Telefono fijo o celular	EDWINQUIMBAYO@GMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Departamento	BOGOTA Municipio/distrito

248

No de Radicacion
4015826187

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 con 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. Interrupción EPS retorno al pais
- ☐ 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	2001112026	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 consulte datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- 74. ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran
- 75. ☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr cto 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 Sisben 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

Manuel Polanco

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario

Edwin Quimbayo M

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: ☐ ☐ ☐ 1 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 1
- ☐ 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 pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los 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 los demás información registrada

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 830.224.808-6

CERTIFICA QUE:

MANUEL ENRIQUE POLANCO SANTANA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.051.361.018**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 14 de Noviembre 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.

250

Colsubsidio

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) MANUEL ENRIQUE POLANCO SANTANA identificado(a) con CC No. 1051361018, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de EDWIN QUIMBAYO MONTEALEGRE con CC 5994108:

- Fecha de afiliación a la Caja: 20/11/2025.
- Fecha de ingreso a la empresa: 18/11/2025.

José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Bogotá D.C. 20/11/2025

23,24. PILLIMUE CONSTRUCCIONES



23. Guillermo Amaya Martínez

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
19130947

APELLIDOS
AMAYA MARTINEZ

NOMBRES
GUILLERMO

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 11-FEB-1950
EL COLEGIO
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 O- M
ESTATURA G.S. RH SEXO

01-AGO-1972 SANTAFE DE BOGOTA DC
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
VIVIAN MORA SANDINO

Carrera 22 B
No 63B 38 Sur

Salud Total
Colpensiones
C 3208538

254

ARL | sura

Medellin, 13 de November de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C19130947	AMAYA MARTINEZ GUILLERMO	14/11/2025		23313715	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A asi 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 13/11/2025 10:15:41 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.25.49.244, 192.230.104.6, 172.16.42.57

255

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4015793878	1|3|1|1|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 ☒	B. Colectiva ☐ A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ C. Institucional ☐ D. Otros ☐	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			
AMAYA (Primer apellido)	MARTINEZ (Segundo apellido)	GUILLERMO (Primer nombre)	(Segundo nombre)

9.Tipo documento de identidad	10.Número del documento de identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	19130947	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento			15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA	Departamento:	Municipio:	1|1|9|2|1|9|5|0

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	
6		Si ☐ No ☒	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
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S A		1423500	

26.Residencia			
CR 22 B 65 A 38 SUR (Dirección)	Telefono fijo	3203739646 (Telefono celular)	JOSEMIGUELTRIANA1234567@GMAIL.COM (Correo electronico)

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zone
BOGOTA	BOGOTA	COL	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
	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
01				
02				
03				
04				
05				

	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	
01															
02															
03															
04															
05															

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
01													
02													
03													
04													
05													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Telefono 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		
01								
02								
03								
04								
05								

	Direccion	Localidad/Comuna	Centro Poblado
01			
02			
03			
04			
05			

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 ENSUEÑO - VS ENSUEÑO	VSCANDEL - VSCANDEL
R	-	-
R	-	-
R	-	-

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)
PILLIMUE CONSTRUCCIONES SAS	NIT	901812324	

59.Ubicación				
CL 129 93 D 12 (Dirección)	3143485536 (Telefono fijo o celular)	SEGURIDADSOCIALWALTERPILLIMUE@GMAIL.COM (Correo electrónico)	BOGOTA (Departamento)	BOGOTA (Municipio/distrito)

256

No de Radicacion
4015793678

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 manejo 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
	1/6/11/2020	☐	

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 acrediten 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 Decr ero 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. ☐ Aceptacion de la actualizacion del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, segun encuesta del Sisben 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 declaró la unión marital.
- ☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que decrete 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 pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los 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	96. Firma del funcionario
☐		
95. 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.

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **GUILLERMO AMAYA MARTINEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **19130947,** se encuentra afiliado/a desde **03/11/2004** 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 13 de noviembre de 2025.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

Bogotá DC. 13 de Noviembre de 2.025

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 13/11/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com .

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 19130947
Nombres y Apellidos	GUILLERMO AMAYA MARTINEZ
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901812324
Razón Social Empleador	PILLIMUE CONSTRUCCIONES SAS
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	14/11/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	13/11/2025
Cargo	AYUDANTE DE CONSTRUCCION
Horas Labor Mes	188
Sueldo básico	$ 1423500

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

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 DF1vOxb3S

FOR-PGIE-0100

Vigilado Supersubsidio



24. Carlos Julio Villalba



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

11.383.300
VILLALBA

CARLOS JULIO



FECHA DE NACIMIENTO 30-NOV-1964
FUSAGASUGA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO

20-OCT-1983 FUSAGASUGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN



ARL | sura

Medellín, 31 de October de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000002 CRAZ3			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C11383300	VILLALBA CARLOS JULIO	01/11/2025		R1482023	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 31/10/2025 16:28:27 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.25.49.244, 192.230.104.6, 172.16.42.57

262

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional
NIT. 800.251.440-6
CODIGO 005. República de Colombia - SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Fecha de Radicación: 01 11 2025

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

1. Tipo de trámite	A. Afiliación [ ]	**2. Tipo de Afiliación**	A. Individual	- Cotizante o Cabeza de Familia [X]	B. Colectiva [ ]	D. De Oficio [ ]	**3. Régimen**	A. Contributivo [X]	
	B. Reporte de Novedades [X]			- Beneficiario o Afiliado adicional [ ]	C. Institucional [ ]			B. Subsidiado [ ]	

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

A. AFILIACIÓN

II - DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres			
VILLALBA		CARLOS	JULIO
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

7. Tipo de documento de identidad	**8. Número del documento de identidad**	**9. Sexo**	**10. Fecha de nacimiento**
C.C.	11383300	Femenino [ ] Masculino [X]	30 11 1964

III - DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	**16. Administradora de Pensiones**	**17. Ingreso Base de Cotización - IBC**
SURA	COLFONDOS	1423500

18. Residencia Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico
CARRERA 73h 77 sur 63		3206956151	villalba56carlos@gmail.com

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
BOGOTÁ D.C.	Urbana [X] Rural [ ]	BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

	29. Parentesco	**30. Etnia**	**31. Discapacidad**	**Tipo**			**Condición**	
				F	N	M	T	P
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	32. Datos de residencia Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o Celular	**33. Valor de la UPC del afiliado adicional** (A registrar por la E.P.S.)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la I.P.S. Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	**Código de la IPS** (A registrar por la E.P.S.)
C		
B		
S		
B		

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

35. Nombre o razón social	**36. Tipo de documento de identificación**	**37. Número del documento de identificación**	**38. Tipo de Aportante o Pagador** (A registrar por la E.P.S.)
PILLIMUE CONSTRUCCIONES SAS	NIT [ ]	901812324-4	

39. Ubicación Dirección	Teléfono Fijo	Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
carrera 94D 131B 18		seguridadsocialwalterpillimue@gmail.com	BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.

263

II. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo (Femenino / Masculino)	Fecha de Radicación	42. Fecha
[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]		[ ] [ ]		01 11 2025

43. EPS Anterior	44. Motivo de Traslado (Código)	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	[ ]	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El Empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
Carlos Julio Vitalba	

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad

	CN	RC	TI	CC	CE	PA	CD	SC	Total
Cantidad									

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 58. Copia del Registro Civil de Matrimonio o de la Escritura Pública, Acta de Conciliación o Sentencia Judicial que declare la unión marital
- [ ] 59. Copia de la Escritura Pública o Sentencia Judicial que declare el divorcio, Sentencia Judicial que declare la separación de cuerpos y Escritura Pública, Acta de Conciliación o Sentencia Judicial que declare la terminación de unión marital
- [ ] 60. Copia del Certificado de Adopción o Acta de Entrega del menor
- [ ] 61. Copia de la Orden Judicial o del Acto Administrativo de Custodia
- [ ] 62. Documento que conste la pérdida de la patria potestad o el Certificado de Defunción de los padres o la Declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 65. Copia del Acto Administrativo o Providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial (Código del Municipio / Código del Departamento)	67. Datos del SISBÉN (Número de Ficha / Puntaje / Nivel)	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación
[ ][ ] / [ ][ ]			

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones:

Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial	Sello de radicación	Sticker procesamiento
C.C. No.		

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

COLFONDOS ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS

NIT 800.149.496-2

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) CARLOS JULIO VILLALBA , identificado(a) con C.C 11.383.300 , se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a la fecha 13 de noviembre de 2025.

El presente certificado emitido contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.

Juan Perea Ruiz
Gerente Cuentas y Recaudo

265

Bogotá DC. 31 de Octubre de 2.025

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÒN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 31/10/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com .

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 11383300
Nombres y Apellidos	CARLOS JULIO VILLALBA
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901812324
Razón Social Empleador	PILLIMUE CONSTRUCCIONES SAS
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	1/11/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	31/10/2025
Cargo	ayudante de construccion
Horas Labor Mes	188
Sueldo básico	$ 1423500

_____

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

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 5mx4PuEkS

FOR-PGIE-0100

Vigilado Supersubsidio

266

ACTA DE RELACION LABORAL

ACTA DE RELACION LABORAL

Entre nosotros **EDWIN QUIMBAYO MONTEALEGRE** identificado con **NIT 5994108-1** con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., representada en este acto por **Edwin Quimbayo Montealegre** Identificado con cédula de ciudadanía No. **5994108** de Bogotá, por otra parte, la empresa **CONSORCIO SUBA MT**. identificada con **NIT 901902678-2** con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., representada en este acto por **OSCAR JULIAN MORENO** identificado con cédula de **1.032.727.77** de Bogotá; existe una relación laboral para el manejo y suministro de contratación de personal según las necesidades de la empresa, cabe aclarar, que por medio de esta contratación se darán las garantías de todo lo establecido normativamente.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Bogotá D.C. a los 30 días del mes de noviembre del año 2025.

EDWIN QUIMBAYO
MONTEALEGRE
REPRESENTANTE LEGAL
EDWIN QUIMBAYO
MONTEALEGRE
NIT. 5994108-1

OSCAR JULIAN MORENO
C.C. 1032472777

ACTA DE RELACION LABORAL

Entre nosotros **GESTION GLOBAL JC SAS** identificado con **NIT 1031173051-1**con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., representada en este acto por **Ana Gabriela Cediel Villamil** identificada con cédula de ciudadanía No. **1031173051** de Bogotá, por otra parte, la empresa **CONSORCIO SUBA MT**. identificada con **NIT 901902678-2** con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., representada en este acto por **OSCAR JULIAN MORENO** identificado con cédula de **1.032.727.77** de Bogotá; existe una relación laboral para el manejo y suministro de contratación de personal según las necesidades de la empresa, cabe aclarar, que por medio de esta contratación se darán las garantías de todo lo establecido normativamente.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Bogotá D.C. a los 30 días del mes de noviembre del año 2025.

Ana Gabriela Cediel Villamil
Representante legal
NIT: 1031173051-1
Celular: 3144148097

OSCAR JULIAN MORENO
C.C. 1032472777

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

269

PILLIMUE
CONSTRUCCIONES S.A.

ACTA DE RELACION LABORAL

Entre nosotros **PILLIMUE CONSTRUCCIONES SAS** identificado con **NIT 901.963.026-1** con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., representada en este acto por **Walter Pillimue Liquitan Gómez** identificado con cédula de ciudadanía No. **76356963** de Bogotá, por otra parte, la empresa **CONSORCIO SUBA MT**. identificada con **NIT 901902678-2** con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., representada en este acto por **OSCAR JULIAN MORENO** identificado con cédula de **1.032.727.77** de Bogotá; existe una relación laboral para el manejo y suministro de contratación de personal según las necesidades de la empresa, cabe aclarar, que por medio de esta contratación se darán las garantías de todo lo establecido normativamente.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Bogotá D.C. a los 30 días del mes de noviembre del año 2025.

WALTER PILLIMUE LIQUITAN
REPRESENTANTE LEGAL
PILLIMUE CONSTRUCCIONES SAS
NIT. 901812324-4

OSCAR JULIAN MORENO
C.C. 1032472777



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	11794309
NOMBRES	EMILIANO
APELLIDOS	LOZANO ASPRILLA
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. -CM	SUBSIDIADO	01/07/2008	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/01/2025 15:44:55	**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

272

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

formación de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

formación Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1043130652
NOMBRES	MARTIN ELIAS
APELLIDOS	ASCENCIO OROZCO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	ATLANTICO
MUNICIPIO	BARRANQUILLA

tos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACION DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A. - CM	SUBSIDIADO	01/08/2025	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/28/2025 12:49:24	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

formación registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen sidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del sterio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la RES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones icas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la ministradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

273

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	1028940950
NOMBRES	BRAYAN STIVEN
APELLIDOS	ROBLES SARMIENTO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	01/11/2019	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de impresión:	10/30/2025 11:36:46	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La informacion 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	1066873978
NOMBRES	RAFAEL ARTURO
APELLIDOS	MEYER 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
RETIRADO	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/07/2023	14/01/2025	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	10/30/2025 11:37:14	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	PT
NÚMERO DE IDENTIFICACION	6611169
NOMBRES	RAFAEL RAMON
APELLIDOS	GARCIA FONSECA
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	13/05/2024	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	11/24/2025 12:37:27	**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".

276

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	4254886
NOMBRES	JOSE DEL CARMEN
APELLIDOS	DURAN TONCON
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	NEIVA

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	02/10/2018	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	11/01/2025 10:26:29	**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

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	5993989
NOMBRES	FEDERNEY
APELLIDOS	PIÑEREZ RICAURTE
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	01/12/2022	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	11/01/2025 10:22:16	**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".

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

278

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	1024586116
NOMBRES	ANDRES FELIPE
APELLIDOS	PIÑEREZ QUINTERO
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	01/04/2022	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	11/01/2025 10:20:46	**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".

279

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	334697
NOMBRES	DAVID
APELLIDOS	ROLDAN MORA
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	01/02/2019	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	11/24/2025 12:45:11	**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".

280

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	1023888276
NOMBRES	EDWIN FABIAN
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	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	01/01/2018	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	11/24/2025 12:46:09	**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	79833397
NOMBRES	LUIS ALBERTO
APELLIDOS	MARTINEZ RODRIGUEZ
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. -CM	SUBSIDIADO	01/08/2007	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	11/24/2025 12:46:49	**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**,

282

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	79412091
NOMBRES	PABLO
APELLIDOS	MENDEZ MORENO
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	01/10/2017	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	11/24/2025 12:47:48	**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

283

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	1023959830
NOMBRES	EDWIN ALDAHIR
APELLIDOS	QUIMBAYO VASQUEZ
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	01/09/2018	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	11/24/2025 12:48:34	**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".

284

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	1070754626
NOMBRES	JESUS MANUEL
APELLIDOS	TORRES GRACIA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA
MUNICIPIO	SAN BERNARDO

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	27/09/2022	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	11/24/2025 12:49:50	**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**,

285

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	1007725630
NOMBRES	YONATAN LEANDRO
APELLIDOS	GUTIERREZ SALAMANCA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA
MUNICIPIO	ARBELAEZ

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	24/04/2023	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	11/24/2025 12:50:52	**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

286

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	1000936816
NOMBRES	ARTURO ENRIQUE
APELLIDOS	DUARTE CASTRO
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. -CM	SUBSIDIADO	01/01/2023	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	11/24/2025 12:52:27	**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

287

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	5994108
NOMBRES	EDWIN
APELLIDOS	QUIMBAYO MONTEALEGRE
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	01/11/2016	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	11/24/2025 12:53:55	**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

288

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	11259402
NOMBRES	JUAN CARLOS
APELLIDOS	BENAVIDES PINZON
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	07/03/2014	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	11/24/2025 12:55:03	**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".

289

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	15611727
NOMBRES	RUBEN DARIO
APELLIDOS	NUÑEZ ARTEAGA
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	01/11/2019	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	11/24/2025 12:56:38	**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**,

290

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	1051361018
NOMBRES	MANUEL ENRIQUE
APELLIDOS	POLANCO SANTANA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOLIVAR
MUNICIPIO	CALAMAR

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	01/04/2005	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	11/04/2025 12:19:50	**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".

291

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	1085102874
NOMBRES	EDUARD JOSE
APELLIDOS	LASCARRO MENDEZ
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	01/10/2023	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	11/24/2025 12:59:18	**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

292

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	19130947
NOMBRES	GUILLERMO
APELLIDOS	AMAYA MARTINEZ
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	01/07/2008	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	11/24/2025 13:01:31	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".

293

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	11383300
NOMBRES	CARLOS JULIO
APELLIDOS	VILLALBA
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	01/11/2021	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	11/24/2025 13:02:30	**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**,

294

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".

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**,

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	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".

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**,

300

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".

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	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	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

304

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".

305

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

306

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

309

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".

308

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

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

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	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**,

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**,

314

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

315

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

316

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

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	7120487
NOMBRES	HENRY
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	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	27/09/2022	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	09/01/2025 11:59:28	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**,

318

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	1050840511
NOMBRES	JESUS ALEJANDRO
APELLIDOS	MEJIA CASTRO
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. - CM	SUBSIDIADO	01/03/2025	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	09/01/2025 12:00:14	**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".

319

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	1002389779
NOMBRES	CRISTIAN
APELLIDOS	GONZALEZ ROCHA
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."	SUBSIDIADO	01/01/2025	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	09/01/2025 12:02:56	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".

30

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".

321

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

322

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	3214233
NOMBRES	JORGE ENRIQUE
APELLIDOS	PIÑEROS URREGO
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	01/09/2013	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	09/01/2025 12:05:56	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".

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

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	1043966326
NOMBRES	JOSTIN JAMER
APELLIDOS	RODRIGUEZ VILORIA
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	01/12/2023	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	09/01/2025 12:07:13	**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".

324

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	19399985
NOMBRES	CARLOS ARTURO
APELLIDOS	ALFONSO RODRIGUEZ
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	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/12/2018	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	10/01/2025 15:43:29	**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

325

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	80932731
NOMBRES	GIOVANNY
APELLIDOS	OSPINA BELTRAN
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	13/11/2008	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	11/04/2025 11:56:43	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**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya

326

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	1019099242
NOMBRES	DUBERNEY
APELLIDOS	RAMOS MONTEALEGRE
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	01/06/2017	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	11/04/2025 12:02:28	**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".

327

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	1019102098
NOMBRES	JEFERSSON
APELLIDOS	GARAVITO GARAVITO
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	01/12/2022	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	11/04/2025 12:16:53	**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**,

328

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	4119768
NOMBRES	NEFTALI
APELLIDOS	GOMEZ GAMBOA
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	01/12/2018	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	11/04/2025 12:17:30	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

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	79243617
NOMBRES	MIGUEL ORLANDO
APELLIDOS	HUERTAS 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
PROTECCIÓN LABORAL C	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	01/12/2019	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	11/04/2025 12:19:10	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

330

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	1147956744
NOMBRES	JHONATAN
APELLIDOS	BEJARANO ROA
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	25/03/2016	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	10/01/2025 15:45:28	**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

331

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	1003932556
NOMBRES	CARLOS MARIO
APELLIDOS	MENA PALACIOS
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	01/05/2018	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	10/01/2025 15:45:56	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

332

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	1077421346
NOMBRES	DARINSON
APELLIDOS	VALENCIA MOSQUERA
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	01/01/2018	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	11/04/2025 12:01:51	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

333

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	1076821561
NOMBRES	CRISTIAN ANDRES
APELLIDOS	HURTADO IBARGUEN
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	01/10/2025	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	11/04/2025 12:09:53	**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".

334

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	11803730
NOMBRES	EUCARIS ANTONIO
APELLIDOS	MENA MENA
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	19/02/2013	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	11/04/2025 12:18:38	**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

335

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	1002606277
NOMBRES	JOSE MIGUEL
APELLIDOS	RIVERA CASTRO
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	17/03/2022	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	10/01/2025 15:55:00	**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".

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	74300243
NOMBRES	JULIO RAMON
APELLIDOS	SALCEDO FUENTES
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA
MUNICIPIO	LA MESA

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:	10/01/2025 15:50:33	**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**,

337

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

338

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**,

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

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

345

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**,

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	1024547185
NOMBRES	DIEGO
APELLIDOS	CABALLERO 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	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:	11/04/2025 12:23:30	**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".

347

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	1073686342
NOMBRES	CARLOS ALBERTO
APELLIDOS	ESCOBAR VELANDIA
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	01/11/2009	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	09/01/2025 12:16:48	**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**,

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	1030605839
NOMBRES	DIANA CAROLINA
APELLIDOS	MEDINA 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	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	01/08/2016	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	09/01/2025 12:55:39	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**,

349

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**,

350

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**,

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**,

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:	11/04/2025 12:20:54	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".

353

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	1103215186
NOMBRES	SEBASTIAN ENRIQUE
APELLIDOS	TORRES TRUJILLO
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	29/10/2025	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	11/04/2025 12:21:28	**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

354

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	1003562238
NOMBRES	ANDRES
APELLIDOS	MARTINEZ DIAZ
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	28/02/2024	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	10/01/2025 15:49:42	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".

355

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	1004276570
NOMBRES	LUIS ANGEL
APELLIDOS	CANCHILA MONTENEGRO
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	01/11/2022	30/11/2025	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	11/04/2025 12:22:56	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

356

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	7931821
NOMBRES	ARGEMIRO
APELLIDOS	RODRIGUEZ MEZA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOLIVAR
MUNICIPIO	SAN JUAN NEPOMUCENO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
RETIRADO	CAJA DE PREVISION SOCIAL DE COMUNICACIONES CAPRECOM E.P.S.	SUBSIDIADO	01/12/2010	01/12/2010	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	09/01/2025 12:16:08	Estación de origen:	192.168.70.220

Observaciones
Los datos de afiliación correspondientes al número de identificación registrado, presentan a la fecha inconsistencia con una entidad del Regimen de Excepcion o Especial, se sugiere dirigirse a la entidad que actualmente tiene su afiliación, para que dicha entidad realice la gestión correspondiente.

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

359

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	1070807090
NOMBRES	RANDY
APELLIDOS	RICARDO CONTRERAS
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	01/05/2023	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	10/01/2025 15:47:28	**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**,

358

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	9350547
NOMBRES	MARCO FIDEL
APELLIDOS	SOTO ESCARRAGA
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	28/01/2014	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	11/24/2025 12:43:59	**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

359

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	1047340192
NOMBRES	JAINER LEONARDO
APELLIDOS	PEREZ COLONIA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	ATLANTICO
MUNICIPIO	MALAMBO

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	01/05/2021	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/01/2025 15:48:57	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".

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	8635481
NOMBRES	EDWINS JAVIER
APELLIDOS	ACERO BARRAZA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	ATLANTICO
MUNICIPIO	SABANALARGA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	10/08/2021	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	09/01/2025 11:58:28	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

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	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**,

362

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	78381763
NOMBRES	ODALDIS JOSE
APELLIDOS	FRANCO MOYA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CORDOBA
MUNICIPIO	SAN ANDRES DE SOTAVENTO

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	01/04/2017	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	09/01/2025 12:06:39	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

363



SOPORTE DE RETIROS

PAZ Y SALVO EGRESO

Lugar y fecha

Por medio de la presente yo, Randy Ricardo C identificado con cedula de ciudadanía No. 1070807090 de la ciudad de Corboba, manifiesto que la empresa **CONSTRUCCIONES Y PREYECTOS A & C SAS** ha pagado las obligaciones pendientes y se encuentra a **PAZ Y SALVO** por todo lo relacionado con la prestación de mis servicios como Ayudante.

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 01 del año 2025.

Atentamente.

Nombre del trabajador: Randy Ricardo C

Cédula: 1070807090

Firma: Randy

HUELLA



365

PAZ Y SALVO EGRESO

Lugar y fecha
Señor

Por medio de la presente yo, Randy Ricardo identificado con cédula de ciudadanía No. 1070807090 de la ciudad de Bogota, manifiesto que la empresa Construcciones y Proyectos 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. 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 1-10 del año 25.

Atentamente.

Nombre del trabajador: Randy Ricardo

Cédula: 1070807090

Firma: Randy Ricardo C.

HUELLA

366

AUTORIZACIÓN DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL

FT-SST-131
Fecha: 17/abril/2025
Versión: 01

Bogota D.C., 1-10-25

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) Randy Ricardo C. con documento de identidad número 1090901090 quien fue empleado de Construcciones y Proy con NIT 901846727-6 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? Sí ☐ No ☒

Autoriza

Área de Recursos Humanos

Recibe

Randy Ricardo

Firma del Trabajador
Fecha: 1-10-25

	PAZ Y SALVO EGRESO	SST-FT-16 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Lugar y fecha
Señor:

Por medio de la presente yo, Javier Ramirez identificado con cédula de ciudadanía No. 80051643 de la ciudad de Bogota, manifiesto que la empresa Consorcio Suba MT ha pagado las obligaciones pendientes y se encuentra a **PAZ Y SALVO** por todo lo relacionado con la prestación de mis servicios como Residente transito transpor, 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 4- NOV del año 2025.

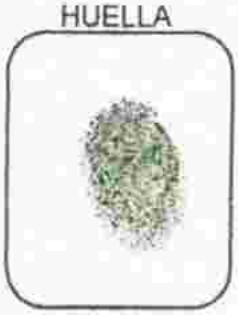
Atentamente.

Nombre del trabajador: Javier Ramirez

Cédula: 80051643

Firma: _____

HUELLA



	AUTORIZACIÓN DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	SST-FT-31 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Bogotá D.C., 4-Nov-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) Javier Ramirez con documento de identidad número 80051643 quien fue empleado de Consorcio Suba Mt con NIT 901902678-2 desempeñándose con el cargo Residente transito y transporte

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: 4 NOV 25

CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS A & C SAS	**PAZ Y SALVO EGRESO**	SST-FT-16 Fecha: 01/06/2024 Versión: 01

Lugar y fecha:

Por medio de la presente yo, ARGEMIRO RODRIGUEZ M. identificado con cédula de ciudadanía No. 7931821 de la ciudad de S.J.N(Bol), manifiesto que la empresa **CONSTRUCCIONES Y PREYECTOS A & C SAS** ha pagado las obligaciones pendientes y se encuentra a **PAZ Y SALVO** por todo lo relacionado con la prestación de mis servicios como Auxiliar de obras civiles

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 04/11 del año 2025

Atentamente.

Nombre del trabajador: ARGEMIRO RODRIGUEZ M.

Cédula: 7931821

Firma:

HUELLA



	PAZ Y SALVO EGRESO	SST-FT-16 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Lugar y fecha
Señor:

Por medio de la presente yo, Argemiro Rodriguez identificado con cédula de ciudadanía No. 7931821 de la ciudad de Bogota, manifiesto que la empresa Construcciones y Proyectos ha pagado las obligaciones pendientes y se encuentra a **PAZ Y SALVO** por todo lo relacionado con la prestación de mis servicios como Ayudante de obra, 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 4/11 del año 2025.

Atentamente.

Nombre del trabajador: Argemiro Rodriguez M.

Cédula: 7931821

Firma:

HUELLA



371

	AUTORIZACIÓN DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	SST-FT-31 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Bogotá D.C., 4/11/25

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) Argemiro Rodriguez con documento de identidad número 7931821 quien fue empleado de Construcciones y Pio con NIT 901846272-6 desempeñándose con el cargo Ayudante de 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? Sí ☐ *No* ☒

Autoriza

Área de Recursos Humanos

Recibe

Firma del Trabajador
Fecha: 4 11 25

	PAZ Y SALVO EGRESO	SST-FT-16 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Lugar y fecha
Señor:

Por medio de la presente yo, Odaldis franco identificado con cédula de ciudadanía No. 78.381.763 de la ciudad de Bogota, manifiesto que la empresa consorcio suba M+ 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. 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 15-NOV del año 25.

Atentamente.

HUELLA



Nombre del trabajador: - Odaldis franco

Cédula: - 78381763

Firma: - Odaldis franco

	AUTORIZACIÓN DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	SST-FT-31 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Bogotá D.C., 15 NOV-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) Oolaldis Franco con documento de identidad número 18381763 quien fue empleado de Consorcio Suba 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

Oolaldis Franco
Firma del Trabajador
Fecha: 15-11-2025

374

	PAZ Y SALVO EGRESO	SST-FT-16 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Lugar y fecha
Señor:

Por medio de la presente yo, Edwins Acero B identificado con cédula de ciudadanía No. 8.635.481 de la ciudad de Sogamoso, 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 de obra, 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 31-Oct del año 25.

Atentamente.

Nombre del trabajador: Edwins Acero B.
Cédula: 8.635.481
Firma: Edwins Acero B.

HUELLA

375

	AUTORIZACIÓN DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	SST-FT-31 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Bogotá D.C., 31-oct-25

Señores
IPS umed

ASUNTO: Exámenes Médicos de Retiro

Cordialmente, nos dirigimos a usted, para solicitarle sesirva practicar el examen médico de retiro al señor(a) Edwins Acero B. con documento de identidad número 1.070.635.481 quien fue empleado de Consorcio Suba M+ 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

- Edwins Acero B.

Firma del Trabajador
Fecha: 31 10 25

	PAZ Y SALVO EGRESO	SST-FT-16 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Lugar y fecha
Señor:

Por medio de la presente yo, Luis Canchila identificado con cédula de ciudadanía No. 1004276570 de la ciudad de Bogota, manifiesto que la empresa Construcciones y Proyectos 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. 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 4-11 del año 25.

Atentamente.

Nombre del trabajador: Luis canchila
Cédula: 1004276570
Firma: Luis Angel Canchila

HUELLA

	AUTORIZACIÓN DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	SST-FT-31 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Bogotá D.C., 4-11-25

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) Luis Angel Canchila con documento de identidad número 1004276570 quien fue empleado de Construcciones Proyect con NIT 901846772-6 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

Luis Canchila

Firma del Trabajador
Fecha: 4 11 25

CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS A & C SAS	**PAZ Y SALVO EGRESO**	SST-FT-16 Fecha: 01/06/2024 Versión: 01

Lugar y fecha:

Por medio de la presente yo, cindy marin Diaz identificado con cédula de ciudadanía No. 1003562234 de la ciudad de _____, manifiesto que la empresa **CONSTRUCCIONES Y PREYECTOS A & C SAS** ha pagado las obligaciones pendientes y se encuentra a **PAZ Y SALVO** por todo lo relacionado con la prestación de mis servicios como Ayudante.

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 4 del año 25.

Atentamente.

Nombre del trabajador: cindy marin

Cédula: 1003562234

Firma: cindy

HUELLA



	PAZ Y SALVO EGRESO	SST-FT-16 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Lugar y fecha
Señor:

Por medio de la presente yo, Andres Martinez identificado con cédula de ciudadanía No. 1003562238 de la ciudad de Bogota, manifiesto que la empresa Construcciones y Proyectos ha pagado las obligaciones pendientes y se encuentra a **PAZ Y SALVO** por todo lo relacionado con la prestación de mis servicios como Ayudante de obra, 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 4-11 del año 25.

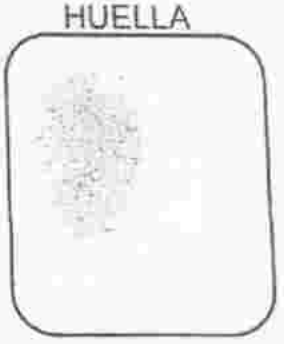
Atentamente.

Nombre del trabajador: Andres Martinez

Cédula: 1003562238

Firma:

HUELLA



380

	AUTORIZACIÓN DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	SST-FT-31 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Bogotá D.C., 4-Nov-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) Andres Martinez con documento de identidad número 1003562238 quien fue empleado de Construcciones y proye con NIT 901846272-6 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? Sí ☐ *No* ☒

Autoriza

Área de Recursos Humanos

Recibe

Firma del Trabajador
Fecha: 4 11 25

381

CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS A & C SAS	**PAZ Y SALVO EGRESO**	SST-FT-16 Fecha: 01/06/2024 Versión: 01

Lugar y fecha:

Por medio de la presente yo, Sebastian torres identificado con cédula de ciudadanía No. 1102215186 de la ciudad de _____, manifiesto que la empresa **CONSTRUCCIONES Y PREYECTOS A & C SAS** ha pagado las obligaciones pendientes y se encuentra a **PAZ Y SALVO** por todo lo relacionado con la prestación de mis servicios como ayudante.

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 04 del año 2025.

Atentamente.

Nombre del trabajador: Sebastian torres

Cédula: 1102215186

Firma: _____

HUELLA



PAZ Y SALVO EGRESO

SST-FT-16
Fecha: 1/Abr/2025
Versión: 01

Lugar y fecha
Señor:

Por medio de la presente yo, sebastian Torres identificado con cédula de ciudadanía No. 1103215186 de la ciudad de Boyota, manifiesto que la empresa Construcciones y Proyectos 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. 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 4-11 del año 25.

Atentamente.

HUELLA

Nombre del trabajador: sebastian torres
Cédula: 1103 215186
Firma: Sebastian torres

	AUTORIZACIÓN DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	SST-FT-31 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Bogotá D.C., 4-11-25

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) Sebastian tottes con documento de identidad número 1103215196 quien fue empleado de Construcciones y Proye con NIT 901846772-6 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? *Sí* ☐ *No* ☒

Autoriza

Área de Recursos Humanos

Recibe

Sebastian Tottes
Firma del Trabajador
Fecha: 4 11 25

384

PAZ Y SALVO EGRESO

SST-FT-16
Fecha 1/Abr/2025
Versión 01

Lugar y fecha
Señor:

Por medio de la presente yo, Rafael Duncan identificado con cédula de ciudadanía No. 1048268303 de la ciudad de Bogota, manifiesto que la empresa Construcciones y Proyectos AyC ha pagado las obligaciones pendientes y se encuentra a **PAZ Y SALVO** por todo lo relacionado con la prestación de mis servicios como Ayudante de obra, 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 4-11 del año 25.

Atentamente.

Nombre del trabajador: Rafael Duncan
Cédula: 1048268303
Firma: Rafael Duncan.

HUELLA

	AUTORIZACIÓN DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	SST-FT-31 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Bogotá D.C., 4-11-25

Señores
IPS UMEO

ASUNTO: Exámenes Médicos de Retiro

Cordialmente, nos dirigimos a usted, para solicitarle se sirva practicar el examen médico de retiro al señor(a) Rafael David Duncan con documento de identidad número 1048269303 quien fue empleado de Construcciones y Proy con NIT 901846272-6 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

Firma del Trabajador
Fecha: 4 11 25

386

PAZ Y SALVO EGRESO

SST-FT-16
Fecha: 01/06/2024
Versión: 01

Lugar y fecha:

Por medio de la presente yo, Manuel Polanco S identificado con cédula de ciudadanía No. 1051361018 de la ciudad de Bogota, manifiesto que la empresa **CONSTRUCCIONES Y PREYECTOS A & C SAS** ha pagado las obligaciones pendientes y se encuentra a **PAZ Y SALVO** por todo lo relacionado con la prestación de mis servicios como Ayudante.

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 dia 04 del año 25.

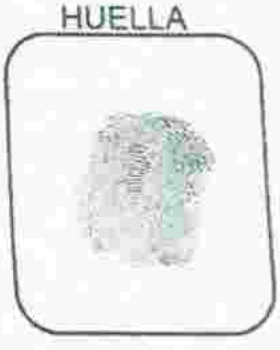
Atentamente.

Nombre del trabajador: Manuel Polanco

Cédula: 1051361018

Firma:

HUELLA



	PAZ Y SALVO EGRESO	SST-FT-16 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Lugar y fecha
Señor:

Por medio de la presente yo, Manuel Polanco identificado con cédula de ciudadanía No. 1051361018 de la ciudad de Bogota, manifiesto que la empresa Constructores y Proyectos A&C ha pagado las obligaciones pendientes y se encuentra a **PAZ Y SALVO** por todo lo relacionado con la prestación de mis servicios como Ayudante de obra, 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 4-10 del año 2025.

Atentamente.

Nombre del trabajador: Manuel Polanco

Cédula: 1051361018

Firma:

HUELLA



	AUTORIZACIÓN DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	SST-FT-31 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Bogotá D.C., 4-11-25

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) Manuel Polanco con documento de identidad número 1051361019 quien fue empleado de Construcgones y proye con NIT 901946277-6 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? *Sí* ☐ *No* ☒

Autoriza

Área de Recursos Humanos

Recibe

Firma del Trabajador
Fecha: 4/11/2025

PAZ Y SALVO EGRESO

SST-FT-16
Fecha 1/Abr/2025
Versión 01

Lugar y fecha
Señor:

Por medio de la presente yo, Jainer Perez identificado con cédula de ciudadanía No. 1047340192 de la ciudad de Bogota, manifiesto que la empresa Construcciones y Proyectos ha pagado las obligaciones pendientes y se encuentra a **PAZ Y SALVO** por todo lo relacionado con la prestación de mis servicios como Oficial, para el contrato número. 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 4-11 del año 25.

Atentamente.

Nombre del trabajador: Jainer Perez
Cédula: 1047340192
Firma:

HUELLA



	AUTORIZACIÓN DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	SST-FT-31 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Bogotá D.C., 4. NOV. 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) Jainer Perez con documento de identidad número 1047360142 quien fue empleado de Construcciones y Pr con NIT 901896272-6 desempeñándose con el cargo OFICIAL.

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: 4 11 25

391

	PAZ Y SALVO EGRESO	SST-FT-16 Fecha: 01/06/2024 Versión: 01

Lugar y fecha:

Por medio de la presente yo, Alvaro Manuel Omaña identificado con cédula de ciudadanía No. 6927485 de la ciudad de Bogotá, manifiesto que la empresa **CONSTRUCCIONES Y PREYECTOS A & C SAS** ha pagado las obligaciones pendientes y se encuentra a **PAZ Y SALVO** por todo lo relacionado con la prestación de mis servicios como Ayudante.

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 04 11 del año 2025.

Atentamente.

Nombre del trabajador: Alvaro Manuel Omaña

Cédula: 6927485

Firma:

HUELLA



PAZ Y SALVO EGRESO

SST-FT-16
Fecha: 1/Abr/2025
Versión: 01

Lugar y fecha
Señor:

Por medio de la presente yo, Alvaro O Muña identificado con cédula de ciudadanía No. 692 7485 de la ciudad de Bogota, manifiesto que la empresa Construcciones y Proyectos 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. 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 4-11 del año 25.

Atentamente.

Nombre del trabajador: Alvaro Manuel Omaña
Cédula: 6927485
Firma:

HUELLA

393

	AUTORIZACIÓN DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	SST-FT-31 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Bogotá D.C., 4-NOV-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) Alvaro Omana con documento de identidad número 6927485 quien fue empleado de Construcciones y Proy con NIT 901946272-6 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

Firma del Trabajador
Fecha: 04 11 25

394

Anexo 2. Descripción sociodemográfica

	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	SST-FT-07 Fecha 1/Abr/2025 Versión 02

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 18 NOV-25

NOMBRES: Manuel APELLIDOS: Polanco

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: 1051361018 DE Bolivar

RH: O+ EDAD: 31 EPS: Mutual Ser PENSION: Porvenir

DIRECCIÓN: Cra 151bis N°138-19 TELÉFONO: 3015654239

ESTADO CIVIL: Unión libre NÚMERO DE HIJOS: 1 ESTRATO SOCIAL 2

ESCOLARIDAD: Primaria ____ Bachiller X Profesional ____ Estudiante: ____

TIPO DE VIVIENDA: Propia: ____ Arrendada: X Familiar: ____

USO DEL TIEMPO LIBRE: Otro trabajo: ____ Labores domésticas: X Estudio ____
Recreación y deporte ____ Otro ____ Cuál? ____

¿SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD?: SI ___ NO X CUÁL?: ____

DISCAPACIDAD CERTIFICADA: ¿SI ___ NO X CUÁL?: ____

¿FUMA?: SI ____ NO X CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS?: SI ____ NO X

PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA: Luz Mery Pedroza

NÚMERO DE TELÉFONO: 3233440824

_ PARENTESCO: ESPOSA

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO X ¿Cuál?: ____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: - Manuel Polanco

FIRMA: -

	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	SST-FT-07 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 02

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 10-11-25

NOMBRES: Arturo Enrique APELLIDOS: Duarte Castro

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: CC 1000936816 DE Bogota

RH: O+ EDAD: 26 EPS: Famisanar PENSION: Porvenir

DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: 3202854395

ESTADO CIVIL: Unión Libre NÚMERO DE HIJOS: 2 ESTRATO SOCIAL 1

ESCOLARIDAD: Primaria X Bachiller _____ Profesional _____ Estudiante: _____

TIPO DE VIVIENDA: Propia: _____ Arrendada: X Familiar: _____

USO DEL TIEMPO LIBRE: Otro trabajo: _____ Labores domésticas: X Estudio _____
Recreación y deporte X Otro _____ Cuál? Fisbol

¿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: Alejandra torres Gracia

NÚMERO DE TELÉFONO: 3133678265

_ PARENTESCO: Esposa

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO X ¿Cuál?: _____

_____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Arturo Enrique Duarte

FIRMA: Enrique Duarte

	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	SST-FT-07 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 02

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 11-NOV-25

NOMBRES: Edwin. APELLIDOS: Quimbayo Montealegre

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: 5994106 DE Bouraca' Dpl)

RH: O+ EDAD: 52 EPS: compensar PENSION: Colpensiones

DIRECCIÓN: Kra 44 b # 75 A 27 sur TELÉFONO: 3202636148

ESTADO CIVIL: casado NÚMERO DE HIJOS: 4 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? futbol y futsalon.

¿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: NIXA yaneth Botia

NÚMERO DE TELÉFONO: 3115778542

_ PARENTESCO: Esposa

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO X ¿Cuál?: _____

_____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Edwin Quimbayo

FIRMA: Edwin Quimbayo

	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	SST-FT-07 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 02

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 19 Nov 2025

NOMBRES: Carlos Julio APELLIDOS: Villalba

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: 11 383 300 DE Fusagasuga

RH: A+ EDAD: 61 EPS: Sura PENSION: Colpensiones

DIRECCIÓN: CR 7 3 H 77 63 S TELÉFONO: 318 519 76 35

ESTADO CIVIL: Casado NÚMERO DE HIJOS: 10 ESTRATO SOCIAL 4

ESCOLARIDAD: Primaria 6º Bachiller _____ Profesional _____ Estudiante: _____

TIPO DE VIVIENDA: Propia: X Arrendada: _____ Familiar: _____

USO DEL TIEMPO LIBRE: Otro trabajo: _____ Labores domésticas: _____ Estudio _____
Recreación y deporte _____ Otro X Cuál? _____

¿SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD?: SI ___ NO X CUÁL?: _____

DISCAPACIDAD CERTIFICADA: ¿SI ___ NO X CUÁL?: _____

¿FUMA?: SI _____ NO X CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS?: SI Ahora NO _____

PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA: Ruth Mireya Garcia

NÚMERO DE TELÉFONO: 312 344 21 43

_ PARENTESCO: Esposa

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO X ¿Cuál?: _____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Carlos Julio Villalba

FIRMA: 11 383 300

	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	SST-FT-07 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 02

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 18-11-2025

NOMBRES: Edwar APELLIDOS: Jaramillo

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: 7085102874 DE Barranquilla

RH: A+ EDAD: 27 EPS: Sura PENSION: _____

DIRECCIÓN: CR 138 #132-52 TELÉFONO: 3206532932

ESTADO CIVIL: Unión libre NÚMERO DE HIJOS: 3 ESTRATO SOCIAL 1

ESCOLARIDAD: Primaria _____ Bachiller ✓ Profesional _____ Estudiante: _____

TIPO DE VIVIENDA: Propia: _____ Arrendada: ✓ Familiar: _____

USO DEL TIEMPO LIBRE: Otro trabajo: _____ Labores domésticas: _____ Estudio _____
Recreación y deporte ✓ Otro _____ Cuál? _____

¿SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD?: SI ___ NO ✓ CUÁL?: _____

DISCAPACIDAD CERTIFICADA: ¿SI ___ NO ✓ CUÁL?: _____

¿FUMA?: SI _____ NO ✓ CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS?: SI _____ NO _____

PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA: Sindy Paola Gutierrez

NÚMERO DE TELÉFONO: 3148174132

_ PARENTESCO: Madre

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO ✓ ¿Cuál?: _____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Edwar Jaramillo

FIRMA: _____

	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	SST-FT-07 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 02

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 10-11-2025

NOMBRES: Edwin Aldair APELLIDOS: Qumbayo Vasquez.

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: CC 1023959830 DE Bogota.

RH: O+ EDAD: 28 EPS: Salud Total PENSION: Porvenir

DIRECCIÓN: Kra 14 Este # 36 I Sur 25 TELÉFONO: 3214353346

ESTADO CIVIL: Unión Libre NÚMERO DE HIJOS: 1 ESTRATO SOCIAL 2

ESCOLARIDAD: Primaria ____ Bachiller X Profesional ____ Estudiante: ____

TIPO DE VIVIENDA: Propia: ____ Arrendada: X Familiar: ____

USO DEL TIEMPO LIBRE: Otro trabajo: X 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: Jessika Fuentes

NÚMERO DE TELÉFONO: 3145265166

_ PARENTESCO: Esposa.

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO X ¿Cuál?: ____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Edwin Qumbayo

FIRMA: Edwin Qumbayo.

	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	SST-FT-07 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 02

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 10-11-25

NOMBRES: Jesus Manuel APELLIDOS: Torres Gracia

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: 1070754626 DE Fusa

RH: O+ EDAD: 26 EPS: Famisanar PENSION: Porvenir

DIRECCIÓN: tv 14 # 36 Sur 28 TELÉFONO: 3214421927

ESTADO CIVIL: Soltero NÚMERO DE HIJOS: 1 ESTRATO SOCIAL ____

ESCOLARIDAD: Primaria X 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 X CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS?: SI ____ NO X

PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA: María Consuelo

NÚMERO DE TELÉFONO: 7202797578

_ PARENTESCO: Mama

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO ✓ ¿Cuál?: ____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Manuel

FIRMA: Manuel Torres

	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	SST-FT-07 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 02

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 11 Febrero 1950

NOMBRES: Guillermo APELLIDOS: Amaya Martínez

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: 19.130.947 DE Bogotá

RH: O Negativo EDAD: 75 AÑOS EPS: Saludtata PENSION: Colpensiones

DIRECCIÓN: Carrera 22B N 65B 38 Sur TELÉFONO: 3208733846

ESTADO CIVIL: Soltero NÚMERO DE HIJOS: 3 ESTRATO SOCIAL 2

ESCOLARIDAD: Primaria 3 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 X ____ CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS?: SI ____ NO X ____

PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA: 3003924943 Adriana Amaya Hija

NÚMERO DE TELÉFONO: ____

_ PARENTESCO: ESPOSA

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO X ¿Cuál?: ____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Guillermo Amaya

FIRMA: Guillermo Amaya

	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	SST-FT-07 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 02

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 04 - Nov - 2025

NOMBRES: Diyen APELLIDOS: Robles

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: 1028940950 DE Bogota

RH: O+ EDAD: 19 EPS: Sanitas PENSION: Bolivar

DIRECCIÓN: calle 132A #149c-79 TELÉFONO: 3001459912

ESTADO CIVIL: Union libre NÚMERO DE HIJOS: 1 ESTRATO SOCIAL 2

ESCOLARIDAD: Primaria _____ Bachiller X Profesional _____ Estudiante: _____

TIPO DE VIVIENDA: Propia: _____ Arrendada: X Familiar: _____

USO DEL TIEMPO LIBRE: Otro trabajo: _____ Labores domésticas: _____ 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: Yesica Romero

NÚMERO DE TELÉFONO: 3001459912

_ PARENTESCO: Pareja sentimental

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO X ¿Cuál?: _____

_____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Diyen Robles

FIRMA: [signature]

	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	SST-FT-07 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 02

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30-Oct-25

NOMBRES: Martin Elias APELLIDOS: Ascencio Orozco

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: 1043130652 DE Bogota

RH: O+ EDAD: 19 EPS: Salud Total PENSION: _____

DIRECCIÓN: Lisboa TELÉFONO: 3019807412

ESTADO CIVIL: Soltero NÚMERO DE HIJOS: _____ 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 ___ CUÁL?: _____

¿FUMA?: SI _____ NO X CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS?: SI _____ NO X

PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA: Tatiana

NÚMERO DE TELÉFONO: 3017770173

_ PARENTESCO: Madre

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO X ¿Cuál?: _____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Martin

FIRMA: Martin

	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	SST-FT-07 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 02

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30-Oct-25

NOMBRES: EMILIANO APELLIDOS: LUZANO ASPRILLA

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: 11794309 DE QUIBDÓ

RH: O+ EDAD: 63 EPS: SURA PENSION: _____

DIRECCIÓN: CLL 128 F N-87C17 TELÉFONO: 3004629706

ESTADO CIVIL: UNION LIBRE NÚMERO DE HIJOS: 3 ESTRATO SOCIAL ____

ESCOLARIDAD: Primaria _____ Bachiller X Profesional _____ Estudiante: _____

TIPO DE VIVIENDA: Propia: _____ Arrendada: X Familiar: _____

USO DEL TIEMPO LIBRE: Otro trabajo: _____ Labores domésticas: _____ Estudio _____
Recreación y deporte _____ Otro _____ Cuál? _____

¿SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD?: SI ___ NO X CUÁL?: _____

DISCAPACIDAD CERTIFICADA: ¿SI ___ NO ___ CUÁL?: _____

¿FUMA?: SI _____ NO X CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS?: SI _____ NO _____

PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA: VILMA ARIZA

NÚMERO DE TELÉFONO: 3122443403

_ PARENTESCO: COMPAÑERA

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO X ¿Cuál?: _____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: EMILIANO

FIRMA:

	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	SST-FT-07 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 02

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 5-NOV.25

NOMBRES: Jose Duran. APELLIDOS: Toncon.

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: 4254886 DE Boyaca.

RH: O+ EDAD: 69 EPS: Colsanitas PENSION: NA.

DIRECCIÓN: Cra 29C 48-11 TELÉFONO: 3228111840

ESTADO CIVIL: Union Libre. NÚMERO DE HIJOS: 2. ESTRATO SOCIAL 1.

ESCOLARIDAD: Primaria X. Bachiller _____ Profesional _____ Estudiante: _____

TIPO DE VIVIENDA: Propia: X. Arrendada: _____ Familiar: _____

USO DEL TIEMPO LIBRE: Otro trabajo: _____ Labores domésticas: _____ Estudio _____
Recreación y deporte _____ Otro _____ Cuál? Ninguna.

¿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: Manly. Duran.

NÚMERO DE TELÉFONO: 3031187410.

_ PARENTESCO: Hija.

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO X ¿Cuál?: _____

_____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: X Jose Duran

FIRMA: X Jose Duran

	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	SST-FT-07 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 02

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 5-NOV-25

NOMBRES: RAFAEL APELLIDOS: GARCIA

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: PPT 6611169 DE _____

RH: _____ EDAD: 48 EPS: Salud total PENSION: Porvenir

DIRECCIÓN: Cra 21 este 44 B 13 TELÉFONO: 3219854009

ESTADO CIVIL: U. Libre. NÚMERO DE HIJOS: 2 ESTRATO SOCIAL 1

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 X NO _____ CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS?: SI _____ NO X

PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA: Guadalupe

NÚMERO DE TELÉFONO: 3212469660

_ PARENTESCO: Esposa.

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO X ¿Cuál?: _____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Rafael Garcia.

FIRMA: RAFAEL

	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	SST-FT-07 Fecha 1/Abr/2025 Versión 02

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 4- NOV- 25

NOMBRES: RAFAEL APELLIDOS: Moyer

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: 1066873498 DE Valledupar - Cesar

RH: O+ EDAD: 22 EPS: Famisanar PENSION: Porvenir

DIRECCIÓN: Call 132a # 149c 79 TELÉFONO: 3217266369

ESTADO CIVIL: Casado NÚMERO DE HIJOS: 0 ESTRATO SOCIAL 2

ESCOLARIDAD: Primaria ____ Bachiller X Profesional ____ Estudiante: ____

TIPO DE VIVIENDA: Propia: ____ Arrendada: X Familiar: ____

USO DEL TIEMPO LIBRE: Otro trabajo: ____ Labores domésticas: ____ Estudio ____
Recreación y deporte X Otro ____ Cuál? Fútbol

¿SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD?: SI ___ NO X CUÁL?: ____

DISCAPACIDAD CERTIFICADA: ¿SI ___ NO X CUÁL?: ____

¿FUMA?: SI ____ NO X CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS?: SI Nunca NO ____

PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA: Sandra Rocha

NÚMERO DE TELÉFONO: 3176551529

PARENTESCO: Esposa

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI X NO ___ ¿Cuál?: ____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Rafael Arturo Moyer

FIRMA: [signature]

	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	SST-FT-07 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 02

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 12 NOV 25

NOMBRES: David APELLIDOS: Roldan mora

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: 334697 DE Cundinamarca

RH: O+ EDAD: 67 EPS: Salud total PENSION: N/A

DIRECCIÓN: tr 39 #79 40 Sur TELÉFONO: 316 312 2898

ESTADO CIVIL: U. libre NÚMERO DE HIJOS: 4 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: Maria clara atoca

NÚMERO DE TELÉFONO: 320 263 3068

_ PARENTESCO: Esposa

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO X ¿Cuál?: ____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: David

FIRMA: David Roldan

	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	SST-FT-07 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 02

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 05 de noviembre 2025

NOMBRES: ~~XXX~~ Marcos S APELLIDOS: soto

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: cc. 9350557 DE Yacopi

RH: O+ EDAD: 61 EPS: famisanar PENSION: Porvenir

DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: 3202318827

ESTADO CIVIL: u. libre NÚMERO DE HIJOS: 2 ESTRATO SOCIAL 1

ESCOLARIDAD: Primaria X Bachiller _____ 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: mery Vera

NÚMERO DE TELÉFONO: 3202318827

_ PARENTESCO: Esposa.

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO X ¿Cuál?: _____

_____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Marcos Soto.

FIRMA: Marco Fidel Soto

411

	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	SST-FT-07 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 02

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 05 / nov / 2025

NOMBRES: Andrés Felipe APELLIDOS: Piñerez Quintero

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: CC. 1024586116 DE Villamaria Caldas

RH: O+ EDAD: 27 EPS: Salud total PENSION: Porvenir

DIRECCIÓN: Tv 44 #77 40 Sur TELÉFONO: 3007280380

ESTADO CIVIL: U. libre NÚMERO DE HIJOS: 2 ESTRATO SOCIAL 1

ESCOLARIDAD: Primaria _____ Bachiller X Profesional _____ Estudiante: _____

TIPO DE VIVIENDA: Propia: _____ Arrendada: X Familiar: _____

USO DEL TIEMPO LIBRE: Otro trabajo: _____ Labores domésticas: _____ 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: Josbleidy Peña

NÚMERO DE TELÉFONO: (Esposa) 3011212729

_ PARENTESCO: Esposa

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO X ¿Cuál?: _____

_____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Andres Piñerez.

FIRMA: _____

412

	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	SST-FT-07 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 02

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 5-NOV-25

NOMBRES: Fedrney Piñerez R APELLIDOS: Piñerez Ricaurte

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: 5993989 DE Rovira Tolima

RH: A+ EDAD: 52 EPS: Famisanar PENSION: Colpensiones

DIRECCIÓN: calle 69AS # 76B21 TELÉFONO: 3162412971

ESTADO CIVIL: casado NÚMERO DE HIJOS: 2 ESTRATO SOCIAL 1

ESCOLARIDAD: Primaria X Bachiller ____ Profesional ____ Estudiante: ____

TIPO DE VIVIENDA: Propia: X Arrendada: ____ Familiar: ____

USO DEL TIEMPO LIBRE: Otro trabajo: ____ Labores domésticas: ____ Estudio ____
Recreación y deporte X Otro ____ Cuál? atletismo

¿SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD?: SI ___ NO X CUÁL?: ____

DISCAPACIDAD CERTIFICADA: ¿SI ___ NO ___ CUÁL?: ____

¿FUMA?: SI ____ NO X CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS?: SI X NO ____

PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA: Juan Sebastian Piñerez R

NÚMERO DE TELÉFONO: 3162820149

_ PARENTESCO: hijo

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO X ¿Cuál?: ____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Fedrney Piñerez R

FIRMA:

	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	SST-FT-07 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 02

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 12 NOV 25

NOMBRES: Ruben Dario APELLIDOS: Nuñez Arguaga

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: 15611727 DE tierra alta Cordoba

RH: AB Positivo EDAD: 56 EPS: Sanitas PENSION: Proteccion

DIRECCIÓN: Kra 151B #136A 55 TELÉFONO: 3153158103

ESTADO CIVIL: U. libre NÚMERO DE HIJOS: 3 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 ____ NO X

PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA: Arnelia lobo

NÚMERO DE TELÉFONO: 3108182166

_ PARENTESCO: esposa

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO X ¿Cuál?: ____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Ruben Nuñez

FIRMA: Ruben

	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	SST-FT-07 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 02

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 11-NOV-25

NOMBRES: Juan carlos APELLIDOS: Benavides Pinzón

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: 11259402 DE fusagasuga

RH: B+ EDAD: 42 EPS: Salud total PENSION: colpensiones

DIRECCIÓN: Bosa Santafe TELÉFONO: 3208872672

ESTADO CIVIL: U. libre NÚMERO DE HIJOS: 4 ESTRATO SOCIAL 1

ESCOLARIDAD: Primaria X Bachiller ____ Profesional ____ Estudiante: ____

TIPO DE VIVIENDA: Propia: ____ Arrendada: X Familiar: ____

USO DEL TIEMPO LIBRE: Otro trabajo: X Labores domésticas: ____ Estudio ____
Recreación y deporte ____ Otro ____ Cuál? ____

¿SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD?: SI ___ NO X CUÁL?: ____

DISCAPACIDAD CERTIFICADA: ¿SI ___ NO X CUÁL?: ____

¿FUMA?: SI ____ NO X CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS?: SI ____ NO X

PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA: Paula liseth Neira

NÚMERO DE TELÉFONO: 300 940 4556

_ PARENTESCO: esposa

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO X ¿Cuál?: ____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Juan Carlos Benavides P.

FIRMA: 

	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	SST-FT-07 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 02

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 10-11-25

NOMBRES: Yancfan Leandro APELLIDOS: Gutierrez Samanieg

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: CC 1007725630 DE Fusa Cundinamarca

RH: O+ EDAD: 26 EPS: Famisanar PENSION: _____

DIRECCIÓN: Corregori Ciudad Bolivar TELÉFONO: 3112959900

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 _____ NO X CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS?: SI X NO _____

PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA: Lady Jhojana

NÚMERO DE TELÉFONO: 3112950152

_ PARENTESCO: _____

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO X ¿Cuál?: _____

_____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Yancfan Leandro

FIRMA: Yancfan

	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	SST-FT-07 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 02

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 6-NOV-25

NOMBRES: Luis Martinez APELLIDOS: Martinez Rodriguez

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: C.C. 79.833.302 DE Bogotá

RH: O+ EDAD: 48 EPS: Famisanar PENSION: Colpensiones

DIRECCIÓN: Calle 71 # 79-75 Sur TELÉFONO: 3214911872

ESTADO CIVIL: Casado NÚMERO DE HIJOS: 4 ESTRATO SOCIAL 2

ESCOLARIDAD: Primaria ____ Bachiller X Profesional ____ Estudiante: ____

TIPO DE VIVIENDA: Propia: ____ Arrendada: ____ Familiar: X

USO DEL TIEMPO LIBRE: Otro trabajo: ____ Labores domésticas: ____ Estudio ____
Recreación y deporte X Otro ____ Cuál? ____

¿SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD?: SI ___ NO X CUÁL?: ____

DISCAPACIDAD CERTIFICADA: ¿SI ___ NO ___ CUÁL?: ____

¿FUMA?: SI ____ NO X CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS?: SI ____ NO X

PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA: Paola Valenzuela

NÚMERO DE TELÉFONO: 311 847 3706

_ PARENTESCO: Esposa

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO X ¿Cuál?: ____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Luis Martinez

FIRMA: [signature]

	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	SST-FT-07 Fecha 1/Abr/2025 Versión 02

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 12/11/25

NOMBRES: ERWIN RUBIANO APELLIDOS: RUBIANO

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: 1023888976 DE BOGOTA

RH: O+ EDAD: 35 EPS: SALUD TOTAL PENSION: PORVENIR

DIRECCIÓN: Kg 34c Sur # 4-73 TELÉFONO: 3227640934

ESTADO CIVIL: SOLTERO NÚMERO DE HIJOS: 2 ESTRATO SOCIAL 1

ESCOLARIDAD: Primaria _____ Bachiller X Profesional _____ Estudiante: _____

TIPO DE VIVIENDA: Propia: _____ Arrendada: X Familiar: _____

USO DEL TIEMPO LIBRE: Otro trabajo: _____ Labores domésticas: 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: MANTA

NÚMERO DE TELÉFONO: 3227640934 - 3165553118

_ PARENTESCO: MADRE

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO X ¿Cuál?: _____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: ERWIN RUBIANO

FIRMA: _____

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO
- ENCUESTA

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO 19- NOV - 25

NOMBRES: Heny APELLIDOS: Garcia Hernandez

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: 7170464 DE Chiquizo

RH: O X EDAD: 52 EPS: sanitas PENSION: Porvenir

DIRECCIÓN: carrera 99 N 42cal TELÉFONO: 3205722478

ESTADO CIVIL: union libre NÚMERO DE HIJOS: 5 ESTRATO SOCIAL 2

ESCOLARIDAD: Primaria X Bachiller X Profesional ____ Estudiante: ____

TIPO DE VIVIENDA: Propia: ____ Arrendada: X Familiar: ____

USO DEL TIEMPO LIBRE: Otro trabajo: ____ Labores domésticas: X Estudio ____
Recreación y deporte ____ Otro ____ Cuál? ____

¿SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD?: SI X NO ___ CUÁL?: tension Arterial

DISCAPACIDAD CERTIFICADA: ¿SI ___ NO X CUÁL?: ____

¿FUMA?: SI ____ NO X CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS?: SI ____ NO X

PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA: Cristina Sierra

NÚMERO DE TELÉFONO: 3236550337

_ PARENTESCO: Esposa

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO X ¿Cuál?: ____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Heny Garcia

FIRMA: Heny Garcia

	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	SST-FT-07 Fecha 1/Abr/2025 Versión 02

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 4 - NOV 25

NOMBRES: Pablo APELLIDOS: Moreno

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: 79212097 DE Bogota

RH: O+ EDAD: 58 EPS: FamiSanar PENSION: Colpensiones

DIRECCIÓN: Diagonal 44B Sur #2161 TELÉFONO: 3134228945

ESTADO CIVIL: casado NÚMERO DE HIJOS: NO ESTRATO SOCIAL 2

ESCOLARIDAD: Primaria ____ Bachiller X Profesional ____ Estudiante: ____

TIPO DE VIVIENDA: Propia: ____ Arrendada: ____ Familiar: X

USO DEL TIEMPO LIBRE: Otro trabajo: ____ Labores domésticas: X Estudio ____
Recreación y deporte ____ Otro ____ Cuál? ____

¿SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD?: SI ___ NO X CUÁL?: ____

DISCAPACIDAD CERTIFICADA: ¿SI ___ NO X CUÁL?: ____

¿FUMA?: SI ____ NO X CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS?: SI ____ NO X

PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA: Emilia Lozano

NÚMERO DE TELÉFONO: 3104502085

_ PARENTESCO: Esposa

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ___ NO X ¿Cuál?: ____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Pablo Moreno

FIRMA: 



Anexo 3. Plan de trabajo

PLAN DE TRABAJO SST

Código: SST-PL-01
Versión: 01
Fecha: 01-Abr-2025

[illegible]	NOVIEMBRE	2025		SST OBRA

[illegible]	CONTRATO DE OBRA PUBLICA NO. 1013 de 2024

Grupo	Actividad	Programación (P / E)	P	E	%	Responsable	Registro
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	DOCUMENTO SG-SST
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	DOCUMENTO SG-SST
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SST OBRA	[illegible]
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SST OBRA	[illegible]
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SST OBRA	CERTIFICADOS
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SST OBRA	INDUCCIÓN
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SST OBRA	[illegible]
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SST OBRA	FORMATO ENTREGA
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SST OBRA	MATRIZ
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SST OBRA	FORMATO DE INSPECCIÓN
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SST OBRA	FORMATO DE INSPECCIÓN
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SST OBRA	FORMATO DE INSPECCIÓN
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SST OBRA	FORMATO DE INSPECCIÓN
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SST OBRA	FORMATO DE INSPECCIÓN
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SST OBRA	FORMATO DE INSPECCIÓN
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SST OBRA	ATS
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SST OBRA	PERMISOS DE TRABAJO
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SST OBRA	ASISTENCIA A CHARLAS
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SST OBRA	FORMATO
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SST OBRA	CORREO ELECTRÓNICO
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SST OBRA	ACTA CONFORMACIÓN BRIGADA OBRA
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SST OBRA	ACTA CONFORMACIÓN BRIGADA OBRA
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SST OBRA	FORMATO DE ASISTENCIA
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SST OBRA	FORMATO DE ASISTENCIA
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SST OBRA	FORMATO DE ASISTENCIA
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SST OBRA	FORMATO DE ASISTENCIA
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SST OBRA	FORMATO DE ASISTENCIA
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SST OBRA	FORMATO DE ASISTENCIA
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SST OBRA	FORMATO DE ASISTENCIA
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SST OBRA	FORMATO DE ASISTENCIA
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SST OBRA	FORMATO DE ASISTENCIA
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SST OBRA	FORMATO DE ASISTENCIA
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SST OBRA	FORMATO DE ASISTENCIA
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SST OBRA	FORMATO DE ASISTENCIA
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SST OBRA	FORMATO DE ASISTENCIA
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SST OBRA	FORMATO DE ASISTENCIA
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SST OBRA	FORMATO DE ASISTENCIA
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SST OBRA	FORMATO DE ASISTENCIA
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SST OBRA	FORMATO DE ASISTENCIA
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SST OBRA	FORMATO DE ASISTENCIA
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SST OBRA	Cronograma
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SST OBRA	[illegible]

[signature] [signature]

422

CAPACITACION

	LISTA DE ASISTENCIA	SST-FT-10 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

HORA INICIO: 10:30 HORA FIN: 11:00

LUGAR: COP 1013 2024

FECHA: 11 - NOV.

Marque con una (x) según corresponda

			X			

charla de seguridad del autocuidado de manos
-Prohibido el uso de Joyas.
-Uso de los EPPS.

CIV 4038

1	Neftali Gomez	4 119768	
2	RAFAEL Arturo Mejor Ruiz	1066873978	
3	Diana Silva Robles	1028940950	
4	Carlos Andres Orozco	1129504549	
5	CRISTIAN Gonzales Rocha	1002389919	CRISTIAN
6	Arivelet Rodriguez	42630516	Arivelet
7	Martin Ascencio	1043130652	Marty
8	Jorge Piñeros	3.214233	
9	Daniel Sosa	80251145	Daniel
10	Jose Caro	91377161	
11	Victor Barrio Mendez	1002204703	Victor
12	Brayan felipe Barrelo	1071164188	
13			
14			
15			
16			
17			

CAPACITADOR : Luisa Moreno

424

	LISTA DE ASISTENCIA	SST-FT-10 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

HORA INICIO: 11:30 HORA FIN: 12:00

LUGAR: COP 1013 - 2024.

FECHA: 5 NOV 25

Marque con una (x) según corresponda

			X				

CIV 4038

Normas de transito

1	Carlos Andres Orozco	1123504549	
2	Brayan Steven Pabón	1078940950	
3	RAFAEL Arturo Mejia Ruiz	10C6973978	
4	Nefalí Gomez	4 119 768	
5	CRISTIAN GONZALES RUANO	1002389779	CRISTIAN
6	Arjuglet Rodriguez	1263056	ARJUGLET
7	Martin Ascencio	1043130852	
8	Jose Cano	91322765	
9	Victor Antonio Barba	1002204106	
10	Justin Jared Rodriguez	1043966226	
11	Miguel Orlando Huertas	79243617	
12	BRAYAN Felipe Barreto	1071EBABB	
13			
14			
15			
16			
17			

CAPACITADOR : Luisa Moreno

	LISTA DE ASISTENCIA	SST-FT-10 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

HORA INICIO: 10:00 HORA FIN: 11:00

LUGAR: COP 1013 2024

FECHA: 5 NOV 25

Marque con una (x) según corresponda

			X			

Charla normas c/e transito
Autocuidado de manos
Uso EPPS

CIV 2983

	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Fedymex Piñerez R.	5993884	
2	Jose Duran	1125485566	Jose Duran
3	RAFAEL GARCIA	6611169	RAFAEL
4	Andres Felipe Piñerez.	1024586110	
5	MOrCOS GOMEZ	9350547	MOrCOS.
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

CAPACITADOR : LUISA MORENO

MORENO

	LISTA DE ASISTENCIA	SST-FT-10 Fecha: 1/Abr/2025 Versión 01

HORA INICIO: 8:30 am HORA FIN: 9:00

LUGAR: COP 1013 2024

FECHA: 05 NOV- 25

Marque con una (x) según corresponda

			X				

Charla ordeN y aseo
Charla riesgo biologico
Charla de condiciones y actos inseguros

1	Flavio Rodriguez	74333386	Flavio Rodriguez
2	[illegible]	[illegible]	[illegible]
3	José Miguel Rivera Castro	1032606277	José Rivera C.
4	Pablo Mendez	79412091	
5	Jorge Piñeros	3.214233	
6	Arivelet Rodriguez	26305716	ArivelET R
7	CRISTIAN GONZALEZ	1002389779	CRISTIAN
8	Carlos Ovalle	1129584549	
9	RAFAEL ARTURO MORENO	1068739783	
10	Dayra Silva Robles	1028940930	Dayra Silva
11	Martin Ascencio	1043130652	Martin
12	RAFAEL GARCIA	6611169	RAFAEL
13	Miguel Hernandez	[illegible]	[illegible]
14			
15			
16			
17			

CAPACITADOR : Luisa Moreno

427

	LISTA DE ASISTENCIA	SST-FT-10 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

HORA INICIO: 9:00 HORA FIN: 10:00

LUGAR: COP 1013 2024.

FECHA: 11- NOV- 25

Marque con una (x) según corresponda

			X				

Charla Actos y condiciones inseguras
Riesgo Biomecanico.
Uso de EPPS

	NOMBRE		
1	Plinio Rodriguez	94333316	Plinio R
2	José Miguel Rivera Castro.	1002606171.	Jose Rivera C.
3	[illegible]	[illegible]	[illegible]
4	Pablo Mendez	79411041	
5	Jorge Pinzon	3-214-233	
6			
7	Arivelet Rodriguez	1263016	Arivelet R
8	Cristian Gonzalez Rocha	1002389779	Cristian
9	Carlos Orozco	1129504549	
10	Rafael Arturo Meyer R	1067873778	
11	Byron Styven Robles	1028940950	Byron R
12	Martin Asencio	1043130252	Martin
13			
14			
15			
16			
17			

CAPACITADOR: Luisa Moreno

428

CAPACITACIÓN REINDUCCION HENRY GARCÍA

LISTA DE ASISTENCIA

HORA INICIO: 9:00 HORA FIN: 11:00

LUGAR: CDP 1013 2024

FECHA: 14-NOV-25

Marque con una (x) según corresponda

	x					

Auto cuidado de manos
Seguridad vial medidas preventivas
Manejo de maquinaria y riesgo expuestos

1	Heaf Rocio	7120487	Heaf Rocio
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			

CAPACITADOR : Lisa Moreno

Lisa Moreno



INSPECCIONES

INSPECCION KIT ANTIDERRAMES

Código: [illegible]
Versión: 01
Fecha: [illegible]

Objetivo: Identificar los agentes de riesgos que enfrentan los trabajadores en sus actividades cotidianas, mediante inspecciones periódicas a las áreas, frentes de trabajo y equipos en general.

AREA: COP 1013 2024

FECHA DE INSPECCION: 4-11-25

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 área de acceso)	1	1	X		
04	Estado del empaque (maletin)	1	1	X		
05	Bolsas rojas - negras	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?	1	1	X		
2	Se evidencia buen uso y cuidado del kit antiderrame por parte del personal del sitio?	1	1	X		

FIRMA: [signature]

NOMBRE: Luisa Moreno

RESPONSABLE DE LA INSPECCION

FIRMA: [signature]

NOMBRE: Luisa Moreno

RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO

FORMATO INSPECCIÓN DE EPP

FECHA: 7- MAY-25
OBRA: COP 1013 2024
ÁREA INSPECCIONADA: COP 1013 2024
NOMBRE DE QUIEN REPORTA: LUISA MORENO

No.	NOMBRE	CARGO	ELEMENTOS QUE DEBE USAR A	B	C	D	E	F	G	H	USA SI	USA NO	ESTADO B	ESTADO R	ESTADO M	NO USA POR NS	NO USA POR NP	NO USA POR NQ	MEDIDAS DE 1	2	3	4	5
1	brayan robles	Ayudante	X	X	X	X	X	X	X		✓		X						X	X			
2	martin orozco	Ayudante	X	X	X	X	X	X	X		✓		X						X	X			
3	Rafael ruiz	Ayudante	X	X	X	X	X	X	X		✓		X						X	X			
4	Rafael garcia	Ayudante	X	X	X	X	X	X	X		✓		X						X	X			
5	Frederney pinet	Oficial	X	X	X	X	X	X	X		✓		X						X	X			
6	Andres piñerez	Oficial	X	X	X	X	X	X	X		✓		X						X	X			
7	David Roldan	Ayudante	X	X	X	X	X	X	X		✓		X						X	X			
8	Edwin Rubiano	Ayudante	X	X	X	X	X	X	X		✓		X						X	X			
9	Jose Cayo	Maestro	X	X	X	X	X	X	X		✓		X						X	X			
10	Arrieta Rodfey	Ayudante	X	X	X	X	X	X	X		✓		X						X	X			
11	Victor Berrio	Ayudante	X	X	X	X	X	X	X		✓		X						X	X			
12	Jaime garcia	Ayudante	X	X	X	X	X	X	X		✓		X						X	X			
13	Jesus mejia	Ayudante	X	X	X	X	X	X	X		✓		X						X	X			
14	Jorge Pineros	Oficial	X	X	X	X	X	X	X		✓		X						X	X			
15	Josefito leyton	Ayudante	X	X	X	X	X	X	X		✓		X						X	X			

EMPLEADOS POR PERSONA No.	CARGO	A	B	C	D	E	F	G	H

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL
A- CASCO
B- GUANTES
C- BOTAS
D- PROTECCIÓN RESPIRATORIA
E- PROTECTORES AUDITIVOS
F- GAFAS PROTECTORAS
G- OTRO
Cual? _____

ESTADO
B- BUENO
R- REGULAR
M- MALO

RAZÓN POR LA CUAL NO USA EPP
NS- NO SABE
NP- NO PUEDE
NQ- NO QUIERE

MEDIDAS PREVENTIVAS
1 INSTRUCCION
2 MOTIVACION
3 CAMBIO DE EPP
4 MEDIDAS PREVENTIVA
5 OTRAS

OBSERVACIONES
FIRMA

FIRMA

Powered by CamScanner

INSPECCIÓN DE EXTINTORES

Nombre del responsable de la inspección: Luisa Moreno
Cargo:
Fecha: COP 1013 2024
Fecha de inspección:
Res. SST 12-12-25

Convenciones: B: Bueno. R: Regular. M: Malo. NA: No Aplica. NO: No Observado

EXTINTORES

No.	No. DE EXTINTOR	UBICACIÓN PISO	TIPO (Marque con una X) PRESURIZADO	TIPO (Marque con una X) CARTUCHO CO2	TIPO (Marque con una X) AGUA	CAPACIDAD	FECHA PRÓXIMA RECARGA MES	FECHA PRÓXIMA RECARGA AÑO	CONDICIONES DEL EXTINTOR: ACCESO	VISIBILIDAD	SEÑALIZACIÓN	PARED ALTURA (1.50 m)	PISO (Base)	LIMPIEZA	ROTULO	CILINDRO	MANOMETRO	PRESION	PIN DE SEGURIDAD	MANGUERA	BOQUILLA	CORNETA	PINTURA	SUNCHA DE TRANSPORTE	SELLO DE GARANTIA	USO DE SEÑALIZACIÓN	HACHA	PUERTA	OTROS	OBSERVACIONES
1	1	Anclado		X		10lb	4	26	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	NA	B		Sin observaciones
2																														
3																														
4																														
5																														
6																														
7																														
8																														
9																														
10																														
11																														
12																														

Powered by CamScanner

INSPECCION DE BOTIQUIN

Nombre del responsable de la inspección:	LUISA MORENO COP 1013 2024	Cargo:	RES. SST
Área:		Fecha de inspección:	10/11/25

CAMILLAS

Convenciones: B: Bueno R: Regular M: Malo NC: No Contiene NA: No Aplica

No.	N. DE CAMILLA	UBICACIÓN PISO	CONDICIÓN DE CAMILLA							OBSERVACIONES	EXISTE AFECTACIÓN EN LA PRODUCTIVIDAD
			SEÑALIZACIÓN	ACCESO	ESTADO SOPORTE	INMOVILIZACIÓN A MUROS	CORREAS DE SEGURIDAD	LIMPIEZA	INMOVILIZADOS		
1	1	Anclada	B	B	B	B	B	B	B	SIN observaciones	
2											
3											
4											
5											
6											
7											

BOTIQUINES

Convenciones: B: Bueno R: Regular M: Malo NC: No Contiene NA: No Aplica

No.	N° DE BOTIQUIN	UBICACIÓN PISO	CONDICIONES DEL BOTIQUIN																						OBSERVACIONES	AFECTACION AL SERVICIO
			BOMBA + ESTADO (CANULA, MANGUERA, ADAPTADOR)	GASAS LIMPIAS PAQUETE (10 Unidades)	ESPARADRAPO DE TELA ROLLO de 4" (1 Unidad)	BAJALENGUAS (Pkg. X 25)	GUANTES DE LATEX (Caja * 100 Unidades)	VENDA ELASTICA 3" * 5 YARDAS (1 Unidad)	VENDA ELASTICA 3" * 5 YARDAS (1 Unidad)	VENDA ELASTICA 5" * 5 YARDAS (1 Unidad)	JERINGA 5 CC (1 Unidad) (2 Unidades)	TERMOMETRO DIGITAL O MERCURIO (1 Unidad)	ALCOHOL ANTISEPTICO (Frasco 375 ml)	YODOPOVIDONA LIQUIDA (Botella 120 cc)	MICROPORE (1 Unidad)	CURAS	APLICADORES (1 Paquete)	LIMPIEZA	PARCHE OCULAR	PITO	TAPABOCAS	TIJERAS DE TRAUMA	BOLSA ROJAS	BOLSA TAMBORADORES		
1	1	Anclado	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	Sin observación	
2																										
3																										
4																										
5																										
6																										
7																										

FIRMA DE QUIEN REALIZA INSPECCION

B135

Powered by CamScanner

	INSPECCIÓN LOCATIVA		SST 111 11 Fecha 1/Abr/2025 Versión 01
Fecha de inspección:	6-11-25	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.	✓			
1.2	Hay buena ventilación en el área.	✓			
1.3	El nivel de ruido es adecuado (Condiciones Normales inferiores a 85 db).	✓			
1.4	Existen controles de ruido (control en la fuente, en el medio de propagación, en el trabajador).	✓			
1.5	La temperatura es confortable.	✓			
2	**PELIGROS LOCATIVOS**				
2.1	Pisos en buen estado.	✓			
2.2	Areas de circulación despejadas.	✓			
2.3	Están claramente demarcadas las áreas de trabajo y rutas de tránsito.	✓			
3	**PELIGROS ELÉCTRICOS**				
3.1	Los empalmes o conexiones estan en buen estado.	✓			
3.2	Cables en buen estado.	✓			
3.3	Existe señalización de peligros.	✓			
4	**PELIGROS DE SEGURIDAD**				
4.1	Extintores libre de obstaculos.	✓			
4.2	Existe señalización en todas las areas y en las salidas de emergencia.	✓			
4.3	Las áreas de salida de emergencia y punto de encuentro se encuentran despejadas	✓			
4.4	El personal cuenta con los elementos de protección personal (EPP).	✓			
4.5	Hay camilla en el área. (Solo si es necesaria).	✓			
5	**PELIGROS BIOLOGICOS**				
5.1	El area esta libre de insectos y roedores.	✓			
6	**PELIGROS BIOMECANICO**				
6.1	Espacio de trabajo adecuado (para miembros inferiores, desplazamientos y salidas del puesto de trabajo)	✓			
6.2	El peso de los objetos que levanta o almacena están dentro de los límites permisibles	✓			

7	ORDEN Y ASEO				
7,1	El área se encuentra organizada	✓			
7,2	Se realiza la clasificacion de residuos sólidos en forma correcta	✓			
7,3	Los residuos peligrosos se separan y disponen con empresas autorizadas	✓			
7,4	El sitio inspeccionado se encuentra en buen estado de aseo y mantenimiento	✓			
8	SANEAMIENTO BASICO				
8,1	Servicios higiénicos en buen estado y limpieza	✓			
8,2	Hay papel higiénico, jabón y papeleras con pedal y tapa.	✓			
8,3	Estan los inodoros limpios en buen estado	✓			
9	PELIGRO MECANICO (HERRAMIENTAS)				
9,1	Equipos y herramientas de obra en buen estado	✓			
9,2	Archivo rodante en buen estado	✓			
10	MEDIO AMBIENTE	BUEN ESTADO	REGULAR ESTADO	MAL ESTADO	
10,1 Sustancias químicas	El area cuenta con las Hojas de seguridad.	✓			
	Otro.				

OBSERVACIONES

SIN OBSERVACIONES

Firma responsable inspección: [signature]

Firma Responsable del SG-SST: [signature]

Anexo 4. Exámenes médicos

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de especialidad

UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestación de Servicios en seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020

NIT 830019294-4

Laboratorio - Medicina - Radiología - Espirometría - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 118380

FECHA : 13/09/2025 HORA:7:41		**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**	
NOMBRES: EMILIANO LOZANO ASPRILLA		DOCUMENTO: 1178439	EDAD: 43 GENERO: M
Empresa: CONSORCIO SUBA MT		Cargo: OFICIAL DE OBRA	Tel: 3004629706

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 Hemático 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 Inlradesnivel			NA		
Examen PERIODICO Satisfactorio	NA	**Examen de EGRESO Satisfactorio**			NA

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	Si	Uso de Gafas Protección Auditiva	NA	Evitar Posturas Prolongadas	NA
Pausas Activas	Si	Control Optometrico Periodico	Si	Uso de Medios de Sujeción 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 en EPS	NA	Control de Tensión Arterial	NA	Control Espirometria	NA
Control Audiometrico	NA	Epicrisis de Vida Saludable	Si	Control Medico Ocupacional Anual	Si
					NA

Lea este codigo QR con su celular para validar y autenticidad

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

Me comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclínico(s) y/o exploraciones que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mí en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda coherción y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran los procedimientos, fui informado de las medidas que el profesional de salud ocupacional de UMED LTDA tomará para proteger la confidencialidad de la información en evaluación. Los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información requerida a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de las cuales realizare los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Haga constar con mi firma que he leido y comprendido lo anterior y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

NESTOR RAUL GARZON RODRIGUEZ
LICENCIA No. 6660 DE 2015 C.M.P.
Medico Especialista en Salud Ocupacional

Firma Trabajador

C.C. No

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá D.C.
Tels: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels: 311 265 5841 - 301 541 2992
umedltda@gmail.com - www.umedips.co

439

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestación de Servicios en seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 118047

FECHA : 11/11/2025 HORA:7:56		**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**	
NOMBRES: DAVID ROLDAN MORA		DOCUMENTO: 334687	EDAD: 66 GENERO: M
Empresa: CONSORCIO SUBA MT		Cargo: OFICIAL	Tel: 3163122898

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoracion Medica Laboral	SI	Psicologia	SI
Estereopsia	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 (VI)	NA	Perfil de Orina	NA
Glicemia	NA	Rh-Grupo Sanguineo	NA
Colesterol	NA	KOH Ungueal	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 Inradesnivel	NA		
Examen PERIODICO Satisfactorio	NA	**Examen de EGRESO Satisfactorio**	NA

RECOMENDACION: 1 USO DE DOBLE PROTECCION AUDITIVA EN AREAS CON RUIDO EN NIVELES SUPERIORES A LOS PERMISIBLES

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	SI	Uso de Doble Protección Auditiva	SI	Evitar Posturas Prolongadas	NA
Pausas Activas	SI	Control Oftalmico Periodico	SI	Uso de Medias de Compresión Graduada	NA
Ergonomia del Puesto de trabajo	SI	Uso de Lentes Permisivos	NA	Valoración y Manejo en IPS	NA
Uso de Elementos de Protección Personal	SI	Uso de Lentes Vision Cercana	SI	Dieta - Ejercicio Fisico	NA
Valoración por Medicina Laboral de IPS	NA	Control de Tensión Arterial	NA	Control Espirometria	NA
Control Audiometrico	SI	Estilos de Vida Saludable	SI	Comite Medico Ocupacional Anual	SI
					NA

Lea este codigo QR con su celular para ver mi CV

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclínico(s) y/o declaraciones que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mí en este cuestionario y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda exhasión 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 protegar la confidencialidad de la información allí expuesta,Los cuales para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona a 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 exigiré 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 de 2008** **Medico Especialista en Salud Ocupacional**	**Firma Trabajador** C.C. No

Carrera 24 # 52 - 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 Prestacion de Servicios en seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 115835

FECHA : 25/08/2025 HORA:8:40		**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**	
NOMBRES: EDWIN FABIAN RUBIANO SANTOS		DOCUMENTO: 1023888278	EDAD: 35 GENERO: M
Empresa: CONSORCIO SUBA MT		Cargo: AYUDANTE DE OBRA	Tel: 3227941834 -

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoración Medica Laboral	Si		Respiratorio	Si	
Estereopsia	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 CLINICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hemarico IVO	NA		Parcial de Orina	NA	
Glicemia	NA		RH-Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	NA		KOH Unas	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 DE CORRECCION OPTOMETRICA PARA VISION DE LEJOS

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	Si	Uso de Doble Protección Auditiva	NA	Evitar Posturas Prolongadas	NA
Pausas Activas	Si	Control Optometrico Periodico	Si	Uso de Medias de Compresión Graduada	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 Vision Cercana	NA	Dieta - Ejercicio Fisico	NA
Valoración por Medicina Laboral en IPS	NA	Control de Tensión Arterial	NA	Control Espirometria	NA
Control Audiometrico	NA	Estilos de Vida Saludable	Si	Control Medico Ocupacional Anual	Si
					NA

Lea este codigo QR con su celular para ver su certificado

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclínico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que los respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entiendo/no que este proceso es voluntario y libre de toda coherción 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 sin excepción.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. 6960 DE 30/04/2019 Medico Especialista en Salud Ocupacional	**Firma Trabajador** C.C. No.	

Carrera 24 No. 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogota D.C.
Tels: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels: 311 265 5841 - 301 541 2992
umedlida@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

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 117963

FECHA : 05/11/2025 HORA:8:3		EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO	
NOMBRES : LUIS ALBERTO MARTINEZ RODRIGUEZ		DOCUMENTO: 79930397	EDAD: 48 GENERO: M
Empresa: INVERSIONES HAKE		Cargo: OPERADOR DE MAQUINARIA	Tel: 3214911572

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	
Patologia Laboral	NA		Radiologia Columna	NA	
Vacunas	NA		Radiologia Torax	NA	

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hemático 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 PERMANENTE DE CORRECCION OPTOMETRICA. 2. USO DE DOBLE PROTECCION AUDITIVA EN AREAS CON RUIDO EN LIMITES 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 Medios de Comunicación Graduado	NA
Ergonomia del Puesto de trabajo	Si	Uso de Lentes Permanentes	Si	Valoracion 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 IPS	NA	Control de Tensión Arterial	NA	Control Espirometria	NA
Control Audiometrico	Si	Estilos de Vida Saludable	Si	Control Medico Ocupacional Anual	Si
					NA

Lea este codigo QR con su celular para

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclínicos(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mí en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de todo coheacho 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 así expuesta.Los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información generada 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 DE 2019
Medico Especialista en Salud Ocupacional

Firma Trabajador

C.C.No

Carrera 21 No 26-30/06 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

COSMOS SUPPORT SAS
Nit: 9005304867
Dirección: Calle 57 N 18 21
Teléfono: 321 510 8866
Email: info@clinicosmos.com
agendamiento@clinicosmos.com

Información General

No. Ingreso	17497	Fecha Impresión	1/09/2025
Fecha Ingreso	1/09/2025	Nombre	PABLO MENDEZ MORENO
CC	79412091	Sede	COSMOS SUPPORT
Cargo	Operador retroexcavadora	Tipo de examen	EXÁMEN INGRESO
Fecha Nacimiento	3/03/1967	Edad	58
Dirección	diagonal 44 b sur número 21-61	Teléfono	3134229845
Estado Civil	Casado	# Hijos	0
Empresa a Laborar	GESTION GLOBAL JC S.A.S	Fecha de salida	1/09/2025



Nombre Acompañante

Examenes Complementarios

Examen	Resultado	Examen	Resultado
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL	PERFIL LIPIDICO	NORMAL
AUDIOMETRIA	NORMAL		
OPTOMETRIA	NORMAL	GLICEMIA SIMPLE	NORMAL

Certificación de Aptitud

APTO PARA LABORAR EN EL CARGO

Concepto y visión ocupacional

OSTEOMUSCULAR: **SIN RECOMENDACIONES NI RESTRICCIONES**

ALTURAS: **APTO SIN RESTRICCIONES**

ESPACIOS CONFINADOS: **NA**

Recomendaciones Generales

- Control periódico ocupacional
- Hábitos higiénicos saludables
- Utilización de EPP Elementos de Protección personal de acuerdo al cargo Ejercicio regular 3 veces / semana

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

- **OSTEOMUSCULAR:** Pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
- **VISUAL:** Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausas activa visual.
- **ALTURAS:** Capacitación y certificación de alturas
- **AUDITIVO:** Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido y registro auditivo ocupacional.

Sistema de Vigilancia Epidemiológica

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 emitirá en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACION ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, FUGH DE MEDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO

Profesional: RIGOBERTO ALEJANDRO MENDEZ G
CC: 1.032.395.042
Registro médico: 1.032.395.042

Firma del trabajador: PABLO MENDEZ MORENO
CC:CC79412091

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestacion de Servicios en seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020

Laboratorio - Medicina - Radiologia - Ecografia - Audiometria - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 119001

FECHA : 08/11/2025 HORA:11:4			**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**		
NOMBRES: EDWIN ALDAHIR QUIMBAYO VASQUEZ			DOCUMENTO: 1023918420	EDAD: 28 GENERO: M	
Empresa: EDWIN QUIMBAYO			Cargo:	Tel: 3214653348	

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoracion Medica Laboral	SI		Respiratorio	SI	
Espirometria	NA		Dermatologia	SI	
Audiometria	SI		Osteomuscular	SI	
Visiometria	SI		Cardiovascular	SI	
Optometria	NA		Pruebas de equilibrio	SI	
Electrocardiograma	NA		Pruebas Psicometricas	NA	
Psicologia Laboral	NA		Radiologia Columna	NA	
Visiometria	NA		Radiologia Torax	NA	

LABORATORIO CLINICO 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			NA	**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			SI		
Examen PERIODICO Satisfactorio	NA	**Examen de EGRESO Satisfactorio**			NA

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	SI	Uso de Doble Proteccion 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	Vacunación y Manejo en IPS	NA
Uso de Elementos de Protección Personal	SI	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	NA	Habitos de Vida Saludable	SI	Control Médico Ocupacional Anual	SI
					NA

Lea este codigo QR con su celular para validar

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclínico(s) y/o procedimiento(s) que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mí en estos exámenes y presentes en este documento son verazes 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 los procesos. Fui informado de las medidas que el profesional de salud ocupacional de UMED LTDA tomará para proteger la confidencialidad de la información allí soplicada.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 salud vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y asegure estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído lo consignado a la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

NESTOR RAUL GARZON RODRIGUEZ
LICENCIA No. 6680 DE 30/09/2019
Médico Especialista en Salud Ocupacional

Firma Trabajador

C.C No

Cra 71 D No. 76-06 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

444

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Médica 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 830135964-4

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

No. 117985

FECHA : 08/11/2025 HORA:7:37		**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**	
NOMBRES: JESUS MANUEL TORRES GRACIA		DOCUMENTO: 1070294626	EDAD: 26 (ENERO, M
Empresa: EDWIN QUIMBAYO		Cargo: AYUDANTE DE OBRA	Tel: 3246421827 -

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		Radiografia Columna	NA	
Varices	NA		Radiografia Torax	NA	

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hematico IVG	NA		Pajicas de Orina	NA	
Glicemia	NA		RH-Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	NA		KOH Unas	NA	
Triglicaridos	NA		Frotis Faringeo	NA	
Serologia	NA		Coprologico	NA	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	NA		**Apto Para Trabajos en espacios Confinados**		NA
Apto Para el cargo sin Restricciones		NA	**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		SI			
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 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 Hasta Cercanía	NA	Dieta - Ejercicio Físico	NA		
Valoración por Medicina Laboral de IPS	NA	Control de Tensión Arterial	NA	Control Espirometria	NA		
Control Audiometrico	NA	Estilos de Vida Saludable	SI	Control Médico Ocupacional Anual	SI		
					NA		

Use este codigo QR con su celular para

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 mí en estos exámenes y presentes en este documento son ciertas 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 protegar la confidencialidad de la información allí expuesta.Les autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad contemplada en la legislación salud vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y exegesis estas de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leido y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

NESTOR RAUL GARZON RODRIGUEZ
LICENCIA No. 6660 DE 30/09/2019
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
Cels: 311 265 5841 - 301 541 2992
umedltda@gmail.com - www.umedips.co

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de especialidades

UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestacion de Servicios en seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020

Laboratorio - Medicina - Radiologia - Ecografia - Audiometria - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 117584

FECHA : 8/11/2025 HORA:7:41			**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**		
NOMBRES YONATAN LEANDRO GUTIERREZ SALAMANCA			DOCUMENTO 1007725830		EDAD 26 GENERO M
Empresa: EDWIN QUIMBAYO			Cargo AYUDANTE DE OBRA		Tel: 3112993900 -
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 Ungueal	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 Graduada	NA
Ergonomia del Puesto de Trabajo	SI	Uso de Lentes Permanentes	NA	Valoracion 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 IPS	NA	Control de Tensión 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 verificar su autenticidad

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclínico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda coacción y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas. He informado de las medidas que el profesional de salud ocupacional de UMED LTDA tomará para proteger la confidencialidad de la información en 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 las cuales recibiré los resultados y asegurо estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

CAMILO ERNESTO VELASQUEZ VELASCO
LICENCIA No. RES 7058 DE 16/08/19
Medico Especialista en Salud Ocupacional

Firma Trabajador

C.C. No

Carrera 21 No. 36 - 06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá D.C.
Tels: 278 5555 - 366 5291 - 289 1657
Cels: 311 265 5841 - 301 541 2992
umedltda@gmail.com - www.umedips.co

446

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestacion de Servicios en seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/03/2020

NIT 830139944

Laboratorio - Medicina - Radiologia - Ecografia - Audiometria - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 117982

FECHA : 8/11/2025 HORA:7:35		**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**	
NOMBRES: ARTURO ENRIQUE DUARTE CASTRO		DOCUMENTO: 1000936818	EDAD: 26 GENERO: M
Empresa: EDWIN GUMBAYO		Cargo: AYUDANTE DE OBRA	Tel: 3202854395 -

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	
Visiometria	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		Frote 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 Proteccion 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 en EPS	NA	Control de Tensión Arterial	NA	Control Espirometria	NA
Control Audiometrico	NA	Estilos de Vida Saludable	NA	Control Medico Ocupacional Anual	SI
					NA

Lea este codigo QR con su celular para

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen medico, paraclinicos(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional de salud ocupacional de UMED LTDA tomara para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta. Las autorizo para que den a conocer por conducto medico especifico e hiciera la información registrada a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional en la Empresa y se les asista realizar los resultados y asegure estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

CAMILO ERNESTO VELASQUEZ VELASCO
LICENCIA No. RES.7058 DE 16/08/19
Medico Especialista en Salud Ocupacional

Firma Trabajador

C.C. No

Carrera 21 No. 26-30/06 Sur
Barrio Olarte 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. 830.015.894-4

Código de prestador de servicios de la salud No.1001054592 Aprobado por la Secretaría de Salud de Bogotá según Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997

Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T

Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional

Lic. de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo Res. 1402 de 27/06/2019 de la Secretaría de Salud



Foto. 72214

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

FECHA : 20/10/2025 HORA:9:56		**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**	
NOMBRES: EDWIN GUAMAYO MONTEALEGRE		DOCUMENTO: 5894108	EDAD: 48 GENERO: M
Empresa: INDEPENDIENTE		Cargo: MAESTRO DE OBRA	Tel: 3502630145

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoracion Medica Laboral	Si	Respiratorio	Si
Espirometria	NA	Dermatologico	Si
Audiometria	Si	Osteomuscular	Si
Visiometria	Si	Cardiovascular	Si
Osteometria	NA	Prueba de esfuerzo	NA
Electrocardiograma	NA	Prueba Psicometrica	NA
Psicologia Laboral	NA	Radiologia Columna	NA
Visiometria	NA	Radiologia Torax	NA

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hemático (HC)	NA	Parcial de Orina	NA
Glicemia	NA	Rh-Grupo Sanguineo	NA
Creatinina	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 DE CORRECCION OPTOMETRICA PARA ESFUERZO VISUAL

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	Si	Uso de Doble Protección Auditiva	Si	Evitar Posturas Prolongadas	NA
Pausas Activas	Si	Control Optometrico Periodico	Si	Uso de Fajas de Levantar Cargas	NA
Ergonomia del Puesto de Trabajo	Si	Uso de Lentes Permanentes	Si	Valoración y Manejo en IPS	NA
Uso de Elementos de Protección Personal	Si	Uso de Lentes Visión Cercana	NA	Dieta - Ejercicio Físico	NA
Terapia en MEDICINA Interna EPS	NA	Control de Tensión Arterial	NA	Control Espirometrico	NA
Control Audiometricos	Si	Evitar Posturas Prolongadas	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, paraclínicos) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mí en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda coheción 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 así expuesta,Los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información aquí plasmada 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 realizado. Declaro que he leído y comprendido o la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

NESTOR RAUL GARZON RODRIGUEZ
LICENCIA No. 5660 DE 30/07/2019
Medico Especialista en Salud Ocupacional

Firma Trabajador

C.C. No

2025

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.com

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas

UMED LTDA. IPS NO DISCRIMINA, maneja todos los protocolos de bioseguridad para EVITAR CONTAGIOS según resolución No 666 por Ministerio de Salud del 24/04/2020

Realizar sus exámenes en Centros Médicos Aprobados por la Secretaría Distrital de Salud. UMED LTDA. I.P.S. Salud Ocupacional

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestacion de Servicios en seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/03/2020



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 118016

FECHA : 10/11/2025 HORA:7:57		**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**	
NOMBRES: JUAN CARLOS BENAVIDES PINZON		DOCUMENTO: 11359402	EDAD: 42 GENERO: M
Empresa: EDWIN QUIMBAYO		Cargo: AYUDANTE DE OBRA	Tel: 3206872672 -

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoracion Medica Laboral	SI	Respiratorio	SI
Estereometria	NA	Dermatologia	SI
Audiometria	SI	Osteomuscular	SI
Visiometria	SI	Cardiovascular	SI
Optometria	NA	Prueba de equilibrio	NA
Electrocardiografia	NA	Prueba Psicometrica	NA
Patologia Laboral	NA	Radiografia Columna	NA
Vacunas	NA	Radiografia Torax	NA

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hemático IVG	NA	Parcial de Orina	NA
Glicemia	NA	RH Grupo Sanguineo	NA
Colesterol	NA	KOH Uñas	NA
Triglicéridos	NA	Frote Faringeo	NA
Toxicologia	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 Otros Protectores Auditivos	NA	Evitar Posturas Prolongadas	NA
Pausas Activas	Si	Control Optometrico Periodico	NA	Uso de Medias de Compresion 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 Vision Cercana	NA	Dieta - Ejercicio Fisico	Si
Valoración por Medicina Laboral de EPS	NA	Control de Tension Arterial	NA	Control Espirometria	NA
Control Audiometrico	NA	Estilos de Vida Saludables	Si	Control Médico Ocupacional Anual	Si
					NA

Use 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 mí en estas entrevistas y presentes en este documento son veraces 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. Los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información resultante a la persona o entidad contemplado 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 asegurare 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. 0660 DE 30 DE 2013** **Medico Especialista en Salud Ocupacional**	**Firma Trabajador** C.C. No	

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogota D.C.
Tels. 228 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels: 311 265 5841 - 301 541 2992
umedltda@gmail.com - www.umedips.co

Laboratorio - Medicina - Radiologia - Ecografia - Audiometria - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de especialidades

UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestación de Servicios en seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020

Urbanización - Medicina - Radiología - Ergonomía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cumbre de Alturas



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 117710

FECHA : 29/10/2025 HORA:8:4		EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO	
NOMBRES: MARTIN ELIAS ASCENCIO OROZCO		DOCUMENTO: 1043130682	EDAD: 19 GENERO: M
Empresa: CONSORCIO SURA 1IT		Cargo: AYUDANTE DE OBRA	Tel: 3019007412

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoracion 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 CLINICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hematico (VC)	NA	Parcial de Orina	NA
Glicemia	NA	RH Grupo Sanguineo	NA
Colesterol	NA	KOH Ungeal	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 Intradesnivel	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 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 Vision Cercana	NA	Dieta - Ejercicio Fisico	NA
Interpretacion Medicina Laboral de IPS	NA	Control de Tension Arterial	NA	Control Espirometrico	NA
Control Audiometrico	NA	Estilos de Vida Saludable	Si	Control Medico Ocupacional Anual	Si
					NA

Use este codigo QR con su celular para verificar

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclínico(s) y/o ocupacional es que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mí en estos exámenes y preventivo en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda coacción y que tuve la oportunidad de realizar 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 así expuesta.Las 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 las cuales recibire 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 30/12/2016
Medico Especialista en Salud Ocupacional

Firma Trabajador

C.C. No.

Carrera 21 No. 38-90 Sur
Barrio Olaya - Bogotá D.C.
Tels.278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels: 311 265 5841 - 301 541 2992
umeditda@gmail.com- www.umedips.co

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de especialidades

UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestacion de Servicios en seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020

NIT: 830078944

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 118028

FECHA : 11/11/2025 HORA:7:19	EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO
NOMBRES: RUBEN DARIO NUÑEZ ARTEAGA	DOCUMENTO: 15611747 EDAD: 57 GENERO: M
Empresa: EDWIN QUIMBAYO	Cargo: AYUDANTE DE OBRA Tel: 3133758100 -

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoracion 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	BH 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		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 Inradesnivel	NA		
Examen PERIODICO Satisfactorio	NA	Examen de EGRESO Satisfactorio	NA

RECOMENDACION: 1. USO DE DOBLE PROTECCION AUDITIVA EN AREAS CON RUIDO EN NIVELES SUPERIORES A LOS PERMISIBLES.

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	Si	Uso de Doble Protección Auditiva	Si	Evitar Posturas Prolongadas	NA
Pausas Activas	Si	Control Optometrico Periodico	NA	Uso de Medios de Comprension Graduales	NA
Ergonomia del Puesto de trabajo	Si	Uso de Lentes Permanentes	Si	Valoración y Manejo en IPS	NA
Uso de Elementos de Protección Personal	Si	Uso de Lentes Visión Cercana	NA	Dieta - Ejercicio Físico	NA
Formación por Medicina Laboral en EPS	NA	Control de Tensión 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 verificar la información

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclínico(s) y/o complementarios que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mí en estos exámenes y preventivo son exactas, verazas 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 cada UTDA tomara para proteger la confidencialidad de la información así expuesta.Los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información registrada o 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 asegurro 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.

Forma Trabajador

C.C. No

NESTOR RAUL GARZON RODRIGUEZ
LICENCIA No. 6660 DE 30 de 2014
Medico Especialista en Salud Ocupacional

Carrera 21 [illegible] 40/06 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 830113894-4

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 118132

FECHA : 14/11/2025 HORA:7:58		**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**	
NOMBRES: MANUEL ENRIQUE POLANCO SANTANA		DOCUMENTO: 1051361018	EDAD: 31 GENERO: M
Empresa: EDWIN CUIMBAYO		Cargo: AYUDANTE DE OBRA	Tel: 3015854229 -

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoración Medica Laboral	SI		Respiratorio	SI	
Estereopsia	NA		Dermatologia	SI	
Audiometria	SI		Osteomuscular	SI	
Visiometria	SI		Cardiovascular	SI	
Optometria	NA		Prueba de equilibrio	NA	
Electrocardiograma	NA		Prueba Psicotecnica	NA	
Psicologia Laboral	NA		Radiologia Columna	NA	
Visuales	NA		Radiologia Torax	NA	

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hematico IVG	NA	Parcial de Orina	NA
Glicemia	NA	Rh-Grupo Sanguineo	NA
Colesterol	NA	KOH Unas	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 Odontologico Periodico	NA	Uso de Medias de Compresion Graduada	NA
Ergonomia del Puesto de Trabajo	SI	Uso de Lentes Permanentes	NA	Valoracion y Manejo en IPS	NA
Uso de Elementos de Proteccion Personal	SI	Uso de Lentes Vision Cercana	NA	Dieta - Ejercicio Fisico	NA
Realizacion por Medicina Laboral de EPS	NA	Control de Tensión Arterial	NA	Control Espirometria	NA
Control Audiometrico	NA	Evitar de Vida Saludable	SI	Control Médico Ocupacional Anual	SI
					NA

Lea este codigo QR con su celular para validar

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

Me comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclínicos(si ylo 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 coherción 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 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 ninguno estar de acuerdo con el proceso. Hago darlar con mi firma que he sido comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

NESTOR RAUL GARZON RODRIGUEZ	**Firma Trabajador**
LICENCIA No. 6660 DE 2015	**C.C. No**
Medico Especialista en Salud Ocupacional	

Carrera 21 No. 6-00/06 Sur
Barrio Chiya - Bogota D.C.
Tels. 278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels: 311 265 5841 - 301 541 2992
umedltda@gmail.com - www.umedipi.co

Clinisur IPS Ltda

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000541308

Régimen: RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: PILLIMUE CONSTRUCCIONES SAS FECHA 12/03/2025 12:44:46

PREOCUPACIONAL O INGRESO [x] POS-OCUPACIONAL O EGRESO [ ] PERIÓDICO [ ]

NOMBRE Y APELLIDO: EDUARD JOSE LASCARRO MENDEZ **C.C** 1085102874

EDAD 27 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** AYUDANTE DE CONSTRUCCION



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	[x]	Exámenes de laboratorio	SI [x]	NO [ ]				
Visiometría	[x]	Glic [x]	Col [x]	Trigli [x]	Otros [ ]			
Optometría	[ ]	**¿Cuáles?**						
Audiometría	[x]							
Espirometría	[ ]	Énfasis Osteomuscular	[x]					
		Otros	[ ]					

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO [x]
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO [ ]

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	[ ]	[x]	[ ]
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	[ ]	[ ]	[x]

RESTRICCIONES
NINGUNO

RECOMENDACIONES
PUEDE REALIZAR LABORES EN ALTURAS
CONTROL MÉDICO DE RUTINA EPS
USO DE LOS EPP EN FUNCIÓN DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR / REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

EXÁMENES DE EGRESO
Sospecha de enfermedad laboral SI [ ] NO [ ] ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE

Dra. María I. Perez P.
Medico
Esp. Gerencia en SST
Res 8731.2272/22 ...
C.C. 1.014.320.081 ...

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CALLE 27 NUR No 19-07 PBX: 2754705 FAX: 2392301Pto
E-mail: clinisuripsl@clinisuripsl.com - https://www.clinisuripsl.com

MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL S.A.S
CRA 77 33 A 06 SUR. Barrio Kennedy Central.
Teléfono 3828143 - 3015473361 - 900.889.250-5

Certificado de aptitud laboral

9018123244 - PILLIMUE CONSTRUCCIONES SAS

Paciente	GUILLERMO AMAYA MARTINEZ	Examen	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS
CC	19130947	Fecha	12 noviembre 2025
Edad	75 años		
Ocupación	AYUDANTE OBRA		

Servicios realizados

- EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
- VISIOMETRIA
- OSTEOMUSCULAR (PRUEBA VESTIBULAR, FUERZA MUSCULAR)
- AUDIOMETRIA

Pruebas de laboratorio

- COLESTEROL
- TRIGLICÉRIDOS
- GLICEMIA

Concepto

Tipo de concepto
APTO SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA TRABAJAR EN ALTURAS

Énfasis
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS

Generación: 12 noviembre 2025

Observaciones y/o recomendaciones

NINGUNA

OSCAR JAVIER RUIZ NEGRETTE
SALUD OCUPACIONAL
Registro 1798-1990 y Lic. 2552 SST.

GUILLERMO AMAYA MARTINEZ
CC: 19130947
Paciente
* Firma autorizada desde el consentimiento informado

454

MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL S.A.S
CRA 77 33 A 06 SUR. Barrio Kennedy Central.
Teléfono 3828143 - 3015473361 - 900.889.250-5

Certificado de aptitud laboral

9018123244 - PILLIMUE CONSTRUCCIONES SAS

Paciente	CARLOS JULIO VILLALBA	Examen	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS
CC	11.383.300	Fecha	31 octubre 2025
Edad	60 años		
Ocupación	AYUDANTE DE OBRA		

Servicios realizados

- EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
- VISIOMETRIA
- OSTEOMUSCULAR (PRUEBA VESTIBULAR, FUERZA MUSCULAR)
- AUDIOMETRIA

Pruebas de laboratorio

- COLESTEROL
- TRIGLICÉRIDOS
- GLICEMIA

Concepto

Tipo de concepto
APTO SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA TRABAJAR EN ALTURAS

Énfasis
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS

Generación: 31 octubre 2025

Observaciones y/o recomendaciones

NINGUNA

OSCAR JAVIER RUIZ NEGRETTE
SALUD OCUPACIONAL
Registro 1798-1990 y Lic. 2552 SST.

CARLOS JULIO VILLALBA
CC: 11.383.300
Paciente
* Firma autorizada desde el consentimiento informado

455

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestación de Servicios en seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 117789

FECHA : 1/11/2025 HORA:8:21		**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**	
NOMBRES: BRAYAN STIVEN ROBLES SARMIENTO	DOCUMENTO: 1028940950	EDAD: 19 GENERO: M	
Empresa: CONSORCIO SUBA MT	Cargo: AYUDANTE DE OBRA	Tel: 3224474567 -	

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		Pruebs Psicometricos	NA	
Psicologia Laboral	NA		Radiologia Columna	NA	
Vacunas	NA		Radiologia Torax	NA	

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hemático IVG	NA		Parcial de Orina	NA	
Glicemia	NA		RH-Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	NA		KOH Uñas	NA	
Triglicendos	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 SUPERFIC IE

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	SI	Uso de Doble Protección Auditiva	NA	Evitar Posturas Prolongadas	NA
Pausas Activas	SI	Control Optometrico Periodico	NA	Uso de Ventas de Seguridad Graduada	NA
Ergonomia del Puesto de trabajo	SI	Uso de Lentes Fotocromaticos	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 en 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 verificar

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 coherción 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 o 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

Carrera 91 No. 126-00/06 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

456

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 830139944-1

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 117788

FECHA : 1/11/2025 HORA:8:16		EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO	
NOMBRES: RAFAEL ARTURO MEYER RUIZ		DOCUMENTO: 1098673978	EDAD: 22 GENERO: M
Empresa: CONSORCIO SUBA MT		Cargo: AYUDANTE DE OBRA	Tel: 3217295369 -

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 Hemático IVG	NA	Parcial de Orina	NA
Glicemia	NA	RH-Grupo Sanguineo	NA
Colesterol	NA	KOH Uñas	NA
Triglicericos	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

EXPABS 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 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	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 verificar

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclínico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son ciertas 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.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 recibire los resultados y asegure estar de acuerdo con el proceso. Haga 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.1058 DE 16/05/19
Medico Especialista en Salud Ocupacional

Firma Trabajador

C.C. No

Cra. 28 No. 30-06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá D.C.
Tels: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels: 311 265 5841 - 301 541 2992
umedida@gmail.com - www.umedips.co

457

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de especialidades

UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestacion de Servicios en seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020

NIT: 830115264-4

Laboratorio - Medicina - Radiologia - Espirografia - Audiometria - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 117838

FECHA : 04/11/2025 HORA:7:38		EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO	
NOMBRES: RAFAEL RAMON GARCIA FONSECA		DOCUMENTO: 6611169	EDAD: 48 GENERO: M
Empresa: CONSORCIO SUBA MT		Cargo: AYUDANTE	Tel: 3219854909

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	Pruebas Psicometricas	NA
Fisiologia Laboral	NA	Audiogria e Coclimia	NA
Vacunas	NA	Radiologia Tosax	NA

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hemático 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 DE DOBLE PROTECCION AUDITIVA EN AREAS CON RUIDO EN NIVELES SUPERIORES A LOS PERMISIBLES
2. CONSULTA EPS - OTORRINO

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	SI	Uso de Doble Protección Auditiva	NA	Evitar Posturas Prolongadas	NA
Pausas Activas	SI	Control Optometrico Periodico	NA	Uso de Ropa de Compresion Graduada	NA
Ergonomia del Puesto de trabajo	SI	Uso de Lentes Permanentes	NA	Valoracion y Manejo en IPS	NA
Uso de Elementos de Protección Personal	SI	Uso de Lentes Vision Cercana	NA	Dieta - Ejercicio Fisico	NA
Valoración por Medicina Laboral de Ingr.	NA	Control de Tension Arterial	NA	Control Espirometria	NA
Control Audiometrico	NA	Estilos de Vida Saludable	SI	Control Medico Ocupacional Anual	SI
					NA

Lea este codigo QR con su celular para validar

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 los enunciados suministrados por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completos. 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 así expuesta.Los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información registrada o la percibida o emitida contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los mismos recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído comprendido e he perfeccionado lo anterior y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

NESTOR RAUL GARZON RODRIGUEZ LICENCIA No. 6860 DE 30 DE 2020 Médico Especialista en Salud Ocupacional	Firma Trabajador C.C. No Rafael

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá D.C.
Tels: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels: 311 265 5841 - 301 541 2992
umeditda@gmail.com- www.umedips.co

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestación de Servicios en seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 25/02/2020

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 112579

FECHA : 26/04/2025 HORA:9:48			**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**		
NOMBRES: JOSE DEL CARMEN DURAN TONCON			DOCUMENTO: 4254868	EDAD: 69 GENERO: M	
Empresa: OUTSOURCING OF SAS			Cargo: AYUDANTE DE OBRA	Tel: - -	
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 Psicometricas	NA	
Psicologia Laboral	NA		Radiologia Oclusiva	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 Ungas	NA	
Triglicaridos	NA		Frotis Faringeo	NA	
Serologia	NA		Coprologico	NA	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	NA	**Apto Para Trabajos en espacios Confinados**	NA
Apto Para el cargo sin Restricciones	SI	**Aplazado**	NA
Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo	NA	**No Apto Pare 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 CO N 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 Silla de Ergonomica Giratoria	NA
Ergonomia del Puesto de trabajo	SI	Uso de Lentes Permanentes	SI	Valoracion y Manejo en IPS	NA
Manejo Barrotico 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 Epicrinetrio	NA
Control Audiometrico	SI	Estilos de Vida Saludable	SI	Control Medico Ocupacional Anual	SI
					NA

Las este codigo QR con su celular para

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

Me comprometo al propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen medico, 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 coerción 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 interpretación 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 asegure estar de acuerdo con el proceso. Haga constar con mi firma que he leído y comprendido o le he explicado y doy fe de la explicación que le he dado.

NESTOR RAUL GARZON RODRIGUEZ LICENCIA No. 6660 DE 30/09/2015 Medico Especialista en Salud Ocupacional	Firma Trabajador C.C. No.	Huella

Carrera 21 No 2e-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá D.C.
Tels: 378 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels: 311 265 5841 - 301 341 2992
umeditda@gmail.com - www.umedips.co

459

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 24/02/2020

Laboratorio - Medicina - Radiología - Espirometría - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 117821

FECHA : 4/11/2025 HORA:7:43	EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO
NOMBRES: FEDERNEY PIÑEREZ RICAURTE	DOCUMENTO: 9993080 EDAD: 52 GENERO: M
Empresa: CONSORCIO SUBA MT	Cargo: OFICIAL Tel: 3162112071 -

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	
Triglicericos	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 Proteccion Auditiva	NA	Evitar Posturas Prolongadas	NA
Pausas Activas	SI	Control Optometrico Periodico	NA	Uso de Mascara de Gasmascara Graduada	NA
Ergonomia del Puesto de trabajo	SI	Uso de Lentes Permanentes	SI	Valoración y Manejo en IPS	NA
Uso de Elementos de Proteccion Personal	SI	Uso de Lentes Vision Cercana	NA	Dieta - Ejercicio Fisico	NA
Valoración por Medicina Laboral de IPS	NA	Control de Tension Arterial	SI	Control Espirometria	NA
Control Audiometrico	NA	Estilos de Vida Saludable	NA	Control Medico Ocupacional Anual	SI
					NA

Lea este codigo QR con su celular para ver su examen

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclínico(s) y/o exoprotocolos que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mí en estos exámenes y presentes en este documento son veraces 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 realizaron 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 contemplado en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

CAMILO ERNESTO VELASQUEZ VELASCO
LICENCIA No. RES.7058 DE 16/08/19
Medico Especialista en Salud Ocupacional

Firma Trabajador

C.C. No

Carrera 21 [illegible]-00/06 Sur
Barrio O[illegible] Bogota D.C.
Tel: 278 [illegible] - 2[illegible]9 1657
Cels: 311 265 5841 - 301 541 2992
umeditda@gmail.com - www.umedips.co

460

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Médica de especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestación de Servicios en seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2010

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 117830

FECHA : 4/11/2025 HORA:8:35		EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO	
NOMBRES: ANDRES FELIPE PIÑEREZ QUINTERO		DOCUMENTO: 1024586116	EDAD: 27 GENERO: M
Empresa: CONSORCIO SUBA MT		Cargo: OFICIAL DE OBRA	Tel: 3007260380 -

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoracion 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
Valoracion	NA	Radiologia Torax	NA

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hemalico IVG	NA	Parcial de Orina	NA
Glicemia	NA	RH-Grupo Sanguineo	NA
Colesterol	NA	KOH Uñas	NA
Triglicericos	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

REQUIERE CORRECCION OPTOMETRICA PERMANENTE. 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 Graduada	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 Vision Cercana	NA	Dieta - Ejercicio Fisico	NA
Valoración por Medicina Laboral de EPS	NA	Control de Tensión 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

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 coheción y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas. Tu Informede de las medidas que el profesional de salud ocupacional de UMED LTDA tomará para proteger la confidencialidad de la información así 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 las cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el propósito. 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 14/08/19
Medico Especialista en Salud Ocupacional

Firma Trabajador

C.C. No

Carrera 21 No. 76-00/06 Sur
Barrio Olaya Bogotá D.C.
Tel: 278 5555 - 366 52 [illegible] - 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. 1709 de 26/02/2020

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 117881

FECHA : 4/11/2025 HORA:7:46	EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO
NOMBRES: MARCO FIDEL SOTO ESCARRAGA	DOCUMENTO: 9350947 EDAD: 61 GENERO: M
Empresa: CONSORCIO SUBA MT	Cargo: AYUDANTE DE OBRA Tel: 3202318827 -

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 Hemático 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			Aplazado	SI	NA
Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo			No Apto Para Este Cargo	NA	NA
Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel		NA			
Examen PERIODICO Satisfactorio		NA	Examen de EGRESO Satisfactorio		NA

REQUIERE INCLUSION EN PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE SALUD AUDITIVA; REQUIERE CONTINUAR CON CONTROL DE LA PATOLOGIA DE BASE EN LA EPS.

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	SI	Uso de Doble Proteccion Auditiva	SI	Evitar Posturas Prolongadas	NA
Pausas Activas	SI	Control Optometrico Periodico	NA	Uso de Medios de Sujecion Elevado	NA
Ergonomia del Puesto de trabajo	SI	Uso de Lentes Permanentes	NA	Valoracion y Manejo en IPS	NA
Uso de Elementos de Protección Personal	SI	Uso de Lentes Vision Cercana	NA	Dieta - Balanceo 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 Médico Ocupacional Anual	SI
					NA

Lea este codigo QR con su celular para ver su examen

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclínico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda coherción y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento, antes de que se realizaran las pruebas. Tu 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 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 16/06/13
Medico Especialista en Salud Ocupacional

Firma Trabajador

C.C. No

Carrera 21 No. 26B-00 06 Sur
Bogotá D.C.
Tels: 277 5553 - 368 5291 - 239 1657
Cels: 311 265 5841 - 301 541 2992
umedltda@gmail.com- www.umedips.co

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de especialidades

UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestacion de Servicios en seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020

Laboratorio - Medicina - Radiologia - Ecografia - Audiometria - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

No. 118245

FECHA : 18/11/2025 HORA:7:27		EXAMEN: POST INCAPACIDAD	
NOMBRES: HENRY GARCIA HERNANDEZ		DOCUMENTO: 7126457	EDAD: 52 GENERO: M
Empresa: CONSORCIO SUBA NT		Cargo: OFICIAL DE OBRA	Tel: 3206722476

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoración Medica Laboral	SI		Respiratorio	SI	
Fisioterapia	NA		Dermatologia	SI	
Audiometria	NA		Osteomuscular	SI	
Visiometria	NA		Cardiovascular	SI	
Coloracion	NA		Prueba de equilibrio	NA	
Electroencefalograma	NA		Prueba Psicometrica	NA	
Psicologia Laboral	NA		Radiografia Columna	NA	
Vascular	NA		Radiografia Torax	NA	

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hemático (VS)	NA		Tiempo de Orina	NA	
Glicemia	NA		Hormonas Tiroideas	NA	
Colesterol	NA		Igm Igg	NA	
Triglicéridos	NA		Tiempo Farmigal	NA	
Hormonas	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	NA	Aplazado	NA
Apto Para el Cargo con Restricciones que intervienen con su Trabajo	SI	No Apto Para Este Cargo	NA
Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel	NA		
Examen PERIODICO Satisfactorio	NA	Examen de EGRESO Satisfactorio	NA

RESTRICION: 1. MANEJO DE CARGAS HASTA 10 KG. 2. EVITAR CIRCULAR REPETICIAMENTE POR TERRENOS IRREGULARES 3. PAUSAS ACTIVAS POR 5 MINUTOS CADA HORA 4. CONTINUAR TERAPIA FISICA. 5. CONTINUAR CONTROL POR ORTOPEDIA - ARL. TERMINO DE ESTAS RESTRICCIONES: POR CUATRO (4) SEMANAS.

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	SI	Uso de Gafas Protección Auditiva	NA	Estilo Postural Preventivo	NA
Pausas Activas	SI	Control Cardiovascular Periodico	NA	Uso de Medios de Contención Arnesos	NA
Ergonomia de Puesto de trabajo	SI	Uso de Lentes Permanentes	NA	Valoración y Manejo en EPS	NA
Uso de Elementos Protección Personal	SI	Uso de Lentes Vision Cercana	NA	Dieta - Suficiente Fibra	NA
Valoración por Medicina Laboral en EPS	NA	Control de Tiroides Anterior	NA	Control Psicosensometria	NA
Control Auditivo Anual	NA	Estilo de Vida Saludable	SI	Control Medico Ocupacional Anual	SI
					NA

Lea este codigo QR con su celular para verificar

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, anteriormente y/o ocupacional que me han sido explicados. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda coherción y que tiene la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realice en los procedimientos. Igualmente se me informó de los medios que el prestador de salud ocupacional de UMED LTDA. tomará para protegerá la confidencialidad de mi información. Los cuales son expuestos. Los cuales para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información registrada en la historia clínica, salvo en los casos contemplados en la legislación actual vigente, sobre el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la empresa y de los cuales recibiré las recomendaciones y asesoría sobre el control de los mismos. Hago constar con mi firma que he sido informado(a) suficientemente y de forma clara y comprensible a la satisfacción de mi interior y que estoy en la capacidad de responder mi libre consentimiento.

NESTOR RAUL GARZON RODRIGUEZ
LICENCIA No. 5600 DE 2014
Medico Especialista en Salud Ocupacional

Firma Trabajador

Carrera 21 No. 80-09 Sur
Barrio Olaya - Bogota D.C.
Tels: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels: 311 265 5647 - 301 541 2992
umedltda@gmail.com- www.umedips.co

RECOMENDACIONES MEDICAS

	NOTIFICACIÓN MEDICO LABORALES	SST-FT-05 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Señora/o Heidy Bravo

Cargo oficial

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 18-NOV-25. en los resultados obtenidos se indica concepto de aptitud con Apto con restricción, Indicado lo siguiente:
manejo de cargas 10kg, pausas activas, higiene postural continuar terapias fisicas, control ortopedia, ergonomia puesto de trabajo, uso epps, control medico ocupacional.

Por lo anterior, se requiere control con la EPS y valoración con énfasis Nutriconista 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,

Heidy Bravo

Firma
C.C: 1120487
Fecha: 19 11 2025

Powered by CamScanner

	NOTIFICACIÓN MEDICO LABORALES	SST-FT-05 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Señora/o Manuel Polanco

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 14-Nov-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 ocupacional anual

Por lo anterior, se requiere control con la EPS y valoración con énfasis Antagonista 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: - 1051 361 01
Fecha: 18-NOV-25

466

Powered by CamScanner

	NOTIFICACIÓN MEDICO LABORALES	SST-FT-05 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Señora/o enrique duarte

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 4-NOV-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 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,

enrique duarte

Firma
C.C: 1000776816
Fecha: 10/11/25

467

Powered by CamScanner

	NOTIFICACIÓN MEDICO LABORALES	SST-FT-05 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Señora/o Edwin Montealegre

Cargo Maestro 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** Umeg el día 20-10-25, en los resultados obtenidos se indica concepto de aptitud con Apto sin restricciones Indicado lo siguiente:
Higiene postural- Pausas activas. Ergonomia Puesto de trabajo- uso EPPS- Control audiometria- uso doble proteccion- control optometria. Uso de lentes Estilos de vida Saludable- Control Medico anual audiometria

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,

Edwin Quimbayo

Firma Edwin Quimbayo
C.C:
Fecha: 11 NOV. 25

Powered by CamScanner

	NOTIFICACIÓN MEDICO LABORALES	SST-FT-05 Fecha 1/Abr/2025 Versión 01

Señora/o Cadet Villalba

Cargo oficial

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** CIMA el dia 31-10-25, 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 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,

Cadet Villalba

Firma
C.C: 1138J 300
Fecha: 18 Noviembre 2025

469

Powered by CamScanner

	NOTIFICACIÓN MEDICO LABORALES	SST-FT-05 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Señora/o Edwin Luciano

Cargo Ayudante

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** Clini Sur. el día 12-3-25, 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 ocupacional anual

Por lo anterior, se requiere control con la EPS y valoración con énfasis _____ si es el caso, es indispensable presentar los soportes de seguimiento médico al área SST y Recurso humano.

La colaboradora se compromete a cumplir estrictamente con el uso de elementos de protección personal, a procurar el autocuidado, realizar controles médicos pertinentes con su EPS, informar oportunamente su estado de salud.

Esperamos contar con su apoyo y compromiso en el cumplimiento a las recomendaciones médico laborales emitida por la IPS y la EPS posterior a los controles.

Atentamente,

Firma
C.C: 1085102874
Fecha: 18-11-2025

470

Powered by CamScanner

	NOTIFICACIÓN MEDICO LABORALES	SST-FT-05 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Señora/o Edwin Alquitir Quimbayo

Cargo Maestro de obra

ASUNTO: Notificación del examen médico laboral de ingreso.

Cordial Saludo,

Por medio del presente se informa los resultados obtenidos en la aplicación del examen médico laboral de ingreso, los cuales fueron realizados en la **IPS** Umed el día 6-NOV-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 Ninguno si es el caso, es indispensable presentar los soportes de seguimiento médico al área SST y Recurso humano.

La colaboradora se compromete a cumplir estrictamente con el uso de elementos de protección personal, a procurar el autocuidado, realizar controles médicos pertinentes con su EPS, informar oportunamente su estado de salud.

Esperamos contar con su apoyo y compromiso en el cumplimiento a las recomendaciones médico laborales emitida por la IPS y la EPS posterior a los controles.

Atentamente,

Edwin Quimbayo

Firma Edwin Quimbayo
C.C: 1023959830
Fecha: 10-11-2025

471

Powered by CamScanner

	NOTIFICACIÓN MEDICO LABORALES	SST-FT-05 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Señora/o Jesus Torres

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** UMBO el día 3-11-25, 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 anual

Por lo anterior, se requiere control con la EPS y valoración con énfasis Nutricionista 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 Manuel Torres
C.C: 1070754826
Fecha: 10-11-25

	NOTIFICACIÓN MEDICO LABORALES	SST-FT-05 Fecha: 1/Abril/2025 Versión: 01

Señora/o Guillermo Amaya

Cargo Oficial

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** Cima el dia 12-11-25, en los resultados obtenidos se indica concepto de aptitud con APTO SIN RESTRICCION, indicado lo siguiente:
Higiene postural- pausas activa- uso epp- ergonomia puesto de trabajo- control 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,

Guillermo Amaya

Firma
C.C: 19.130.947
Fecha: 18 Noviembre 2025

473

Powered by CamScanner

	NOTIFICACIÓN MEDICO LABORALES	SST-FT-05 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Señora/o
Blanca Robles

Cargo
Ayudante de obra

ASUNTO: Notificación del examen médico laboral de ingreso.

Cordial Saludo,

Por medio del presente se informa los resultados obtenidos en la aplicación del examen médico laboral de ingreso, los cuales fueron realizados en la **IPS** UMRA el día 1-NOV-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 EPS - Control Medico ocupacional anual.

Por lo anterior, se requiere control con la EPS y valoración con énfasis _____ si es el caso, es indispensable presentar los soportes de seguimiento médico al área SST y Recurso humano.

La colaboradora se compromete a cumplir estrictamente con el uso de elementos de protección personal, a procurar el autocuidado, realizar controles médicos pertinentes con su EPS, informar oportunamente su estado de salud.

Esperamos contar con su apoyo y compromiso en el cumplimiento a las recomendaciones médico laborales emitida por la IPS y la EPS posterior a los controles.

Atentamente,

Firma
C.C: 1028940950
Fecha: 04-11-25

474

Powered by CamScanner

	NOTIFICACIÓN MEDICO LABORALES	SST-FT-05 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Señora/o Martin Orozco

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 29-Oct-25, en los resultados obtenidos se indica concepto de aptitud con APTO SIN RECOMENDACIO indicado lo siguiente:
Higiene postural- Pausas activas. 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 Antagonista 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,

Martin

Firma
CC: 1043130652
Fecha: 30 octubre-25

Digitized by CamScanner

	NOTIFICACIÓN MEDICO LABORALES	SST-FT-05 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Señora/o Emiliano Lozano

Cargo Oficial

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 13-9-25, en los resultados obtenidos se indica concepto de aptitud con Apto sin recomend, Indicado lo siguiente:
Higiene Postural- Pausas activas. ergonomia Puesto de trabajo- uso EPPS- Control optometria- uso lentes- estilos de vida saludable- 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,

Emiliano Lozano

Firma
C.C: 1194309
Fecha: 30 OCT 2025

Powered by

	NOTIFICACIÓN MEDICO LABORALES	SST-FT-05 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Señora/o Jose Duran

Cargo Ayudante de obra

ASUNTO: Notificación del examen médico laboral de ingreso.

Cordial Saludo,

Por medio del presente se informa los resultados obtenidos en la aplicación del examen médico laboral de ingreso, los cuales fueron realizados en la **IPS** umsa el día 4-11-25. 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 audiometrico. uso doble proteccion control optometra. uso de lentes. estilos de vida saludable. Control medico ocupacional anual

Por lo anterior, se requiere control con la EPS y valoración con énfasis optometria y audiometria. 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,

Jose Duran

Firma
C.C: 4254886
Fecha: 5 de noviembre de 225

477

Powered by CamScanner

	NOTIFICACIÓN MEDICO LABORALES	SST-FT-05 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Señora/o Rafael garcia fonseca

Cargo Ayudante

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 4-11-25, 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 ANUAL

Por lo anterior, se requiere control con la EPS y valoración con énfasis Nutricionista 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 RAFAEL
C.C: 6611169
Fecha: 05-NO-225

478

Powered by CamScanner

	NOTIFICACIÓN MEDICO LABORALES	SST-FT-05 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Señora/o Rafael Mayo R

Cargo Ayudante de obra

ASUNTO: Notificación del examen médico laboral de ingreso.

Cordial Saludo,

Por medio del presente se informa los resultados obtenidos en la aplicación del examen médico laboral de ingreso, los cuales fueron realizados en la **IPS** UMEO el día 1-NOV-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,

Firma
C.C: 1066833998
Fecha: 4-11-2025

479

Powered by CamScanner

	NOTIFICACIÓN MEDICO LABORALES	SST-FT-05 Fecha 1/Abr/2025 Versión 01

Señora/o David Roldan

Cargo oficial

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 11-11-25 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 Audiometrico- Uso doble Proteccion- Control optometria- Uso de lentes- estilos de vida saludable- Control Medico ocupacional anual

Por lo anterior, se requiere control con la EPS y valoración con énfasis Audiometria 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,

• David Rolda

Firma
C.C: 334697
Fecha: 12 NOV 25

480

Powered by CamScanner

	NOTIFICACIÓN MEDICO LABORALES	SST-FT-05 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Señora/o Marco Soto

Cargo Ayudante de obra

ASUNTO: Notificación del examen médico laboral de ingreso.

Cordial Saludo,

Por medio del presente se informa los resultados obtenidos en la aplicación del examen médico laboral de ingreso, los cuales fueron realizados en la **IPS** UMED el día 4-NOV-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 audiometrico. uso doble proteccion. control medico ocupacional

Por lo anterior, se requiere control con la EPS y valoración con énfasis audiometria 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,

marco Fidel soto

Firma
C.C: 935047
Fecha: 5-NOV-25

481

Powered by CamScanner

	NOTIFICACIÓN MEDICO LABORALES	SST-FT-05 Fecha 1/Abr/2025 Versión: 01

Señora/o Andres Piñeret

Cargo oficial

ASUNTO: Notificación del examen médico laboral de ingreso.

Cordial Saludo,

Por medio del presente se informa los resultados obtenidos en la aplicación del examen médico laboral de ingreso, los cuales fueron realizados en la **IPS** UMEQ el día 4-NOV-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. 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: 1024586116
Fecha: 05 nov 2025.

Powered by CamScanner

	NOTIFICACIÓN MEDICO LABORALES	SST.F.05 Fecha: 1/Abr/2025 Version: 01

Señora/o Fedelney Piñeret

Cargo Oficial

ASUNTO: Notificación del examen médico laboral de ingreso.

Cordial Saludo,

Por medio del presente se informa los resultados obtenidos en la aplicación del examen médico laboral de ingreso, los cuales fueron realizados en la **IPS** umeq el día 4-NOV-25 en los resultados obtenidos se indica concepto de aptitud con APTO SIN RESTRICION, Indicado lo siguiente:
higiene postural- pausas activas- ergonomia puesto de trabajo- uso de lentes- control tension arterial control medico ocupacional anual.

Por lo anterior, se requiere control con la EPS y valoración con énfasis tension Arterial 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: 5993854
Fecha: 5-11-25

Powered by CamScanner

	NOTIFICACIÓN MEDICO LABORALES	SST-FT-05 Fecha: 9/Abr/2025 Version 01

Señora/o Ruben Nuñez

Cargo Ayudante

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** Umeo el dia 11-11-25 en los resultados obtenidos se indica concepto de aptitud con APTO SIN restric indicado lo siguiente:
Higiene Postural- Pausas activas. ergonomia Puesto de trabajo. uso EPS. control audiometria, uso obligatorio Proteccion uso lentes. estilos Saludables Control Medico anual

Por lo anterior, se requiere control con la EPS y valoración con énfasis audiometra 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,

Ruben

Firma
C.C: 15 611 727
Fecha: 12 NOV 25

484

Powered by CamScanner

	NOTIFICACIÓN MEDICO LABORALES	SST-FT-05 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Señora/o Juan carlos Benavides

Cargo OFICIAL

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** UMEO el dia 10-11-25, 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 anual

Por lo anterior, se requiere control con la EPS y valoración con énfasis Nutricionista 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: - 1123941402
Fecha: 11 NOV. 25

485

Powered by CamScanner

	NOTIFICACIÓN MEDICO LABORALES	SST-FT-05 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Señora/o Yonatan Gutiellez

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 dia 7-NOV-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 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,

Yonatan

Firma
C.C: 1007725630
Fecha: 10-11-25

486

Powered by CamScanner

	NOTIFICACIÓN MEDICO LABORALES	SST-FT-05 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Señora/o Luis Alberto Martinez

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** UMed el dia 5-11-25, en los resultados obtenidos se indica concepto de aptitud con Apto sin Restricción, indicado lo siguiente:
Higiene postural- Pausas activas. ergonomia Puesto o/e trabajo- uso epps- control auditometrico- uso doble proteccion control optometrico- uso lentes- estilos de vida Saludable Control medico anual

Por lo anterior, se requiere control con la EPS y valoración con énfasis audiometria 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.: 79.833.397
Fecha: 6-Nov-25

487

NOTIFICACIÓN MEDICO LABORALES

SST-FT-05
Fecha 18/07/2025
Versión 01

Señora/o
Edwin Ramirez

Cargo AUX 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 VMED el día 25-8-25 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 saludable. control optometria uso lentes- control medico anual

Por lo anterior, se requiere control con la EPS y valoración con énfasis optometria nutricionista 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
CC 1023888276
Fecha 25-8-25

Powered by

	NOTIFICACIÓN MEDICO LABORALES	SST-FT-05 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Señora/o Pablo Moreno

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** Clini Cosmos el día 1-8-25 en los resultados obtenidos se indica concepto de aptitud con APTO SIN RESTRICCIÓN indicado lo siguiente: Higiene Postural- Pausas activas- Uso epps- higiene visual- Protección auditiva- control medico ocupacional anual

Por lo anterior, se requiere control con la EPS y valoración con énfasis audiometria 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: 79412091
Fecha: 4-NOV-25

Powered by CamScanner

CARTA DE RECOMENDACIONES MEDICAS LABORALES POR ACCIDENTE DE TRABAJO

1211105
Fecha: 1/Abr/2025
Versión: 01

Señora/o
Hiver Garcia

Cargo: . oficios

ASUNTO: Recomendaciones medico laborales por 25 dias para el desempeño laboral y extralaboral

Cordial Saludo.

Por medio del presente, queremos recordarle las recomendaciones de seguimiento emitidas por el profesional tratante, correspondientes al accidente de trabajo presentado. Estas indicaciones deberán ser tenidas en cuenta durante el desarrollo de sus actividades laborales y extralaborales, con el fin de garantizar una adecuada recuperación y prevenir nuevas complicaciones.

1. Se recomienda alternar postura bípeda (de pie) y sedante (sentado) durante la jornada laboral por cada 2 horas de pie, 10 minutos de sentado.
2. Permitir desplazamientos por terreno regular de forma natural evitando correr, saltar y subir o bajar escaleras asociados con peso. Evitar la ejecución de tareas que impliquen rapidez de reacción con el miembro inferior. No debe hacer actividades u oficios en alturas.
3. Los desplazamientos deben realizarse según fatiga individual del trabajador, evitando caminatas prolongadas (mas de 60minutos continuos) Puede subir o bajas escaleras con apoyo de pasamanos o baranda.
4. No hay indicación medida para uso de ayuda extema (muleta o bastón) en el proceso de marcha, ni objeción para realizar dicha actividad.
5. Al realizar tareas que exijan levantamiento y transporte de cargas se sugiere que el trabajador participe en la decisión de acuerdo a su capacidad funcional siguiendo las indicaciones dadas por el medico tratante. Peso sugerido 10 kilos de forma bimanual.
6. Sugerimos tener periodos de pausas activas cada 4 horas en los cuales realice los ejercicios de estiramiento y calentamiento de los pies por 10 minutos. En caso de presentarse inflamación o edema alternar los estiramientos con elevación del pie afectado durante esos 10 minutos.

490

Powered by CamScanner

7. Restringir la ejecución de actividades deportivas de contacto y aquellas que impliquen esfuerzo directo sobre el pie afectado de alto impacto. No realizar trabajos en alturas.

Agradecemos cumplir estas recomendaciones durante el periodo establecido para favorecer su evolución y recuperación.

Cordialmente,

Firma responsable SST
C.C 1110580909
Nombre Competo: Luisa Moreno

Firma Empleado
C.C : 7120 087
Nombre Completo:

Powered by CamScanner

Anexo 5. Inducciones

	LISTA DE ASISTENCIA INDUCCIÓN	SST-FT-02 Fecha 01-Abr-2025 Versión: 01

FECHA: 12 NOV 25
LUGAR: Cra 103 2024
DURACIÓN: 40 MINUTOS

TEMAS
Se hace induccion 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, Vision, 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. Politica de seguridad y salud en el trabajo. Politica de prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaco. Politica de seguridad vial. Politica 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, sitios 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 ROJIANO	1027888276	
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

RESPONSABLE:

Res. SST

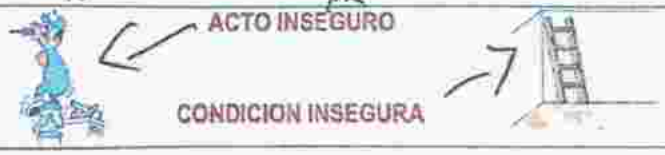
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN	SST-FT-03 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

I. Datos del colaborador	
Tema de capacitación	Inducción
Nombre del trabajador	Erwin Rubiano
Cargo	Auxiliar obra
Fecha	12-NOV.25

5/5

II. Preguntas

Responda cada una de las preguntas descritas a continuación, si no es insuficiente el espacio para sus respuestas utilice el respaldo de la hoja.
*Para opciones múltiples solo hay una respuesta, marque la que considere correcta.
*Para opciones de: (V) – verdadero ó (F) – falso marque la que considere correcta

Preguntas	Respuestas
1. Seleccione ¿Cuáles son las políticas de la empresa?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Política de prevención de alcohol y tabaquismo c. Política de emergencia d. Todas las anteriores
2. Seleccione con una X Falso o Verdadero según corresponda	Es función de los integrantes del COPASST colaborar con las investigaciones de accidentes laborales y realizar inspecciones en los lugares de trabajo F: X
3. Relacione con una línea la imagen con su definición según corresponda	
4. ¿En qué documento se identifican los riesgos existentes de la compañía y se expresa la búsqueda de medidas de control y prevención de peligros a los trabajadores?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Reglamento Interno de Trabajo c. Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial d. Perfil de cargo
5. Seleccione los EPP´s que debe utilizar	

III. Concepto del Capacitador

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	

494

Powered by CamScanner

	LISTA DE ASISTENCIA INDUCCIÓN	SST-FT-02 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

FECHA: 6 - NOV - 25
LUGAR: COP 1013 2024
DURACIÓN: 40 MINUTOS

TEMAS
Se hace inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo, los temas tratados se relacionan en el ACTA DE INDUCCIÓN SG -SST Objetivo del sistema de gestión, Misión, Visión, Reseña histórica. Generalidades del sistema de seguridad y salud en el trabajo. Generalidades del sistema general de riesgos laborales. Definición de accidente e incidente de trabajo, enfermedad laboral. Política de seguridad y salud en el trabajo. Política de prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaco. Política de seguridad vial. Política de emergencias. Reglamento de higiene y seguridad industrial. Identificación de riesgos. Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo (COPASST). Brigada de emergencia. Notificación de factores de riesgo a los cuales se encuentra expuesto para desempeñar el cargo. Factores de riesgo prioritarios. Procedimiento de reporte de accidentes, incidentes de trabajo y condiciones inseguras. Red asistencial de ARL Colpatria, clínicas y hospitales. Plan de emergencias, protocolos de como 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	Luis Martinez	79.893.592	
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

RESPONSABLE:

Res. SST

Powered by CamScanner

	EVALUACIÓN INDUCCIÓN	SST-FT-03 Fecha 01-Abr-2025 Versión: 01

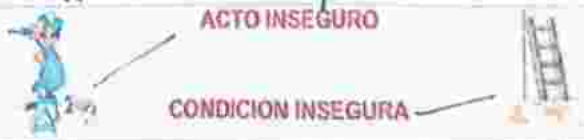
I. Datos del colaborador

Tema de capacitación	Inducción
Nombre del trabajador	- Luis Martinez
Cargo	- Operador Excavadora
Fecha	6-NOV-25

5/5

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	Luis Martinez	Firma capacitador	

496

Powered by CamScanner

	LISTA DE ASISTENCIA INDUCCIÓN	SST-FT-02 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

FECHA: 10-11-25
LUGAR: COP 1013 2024
DURACIÓN: 40 MINUTOS

TEMAS
Se hace inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo, los temas tratados se relacionan en el ACTA DE INDUCCIÓN SG -SST. Objetivo del sistema de gestión, Misión, Visión, Reseña histórica. Generalidades del sistema de seguridad y salud en el trabajo. Generalidades del sistema general de riesgos laborales. Definición de accidente e incidente de trabajo, enfermedad laboral. Política de seguridad y salud en el trabajo. Política de prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaco. Política de seguridad vial. Política de emergencias. Reglamento de higiene y seguridad industrial. Identificación de riesgos .Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo (COPASST). Brigada de emergencia. Notificación de factores de riesgo a los cuales se encuentra expuesto para desempeñar el cargo, Factores de riesgo prioritarios. Procedimiento de reporte de accidentes, incidentes de trabajo y condiciones inseguras. Red asistencial de ARL Colpatria, clínicas y hospitales. Plan de emergencias, protocolos de cómo actuar en caso de incendio, terremoto, evacuación, primeros auxilios, evacuación de lesionados. Manejo de extintores. Manejo adecuado de cargas, normas de seguridad vial, manejo preventivo para conductores. Normas de seguridad en oficinas, higiene, orden y aseo. Uso de hojas de seguridad para productos químicos. Responsabilidades, derechos y deberes como trabajador. Manual de especificaciones, uso y mantenimiento de dotación, elementos de protección personal (EPP). Importancia del autocuidado y la autoseguridad. Gimnasia laboral, ejercicios de pausas activas antes de iniciar su labor. Higiene Postural para trabajar con video terminales. Aspectos legales. Comité de convivencia.

	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Yonatan L.	1007725630	Yonatan.
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

RESPONSABLE:

RES. SST

497

Powered by CamScanner

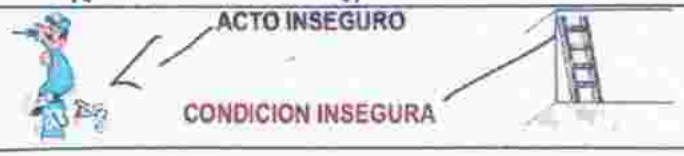
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN	SST-FT-03 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

I. Datos del colaborador	
Tema de capacitación	Induccion
Nombre del trabajador	Yonatan Gutierrez
Cargo	ayudante
Fecha	10-11-25

5 | 5

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: X
3. Relacione con una línea la imagen con su definición según corresponda	
4. ¿En qué documento se identifican los riesgos existentes de la compañía y se expresa la búsqueda de medidas de control y prevención de peligros a los trabajadores?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Reglamento Interno de Trabajo c. Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial d. Perfil de cargo
5. Seleccione los EPP's que debe utilizar	

III. Concepto del Capacitador

BIEN

IV. Evaluación de desempeño

Aspectos a evaluar	E	B	R	D
Contenido de la capacitación	X			
Desempeño del capacitador	X			
Metodología y Logística	X			

Firma asistente	Yonatan.	Firma capacitador	

498

Powered by CamScanner

	LISTA DE ASISTENCIA INDUCCIÓN	GST-FT-02 Fecha 01-Abr-2025 Versión 01

FECHA: 11-11-25
LUGAR: COP 1013 2024
DURACIÓN: 40 minutos

TEMAS

Se hace inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo, los temas tratados se relacionan en el ACTA DE INDUCCIÓN SG-SST. Sistema 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 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	Jean Carlos Penagos Pinzon	11259402	
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

RESPONSABLE: Res. SST

499

Powered by CamScanner

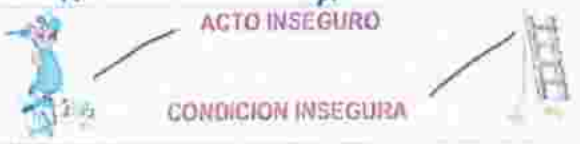
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN	SST-F-L-03 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

I. Datos del colaborador

Tema de capacitación	Inducción
Nombre del trabajador	Juan Carlos Benavides pinzon
Cargo	1125914102 Maestro
Fecha	11. NOV. 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 ✗ 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: ✗
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	X			
Desempeño del capacitador	X			
Metodología y Logística	X			

Firma asistente		Firma capacitador	

Powered by CamScanner

	LISTA DE ASISTENCIA INDUCCIÓN	SST-FT-02 Fecha 01-Abr-2025 Versión 01

FECHA 12-NOV-25
LUGAR CDP 1013 2024
DURACIÓN 40 MINUTOS

TEMAS

Se hace inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo, los temas tratados se relacionan en el ACTA DE INDUCCIÓN SG-SST. Objetivo del sistema de gestión, Misión, Visión, Reseña histórica. Generalidades del sistema de seguridad y salud en el trabajo. Generalidades del sistema general de riesgos laborales. Definición de accidente e incidente de trabajo, enfermedad laboral. Política de seguridad y salud en el trabajo. Política de prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaco. Política de seguridad vial. Política de emergencias. Reglamento de higiene y seguridad industrial. Identificación de peligros. Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo (COPASST). Brigada de emergencia. Notificación de factores de riesgo a las 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 como actuar en caso de incendio, terremoto, evacuación, primeros auxilios, movilización de lesionados. Manejo de extintores. Manejo adecuado de cargas, normas de seguridad vial, riesgos preventivos 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	RUBEN NUÑO.	1.561727	.RUBEN
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

RESPONSABLE

RES. SST

501

	EVALUACIÓN INDUCCIÓN	SST-FT-03 Fecha 01-Abr-2025 Versión 01

5|5

I. Datos del colaborador	
Tema de capacitación	Inducción
Nombre del trabajador	Ruben Nuñez
Cargo	Aseo
Fecha	12 Nov 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:
3. Relacione con una línea la imagen con su definición según corresponda	 ACTO INSEGURO CONDICION INSEGURA 
4. ¿En qué documento se identifican los riesgos existentes de la compañía y se expresa la búsqueda de medidas de control y prevención de peligros a los trabajadores?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Reglamento Interno de Trabajo c. Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial d. Perfil de cargo
5. Seleccione los EPP's que debe utilizar	

III. Concepto del Capacitador

Bien

IV. Evaluación de desempeño

Aspectos a evaluar	E	B	R	D
Contenido de la capacitación	+			
Desempeño del capacitador	+			
Metodología y Logística	+			

Firma asistente	Ruben	Firma capacitador	

502

Powered by CamScanner

	LISTA DE ASISTENCIA INDUCCIÓN	SST-FT-02 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

FECHA: 5 de 11 - 2025
LUGAR: CDP 1013 - 2024
DURACIÓN: 40 MINUTOS

TEMAS

Se hace inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo, los temas tratados se relacionan en el ACTA DE INDUCCIÓN SG -SST. Objetivo del sistema de gestión, Misión, Visión, Reseña histórica. Generalidades del sistema de seguridad y salud en el trabajo. Generalidades del sistema general de riesgos laborales. Definición de accidente e incidente de trabajo, enfermedad laboral. Política de seguridad y salud en el trabajo. Política de prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaco. Política de seguridad vial. Política de emergencias. Reglamento de higiene y seguridad industrial. Identificación de riesgos .Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo (COPASST). Brigada de emergencia. Notificación de factores de riesgo a los cuales se encuentra expuesto para desempeñar el cargo. Factores de riesgo prioritarios. Procedimiento de reporte de accidentes, incidentes de trabajo y condiciones inseguras. Red asistencial de ARL Colpatria, clínicas y hospitales. Plan de emergencias, protocolos de cómo actuar en caso de incendio, terremoto, evacuación, primeros auxilios, evacuación de lesionados. Manejo de extintores. Manejo adecuado de cargas, normas de seguridad vial, manejo preventivo para conductores. Normas de seguridad en oficinas, higiene, orden y aseo. Uso de hojas de seguridad para productos químicos. Responsabilidades, derechos y deberes como trabajador. Manual de especificaciones, uso y mantenimiento de dotación, elementos de protección personal (EPP). Importancia del autocuidado y la autoseguridad. Gimnasia laboral, ejercicios de pausas activas antes de iniciar su labor. Higiene Postural para trabajar con video terminales. Aspectos legales. Comité de convivencia.

	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Federney Perez	5993989	
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

RESPONSABLE:

Res. SST

503

Powered by CamScanner

	EVALUACIÓN INDUCCIÓN	SST-FT-03 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

I. Datos del colaborador	
Tema de capacitación	Inducción SST
Nombre del trabajador	Fabiana Pinzón R
Cargo	OFICIAL
Fecha	5-NOV-25

5/5

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: X
3. Relacione con una línea la imagen con su definición según corresponda	 ACTO INSEGURO CONDICION INSEGURA
4. ¿En qué documento se identifican los riesgos existentes de la compañía y se expresa la búsqueda de medidas de control y prevención de peligros a los trabajadores?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Reglamento Interno de Trabajo c. X 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	

Powered by CamScanner

5of4

	LISTA DE ASISTENCIA INDUCCIÓN	SST-FT-02 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

FECHA: 05 de noviembre 2025
LUGAR: COP 1013-2024
DURACIÓN: 40 MINUTOS

TEMAS
Se hace inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo, los temas tratados se relacionan en el ACTA DE INDUCCIÓN SG -SST. Objetivo del sistema de gestión, Misión, Visión, Reseña histórica. Generalidades del sistema de seguridad y salud en el trabajo. Generalidades del sistema general de riesgos laborales. Definición de accidente e incidente de trabajo, enfermedad laboral. Política de seguridad y salud en el trabajo. Política de prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaco. Política de seguridad vial. Política de emergencias. Reglamento de higiene y seguridad industrial. Identificación de riesgos .Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo (COPASST). Brigada de emergencia. Notificación de factores de riesgo a los cuales se encuentra expuesto para desempeñar el cargo. Factores de riesgo prioritarios. Procedimiento de reporte de accidentes, incidentes de trabajo y condiciones inseguras. Red asistencial de ARL Colpatria, clínicas y hospitales. Plan de emergencias, protocolos de cómo actuar en caso de incendio, terremoto, evacuación, primeros auxilios, evacuación de lesionados. Manejo de extintores. Manejo adecuado de cargas, normas de seguridad vial, manejo preventivo para conductores. Normas de seguridad en oficinas, higiene, orden y aseo, Uso de hojas de seguridad para productos químicos. Responsabilidades, derechos y deberes como trabajador. Manual de especificaciones, uso y mantenimiento de dotación, elementos de protección personal (EPP). Importancia del autocuidado y la autoseguridad. Gimnasia laboral, ejercicios de pausas activas antes de iniciar su labor. Higiene Postural para trabajar con video terminales. Aspectos legales. Comité de convivencia.

	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Andres Piñerez.	1024586116	
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

RESPONSABLE:

Res. SST

505

Powered by CamScanner

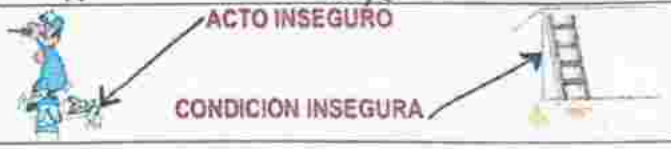
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN	SST-FT-03 Fecha 01-Abr-2025 Versión 01

I. Datos del colaborador	
Tema de capacitación	Inducción SST
Nombre del trabajador	Andres Piñerez.
Cargo	OFICIAL
Fecha	5-NOV-25

5/5

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: 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	 X X X X X

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

506

Powered by CamScanner

	LISTA DE ASISTENCIA INDUCCIÓN	SST-FT-02 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

FECHA: 05 diciembre del 2025
LUGAR: CoP 1013-2024
DURACIÓN: 90 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	Marcos Soto	9350547	Marcos Soto
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

RESPONSABLE: [signature]

RES. SST

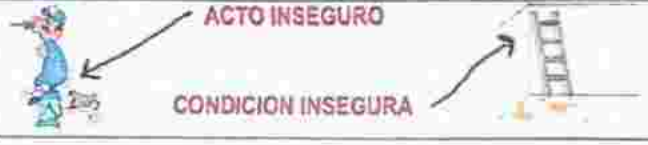
Powered by CamScanner

	EVALUACIÓN INDUCCIÓN	SST-FT-03 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

I. Datos del colaborador	
Tema de capacitación	Induccion_SST
Nombre del trabajador	marco Fidel Solo
Cargo	Ayudante de obra
Fecha	5-NOV-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: 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	 X X X X X X

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	marco Fidel Solo	Firma capacitador	

5/5

508

Powered by CamScanner

	LISTA DE ASISTENCIA INDUCCIÓN	SST-FT-02 Fecha 01-Abr-2025 Versión. 01

FECHA: 12 NOV 25
LUGAR: CDP 1013 2074
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 como 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	• David Rolda	• 334697	• David
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

RESPONSABLE: ALTER

Res. SST

509

	EVALUACIÓN INDUCCIÓN	SST-FT-03 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

I. Datos del colaborador	
Tema de capacitación	Inducción
Nombre del trabajador	- David Roldan Mora
Cargo	- OFGAL
Fecha	12 NOV - 25

4/5

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: X
3. Relacione con una línea la imagen con su definición según corresponda	 ACTO INSEGURO CONDICION INSEGURA 
4. ¿En qué documento se identifican los riesgos existentes de la compañía y se expresa la búsqueda de medidas de control y prevención de peligros a los trabajadores?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Reglamento Interno de Trabajo 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	David Roldan	Firma capacitador	

S10

Powered by CamScanner

	LISTA DE ASISTENCIA INDUCCIÓN	SST-FT-02 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

FECHA: 4-NOV-25
LUGAR: COP 1013 2024
DURACIÓN: 40 MIN 40S

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	Rafael Arturo Mejia R	1066813978	
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

RESPONSABLE: RES. SST

511

	EVALUACIÓN INDUCCIÓN	SST-FT-03 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

I. Datos del colaborador	
Tema de capacitación	Inducción
Nombre del trabajador	Rafael Arturo Mora Ruiz
Cargo	Ayudante de obra
Fecha	4-11-2025

4/5

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: X
3. Relacione con una línea la imagen con su definición según corresponda	
4. ¿En qué documento se identifican los riesgos existentes de la compañía y se expresa la búsqueda de medidas de control y prevención de peligros a los trabajadores?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Reglamento Interno de Trabajo c. Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial d. Perfil de cargo
5. Seleccione los EPP's que debe utilizar	

III. Concepto del Capacitador

Bien

IV. Evaluación de desempeño

Aspectos a evaluar	E	B	R	D
Contenido de la capacitación	X			
Desempeño del capacitador	X			
Metodología y Logística	X			

Firma asistente		Firma capacitador	

5/2

Powered by CamScanner

	LISTA DE ASISTENCIA INDUCCIÓN	SST-FT-02 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

FECHA: 05 noviembre
LUGAR: COP 10-13-24
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	RAFAEL GARCIA	6611169	RAFAEL
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

RESPONSABLE: _____

ResS. SST

513

Powered by CamScanner

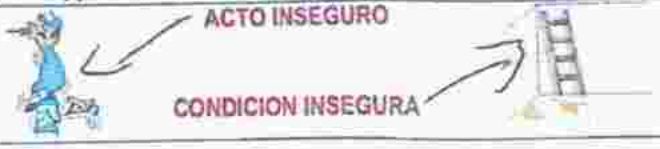
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN	SST-FT-03 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

I. Datos del colaborador

Tema de capacitación	Inducción
Nombre del trabajador	RAFAEL GARCIA
Cargo	Ayudante obra
Fecha	4-11-25

II. Preguntas

Responda cada una de las preguntas descritas a continuación, si no es insuficiente el espacio para sus respuestas utilice el respaldo de la hoja.
*Para opciones múltiples solo hay una respuesta, marque la que considere correcta.
*Para opciones de: (V) – verdadero ó (F) – falso marque la que considere correcta

Preguntas	Respuestas
1. Seleccione ¿Cuáles son las políticas de la empresa?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Política de prevención de alcohol y tabaquismo c. Política de emergencia d. X Todas las anteriores
2. Seleccione con una X Falso o Verdadero según corresponda	Es función de los integrantes del COPASST colaborar con las investigaciones de accidentes laborales y realizar inspecciones en los lugares de trabajo F: V: X
3. Relacione con una línea la imagen con su definición según corresponda	
4. ¿En qué documento se identifican los riesgos existentes de la compañía y se expresa la búsqueda de medidas de control y prevención de peligros a los trabajadores?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Reglamento Interno de Trabajo c. X Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial d. Perfil de cargo
5. Seleccione los EPP´s que debe utilizar	 X X X X X + +

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	RAFAEL	Firma capacitador	

S/S

S14

Powered by CamScanner

	LISTA DE ASISTENCIA INDUCCIÓN	SST-FT-02 Fecha 01-Abr-2021 Versión: 01

FECHA 5 de noviembre 2025
LUGAR CDP 1013 2024
DURACIÓN 40 MINUTOS

TEMAS

De bajo inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo, los temas tratados se encuentran en el ACTA DE INDUCCIÓN No. 001 referente del proceso 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 emergencias. Notificación de factores de riesgo a los cuales se encuentra expuesto para desempeñar el cargo. Factores de riesgo psicosociales. Procedimiento de reporte de accidentes, incidentes de trabajo y condiciones inseguras. Red nacional de ARL. Peligros físicos y biológicos. Plan de emergencias, protocolos de cómo actuar en caso de incendio, terremoto, evacuación, primeros auxilios, reanimación 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, antes de iniciar su labor. Higiene Postural para trabajar con video terminales. Aspectos legales. Comité de convivencia

	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Jose Duran Ija	4254566	Jose Duran
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

RESPONSABLE:

Res. SST

Powered by CamScanner

	EVALUACIÓN INDUCCIÓN	SST-FT-03 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

I. Datos del colaborador	
Tema de capacitación	Inducción SST
Nombre del trabajador	Jose Duran.
Cargo	Ayudante de obra
Fecha	5 NOV 25

5/5

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: X
3. Relacione con una línea la imagen con su definición según corresponda	
4. ¿En qué documento se identifican los riesgos existentes de la compañía y se expresa la búsqueda de medidas de control y prevención de peligros a los trabajadores?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Reglamento Interno de Trabajo c. Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial d. Perfil de cargo
5. Seleccione los EPP´s que debe utilizar	

III. Concepto del Capacitador

Bien

IV. Evaluación de desempeño

Aspectos a evaluar	E	B	R	D
Contenido de la capacitación	X			
Desempeño del capacitador	X			
Metodología y Logística	X			

Firma asistente	Jose Duran	Firma capacitador	

5/6

Powered by CamScanner

SST-FT-02
Fecha 01 Abr 2025
Versión 01

LISTA DE ASISTENCIA
INDUCCIÓN

FECHA: 30 10 2024
LUGAR Cra 10 13 2024
DURACIÓN: 40 minutos

TEMAS

Se hace inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo, los temas tratados en relación con el ACTA DE INDUCCIÓN SST-FT-02 Versión 01 son los siguientes: Misión Visión, Reseña histórica. Generalidades del sistema de seguridad y salud en el trabajo. Generalidades del sistema de gestión. Matriz Vasos. Reseña histórica. Generalidades del sistema de seguridad y salud en el trabajo. 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 prevención del acoso laboral. Reglamento de higiene y seguridad industrial. Identificación de peligros. Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo. Brigada de emergencias. Notificación de factores de riesgo a los cuales se encuentra expuesto el trabajador. Factores de riesgo ocupacional. Notificación de accidentes de trabajo y enfermedades laborales. Investigación de AT y EL. Higiene postural. Pausas activas. Procedimiento de reporte de accidentes, incidentes de trabajo y enfermedades laborales. Identificación de AT y EL. Higiene postural y hospitalaria. Plan de emergencias, protocolos de alerta actual en el puesto de trabajo. Incendios en el puesto actual, señalización de seguridad. Manejo de extintores. Manejo adecuado de cargas, normas de seguridad que se deben tener para cargar. Normas de seguridad en oficinas. Higiene, orden y aseo. Uso de hojas de seguridad para productos químicos. Orientación sobre derechos y deberes como trabajador. Manual de especificaciones, uso y mantenimiento de dotación, elementos de protección personal (EPP) incluyendo los autocuidado y la autoseguridad. Gimnasia laboral, ejercicios de pausas activas, adaptación al puesto de trabajo. Higiene Postural y manejo de video terminales. Aspectos legales. Comité de convivencia.

	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	EMILIANO LERMA	1179147309	
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

RESPONSABLE: Res. SST

57

Powered by CamScanner

	EVALUACIÓN INDUCCIÓN	SST-FT-03 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

I. Datos del colaborador	
Tema de capacitación	INDUCCION SST
Nombre del trabajador	EMILIANO LOZANO ASTUDILLO
Cargo	OFICIAL
Fecha	30-10-2025

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

3/5

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	 ACTO INSEGURO CONDICION INSEGURA 
4. ¿En qué documento se identifican los riesgos existentes de la compañía y se expresa la búsqueda de medidas de control y prevención de peligros a los trabajadores?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Reglamento Interno de Trabajo c. Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial d. Perfil de cargo
5. Seleccione los EPP's que debe utilizar	

III. Concepto del Capacitador

BIEN

IV. Evaluación de desempeño

Aspectos a evaluar	E	B	R	D
Contenido de la capacitación	X			
Desempeño del capacitador	X			
Metodología y Logística	X			

Firma asistente		Firma capacitador	

5/8

Powered by CamScanner

	LISTA DE ASISTENCIA INDUCCIÓN	SST-FT-02 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

FECHA: 30 Octubre
LUGAR: COP 1013 2024
DURACIÓN: 40 MINUTOS

TEMAS
Se hace inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo, los temas tratados se relacionan en el ACTA DE INDUCCIÓN SG -SST. Objetivo del sistema de gestión, Misión, Visión, Reseña histórica. Generalidades del sistema de seguridad y salud en el trabajo. Generalidades del sistema general de riesgos laborales. Definición de accidente e incidente de trabajo, enfermedad laboral. Política de seguridad y salud en el trabajo. Política de prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaco. Política de seguridad vial. Política de emergencias. Reglamento de higiene y seguridad industrial. Identificación de riesgos. Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo (COPASST). Brigada de emergencia. Notificación de factores de riesgo a los cuales se encuentra expuesto para desempeñar el cargo; Factores de riesgo prioritarios. Procedimiento de reporte de accidentes, incidentes de trabajo y condiciones inseguras. Red asistencial de ARL Colpatria; clínicas y hospitales. Plan de emergencias, protocolos de cómo actuar en caso de incendio, terremoto, evacuación, primeros auxilios, avacuación 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	Martin Asenero	1043130652	Martin
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

RESPONSABLE: VÍCTOR MORA

RES.SST

SIA

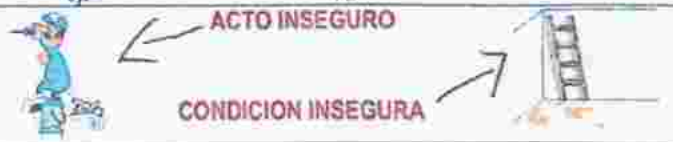
Powered by CamScanner

	EVALUACIÓN INDUCCIÓN	SST-FT-03 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

I. Datos del colaborador	
Tema de capacitación	Inducción SST
Nombre del trabajador	Ayudante de obra
Cargo	Martin Escancio
Fecha	30 · Octubre 2025

II. Preguntas 4/5

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: X
3. Relacione con una línea la imagen con su definición según corresponda	 ✓
4. ¿En qué documento se identifican los riesgos existentes de la compañía y se expresa la búsqueda de medidas de control y prevención de peligros a los trabajadores?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Reglamento Interno de Trabajo c. Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial ✓ d. Perfil de cargo
5. Seleccione los EPP´s que debe utilizar	 ✓

III. Concepto del Capacitador

Bien

IV. Evaluación de desempeño

Aspectos a evaluar	E	B	R	D
Contenido de la capacitación	X			
Desempeño del capacitador	X			
Metodología y Logística	X			

Firma asistente	Martin	Firma capacitador	

520

Powered by CamScanner

	LISTA DE ASISTENCIA **INDUCCIÓN**	SST-FT-02 Fecha 01-Abr-2025 Versión 01

FECHA: 4-11-25
LUGAR: COP 1013 2024
DURACIÓN: 40 MIN 40S

TEMAS

Se hace inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo, los temas tratados se relacionan en el ACTA DE INDUCCIÓN SG SST Objetivos 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	*Diana Rodas	1028940930	
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

RESPONSABLE: [signature]

RES. SST

Powered by CamScanner

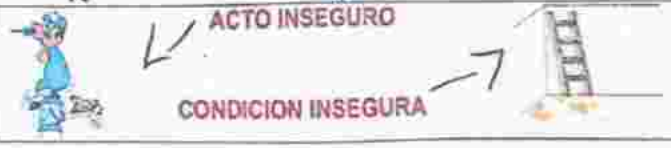
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN	SST-FT-03 Fecha 01-Abr-2025 Versión: 01

I. Datos del colaborador	
Tema de capacitación	Inducción
Nombre del trabajador	• Brayan Stiven Robles
Cargo	• Auxiliante de obra
Fecha	4-11-25

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

5/5

Preguntas	Respuestas
1. Seleccione ¿Cuáles son las políticas de la empresa?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Política de prevención de alcohol y tabaquismo c. Política de emergencia d. Todas las anteriores
2. Seleccione con una X Falso o Verdadero según corresponda	Es función de los integrantes del COPASST colaborar con las investigaciones de accidentes laborales y realizar inspecciones en los lugares de trabajo F: V
3. Relacione con una línea la imagen con su definición según corresponda	
4. ¿En qué documento se identifican los riesgos existentes de la compañía y se expresa la búsqueda de medidas de control y prevención de peligros a los trabajadores?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Reglamento Interno de Trabajo c. Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial d. Perfil de cargo
5. Seleccione los EPP's que debe utilizar	

III. Concepto del Capacitador

Bien

IV. Evaluación de desempeño

Aspectos a evaluar	E	B	R	D
Contenido de la capacitación	X			
Desempeño del capacitador	X			
Metodología y Logística	X			

Firma asistente	Firma capacitador
Brayan Robles	

	LISTA DE ASISTENCIA INDUCCIÓN	SST-FT-02 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

FECHA: 18 Noviembre 2025
LUGAR: COP 1013 2024
DURACIÓN: 40 MINUTOS

TEMAS

Se hace inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo, los temas tratados se relacionan en el ACTA DE INDUCCIÓN SG-SST: Objetivo del sistema de gestión, Misión, Visión, Reseña histórica. Generalidades del sistema de seguridad y salud en el trabajo. Generalidades del sistema general de riesgos laborales. Definición de accidente e incidente de trabajo, enfermedad laboral. Política de seguridad y salud en el trabajo. Política de prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaco. Política de seguridad vial. Política de emergencias. Reglamento de higiene y seguridad industrial. Identificación de riesgos. Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo (COPASST). Brigada de emergencia. Notificación de factores de riesgo a los cuales se encuentre 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	Guillermo Amaya	19,130.947	Guillermo Amaya
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

RESPONSABLE: _____

Res.SST

S23

Powered by CamScanner

	EVALUACIÓN INDUCCIÓN	SST-FT-03 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

I. Datos del colaborador	
Tema de capacitación	Inducción
Nombre del trabajador	Guillermo Amaya
Cargo	Oficial
Fecha	18 noviembre 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 X V:
3. Relacione con una línea la imagen con su definición según corresponda	
4. ¿En qué documento se identifican los riesgos existentes de la compañía y se expresa la búsqueda de medidas de control y prevención de peligros a los trabajadores?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Reglamento Interno de Trabajo X Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial d. Perfil de cargo
5. Seleccione los EPP´s que debe utilizar	

III. Concepto del Capacitador

Bien

IV. Evaluación de desempeño

Aspectos a evaluar	E	B	R	D
Contenido de la capacitación	X			
Desempeño del capacitador	X			
Metodología y Logística	X			

Firma asistente	Guillermo Amaya	Firma capacitador	

4/5

Powered by CamScanner

	LISTA DE ASISTENCIA INDUCCIÓN	SST-FT-02 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

FECHA: 10-11-25
LUGAR: COL 1013 2024
DURACIÓN: 40 MINUTOS

TEMAS
Se hace inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo, los temas tratados se relacionan en el ACTA DE INDUCCIÓN SG -SST Objetivo del sistema de gestión, Misión, Visión, Reseña histórica. Generalidades del sistema de seguridad y salud en el trabajo. Generalidades del sistema general de riesgos laborales. Definición de accidente e incidente de trabajo, enfermedad laboral. Política de seguridad y salud en el trabajo. Política de prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaco. Política de seguridad vial. Política de emergencias Reglamento de higiene y seguridad industrial. Identificación de riesgos .Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo (COPASST) Brigada de emergencia. Notificación de factores de riesgo a los cuales se encuentra expuesto para desempeñar el cargo; Factores de riesgo prioritarios. Procedimiento de reporte de accidentes, incidentes de trabajo y condiciones inseguras, Red asistencial de ARL Colpatria, clínicas y hospitales. Plan de emergencias, protocolos de cómo actuar en caso de incendio, terremoto, evacuación, primeros auxilios, evacuación de lesionados. Manejo de extintores. Manejo adecuado de cargas, normas de seguridad vial, manejo preventivo para conductores. Normas de seguridad en oficinas, higiene, orden y aseo. Uso de hojas de seguridad para productos químicos. Responsabilidades, derechos y deberes como trabajador. Manual de especificaciones, uso y mantenimiento de dotación, elementos de protección personal (EPP). Importancia del autocuidado y la autoseguridad. Gimnasia laboral, ejercicios de pausas activas antes de iniciar su labor. Higiene Postural para trabajar con video terminales. Aspectos legales. Comité de convivencia.

	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Josue Torres	1070754626	Maquel Torres
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

RESPONSABLE:

Res. SST

525

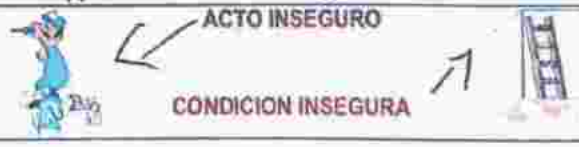
Powered by CamScanner

	EVALUACIÓN INDUCCIÓN	SST-FT-03 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

I. Datos del colaborador	
Tema de capacitación	Inducción
Nombre del trabajador	Jesus Manuel Torres
Cargo	Vendante
Fecha	20-11-25

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 X Reglamento Interno de Trabajo c. Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial d. Perfil de cargo
5. Seleccione los EPP's que debe utilizar	

III. Concepto del Capacitador

BIEN

IV. Evaluación de desempeño

Aspectos a evaluar	E	B	R	D
Contenido de la capacitación	X			
Desempeño del capacitador	X			
Metodología y Logística	X			

Firma asistente	Manuel	Firma capacitador	

4/5

526

Powered by CamScanner

	LISTA DE ASISTENCIA INDUCCIÓN	SST-FT-02 Fecha 01-Abr-2025 Versión 01

FECHA: 10-11-2025
LUGAR: COP 1013 2074
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	Edwin Quimbaya	1023959850	Edwin Quimbaya
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

RESPONSABLE: [signature]

Res. SST

527

Powered by CamScanner

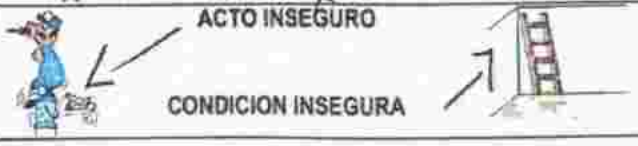
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN	SST-FT-03 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

I. Datos del colaborador	
Tema de capacitación	Induccion
Nombre del trabajador	Edwin Aldahir Qumbayo Vasquez
Cargo	Oficial de Obra
Fecha	10-11-25

5/5

II. Preguntas

Responda cada una de las preguntas descritas a continuación, si no es insuficiente el espacio para sus respuestas utilice el respaldo de la hoja.
*Para opciones múltiples solo hay una respuesta, marque la que considere correcta.
*Para opciones de: **(V)** – verdadero ó **(F)** – falso marque la que considere correcta

Preguntas	Respuestas
1. Seleccione ¿Cuáles son las políticas de la empresa?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Política de prevención de alcohol y tabaquismo c. Política de emergencia d. Todas las anteriores
2. Seleccione con una X Falso o Verdadero según corresponda	Es función de los integrantes del COPASST colaborar con las investigaciones de accidentes laborales y realizar inspecciones en los lugares de trabajo F: X
3. Relacione con una línea la imagen con su definición según corresponda	
4. ¿En qué documento se identifican los riesgos existentes de la compañía y se expresa la búsqueda de medidas de control y prevención de peligros a los trabajadores?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Reglamento Interno de Trabajo c. Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial d. Perfil de cargo
5. Seleccione los EPP's que debe utilizar	

III. Concepto del Capacitador

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 Qumbayo	Firma capacitador	

528

	LISTA DE ASISTENCIA INDUCCIÓN	SST-FT-02 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

FECHA: 18-11-2025
LUGAR: COP 1013 2024
DURACIÓN: 40 MINUTOS

TEMAS
Se hace inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo, los temas tratados se relacionan en el ACTA DE INDUCCIÓN SG -SST. Objetivo del sistema de gestión, Misión, Visión, Reseña histórica. Generalidades del sistema de seguridad y salud en el trabajo. Generalidades del sistema general de riesgos laborales. Definición de accidente e incidente de trabajo, enfermedad laboral. Política de seguridad y salud en el trabajo. Política de prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaco. Política de seguridad vial. Política de emergencias. Reglamento de higiene y seguridad industrial. Identificación de riesgos. Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo (COPASST). Brigada de emergencia. Notificación de factores de riesgo a los cuales se encuentra expuesto para desempeñar el cargo, Factores de riesgo prioritarios. Procedimiento de reporte de accidentes, incidentes de trabajo y condiciones inseguras. Red asistencial de ARL Colpatria, clínicas y hospitales. Plan de emergencias, protocolos de cómo actuar en caso de incendio, terremoto, evacuación, primeros auxilios, evacuación de lesionados. Manejo de extintores. Manejo adecuado de cargas, normas de seguridad vial, manejo preventivo para conductores. Normas de seguridad en oficinas, higiene, orden y aseo. Uso de hojas de seguridad para productos químicos. Responsabilidades, derechos y deberes como trabajador. Manual de especificaciones, uso y mantenimiento de dotación, elementos de protección personal (EPP). Importancia del autocuidado y la autoseguridad. Gimnasio laboral, ejercicios de pausas activos antes de iniciar su labor. Higiene Postural para trabajar con video terminales. Aspectos legales. Comité de convivencia.

	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Eduard Luscutto	1085102874	1.
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

RESPONSABLE:

RES.SST

Powered by CamScanner

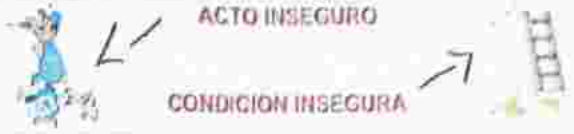
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN	SG-SST-FO Fecha 01 Abr 2021 Versión 01

I. Datos del colaborador

Tema de capacitación	inducción
Nombre del trabajador	Oscar Jaramo
Cargo	Auxiliar
Fecha	12-11-2015

II. Preguntas

Responda cada una de las preguntas descritas a continuación, si no es suficiente 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	 ✓ 5/5
4. ¿En qué documento se identifican los riesgos existentes de la compañía y se expresa la búsqueda de medidas de control y prevención de peligros a los trabajadores?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Reglamento Interno de Trabajo c. Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial ✓ d. Perfil de cargo
5. Seleccione los EPP´s que debe utilizar	 ✓

III. Concepto del Capacitador

Bien

IV. Evaluación de desempeño

Aspectos a evaluar	E	B	R	D
Contenido de la capacitación	X			
Desempeño del capacitador	X			
Metodología y Logística	X			

Firma asistente		**Firma capacitador**	

530

Powered by CamScanner

	LISTA DE ASISTENCIA INDUCCIÓN	SST-FT-02 Fecha 01-Abr-2025 Versión: 01

FECHA: 18 Noviembre 2025
LUGAR: COP 1013 7024
DURACIÓN: 40 MINUTOS

TEMAS
Se hace inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo, los temas tratados se relacionan en el ACTA DE INDUCCION SG-SST. Objetivo del sistema de gestión, Misión, Vision, Reseña histórica. Generalidades del sistema de seguridad y salud en el trabajo. Generalidades de 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 villalba.	11 380 300	
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

RESPONSABLE:

RPS. SST

Powered by CamScanner

	EVALUACIÓN INDUCCIÓN	SST-FT-03 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

I. Datos del colaborador	
Tema de capacitación	Induccion
Nombre del trabajador	Carlos Julio Villalba
Cargo	Oficial
Fecha	18 Noviembre

II. Preguntas 4/5

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: X
3. Relacione con una línea la imagen con su definición según corresponda	 ACTO INSEGURO CONDICION INSEGURA 
4. ¿En qué documento se identifican los riesgos existentes de la compañía y se expresa la búsqueda de medidas de control y prevención de peligros a los trabajadores?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo ✓ b. Reglamento Interno de Trabajo c. Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial d. Perfil de cargo
5. Seleccione los EPP´s que debe utilizar	

III. Concepto del Capacitador

Bien

IV. Evaluación de desempeño

Aspectos a evaluar	E	B	R	D
Contenido de la capacitación	+			
Desempeño del capacitador	+			
Metodología y Logística	+			

Firma asistente	Carlos Villalba	Firma capacitador	

532

Powered by CamScanner

	LISTA DE ASISTENCIA INDUCCIÓN	SST-FT-02 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

FECHA: 11-11-25
LUGAR: COP 1013 2024
DURACIÓN: 40 MINUTOS

TEMAS
Se hace inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo, los temas tratados se relacionan en el ACTA DE INDUCCIÓN SG -SST. Objetivo del sistema de gestión, Misión, Visión, Reseña histórica. Generalidades del sistema de seguridad y salud en el trabajo. Generalidades del sistema general de riesgos laborales. Definición de accidente e incidente de trabajo, enfermedad laboral. Política de seguridad y salud en el trabajo. Política de prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaco. Política de seguridad vial. Política de emergencias. Reglamento de higiene y seguridad industrial. Identificación de riesgos .Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo (COPASST). Brigada de emergencia. Notificación de factores de riesgo a los cuales se encuentra expuesto para desempeñar el cargo; Factores de riesgo prioritarios. Procedimiento de reporte de accidentes, incidentes de trabajo y condiciones inseguras. Red asistencial de ARL Colpatria, clínicas y hospitales. Plan de emergencias, protocolos de cómo actuar en caso de incendio, terremoto, evacuación, primeros auxilios, evacuación de lesionados. Manejo de extintores. Manejo adecuado de cargas, normas de seguridad vial, manejo preventivo para conductores. Normas de seguridad en oficinas, higiene, orden y aseo. Uso de hojas de seguridad para productos químicos. Responsabilidades, derechos y deberes como trabajador. Manual de especificaciones, uso y mantenimiento de dotación, elementos de protección personal (EPP). Importancia del autocuidado y la autoseguridad. Gimnasia laboral, ejercicios de pausas activas antes de iniciar su labor. Higiene Postural para trabajar con video terminales. Aspectos legales. Comité de convivencia.

	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Edwin Quimbaya	5994108	Edwin Quimbaya
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

RESPONSABLE:

RES. SST

Powered by CamScanner

	EVALUACIÓN INDUCCIÓN	SST-FT-03 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

I. Datos del colaborador	
Tema de capacitación	INDUCCIÓN
Nombre del trabajador	Edwin Quimbayo
Cargo	maestro de obra
Fecha	11-NOV-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

5/5

Preguntas	Respuestas
1. Seleccione ¿Cuáles son las políticas de la empresa?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Política de prevención de alcohol y tabaquismo c. Política de emergencia X Todas las anteriores
2. Seleccione con una X Falso o Verdadero según corresponda	Es función de los integrantes del COPASST colaborar con las investigaciones de accidentes laborales y realizar inspecciones en los lugares de trabajo F: V: X
3. Relacione con una línea la imagen con su definición según corresponda	 ACTO INSEGURO CONDICION INSEGURA 
4. ¿En qué documento se identifican los riesgos existentes de la compañía y se expresa la búsqueda de medidas de control y prevención de peligros a los trabajadores?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Reglamento Interno de Trabajo X Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial d. Perfil de cargo
5. Seleccione los EPP's que debe utilizar	

III. Concepto del Capacitador

BIEN

IV. Evaluación de desempeño

Aspectos a evaluar	E	B	R	D
Contenido de la capacitación	X			
Desempeño del capacitador	X			
Metodología y Logística	X			

Firma asistente	Edwin Quimbayo	Firma capacitador	

534

Powered by CamScanner

	LISTA DE ASISTENCIA INDUCCIÓN	SST-FT-02 Fecha 01-Abr-2025 Versión: 01

FECHA: 10/11/2025
LUGAR: COPIOLA 2074
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	Enrique Duarte	1000936816	Enrique Duarte
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

RESPONSABLE: _____

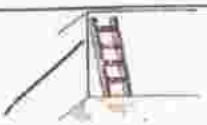
RES. SST

	EVALUACIÓN INDUCCIÓN	SST-FT-03 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

I. Datos del colaborador	
Tema de capacitación	Inducción
Nombre del trabajador	Enrique Duarte
Cargo	Ayudante c
Fecha	10/11/2025

II. Preguntas

Responda cada una de las preguntas descritas a continuación, si no es insuficiente el espacio para sus respuestas utilice el respaldo de la hoja.
*Para opciones múltiples solo hay una respuesta, marque la que considere correcta.
*Para opciones de: **(V)** – verdadero ó **(F)** – falso marque la que considere correcta

Preguntas	Respuestas
1. Seleccione ¿Cuáles son las políticas de la empresa?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Política de prevención de alcohol y tabaquismo c. Política de emergencia d. Todas las anteriores
2. Seleccione con una X Falso o Verdadero según corresponda	Es función de los integrantes del COPASST colaborar con las investigaciones de accidentes laborales y realizar inspecciones en los lugares de trabajo F: V:
3. Relacione con una línea la imagen con su definición según corresponda	 ACTO INSEGURO CONDICION INSEGURA 
4. ¿En qué documento se identifican los riesgos existentes de la compañía y se expresa la búsqueda de medidas de control y prevención de peligros a los trabajadores?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Reglamento Interno de Trabajo c. Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial d. Perfil de cargo
5. Seleccione los EPP's que debe utilizar	

III. Concepto del Capacitador

Bien

IV. Evaluación de desempeño

Aspectos a evaluar	E	B	R	D
Contenido de la capacitación	X			
Desempeño del capacitador	X			
Metodología y Logística	X			

Firma asistente	Enrique Duarte	Firma capacitador	

3 | 5

536

	LISTA DE ASISTENCIA INDUCCIÓN	SST-FT-02 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

FECHA: 18-NOV-25
LUGAR: COP 10 13 2024
DURACIÓN: 40 MINUTOS

TEMAS

Se hace inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo, los temas tratados se relacionan en el ACTA DE INDUCCIÓN SG -SST (Objetivo del sistema de gestión, Misión, Visión, Reseña histórica. Generalidades del sistema de seguridad y salud en el trabajo. Generalidades del sistema general de riesgos laborales. Definición de accidente e incidente de trabajo, enfermedad laboral. Política de seguridad y salud en el trabajo. Política de prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaco. Política de seguridad vial. Política de emergencias. Reglamento de higiene y seguridad industrial. Identificación de riesgos. Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo (COPASST). Brigada de emergencia. Notificación de factores de riesgo a los cuales se encuentra expuesto para desempeñar el cargo. Factores de riesgo prioritarios. Procedimiento de reporte de accidentes, incidentes de trabajo y condiciones inseguras. Red asistencial de ARL Colpatria, clínicas y hospitales. Plan de emergencias, protocolos de cómo actuar en caso de incendio, terremoto, evacuación, primeros auxilios, evacuación de lesionados. Manejo de extintores. Manejo adecuado de cargas, normas de seguridad vial, manejo preventivo para conductores. Normas de seguridad en oficinas, higiene, orden y aseo. Uso de hojas de seguridad para productos químicos. Responsabilidades, derechos y deberes como trabajador. Manual de especificaciones, uso y mantenimiento de dotación, elementos de protección personal (EPP). Importancia del autocuidado y la autoseguridad. Gimnasia laboral, ejercicios de pausas activas antes de iniciar su labor, Higiene Postural para trabajar con video terminales. Aspectos legales. Comité de convivencia.

	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	MANUEL POLANCO	1051361018	
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	- Manuel Polanco
Cargo	- Aprendiz
Fecha	18 NOV - 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

4/5

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: X
3. Relacione con una línea la imagen con su definición según corresponda	 ACTO INSEGURO CONDICION INSEGURA 
4. ¿En qué documento se identifican los riesgos existentes de la compañía y se expresa la búsqueda de medidas de control y prevención de peligros a los trabajadores?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Reglamento Interno de Trabajo ✓ Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial d. Perfil de cargo
5. Seleccione los EPP´s que debe utilizar	

III. Concepto del Capacitador

Bien

IV. Evaluación de desempeño

Aspectos a evaluar	E	B	R	D
Contenido de la capacitación	X			
Desempeño del capacitador	X			
Metodología y Logística	X			

Firma asistente		Firma capacitador	

Powered by CamScanner

	LISTA DE ASISTENCIA INDUCCIÓN	SST-FT-02 Fecha 01-Abr-2025 Versión 01

FECHA: 4-NOV-25
LUGAR: COP 1013 2024
DURACIÓN: 40 MINUTOS

TEMAS

Se hace inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo, los temas tratados se relacionan en el ACTA DE INDUCCION SG-SST. Copia 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, evacuacion 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	Pablo Moreno	79412091	
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

RESPONSABLE: [signature]

RES. SST

	EVALUACIÓN INDUCCIÓN	SST-FT-03 Fecha 01-Abr-2025 Versión: 01

I. Datos del colaborador

Tema de capacitación	Inducción
Nombre del trabajador	Pablo Moreno
Cargo	Operador
Fecha	4-NOV-25

3/5

II. Preguntas

Responda cada una de las preguntas descritas a continuación, si no es insuficiente el espacio para sus respuestas utilice el respaldo de la hoja
*Para opciones múltiples solo hay una respuesta, marque la que considere correcta.
*Para opciones de: (V) – verdadero ó (F) – falso marque la que considere correcta

Preguntas	Respuestas
1. Seleccione ¿Cuáles son las políticas de la empresa?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Política de prevención de alcohol y tabaquismo c. Política de emergencia d. X Todas las anteriores
2. Seleccione con una X Falso o Verdadero según corresponda	Es función de los integrantes del COPASST colaborar con las investigaciones de accidentes laborales y realizar inspecciones en los lugares de trabajo F: X V:
3. Relacione con una línea la imagen con su definición según corresponda	 ACTO INSEGURO CONDICION INSEGURA 
4. ¿En qué documento se identifican los riesgos existentes de la compañía y se expresa la búsqueda de medidas de control y prevención de peligros a los trabajadores?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. X Reglamento Interno de Trabajo c. Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial d. Perfil de cargo
5. Seleccione los EPP´s que debe utilizar	

III. Concepto del Capacitador

Excelente

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**	

549

REINDUCCION HENRY GARCIA

542

	LISTA DE ASISTENCIA REINDUCCIÓN	SST-FT-02 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

FECHA: 19-NOV-25
LUGAR: CDP 1013 2024
DURACIÓN: 40 MINUTOS

TEMAS
Se hace reinducción 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	Henry Garcia	7120487	Henry Garcia
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

RESPONSABLE:

Res. SST

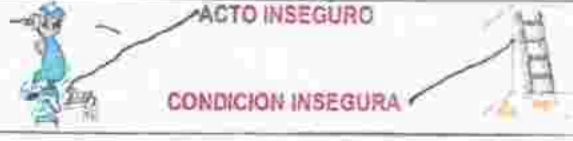
	EVALUACIÓN REINDUCCIÓN	SST-FT-03 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

I. Datos del colaborador	
Tema de capacitación	Reinducción
Nombre del trabajador	Henry Garcia
Cargo	Oficial
Fecha	19 11 2025

5/5

II. Preguntas

Responda cada una de las preguntas descritas a continuación, si no es insuficiente el espacio para sus respuestas utilice el respaldo de la hoja.
*Para opciones múltiples solo hay una respuesta, marque la que considere correcta.
*Para opciones de: (V) – verdadero ó (F) – falso marque la que considere correcta

Preguntas	Respuestas
1. Seleccione ¿Cuáles son las políticas de la empresa?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Política de prevención de alcohol y tabaquismo c. Política de emergencia d. Todas las anteriores
2. Seleccione con una X Falso o Verdadero según corresponda	Es función de los integrantes del COPASST colaborar con las investigaciones de accidentes laborales y realizar inspecciones en los lugares de trabajo F: X
3. Relacione con una línea la imagen con su definición según corresponda	
4. ¿En qué documento se identifican los riesgos existentes de la compañía y se expresa la búsqueda de medidas de control y prevención de peligros a los trabajadores?	a. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo b. Reglamento Interno de Trabajo c. Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial d. Perfil de cargo
5. Seleccione los EPP´s que debe utilizar	

III. Concepto del Capacitador

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	Henry Garcia	Firma capacitador	

5/3

Powered by CamScanner

Anexo 6. EPPS

	ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP	SST-FT-05 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

BOTAS	EDWIN RUBIANO	AUX OBRA	12/11/25	1	
OVEROL	EDWIN RUBIANO	AUX OBRA	12 NOV'25	1	
CASCO	EDWIN RUBIANO	AUX OBRA	12 NOV 25	1	
GUAN. CARNI	EDWIN RUBIANO	AUX OBRA	12 NOV 25	1P	
GUAN. CONCRETO	EDWIN RUBIANO	AUX OBRA	12 NOV'25	1P	
TAPABOCAS	EDWIN RUBIANO	AUX OBRA	12 NOV 25	1	
GAFAS	EDWIN RUBIANO	AUX OBRA	12 NOV 25	1	

LISA MORENO
COP 1013 2024

	ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP	SST-FT-08 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

casco	-Luis Martinez	operador	6 11 25	1	-
guantes car	-Luis Martinez	operador	6 11 25	1P	-
overol. ren. pant	Luis Martinez	operador	6 11 25	1	-
Botas mate.	Luis Martinez	operador	6 11 25	1P	-

Luisa Moreno
COP 1013 2024

546

Powered by CamScanner

	ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP	SST-FT-06 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Guantes de cabrete	Yancten L.	ayudante	10-11-25	1-par	Yancten
Casco	Yancten L.	ayudante	10-11-25	1	Yancten
Gafas	Yancten L.	ayudante	10-11-25	1	Yancten
Tapabocas	Yancten L.	ayudante	10-11-25	1	Yancten
Botas	Yancten L.	ayudante	10-11-25	1-par	Yancten
pantalon	Yancten L.	ayudante	10-11-25	1	Yancten
Camisa	Yancten L.	ayudante	10-11-25	1	Yancten
tapa oidos	Yancten L	ayudante	10-11-25	1	Yancten

Luisa Moreno
COP 1013 2024

Powered by CamScanner

	ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP	SGT-FT-06 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Botas Mate	Juan Carlos Benavides P.	maestro	11 NOV	1	
casco	Juan Carlos Benavides P	maestro	11 NOV	1	
guantes cal	Juan Carlos Benavides	maestro	11 NOV	1	
guantes cal	Juan Carlos Benavides	maestro	11 NOV	1	
gafas	Juan Carlos Benavides	maestra	11 NOV	1	
tapabocas	Juan Carlos Benavides	maestro	11 NOV	2	

Luisa Moreno
COP 1013 2024

Powered by CamScanner

	ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP	SST-FT-06 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Botas mut	Ruben nuñez	Ayudante	12 NOV 25	1	Ruben
Overol	Ruben nuñez	Ayudante	12 NOV 25	1	Ruben
casco	Ruben nuñez	Ayudante	12 NOV 25	1	Ruben
guantes cal	Ruben nuñez	Ayudante	12 NOV 25	1	Ruben
gafas	Ruben nuñez	Ayudante	12 NOV 25	1	Ruben
tapabocas	Ruben nuñez	Ayudante	12 NOV 25	1	Ruben

Lisa Moreno
COP 1013 2024

549

Powered by CamScanner

	ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP	SST-FT-05 Fecha: 1/Abr/2023 Versión: 01

CASCO	Fedorney Pinzon R	oficial	5-11-25	1	
OVEROL	Fedorney Pinzon R	oficial	5-11-25	1	
botas mute	Fedorney Pinzon R	oficial	5-11-25	1	
tapabocas	Fedorney Pinzon R	oficial	5-11-25	1	
gafas	Fedorney Pinzon R	oficial	5-11-25	1	
guantes cur	Fedorney Pinzon R	oficial	5-11-25	1P	
guantes cur	Fedorney Pinzon R	oficial	5-11-25	1P	

RES. SST

550

Powered by CamScanner

	ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP	SST-FT-06 Fecha: 13/02/2025 Versión: 01

casco	Andres Piñerez	Ayudante	05/10/25	1	
overol	Andres Piñerez	Ayudante	05/10/25	1	
gafas	Andres Piñerez	Ayudante	05/10/25	1	
guantes cor	Andres Piñerez	Ayudante	05/10/25	1	
tapabocas	Andres Piñerez	Ayudante	05/10/25	1	
botas mete	Andres Piñerez.	Ayudante	05/10/25	1	
tapabocas	Andres Piñerez.	Ayudante.	05/10/25	1	

MOTERO

COP 1013 2024

Powered by CamScanner

	ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP				
marcoFisolo	overol	Ayudante	5 Nov 25	1	marcoFisolo
marcoFisolo	Botas mater	Ayudante	5 Nov 25	1P	marcoFisolo
marcoFisolo	guantes cuin	Ayudante	5 Nov 25	1p	marcoFisolo
marFisolo	gafas	Ayudante	5 Nov 25	1	marFisolo
marFisolo	tapabocas	Ayudante	5 Nov 25	1	marcoFisolo
marFisolo	chaleco	Ayudante	5 Nov 25	1	marcoFisolo
marcoFisolo	casco	Ayudante	5 Nov 25	1	marcoFisolo
	LUISA MORENO				
	CC 1013 2024				

552

Powered by CamScanner

	ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP	SST-FT-05 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

overol	David Roldan	OFICIAL	12-NOV 25	1	- David -
casco	David Roldan	OFICIAL	12-11-25	1	- David -
guantes car	David Roldan	OFICIAL	12-11-25	1	- David -
guantes car	David Roldan	OFICIAL	12-11-25	1	- David -
Botas material	David Roldan	OFICIAL	12-11-25	1	- David -
gafas	David Roldan	OFICIAL	12-11-25	1	- David -
tapabocas	David Roldan	OFICIAL	12-11-25	1	- David -

Luisa Moreno
COP 1013 2024

553

Powered by CamScanner

	ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP	SST-FT-08 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Casco	Rafael Meyer R	Aprendiz	04-11-2025	1	
Overol	Rafael Meyer R	Aprendiz	04-11-2025	1	
Botas mar	Rafael Meyer R	Aprendiz	04-11-2025	1	
Guantes cor	Rafael Meyer R	Aprendiz	04-11-2025	1	
Gafas	Rafael Meyer R	Aprendiz	04-11-2025	1	
tapabocas	Rafael Meyer R	Aprendiz	04-11-2025	1	

COP 1013 2024

Powered by CamScanner

	ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP	SST-FT-05 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

CASCO	RAFAEL	AYUDANTE	05/10/25	1	RAFAEL
overol	RAFAEL	AYUDANTE	05/10/25	1	RAFAEL
Botas mate	RAFAEL	AYUDANTE	05/10/25	1	RAFAEL
Guantes cat	RAFAEL	AYUDANTE	05/10/25	1	RAFAEL
gafas	RAFAEL	AYUDANTE	05/10/25	1	RAFAEL
tapabocas	RAFAEL	AYUDANTE	05/10/25	1	RAFAEL
guantes cau	RAFAEL	AYUDANTE	05/10/25	1	RAFAEL

Luisa Moreno
VISA MV COP1013 2024

555

Powered by CamScanner

	ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP	SST-FT-06 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Casco	Jose Duran	Ayudante	5-NOV-25	1	Jose Duran
Overol	Jose Duran	Ayudante	5 NOV 25	1	
Gafas	Jose Duran	Ayudante	5 NOV 25	1	Jose Duran
Guantes	Jose Duran.	Ayudante	5 NOV 25	1P	Jose Duran
Botas	Jose Duran	Ayudante	5 NOV 25	1	Jose Duran
Tapa Bocas	Jose Duran.	Ayudante	5 NOV 25	1	Jose Duran
Tapa oidos	Jose Duran.	Ayudante	5 NOV 25	1	Jose Duran

COP 1013-2024

Powered by CamScanner

	ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP	SST-FT-06 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

casco	-Emiliano	- OT	-30-10-25	1	-
overol	-Emiliano	- OT	-30.10.25	1	-
guantes av	-Emiliano	- OT	-30 10 25	1	-
guantes av	-Emiliano	- OT	-30-10.25	1	-
tapaoidos	-Emiliano	- OT	-30 10.25	1	-
gafas	-Emiliano	- OT	-30.10.25	1	-
Botas caucho	-Emiliano	OFT	300ct	1p	-

Luisa Moreno
COP 1013 2079

557

Powered by CamScanner

	ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP	SST-FT-06 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Casco	Martin Ascencio	Ayudante obra	30-10	1	Martin
Overol	Martin Ascencio	Ayudante obra	30-10	1	Martin
botas, Mest	Martin Ascencio	Ayudante obra	30-10	1	Martin
guantes Car	Martin Ascencio	Ayudante obra	30-10	1	Martin
Tapa oidos	Martin Ascencio	Ayudante obra	30-10	1	Martin
guantes Nit	Martin Ascencio	Ayudante obra	30-10	1	Martin
gafas,	Martin Ascencio	Ayudante obra	30-10	1	Martin
Tapabocas	Martin Ascencio	Ayudante Obra	30-10	1	Martin

Luisa Moreno
COP 1013 2024

558

Powered by CamScanner

	ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP	SST-FT-06 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

casco	Brayan Robles	Ayudante obra	04-11-25	1	
overol	Brayan Robles	Ayudante obra	04-11-25	1	
Botas mat	Brayan Robles	Ayudante obra	04-11-25	1	
guantes cal	Brayan Robles	Ayudante obra	04-11-25	1	
gafas.	Brayan Robles	Ayudante obra	04-11-25	1	
tapabocas	Brayan Robles	Ayudante obra	04-11-25	1	

VoBo
COP 1093 2024

Powered by CamScanner

	ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP	SST-FT-05 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Overol	Guillermo Amaya	Oficial	18 - 11	1	Guillermo Amaya
Botas caucho	Guillermo Amaya	Oficial	18 11	1	Guillermo Amaya
Casco	Guillermo Amaya	Oficial	18 11	1	Guillermo Amaya
Guantes cuero	Guillermo Amaya	Oficial	18 11	1	Guillermo Amaya
Guantes caucho	Guillermo Amaya	Oficial	18 11	1	Guillermo Amaya
tapa Boca	Guillermo Amaya	Oficial	18 11	1	Guillermo Amaya
Gafas	Guillermo Amaya	Oficial	18 11	1	Guillermo Amaya

Luisa Moreno
COP 1013 2024

560

Powered by CamScanner

	ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP	SST-FT-06 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

guantes	Manuel Torres	Ayudante	20-11-25	1	Manuel
casco	Manuel Torres	Ayudante	20-11-25	1	Manuel
botas	Manuel Torres	Ayudante	20-11-25	1	Manuel
gafas	Manuel Torres	Ayudante	20-11-25	1	Manuel
tapabocas	Manuel Torres	Ayudante	20-11-25	1	Manuel
Pantalon	Manuel Torres	Ayudante	20-11-25	1	Manuel
camisa	Manuel torres	Ayudante	20-11-25	1	Manuel

Luisa Marino
COP 1013 2024

561

	ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP	SST-FT-06 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Obecol	Edwin Rumbajo	Oficial	10-11-25	1	Edwin Rumbajo
Botas	Edwin Rumbajo	Oficial	10-11-25	1	Edwin Rumbajo
Casco	Edwin Rumbajo	Oficial	10-11-25	1	Edwin Rumbajo
Gafas	Edwin Rumbajo	Oficial	10-11-25	1	Edwin Rumbajo
Tapa Boca	Edwin Rumbajo	Oficial	10-11-25	1	Edwin Rumbajo
Guantes Carnaza	Edwin Rumbajo.	Oficial	10-11-25	1	Edwin Rumbajo.

Luisa Moreno
COP 1013 2024

562

Powered by CamScanner

	ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP	SST-FT-06 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

OVEROL	Eduar Luscano	AY	12-11-2025	1	
BOTAS caucho	Eduar Luscano	AY	12-11-2025	1	
CASCO	Eduar Luscano	AY	12-11-2025	1	
GUANTES LATEX	Eduar Luscano	AY	12-11-2025	1	
GUANTES CAUCHO	Eduar Luscano	AY	12-11-2025	1	
TAPABOCAS	Eduar Luscano	AY	12-11-2025	1	
GAFAS	Eduar Luscano	AY	12-11-2025	1	
	Luisa Moreno				
	COP 1013 2024				

Powered by CamScanner

	ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP	SST FT-05 Fecha 1/Abr/2025 Versión 01

Overol	Carlos Villalba	OF	18 Nov/24	1	
Botas Cau	Carlos Villalba	OF	18 Nov	1	
Cascos	Carlos villalba	OF	18 Nov	1	
guantes Cr	Carlos Villalba	OF	18 Nov	1	
guantes Cau	Carlos villalba	OF	18 Nov	1	
Tapabocas	Carlos Villalba	OF	18 Nov	1	
gafas	Carlos Villalba	Oficial	18 Nov	1	

Luisa Moreno
COP 1013 2024

564

Powered by CamScanner

	ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP	SST-FT-06 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

CASCO	Edwin Quimbaya	Maestro obra	11-NOV-25	1	Edwin Quimbaya
BOTAS	Edwin Quimbaya	Maestro obra	11-11-25	1	Edwin Quimbaya
GUANTES CAR	Edwin Quimbaya	Maestro obra	11-11-25	1	Edwin Quimbaya
GUANTES CAU	Edwin Quimbaya	Maestro obra	11-11-25	1	Edwin Quimbaya
GAFAS	Edwin Quimbaya	Maestro obra	11-11-25	1	Edwin Quimbaya

Luisa Moreno
COP 1013 2024

	ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP	SST-FT-06 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Guantes carnaza	Enrique Duarte	Ayudante	10-11-25	1	Enrique Duarte
Gafas	Enrique Duarte	Ayudante	10-11-25	1	Enrique Duarte
Botas	Enrique Duarte	Ayudante	10-11-25	1	Enrique Duarte
Gafas	Enrique Duarte	Ayudante	10-11-25	1	Enrique Duarte
Casco	Enrique Duarte	Ayudante	10-11-25	1	Enrique Duarte
Tapabocas	Enrique Duarte	Ayudante	10-11-25	1	Enrique Duarte

Luisa Moreno
COP 1013 2026

Powered by CamScanner

	ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP	SST-FT-06 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

Overol	- Manuel Polanco	Ayudante	18-NOV-25	1	- [illegible]
Botas mate	- Manuel Polanco	Ayudante	18-NOV-25	1	- [illegible]
casco	- Manuel Polanco	Ayudante	18-NOV-25	1	- [illegible]
Guantes cab	- Manuel Polanco	Ayudante	18-NOV-25	1	- [illegible]
tapabocas	- Manuel Polanco	Ayudante	18-NOV-25	1	- [illegible]
gafas	- Manuel Polanco	Ayudante	18-NOV-25	1	- [illegible]
gafas	manuel polanco	Ayudante	18 NOV-25	1	. [illegible]

Luisa Moreno
COP 1013 2024

569

Powered by CamScanner

	ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP	SST-FT-06 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

guantes car	tito murillo	Ayudante	4-11-25	1P	- tito murillo
guantes car	Jostin rodriguez	Ayudante.	4-11-25	1P	- Jostin Rodriguez
Daniel Sosa	guantes car	OFCIal	5-11-25	1P	- Daniel Sosa
guantes nitri	Daniel sosa	oficial	5-11-25	1P	- Daniel Sosa
guantes car	carlos olozco	Ayudante	5-11-25	1P	- Carlos
guantes car	cristian gonzalez	Ayudante	5-11-25	1P	- cristian
guantes car	Ahirlet	Ayudante	5-11-25	1P	- Ahirlet
guantes car	Jose cayo	maestro	5 11 25	1P	- J C
guantes nitri	Jose cayo	maestro	5 11 25	1P	- J C
guantes car	Jesus mejia	Ayudante	5 11 25	1P	-
guantes car	thonatan Bedoya	maestro	5 11 25	1P	- THONATHAN
impermeable	marco soto	Ayudante	6-11-25	1	- marco soto
Botas mate	cristian hurtado	Ayudante	7-11-25	1P	-
guantes car	odaldis franco	Ayudante	11-11-25	1P	- Odaldis franco
guante car	joselito leyton	Ayudante	11-11-25	1P	- JOSELITO
overol	wilson diaz	conductor	11-11-25	1	-
gafas	emiliano lozano	oficial	12 11 25	1	-
tapabocas	emiliano lozano	oficial	12 11 25	1	-
Jean	luis martinez	operador	12 11 25	1	- luis martinez
Chaqueta y camisa Jean	luis martinez	operador	12 11 25	1	- luis martinez

Luisa Moreno

COP 1013 2024

Powered by CamScanner

ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP

guantes cau	Plinio Rodriguez	maestro obra	18-NO	1P	
guantes cau	Plinio Rodriguez	Maestro obra	18-NOV	1P	
botas cau	Luis Benavidez	OFICIAL	18-NOV	1P	
guantes cau	manuel Polanco	Ayudante	18 NOV	1P	
botas cau	manuel Polanco	Ayudante	18 NOV	1P	
Botas cau	Jesus torres	Ayudante	19 NOV	1P	-Manuel
Botas cau	Enrique Duarte	ayudante	19 NOV	1P	
guantes cau tapabocas	Yonatan Gutierrez	Ayudante	19 NOV	1P	
tapabocas guantes cau	Ruben nuñez	Ayudante	19 NOV	1P	
guantes cau tapabocas	Enrique Duarte	ayudante	19 NOV	1P	
guantes cau tapabocas	Jesus torres	Ayudante	19 NOV	1P	-Manuel
guantes car	manuel Polanco	Ayudante	21 NOV	1P	
guantes car	Jesus torres	Ayudante	21 NOV	1P	-Manuel
gafas	cristian Hurtado	Ayudante	21 NOV	1	
guantes car	Cristian Hurtado	Ayudante	21 NOV	1	

Luisa Moreno
Cop 1013 2024

Powered by CamScanner

	ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP	SST-FT-06 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

gafas	Eucaris Mena	Ayudante	12-11-25	1	Antonio
guantes car	Damian valencia	Ayudante	12-11	1P	
gafas	Cristian Hurtado	Ayudante	12 11	1	
guantes car	cristian Hurtado	Ayudante	12 11	1P	
guantes car	Jaime garci	Ayudante	12 11	1P	
guantes car	carlos mena	Ayudante	12 11	1P	
impermeable	edwin	Ayudante	13-11	1	
impermeable	Rafael gatga	Oficial	13 NOV	1	RAFAEL
impermeable	David toloan	Ayudante	13 NOV	1	David Rdz
impermeable	neftali gomez	oficial	13 NOV	1	
impermeable	miguel duarte	oficial	13 NOV	1	
impermeable	martin orozco	Ayudante	13 NOV	1	
guantes car	martin orozco	Ayudante	13 NOV	1P	Marda
guantes nitril	martin orozco	Ayudante	13 NOV	1P	
guantes nitrilo	wilson	conductor	13 NOV	1P	
guantes car	enrique duarte	Ayudante	14 NOV	1P	Enrique Duarte
guantes car	yonatan gutierrez	Ayudante	14 NOV	1P	Yonatan
gafas	Enrique duarte	Ayudante	14 NOV	1	
guantes car	Rafael meyer	Ayudante	14 NOV	1P	Rafael Meyer
overol	Juan c. benavides	Oficial	14 NOV	1	

Luisa Moreno

COP 4013 2024

Powered by CamScanner

	ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP	SST.FT.09 Fecha: 11/Abr/2025 Versión: 01

overol	Henry garcia	OFICIAL	19-NOV-25	1	Hey Garcia
casco	Hey Garcia	Hey Garcia	Hey Garcia	1	Hey Garcia
Botas mate.	Hey Garcia	Hey Garcia	Hey Garcia	1	Hey Garcia
guantes nitri	Hey Garcia	Hey Garcia	Hey Garcia	1	Hey Garcia
guantes calor	Hey Garcia	Hey Garcia	Hey Garcia	1	Hey Garcia
guantes calo	Hey Garcia	Hey Garcia	Hey Garcia	1	Hey Garcia
tapaboca	Hey Garcia	Hey Garcia	Hey Garcia	1	Hey Garcia
gafas	Hey Garcia	Hey Garcia	Hey Garcia	1	Hey Garcia

Luisa Moreno
COP 1013 2024

Powered by CamScanner

	ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP	SST-FT-06 Fecha: 1/Abr/2025 Versión 01

overol	Pablo Moreno	operador	4 nov 25	1	
casco	Pablo Moreno	operador	4 nov 25	1	
botas mat	Pablo Moreno	operador	4 nov 25	1	
guantes car	Pablo Moreno	operador	4 nov 25	1	

	Lisa Moreno
	Cop 1013 2024

Powered by CamScanner

Anexo 7. Indicadores

	FICHA DEL INDICADOR	SST-FT-29 Fecha: 29/Ene/2025 Version 01

1. RECOLECCIÓN DEL INDICADOR

NOMBRE DEL PROCESO	SST		RESPONSABLE CALIDAD	LUISA MORENO	
NOMBRE DEL INDICADOR	INCIDENTES		PERIODO DE ANALISIS	nov-25	
FORMULA	(# Incidentes y accidentes SST en el mes / # de trabajadores del mes) *100			META	0%
FRECUENCIA MEDICIÓN	MENSUAL	TIPO INDICADOR	GESTION	FUENTE DE LA INFORMACIÓN	INFORME SST

2. MEDICIÓN DEL INDICADOR

MES	META	# Incidentes y accidentes SST en el mes	# de trabajadores del mes	RESULTADO	3. ANALISIS DE DATOS
Abril	0%	0	20	0%	Durante el periodo no se presentaron accidentes e incidentes
Mayo	0%	0	41	0%	Durante el periodo no se presentaron accidentes e incidentes
Junio	0%	0	45	0%	Durante el periodo no se presentaron accidentes e incidentes
Julio	0%	0	65	0%	Durante el periodo no se presentaron accidentes e incidentes
Agosto	0%	0	75	0%	Durante el periodo no se presentaron accidentes e incidentes
Septiembre	0%	0	90	0%	Durante el periodo no se presentaron accidentes e incidentes
Octubre	0%	0	99	0%	Durante el periodo no se presentaron accidentes e incidentes
Noviembre	0%	0	96	0%	Durante el periodo no se presentaron accidentes e incidentes
Diciembre	0%			#¡DIV/0!	
Enero	0%			#¡DIV/0!	
Febrero	0%			#¡DIV/0!	
TOTALES	0%	0	96	0%	

4. GRAFICA



5. ACCIONES 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				

	FICHA DEL INDICADOR	BST-FT-29 Fecha: 29/Ene/2025 Version 01

1. DEFINICIÓN DEL INDICADOR					
NOMBRE DEL PROCESO	SST		RESPONSABLE DE CALCULO	LUISA MORENO	
NOMBRE DEL INDICADOR	CUMPLIMIENTO CAPACAITACIONES		PERIODO CALCULO	nov-25	
OBJETIVO	No. Actividades Ejecutadas / No. Actividades Programadas			META	100%
FRECUENCIA MEDICION	MENSUAL	TIPO INDICADOR	GESTION	FUENTE DE INFORMACION	INFORME BST

2. DESCRIPCION DEL INDICADOR					3. ANALISIS DE DATOS
MES	META	No. Actividades Ejecutadas	No. Actividades Programadas	RESULTADO	
Abril	#¡REF!	2	2	100%	
Mayo	#¡REF!	3	3	100%	
Junio	#¡REF!	9	9	100%	
Julio	#¡REF!	4	4	100%	
Agosto	#¡REF!	5	5	100%	
Septiembre	#¡REF!	4	4	100%	
Octubre	#¡REF!	6	6	100%	
Noviembre	#¡REF!	8	8	100%	
Diciembre	#¡REF!			#¡DIV/0!	
Enero	#¡REF!			#¡DIV/0!	
Febrero	#¡REF!			#¡DIV/0!	
TOTALES	#¡REF!	41	41	100%	

4. GRAFICO



5. ANALISIS DE DATOS / 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				

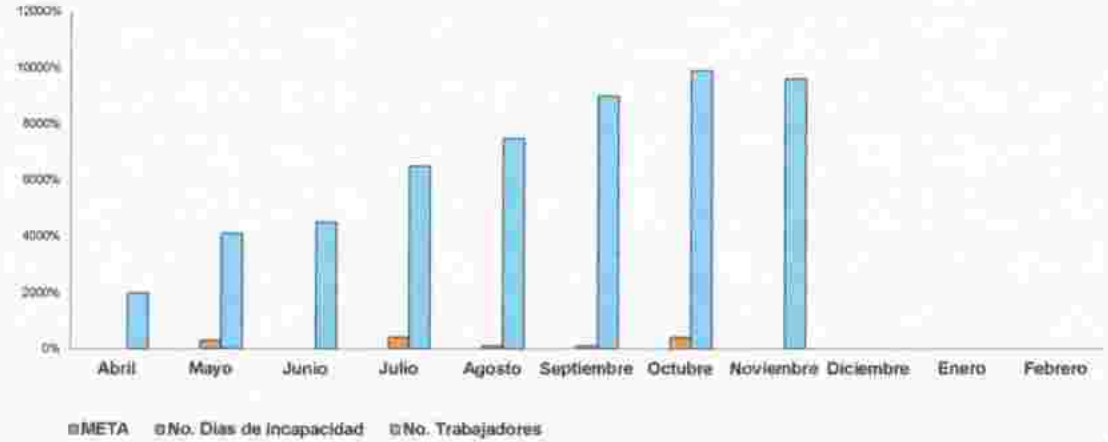
SGS

	FICHA DEL INDICADOR	SST-FT-26 Fecha: 29/Ene/2025 Version 01

NOMBRE DEL PROCESO	SST			RESPONSABLE	LUISA MORENO
NOMBRE DEL INDICADOR	AUSENTISMO POR CAUSA MEDICA			PERIODO	nov-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	5%
FRECUENCIA DE MEDICION	MENSUAL	PERIODICIDAD	GESTION	FUENTE DE INFORMACION	INFORME SST

MES	AÑO	No. Trabajadores	No. Días Incapacidad	Meta 5%	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!	1	75	1%	Durante el periodo se presento 1 ausentismo por causas medicas
Septiembre	#¡REF!	1	90	1%	Durante el periodo se presento 1 ausentismo por causas medicas
Octubre	#¡REF!	4	99	4%	Durante el periodo se presento 2 ausentismo por causas medicas
Noviembre	#¡REF!	0	96	0%	Durante el periodo no se presentaron ausentismos por causas medicas
Diciembre	#¡REF!			#¡DIV/0!	
Enero	#¡REF!			#¡DIV/0!	
Febrero	#¡REF!			#¡DIV/0!	
TOTALES	#¡REF!	13	535	#¡DIV/0!	

AUSENTISMO POR CAUSA MEDICA



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. INFORMACIÓN DEL INDICADOR					
PROCESO DEL INDICADOR	SST		RESPONSABLE DEL PROCESO	LUISA MORENO	
NOMBRE DEL INDICADOR	FRECUENCIA DE ACCIDENTALIDAD		PERIODO DE ANÁLISIS	nov-25	
FÓRMULA	(Número de accidentes de trabajo que se presentaron en el mes / Número de trabajadores en el mes) * 100			META	0%
FRECUENCIA DE MEDICIÓN	MENSUAL	TIPO DE INDICADOR	GESTION	FUENTE DE INFORMACIÓN	INFORME SST

2. MEDICIÓN DEL INDICADOR					3. ANÁLISIS DE DATOS
MES	META	No. AT	No. Trabajadores	RESULTADO	
Abril	#¡REF!	0	20	0%	Durante el periodo no se presentaron accidentes laborales
Mayo	#¡REF!	0	41	0%	Durante el periodo no se presentaron accidentes laborales
Junio	#¡REF!	0	45	0%	Durante el periodo no se presentaron accidentes laborales
Julio	#¡REF!	0	55	0%	Durante el periodo no se presentaron accidentes laborales
Agosto	#¡REF!	0	75	0%	Durante el periodo no se presentaron accidentes laborales
Septiembre	#¡REF!	1	90	1%	Durante el periodo se presento 1 accidente laboral
Octubre	#¡REF!	1	99	1%	Durante el periodo se presento 1 accidente laboral
Noviembre	#¡REF!	0	96	0%	Durante el periodo no se presentaron accidentes laborales
Diciembre	#¡REF!			#¡DIV/0!	
Enero	#¡REF!			#¡DIV/0!	
Febrero	#¡REF!			#¡DIV/0!	
TOTALES	#¡REF!	2	96	#¡REF!	

4. GRAFICA

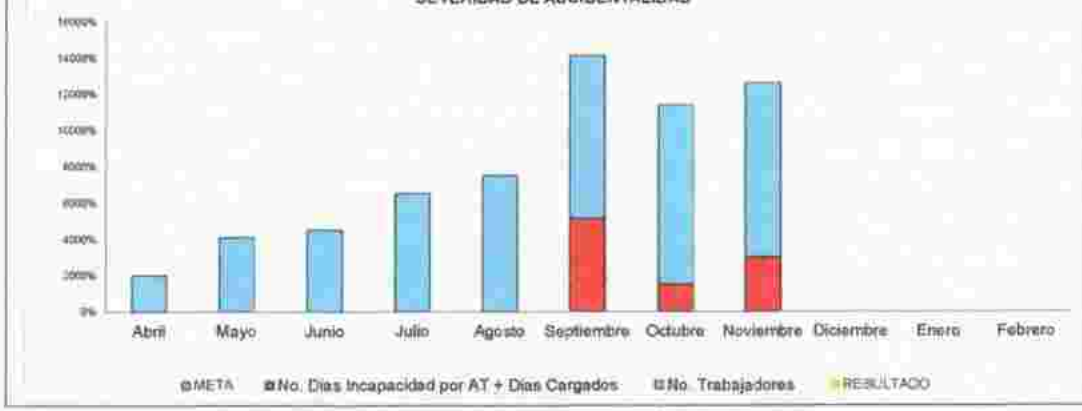


5. ACCIONES DE MEJORA / PLAN DE ACCIÓN				
MES	ACCIONES A SEGUIR	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	FECHA PROGRAMADA DE EJECUCIÓN	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
Abril				
Mayo				
Junio				
Julio				
Agosto				
Septiembre				
Octubre				
Noviembre				
Diciembre				
Enero				
Febrero				

	FICHA DEL INDICADOR	SST-FT-29 Fecha: 29/Ene/2025 Versión 01

PROCESO QUE MIDE	SST			RESPONSABLE	LUISA MORENO
NOMBRE DEL INDICADOR	SEVERIDAD DE ACCIDENTALIDAD			PERIODO	nov-25
FORMULA	(Número de días de incapacidad por accidentes de trabajo en el mes + número de días cargados en el mes) / Número de trabajadores en el mes) * 100			META	
FRECUENCIA DE MEDICIÓN	MENSUAL	FUENTE DE INFORMACIÓN	GESTION	FUENTE DE VERIFICACIÓN	INFORME SST

MES	META	No. Días Incapacidad por AT + Días Cargados	No. Trabajadores	RESULTADO	ANALISIS DE DATOS
Abril	#¡REF!	0	20	0%	Durante le período no se presentaron incapacidades por accidentes de trabajo
Mayo	#¡REF!	0	61	0%	Durante le período no se presentaron incapacidades por accidentes de trabajo
Junio	#¡REF!	0	63	0%	Durante le período no se presentaron incapacidades por accidentes de trabajo
Julio	#¡REF!	0	65	0%	Durante le período no se presentaron incapacidades por accidentes de trabajo
Agosto	#¡REF!	0	75	0%	Durante le período no se presentaron incapacidades por accidentes de trabajo
Septiembre	#¡REF!	51	90	57%	Durante le período se presento UN accidente de trabajo por un indice del 57%
Octubre	#¡REF!	15	89	15%	Durante le período se presento UN accidente de trabajo por un indice del 15%
Noviembre	#¡REF!	55	96	31%	Durante el período se presento perdida de días por incapacidad de AT de 30 días por un indice del 31%
Diciembre	#¡REF!			#¡DIV/0!	
Enero	#¡REF!			#¡DIV/0!	
Febrero	#¡REF!			#¡DIV/0!	



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				

576

	FICHA DEL INDICADOR	SST-FT-29 Fecha: 29/Ene/2025 Version 01

NOMBRE DEL PROCESO	SST		RESPONSABLE CALCULO	LUISA MORENO	
NOMBRE DEL INDICADOR	PLAN DE TRABAJO		PERIODO DE MEDICION	nov-25	
FORMULA	No. Actividades Ejecutadas / No. Actividades Programadas			META	100%
FRECUENCIA MEDICION	MENSUAL	TIPO INDICADOR	GESTION	FUENTE DE INFORMACION	INFORME SST

MES	META	No. de Actividades Ejecutadas	No. Actividades Programadas	RESULTADO	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%	23	22	99%	Durante el periodo se cumple el 99% de cumplimiento en relacion a las actividades programadas
Septiembre	100%	21	22	99%	Durante el periodo se cumple el 99% de cumplimiento en relacion a las actividades programadas
Octubre	100%	29	27	107%	Durante el periodo se cumple el 99% de cumplimiento en relacion a las actividades programadas
Noviembre	100%	27	25	108%	Durante el periodo se cumple el 99% de cumplimiento en relacion a las actividades programadas
Diciembre	100%			#¡DIV/0!	
Enero	100%			#¡DIV/0!	
Febrero	100%			#¡DIV/0!	
TOTALES	100%	0	0	0	



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				

Anexo 8. Notificación de riesgos

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SST-FT-04 Fecha. 1/Abr/2025 Versión: 01

	12 NOV-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.		

Yo EDWIN RUBIANO identificado con cédula de ciudadanía No. 1023888276, declaro y doy testimonio que fui notificado de los riesgos a los cuales estoy expuesto de acuerdo a mi cargo y actividad a desarrollar, para constancia y prueba firmó en la ciudad BOGOTA el día 12/11/25 del mes de NOVIEMBRE 2025.

Me comprometo a cumplir con las normas y procedimientos de seguridad y otras disposiciones establecidas por la empresa para prevenir la ocurrencia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Atentamente.

Firma Residente SSTMA

1023888276

Firma y Cédula del Trabajador

Powered by CamScanner

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SST-FT-04 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

	6-NOV-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 Luis Martinez identificado con cédula de ciudadanía No. 79.833.397, 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 dia 6 del mes de NOV 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

79.833.397

Firma y Cédula del Trabajador

Powered by CamScanner

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SST-FT-04 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

	10-11-25
	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 Yonatan Gutierrez identificado con cédula de ciudadanía No. 1007725630, declaro y doy testimonio que fui notificado de los riesgos a los cuales estoy expuesto de acuerdo a mi cargo y actividad a desarrollar, para constancia y prueba firmó en la ciudad Bogota el día 10 del mes de 11 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

Yonatan. 1007725630

Firma y Cédula del Trabajador

583

Powered by CamScanner

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SST-FT.04 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

	11-NOV-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 *Juan Carlos Bermudez* identificado con cédula de ciudadanía No. *1129490?*, 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 dia 11 del mes de NOV 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

584

Powered by CamScanner

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SST-FT-04 Fecha 1/Abr/2025 Versión 01

	12 NOV 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 Ruben nuñez identificado con cédula de ciudadanía No. 15611727, 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 12 del mes de NOV 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

585

Powered by CamScanner

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SST-FT-04 Fecha 1/Abr/2025 Versión 01

	5-NOV-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 Fedemey Pinzon R identificado con cédula de ciudadanía No. 5993989, 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 5 de 11-25 del mes de Noviembre 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

5993989

Firma y Cédula del Trabajador

Powered by CamScanner

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

SST-F-104
Fecha: 1/Abr/2025
Versión: 01

	5-NOV-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 Andres Felipe Piñerez. identificado con cédula de ciudadanía No. 1024586116, 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 05 del mes de noviembre 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

1024586116

Firma y Cédula del Trabajador

589

Powered by CamScanner

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

SST-FT-04
Fecha: 1/Abr/2025
Versión: 01

	5 - NOV - 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	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 marcofidel Soto identificado con cédula de ciudadanía No. 935547, 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 Tolú el día 05 del mes de noviembre 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

marcofidel Soto

Firma y Cédula del Trabajador
935547

588

Powered by CamScanner

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

SST-FT 04
Fecha: 1/Abr/2025
Versión: 01

	12 NOV 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 David Roldan Mora identificado con cédula de ciudadanía No. 334697, 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 12 del mes de NOV. 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

David Rden

Firma y Cédula del Trabajador

589

Powered by CamScanner

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SST-FT-04 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

	4-11-2025
	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 Rafael Antonio Mejia Ruiz identificado con cédula de ciudadanía No. 1066773918, 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 04 del mes de 11 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

1066773918

Firma y Cédula del Trabajador

590

Powered by CamScanner

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SST-FT-04 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

	5-NOV-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	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 RAFAEL GARCÍA identificado con cédula de ciudadanía No. 6611169, 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 05 del mes de NOVIEMBRE 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

RAFAEL GARCÍA 6611169

Firma y Cédula del Trabajador

592

Powered by CamScanner

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SST-FT-04 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

	5 - NOV - 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 Jose. Duran. identificado con cédula de ciudadanía No. 4780548 86, 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 5 del mes de 11 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

Jose Duran

Powered by CamScanner

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SST-FT-04 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

	30-OCT-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 FÍSICOS: Ruido, vibraciones y radiaciones no ionizantes.		
RIESGOS QUÍMICOS: Material particulado, polvos y humos.		
RIESGOS MECÁNICOS: Generados por el mal uso de herramientas, máquinas o equipos, equipos sin resguardos y sin mecanismos de protección.		
RIESGOS LOCATIVOS: Causados por las condiciones peligrosas del terreno o de las áreas de trabajo.		
RIESGO BIOLÓGICO: Generado por la exposición de microorganismos patógenos en los baños, por la presencia de aguas negras, animales e insectos en las áreas de trabajo.		
RIESGO ELÉCTRICO: Por contactos directos o indirectos con circuitos energizados o por sobrecarga de circuitos, empalmes defectuosos, falta de polo a tierra etc.	✓	
RIESGO ERGONÓMICO: Por hacer levantamiento de cargas de manera inadecuada, o por adoptar posiciones incorrectas para realizar las tareas.	✓	
RIESGO PSICOLABORAL: Por prolongados periodos de trabajo, alta carga dinámica, presión por terminar rápido, mando inadecuado, monotonía y repetitividad de las tareas, sobre turnos etc.	✓	
RIESGO PÚBLICO: Asociado a atracos, robos, atentados, etc.	✓	

Yo EMILIANO identificado con cédula de ciudadania No. 1179473709, 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 30-10-25 del mes de OCT. 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

598

Powered by

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

SST.F.04
Fecha: 1/Abril/2021
Versión: 01

	30 Octubre 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 FÍSICOS: Ruido, vibraciones y radiaciones no ionizantes.	+	
RIESGOS QUÍMICOS: Material particulado, polvos y humos.	+	
RIESGOS MECÁNICOS: Generados por el mal uso de herramientas, máquinas o equipos. equipos sin resguardos y sin mecanismos de protección.	+	
RIESGOS LOCATIVOS: Causados por las condiciones peligrosas del terreno o de las áreas de trabajo.	+	
RIESGO BIOLÓGICO: Generado por la exposición de microorganismos patógenos en los baños, por la presencia de aguas negras, animales e insectos en las áreas de trabajo.	+	
RIESGO ELÉCTRICO: Por contactos directos o indirectos con circuitos energizados o por sobrecarga de circuitos, empalmes defectuosos, falta de polo a tierra etc.		+
RIESGO ERGONÓMICO: Por hacer levantamiento de cargas de manera inadecuada, o por adoptar posiciones incorrectas para realizar las tareas.	+	
RIESGO PSICOLABORAL: Por prolongados periodos de trabajo, alta carga dinámica, presión por terminar rápido, mando inadecuado, monotonía y repetitividad de las tareas, sobre turnos etc.	+	
RIESGO PÚBLICO: Asociado a atracos, robos, atentados, etc.	+	

Yo Madyn Ascencio identificado con cédula de ciudadanía No. 1043130652, declaro y doy testimonio que fui notificado de los riesgos a los cuales estoy expuesto de acuerdo a mi cargo y actividad a desarrollar, para constancia y prueba firmó en la ciudad Bogotá el día 30 del mes de Octubre 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

594

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SST.FT.04 Fecha: 1/Abr/2021 Versión: 01

	04-11-25
	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 Bryan Rabis identificado con cédula de ciudadanía No. 1028411095a, 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 04-11-25 del mes de 2025 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

596

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SST-FT-04 Fecha 1/Abr/2025 Versión 01

	18 Noviembre 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 Guillermo Amaya identificado con cédula de ciudadanía No. 14.730.942 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 18 del mes de Noviembre 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

Guillermo Amaya

Firma y Cédula del Trabajador

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SST-FT-04 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

	10-11-25
	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 Manuel Torres identificado con cédula de ciudadanía No. 1070754696, 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 10 del mes de 11 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

1070754696 Manuel

Firma y Cédula del Trabajador

597

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SST-FT-04 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

	10-11-25
	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 Edwin Aldahir Rumbayo V. identificado con cédula de ciudadanía No. 1023959830, declaro y doy testimonio que fui notificado de los riesgos a los cuales estoy expuesto de acuerdo a mi cargo y actividad a desarrollar, para constancia y prueba firmó en la ciudad Bogota el día 10 del mes de Noviembre 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 Rumbayo 1023959830
Firma y Cédula del Trabajador

598

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SST-FT-04 Fecha 1/Abr/2025 Versión 01

	18-11-2025
	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 Edwar Lascano identificado con cédula de ciudadanía No. 1085102874, 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 17 del mes de 11 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

1085102874

Firma y Cédula del Trabajador

Powered by CamScanner

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SST-FT-04 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

18 noviembre	18-NOV-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 V. Valbuena identificado con cédula de ciudadanía No. 11.382.305, 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 18 del mes de Noviembre 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

Carlos Julio V. Valbuena

Firma y Cédula del Trabajador

Powered by CamScanner

60

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SST-FT-04 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

	11-NOV-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 * Edwin Quimbayo identificado con cédula de ciudadanía No. * _____, declaro y doy testimonio que fui notificado de los riesgos a los cuales estoy expuesto de acuerdo a mi cargo y actividad a desarrollar, para constancia y prueba firmó en la ciudad Bogotá el día 11 del mes de NOV 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

601

Powered by CamScanner

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SST-FT-04 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

	10/11/2025
	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 enrique [illegible] identificado con cédula de ciudadanía No. 1000936816, 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 10 del mes de 11 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

enrique [illegible] 1000936816
Firma y Cédula del Trabajador

602

Powered by CamScanner

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SST-FT-04 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

	18 NOV 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 FÍSICOS: Ruido, vibraciones y radiaciones no ionizantes.	✓	
RIESGOS QUÍMICOS: Material particulado, polvos y humos.	✓	
RIESGOS MECÁNICOS: Generados por el mal uso de herramientas, máquinas o equipos, equipos sin resguardos y sin mecanismos de protección.	✓	
RIESGOS LOCATIVOS: Causados por las condiciones peligrosas del terreno o de las áreas de trabajo.	✓	
RIESGO BIOLÓGICO: Generado por la exposición de microorganismos patógenos en los baños, por la presencia de aguas negras, animales e insectos en las áreas de trabajo.	✓	
RIESGO ELÉCTRICO: Por contactos directos o indirectos con circuitos energizados o por sobrecarga de circuitos, empalmes defectuosos, falta de polo a tierra etc.	✓	
RIESGO ERGONÓMICO: Por hacer levantamiento de cargas de manera inadecuada, o por adoptar posiciones incorrectas para realizar las tareas.	✓	
RIESGO PSICOLABORAL: Por prolongados periodos de trabajo, alta carga dinámica, presión por terminar rápido, mando inadecuado, monotonía y repetitividad de las tareas, sobre turnos etc.	✓	
RIESGO PÚBLICO: Asociado a atracos, robos, atentados, etc.	✓	

Yo *Manuel Polanco identificado con cédula de ciudadania No. *1051361018, 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 18 del mes de NOV 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

*Manuel

Firma y Cédula del Trabajador

603

Powered by CamScanner

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

SST-FT-04
Fecha: 1/Abr/2025
Versión: 01

	19-NOV-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 Henry Garcia identificado con cédula de ciudadania No. 7170687, 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 19 Noviembre del mes de NOVIEMBRE 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

Henry Garcia
Firma y Cédula del Trabajador

604

Powered by CamScanner

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SST-FT-04 Fecha 1/Abr/2025 Versión 01

	4- NOV- 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, alentados, etc.		X

Yo Pablo Moreno identificado con cédula de ciudadanía No. 79412091, 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 4 del mes de NOV 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

Powered by CamScanner

Anexo 9. Comités



COPASST

	ACTA DE REUNIÓN	SST FT 09 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

NOMBRE DE LA REUNIÓN O COMITÉ: COPASST		ACTA No.	6
LUGAR: COP 1013 2024		FECHA: 20-NOV-25	
HORA DE INICIO: 8:00		HORA DE FINALIZACIÓN: 9:00	

1. OBJETIVO

Reunión COPASST 6#

2. PARTICIPANTES

NOMBRE COMPLETO	CARGO	FIRMA
Zulay Eslava	Presidente	
Yasmin Burbano	Secretaria	
Daniel Fajardo	Suplente	
Daniel Sosa	Principal	Daniel Sosa
Tito Murillo	Suplente	murillo tito

3. ORDEN DEL DÍA (TEMAS A TRATAR)

- validar participación de los miembros
- Lectura acta anterior
- Cumplimiento Plan trabajo
- compromisos
- cierre acta

4. DESARROLLO DE LOS TEMAS

-Se cuenta con la participación y se da inicio a reunión.
-Se valida acta anterior y se revisa compromisos
-se valida Plan de trabajo evidenciando el 98% del cumplimiento de las actividades propuestas en el mes de noviembre, se evidencia las siguientes capacitaciones: condiciones de orden y aseo en obra, riesgo biologico, Prohibición sobre el

	ACTA DE REUNIÓN	SST-FT-09 Fecha 1/Abr/2025 Versión 01

uso de la obra, riesgo biomecanico, actos y condiciones de obra, normas de transito, uso elementos de protección personal, auto cuidado de manos.

- Se presenta avance del plan de trabajo mensual de un 98% de cumplimiento a la fecha.
- El trabador henry garcia, el tuvo un accidente de trabajo el dia 3 sep, se reintegro el dia 19 nov. se realizo reinduccion de SST, se le explico las recomendaciones emitidas por ARL y la IPS garantizando compromiso y cumplimiento.
- Se informa que el dia 4 nov el presidente del copasst, renuncio al cargo conforme a la normatividad vigente se designa como presidenta a zulay eslava, quien acepta el cargo y asume las responsabilidades correspondientes a la fecha.

EN CONSTANCIA SE FIRMA

FIRMA DE QUIEN ELABORA EL ACTA: _____

CONSORCIO SUBA
MT

COCOLA

	ACTA DE REUNIÓN	SST-FT-09 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

NOMBRE DE LA REUNIÓN O COMITÉ:	COCOL	ACTA No.	4
LUGAR:	COP 1013 2024	FECHA:	19-NOV-25
HORA DE INICIO:	8:00	HORA DE FINALIZACIÓN:	9:00

1. OBJETIVO

Reunión Cocol #

2. PARTICIPANTES

NOMBRE COMPLETO	CARGO	FIRMA
Zulay Eslava	Presidenta	
Paola Cobaban	Suplente	Paola Cobaban
Daniel Sosa	Principal	Daniel Sosa
Tito Murillo	suplente	Murillo Tito
Yazmin Burbano	Secretaria	

3. ORDEN DEL DÍA (TEMAS A TRATAR)

- Validacion Participacion de los miembros
- Socializacion Plan de trabajo
- Revision PQRS
compromisos - Cierre

4. DESARROLLO DE LOS TEMAS

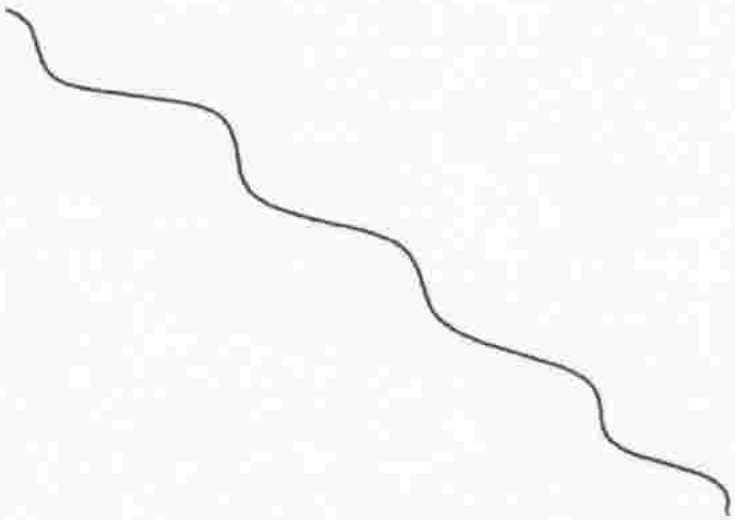
Se da cuenta con la participacion de los miembros y se da inicio a la reunion

No se han recibido PQRS en el mes de noviembre. El ambiente laboral a sido positivo y favorable.

	ACTA DE REUNIÓN	SST-FT-09 Fecha. 1/Abr/2025 Versión 01

-Se verifico cumplimiento Plan de trabajo.

- No se establecen compromisos.



EN CONSTANCIA SE FIRMA



FIRMA DE QUIEN ELABORA EL ACTA: _____

ACTA DE REUNION RECOMENDACIONES HENRY GARCIA

	ACTA DE REUNIÓN	SST-FT-09 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

NOMBRE DE LA REUNIÓN O COMITÉ: Acta de reunión	ACTA No.
LUGAR: Cop 1013 2024	FECHA: 19-NOV-25
HORA DE INICIO: 8:00	HORA DE FINALIZACIÓN: 9:30

1. OBJETIVO

Acta de reunión - socialización de las recomendaciones medicas de la ARL e IPS laboral y recomendaciones del empleador.

2. PARTICIPANTES

NOMBRE COMPLETO	CARGO	FIRMA
Dalton Molina	Inspector de Obra	
Hey Garcia	oficial	
Luisa Moreno	Res. SST	
Yasmin Burbano	secretaria	

3. ORDEN DEL DÍA (TEMAS A TRATAR)

- Verificación integrantes reunión
- Socialización de las recomendaciones medicas de la ARL e IPS laboral
- Recomendaciones del empleador.

4. DESARROLLO DE LOS TEMAS

se cuenta con la participación y se o/a inicio a reunión.

-Se socializo las siguientes recomendaciones emitidas por la ARL, IPS y empleador donde nos indican lo siguiente:

- Se recomienda alternar o/e pie y sentado/o por cada 2 horas de pie 10 minutos de sentado.

	ACTA DE REUNIÓN	SST-FT-09 Fecha: 1/Abr/2025 Versión: 01

- Evitar correr, saltar, subir y bajar escaleras
- Evitar ejecución de tareas que impliquen rapidez con el miembro inferior.
- Evitar prolongadas caminatas más de 60 minutos
- El levantamiento de cargas es de 10 kilos
- Realizar pausas activas cada 4 horas por 2 o 3 minutos.
- No realizar trabajos de alturas y tampoco actividades recreativas.
- Se prohibe el uso de la motocicleta, se retoma una vez alla levantamiento de restricciones.

*En la presente reunión no se establecen compromisos.

EN CONSTANCIA SE FIRMA

FIRMA DE QUIEN ELABORA EL ACTA: _____

Anexo 10. Certificados de accidentalidad

ARL | sura

Medellín, 30 de noviembre de 2025

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. - ARL SURA S.A.

HACE CONSTAR

Que la empresa CONSORCIO EDIFICAR, NIT N901901947, no presenta accidentes de trabajo desde el 01 de noviembre de 2025 hasta el 30 de noviembre 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

Dirección IP: 181.59.203.40, 192.230.104.11, 172.16.42.57.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

617

ARL | sura

Medellín, 30 de noviembre de 2025

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. - ARL SURA S.A.

HACE CONSTAR

Que la empresa ICOD CONSTRUCCIONES Y PROYECTOS SAS, NIT N901172605, no presenta accidentes de trabajo desde el 01 de noviembre de 2025 hasta el 30 de noviembre 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

Dirección IP: 181.59.203.40, 192.230.104.11, 172.16.42.57.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

618

ARL | sura

Medellín, 30 de noviembre de 2025

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. - ARL SURA S.A.

HACE CONSTAR

Que la empresa INVERSIONES HAKE SAS, NIT N901963026, no presenta accidentes de trabajo desde el 01 de noviembre de 2025 hasta el 30 de noviembre 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

Dirección IP: 181.59.203.40, 192.230.104.11, 172.16.42.57.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

619

ARL | sura

Medellin, 30 de noviembre 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 noviembre de 2025 hasta el 30 de noviembre 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

Dirección IP: 181.59.203.40, 192.230.104.11, 172.16.42.57.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

620

ARL | sura

Medellín, 30 de noviembre de 2025

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. - ARL SURA S.A.

HACE CONSTAR

Que la empresa CONSORCIO PARQUES ICOBY, NIT N901902679, no presenta accidentes de trabajo desde el 01 de noviembre de 2025 hasta el 30 de noviembre 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

Dirección IP: 181.59.203.40, 192.230.104.11, 172.16.42.57.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

621

ARL | sura

Medellín, 30 de noviembre 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 noviembre de 2025 hasta el 30 de noviembre 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

Dirección IP: 181.59.203.40, 192.230.104.11, 172.16.42.57.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

622

Anexo 11. Registro Fotográfico

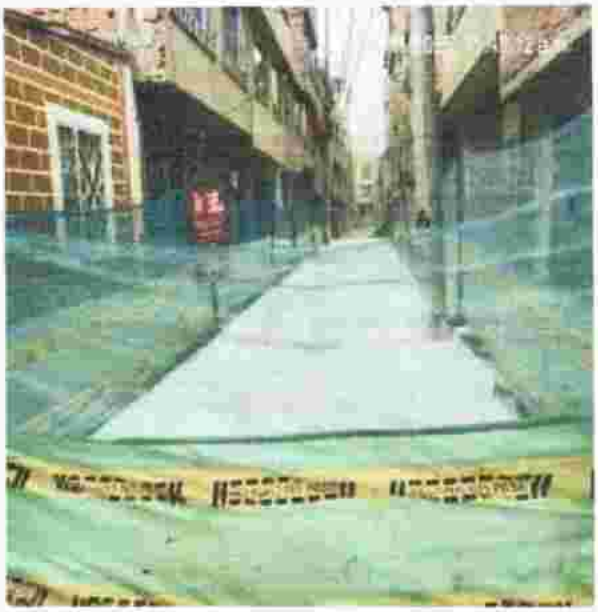
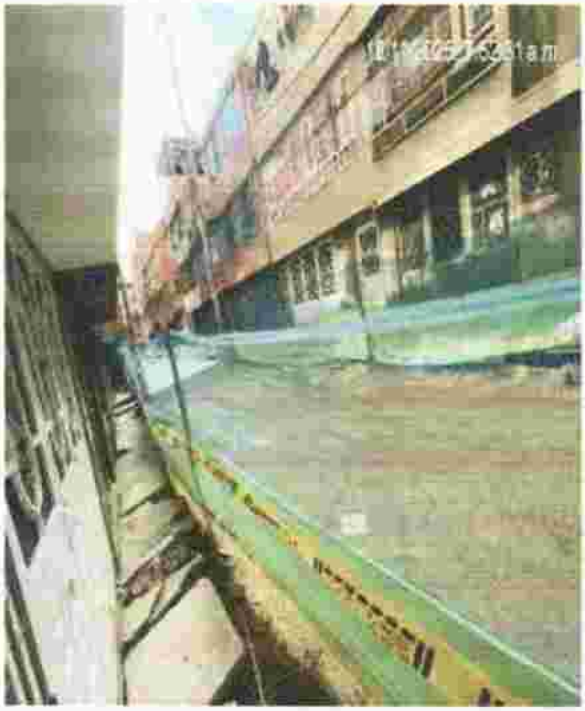
Imagen 1. Cerramiento perimetral CIV 3577	Imagen 2. Mantenimiento cerramiento CIV 3641
	
	

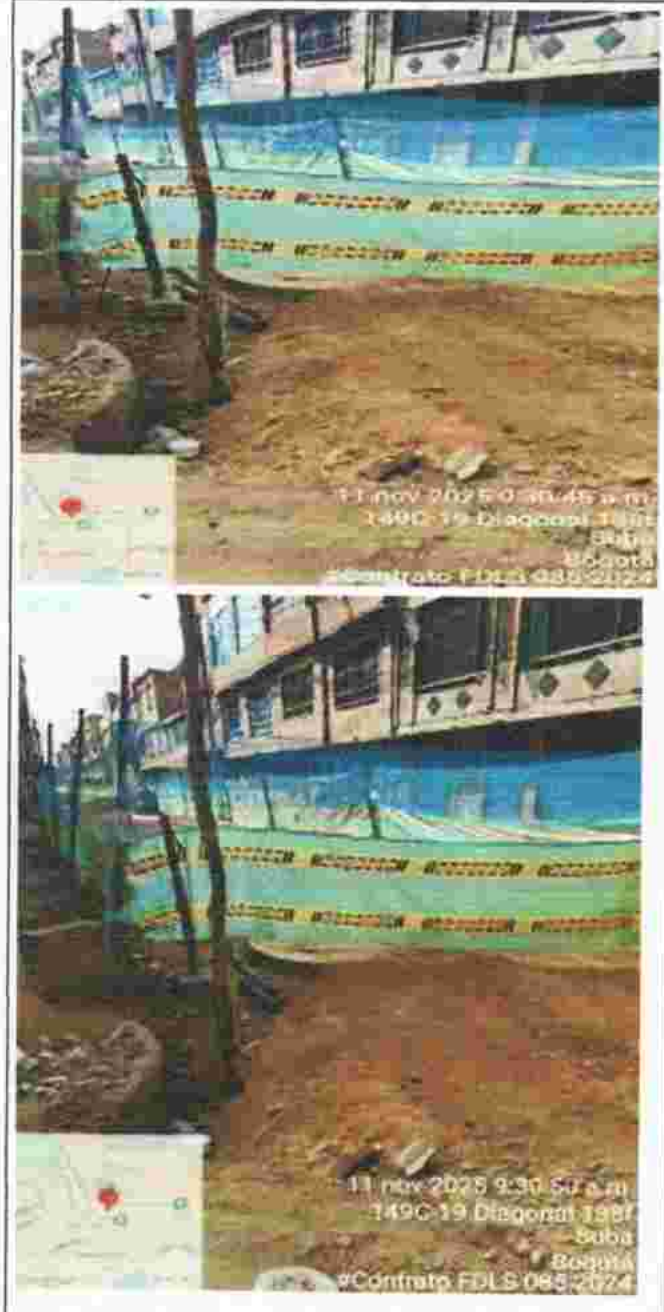
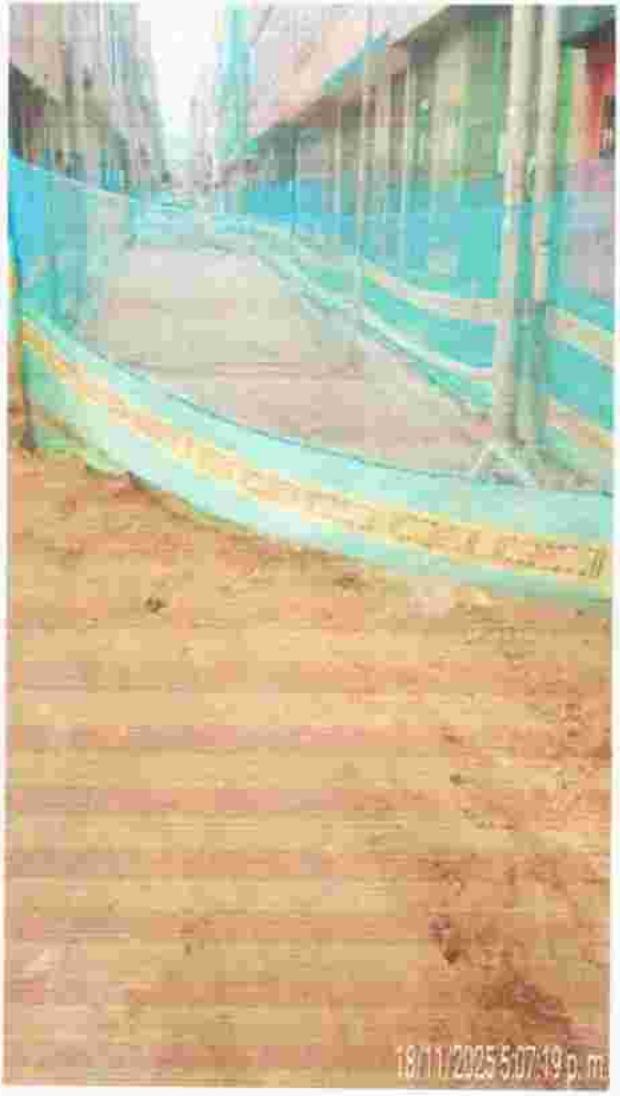
Imagen 3. Mantenimiento cerramiento CIV 2907	Imagen 4. Mantenimiento Cerramiento CIV 3331
	

Imagen 5. Almacenamiento de herramienta bodega principal	Imagen 6. Almacenamiento de herramienta Bodega villa Cindy
	

Imagen 7. Almacenamiento de herramienta Bodega san pedro	Imagen 8. Entrega de EPPS
	

Imagen 9. Entrega de EPPS	Imagen 10. Entrega de EPPS














Imagen 11. Entrega de EPPS	Imagen 12. Entrega EPPS














Imagen 13. Entrega EPPS	Imagen 14. Entrega EPPS



























Imagen 15. Señalización CIV 3577	Imagen 16. Señalización CIV 3331





















Imagen 17. Punto de hidratación villa Cindy	Imagen 18. Punto de hidratación bodega san pedro
	

Imagen 19. Elementos de emergencia san pedro CIV 2883	Imagen 20. Elementos de emergencia san pedro CIV 2883
 	 

Imagen 21. Elementos de emergencia villa Cindy CIV 4209	Imagen 22. Elementos de emergencia villa Cindy CIV 4209
	
	

Imagen 23. Punto ecológico CIV 2883 san pedro	Imagen 24. Punto ecológico Villa Cindy CIV 4209
	

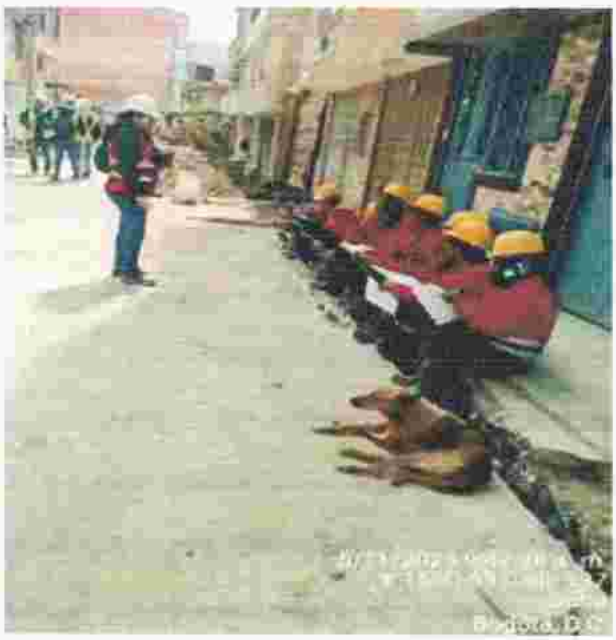
Imagen 25. Capacitaciones	Imagen 26. Capacitaciones
	
	









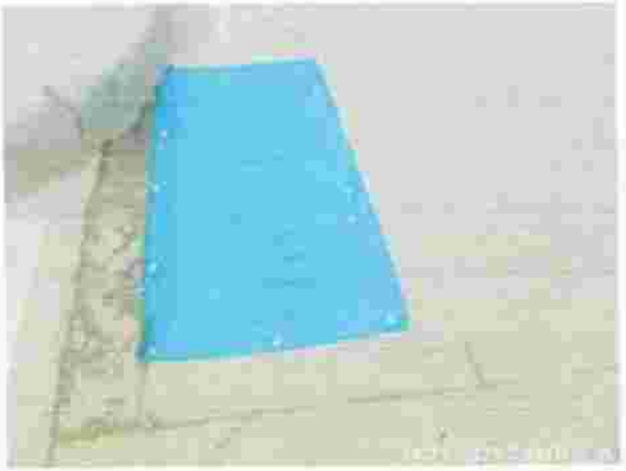
Imagen 27. Protección Sumideros CIV 2907	Imagen 28. Mantenimiento de Sumideros CIV 3331
 	 

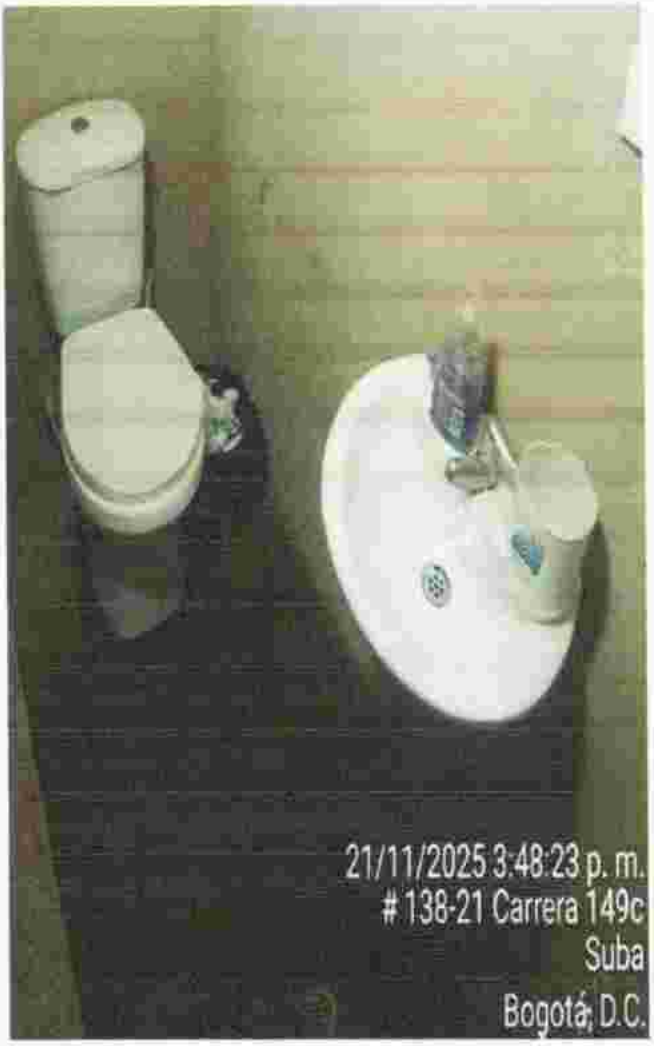
Imagen 29. Mantenimiento de Sumideros CIV 3901	Imagen 30. Baño san pedro
 	

Imagen 31. Baño Villa Cindy	Imagen 32. Cartelera SST
	

Anexo 12. Correspondencia

Gmail **CONSORCIO SUBA MT <consorciosubamt@gmail.com>**

DOCUMENTOS MAQUINARIA RETROEXCAVADORA HITACHI ALQUILADA

4 mensajes

CONSORCIO SUBA MT <consorciosubamt@gmail.com> 13 de noviembre de 2025, 10:40 a.m.
Para: Malla Vial Suba <mallavialsuba@gmail.com>, DIANA TAPIA <ingdiana.tapia@gmail.com>

Cordial saludo,

Por medio del presente remito documentos de la siguiente maquinaria:

RETROEXCAVADORA HITACHI ALQUILADA

Quedo atento a sus comentarios,

OSCAR JULIAN MORENO CARRAZCO
REPRESENTANTE LEGAL
CONSORCIO SUBA MT
CARRERA 36 # 3 - 41 Edi Verona 2 / Oficina 1503
3125861487 - 3115850207

RETROEXCAVADORA HITACHI ALQUILADA.rar
8295K

Malla Vial Suba <mallavialsuba@gmail.com> 18 de noviembre de 2025, 9:45 a.m.
Para: CONSORCIO SUBA MT <consorciosubamt@gmail.com>

Cordial saludo

Atentamente se informa que revisados los documentos de la maquinaria, se presentan las siguientes observaciones, por lo cual se solicita subsanar con el fin de permitir el ingreso de la máquina al frente de obra.

1. Carta de compromiso sin firma
2. Hoja de mantenimientos sin firma
3. Certificado de condiciones de la maquinaria, sin firma

[Texto citado oculto]
—
INTERVENTORÍA
CONTRATO 085-2025-INT

CONSORCIO MALLA VIAL SUBA

CARRERA 90 # 147-86

FIJO 601 8 10 07 43

CONSORCIO SUBA MT <consorciosubamt@gmail.com> 18 de noviembre de 2025, 3:29 p.m.
Para: lcod.sgsst01@gmail.com

OSCAR JULIAN MORENO CARRAZCO

642

REPRESENTANTE LEGAL
CONSORCIO SUBA MT
CARRERA 36 # 3 - 41 Edi Verona 2 / Oficina 1503
3125861487 - 3115850207

[Texto citado oculto]

DIANA TAPIA <ingdiana.tapia@gmail.com> 19 de noviembre de 2025, 10:13 a.m.
Para: CONSORCIO SUBA MT <consorciosubamt@gmail.com>
CC: Malla Vial Suba <mallavialsuba@gmail.com>

Cordial saludo

Atentamente se informa que se revisaron los documentos aportados por el contratista, en donde se subsanaron las observaciones realizadas por esta interventoría, evidenciando que la maquinaria cumple para ingreso al proyecto.

Cordialmente,

DIANA M. TAPIA
Residente SST

[Texto citado oculto]

HISTORIA CLINICA 2.pdf
4200K

8. INCAPACIDAD 3.pdf
297K

7. INCAPACIDAD 2.pdf
1579K

TRANSCRIPCION DE AUDIOS HENRY GARCIA.pdf
348K

Chat de WhatsApp con +57 320 5722478 (1).zip
5923K

Copia de 2. SST-FT-11 Formato de Investigación de IT y AT.pdf
579K

644

Gmail **CONSORCIO SUBA MT <consorciosubamt@gmail.com>**

INFORME N°7 SST V1

1 mensaje

CONSORCIO SUBA MT <consorciosubamt@gmail.com> 4 de noviembre de 2025, 9:08 a.m.
Para: CONSORCIO SUBA MT <consorciosubamt@gmail.com>

Cordial saludo

De manera atenta me permito adjuntar el informe N° 7 SST V1

INFORME SST 7.rar

OSCAR JULIAN MORENO CARRAZCO
REPRESENTANTE LEGAL
CONSORCIO SUBA MT
CARRERA 36 # 3 - 41 Edi Verona 2 / Oficina 1503
3125861487 - 3115850207

645

Gmail **CONSORCIO SUBA MT <consorciosubamt@gmail.com>**

CE-SUBA MT-1013-2024-228: Remisión del informe del componente SST mensual # 07 correspondiente al mes de octubre del 2025 en su versión 01, para el contrato de obra 1013-2024 de la referencia.

1 mensaje

CONSORCIO SUBA MT <consorciosubamt@gmail.com> 4 de noviembre de 2025, 4:12 p.m.
Para: Malla Vial Suba <mallavialsuba@gmail.com>, DIANA TAPIA <ingdiana.tapia@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-1013-2024-228 de asunto: Remisión del informe del componente SST mensual # 07 correspondiente al mes de octubre del 2025 en su versión 01, para el contrato de obra 1013-2024 de la referencia, con los respectivos anexos, lo anterior para su información, conocimientos y fines pertinentes gracias.

INFORME SST 7.rar

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 - 228 - REMISION DE INFORME SST MENSUAL # 07 OCTUBRE 2025 V1 (1).pdf
291K

646

Gmail **CONSORCIO SUBA MT <consorciosubamt@gmail.com>**

APROBACION INFORME SST 7

2 mensajes

DIANA TAPIA <ingdiana.tapia@gmail.com> 10 de noviembre de 2025, 10:14 a.m.
Para: CONSORCIO SUBA MT <consorciosubamt@gmail.com>, Malla Vial Suba <mallavialsuba@gmail.com>

Cordial saludo

Adjunto envío oficio para su conocimiento y fines pertinentes.

Cordialmente,

DIANA M. TAPIA
Residente SST

454-APROBACION INFORME DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO No. 7 – CONTRATO DE OBRA 1013-2024.pdf
117K

CONSORCIO SUBA MT <consorciosubamt@gmail.com> 10 de noviembre de 2025, 4:51 p.m.
Para: DIANA TAPIA <ingdiana.tapia@gmail.com>
CC: Malla Vial Suba <mallavialsuba@gmail.com>

ESCANER INFORME SST N°7.pdf

buen dia,
se remite escáner informe N°7 componente Ambiental

OSCAR JULIAN MORENO CARRAZCO
REPRESENTANTE LEGAL
CONSORCIO SUBA MT
CARRERA 36 # 3 - 41 Edi Verona 2 / Oficina 1503
3125861487 - 3115850207

[Texto citado oculto]

CE-SUBA MT-1013-2024 - 235 - REMISION DE INFORME SST MENSUAL # 07 OCTUBRE 2025 V2.pdf
563K

647

Gmail **CONSORCIO SUBA MT <consorciosubamt@gmail.com>**

RESPUESTA OFICIO CE-SUBA MT-1013-2024-228 - INFORME SST 7

5 mensajes

DIANA TAPIA <ingdiana.tapia@gmail.com> 6 de noviembre de 2025, 9:03 a.m.
Para: CONSORCIO SUBA MT <consorciosubamt@gmail.com>, Malla Vial Suba <mallavialsuba@gmail.com>

Cordial saludo

Atentamente se envía oficio con observaciones realizadas al informe SST 7. Se adjunta archivo con las observaciones realizadas.

Cordialmente,

DIANA M. TAPIA
Residente SST

2 archivos adjuntos

INFORME SST N°7 -v1 (revisado).docx
792K

445-OBSERVACIONES INFORME SST 7 DEL PERIODO 1 AL 31 DE OCTUBRE DEL 2025.pdf
119K

CONSORCIO SUBA MT <consorciosubamt@gmail.com> 7 de noviembre de 2025, 10:16 a.m.
Para: DIANA TAPIA <ingdiana.tapia@gmail.com>

INFORME SST 7.rar

Cordial saludo

Adjunto envío observaciones del informe N° 7 SST para revisión y aprobación.

Quedo atento

Atentamente,

OSCAR JULIAN MORENO CARRAZCO
REPRESENTANTE LEGAL
CONSORCIO SUBA MT
CARRERA 36 # 3 - 41 Edi Verona 2 / Oficina 1503
3125861487 - 3115850207

[Texto citado oculto]

CONSORCIO SUBA MT <consorciosubamt@gmail.com> 7 de noviembre de 2025, 2:58 p.m.
Para: Malla Vial Suba <mallavialsuba@gmail.com>

Cordial saludo

Adjunto envio observaciones del informe N° 7 SST para revision y aprobacion.

Quedo atento

Cordialmente,

648

OSCAR JULIAN MORENO CARRAZCO
REPRESENTANTE LEGAL
CONSORCIO SUBA MT
CARRERA 36 # 3 - 41 Edi Verona 2 / Oficina 1503
3125861487 - 3115850207

[Texto citado oculto]

DIANA TAPIA <ingdiana.tapia@gmail.com> 10 de noviembre de 2025, 7:55 a.m.
Para: Malla Vial Suba <mallavialsuba@gmail.com>, CONSORCIO SUBA MT <consorciosubamt@gmail.com>

CORDIAL SALUDO

De manera atenta se informa que revisado el informe SST 7v2, se requiere incluir la relación laboral existente u convenio realizado, entre el CONSORCIO SUBA MT y el CONSORCIO PARQUES ICOBY, INVERSIONES HAKE, CONSORCIO EDIFICAR, teniendo en cuenta que se está presentando planillas de seguridad social a nombre de estas empresas.

Lo anterior para su conocimiento y fines pertinentes.

Cordialmente,

DIANA M. TAPIA
Residente SST

[Texto citado oculto]
[Texto citado oculto]
--
INTERVENTORÍA
CONTRATO 085-2025-INT

CONSORCIO MALLA VIAL SUBA

CARRERA 90 # 147-80

FIJO 601 8 10 07 43

CONSORCIO SUBA MT <consorciosubamt@gmail.com> 10 de noviembre de 2025, 9:42 a.m.
Para: DIANA TAPIA <ingdiana.tapia@gmail.com>

Cordial saludo

De manera atento me permito adjuntar las actas de relación laboral para revisión y aprobación del informe N°7 de SST.

Quedo atento a cualquier inquietud

Cordialmente,

OSCAR JULIAN MORENO CARRAZCO
REPRESENTANTE LEGAL
CONSORCIO SUBA MT
CARRERA 36 # 3 - 41 Edi Verona 2 / Oficina 1503
3125861487 - 3115850207

[Texto citado oculto]

3 archivos adjuntos

699

ACTA RELACION LABORAL CONSORCIO PARQUES ICOBY.pdf
57K

ACTA RELACION LABORAL INVERSIONES HAKE.pdf
59K

ACTA RELACION LABORAL CONSORCIO EDIFICAR.pdf
53K

650

Gmail **CONSORCIO SUBA MT <consorciosubamt@gmail.com>**

DOCUMENTOS MAQUINARIA RETROEXCAVADORA HITACHI ALQUILADA

4 mensajes

CONSORCIO SUBA MT <consorciosubamt@gmail.com> 13 de noviembre de 2025, 10:40 a.m.
Para: Malla Vial Suba <mallavialsuba@gmail.com>, DIANA TAPIA <ingdiana.tapia@gmail.com>

Cordial saludo,

Por medio del presente remito documentos de la siguiente maquinaria:

RETROEXCAVADORA HITACHI ALQUILADA

Quedo atento a sus comentarios,

OSCAR JULIAN MORENO CARRAZCO
REPRESENTANTE LEGAL
CONSORCIO SUBA MT
CARRERA 36 # 3 - 41 Edi Verona 2 / Oficina 1503
3125861487 - 3115850207

RETROEXCAVADORA HITACHI ALQUILADA.rar
8295K

Malla Vial Suba <mallavialsuba@gmail.com> 18 de noviembre de 2025, 9:45 a.m.
Para: CONSORCIO SUBA MT <consorciosubamt@gmail.com>

Cordial saludo

Atentamente se informa que revisados los documentos de la maquinaria, se presentan las siguientes observaciones, por lo cual se solicita subsanar con el fin de permitir el ingreso de la máquina al frente de obra.

1. Carta de compromiso sin firma
2. Hoja de mantenimientos sin firma
3. Certificado de condiciones de la maquinaria, sin firma

[Texto citado oculto]
--
INTERVENTORÍA
CONTRATO 085-2025-INT

CONSORCIO MALLA VIAL SUBA

CARRERA 50 # 147-85

FIJO 601 8 10 07 43

CONSORCIO SUBA MT <consorciosubamt@gmail.com> 18 de noviembre de 2025, 3:29 p.m.
Para: icod.sgsst01@gmail.com

OSCAR JULIAN MORENO CARRAZCO

651

REPRESENTANTE LEGAL
CONSORCIO SUBA MT
CARRERA 36 # 3 - 41 Edi Verona 2 / Oficina 1503
3125861487 - 3115850207

[Texto citado oculto]

DIANA TAPIA <ingdiana.tapia@gmail.com> 19 de noviembre de 2025, 10:13 a.m.
Para: CONSORCIO SUBA MT <consorciosubamt@gmail.com>
CC: Malla Vial Suba <mallavialsuba@gmail.com>

Cordial saludo

Atentamente se informa que se revisaron los documentos aportados por el contratista, en donde se subsanaron las observaciones realizadas por esta interventoría, evidenciando que la maquinaria cumple para ingreso al proyecto.

Cordialmente,

DIANA M. TAPIA
Residente SST

[Texto citado oculto]

652

Anexo 13. maquinaria y equipos

CONSORCIO SUBA
MT

RETROEXCAVADORA HITACHI
ALQUILADA

654

CERTIFICACIÓN DE CONDICIONES ÓPTIMAS

A QUIEN INTERESE

Por medio de la presente yo,Juan Pablo Osorio Martinez, como ingeniero mecánico con matrícula profesionalCN230-44828, certifico que se realizó el MANTENIMIENTO PREVENTIVO a las máquinas:

PLACA: MC038741
TIPO: RETROEXCAVADORA
MODELO: 2016
MARCA: HITACHI
SERIE: HCM1M100A00007085

Por lo tanto, se garantiza que la maquina en mención queda en BUEN FUNCIONAMIENTO y cumple con todas las normas para una operación segura y adecuada para todo tipo de obra civil.

La presente se expide en la ciudad de Bogotá D.C al 18 día del mes de noviembre de 2025.

Cordialmente.

JUAN PABLO OSORIO MARTINEZ
Ing. Mecánico
Matricula: CN230-44828

656

HERMANOS
CEDIEL
EXCAVACIONES
Alquiler de maquinaria pesada
313 422 8945 - 312 490 5200

ANA GABRIELA CEDIEL VILLAMIL
NIT: 1031173051-1
Regimen: Responsable del impuesto sobre las ventas - IVA
Persona Natural
CR 69 D 1 51 SUR CON TORRES DE SAN ISIDRO TO 3 AP 524
Tel: 3144148097
Email: gabrielacediel@outlook.com
Autorización factura electrónica de venta No: 18764066038559

Bogotá D.C. 18 de noviembre de 2025

Señores:
HERMANOS CEDIEL
Atte., Ana Cediel
Ciudad.

Respetados señores:

Certifico el mantenimiento la retroexcavadora HITACHI ZAXIS modelo 40 U SERIE: HCM1M100A00007085, que se realizó a las 1503,150 horas de trabajo así:

1. Cambio de aceite de motor
2. Cambio de filtro de motor
3. Cambio de filtros de combustible.
4. Cambio de filtros de aire.
5. Cambio de filtro hidráulico.
6. Engrase total de la maquina.
7. Revisión total de la máquina.

POR LO ANTERIOR CERTIFICO QUE ESTA MAQUINA SE ENCUENTRA EN OPTIMAS CONDICIONES TECNOMECANICAS DEACUERDO CON LOS PARAMETROS ESTABLECIDOS POR EL FABRICANTE PARA GARANTIZAR UNA OPERACIÓN SEGURA Y ADECUADA.

Cordialmente.,

JUAN PABLO OSORIO MARTINEZ
ING. Mecanico
Matrícula Profesional: CN230-44828
Celular: 3144148097

656

HERMANOS
CEDIEL
EXCAVACIONES
Alquiler de maquinaria pesada
313 422 6945 - 312 490 5200

ANA GABRIELA CEDIEL VILLAMIL
NIT: 1031173051-1
Régimen: Responsable del impuesto sobre las ventas - IVA
Persona Natural
CR 69 D 1 51 SUR CON TORRES DE SAN ISIDRO TO 3 AP 524
Tel: 3144148097
Email: gabrielacediel@outlook.com
Autorizacion factura electronica de venta No: 18764066038559

Bogotá, 18 de noviembre de 2025

CARTA COMPROMISO MANTENIMIENTO

De acuerdo con las inspecciones y pruebas ya realizadas sobre la retroexcavadora HITACHI ZAXIS modelo 40U, año del modelo: 2016. La empresa HERMANOS CEDIEL EXCAVACIONES concluye que se compromete a realizar el mantenimiento respectivo del equipo HITACHI ZAXIS modelo 40U, año del modelo: 2016, el cual se realizara cada 200 horas Representadas en el horómetro, mantenimiento de acuerdo con lo estipulado por el fabricante en el manual de operación y mantenimiento.

La presente se firma a los 18 días del mes de noviembre de 2025.

Atentamente,

Ana Gabriela Cediel Villamil
Representante legal
NIT: 1031173051-1
Celular: 3144148097



659

Confiabilidad para sus equipos de Maquinaria Pesada

Bogotá D.C. 14 ABRIL DE 2025

CERT-17-2025

Señores:
A QUIEN INTERESE
Ciudad

Referencia: **Certificado excavadora**

De acuerdo a la inspección y pruebas realizadas sobre el excavadora marca **HITACHI** modelo **ZX40U** con número de serie **HCM1M100A00007085,** año de fabricación **2016** **(+** 2920 horas* cambio de horómetro) de funcionamiento en la actualidad, se concluye que este equipo es apto para desempeñarse en obras civiles y de ingeniería, luego de no encontrar fugas de ningún tipo de aceite ni fluido, tener estanqueidad y sostenimiento en los cilindros hidráulicos, bajas emisiones de gases contaminantes, ajuste en los puntos articulados.

"POR LO ANTERIOR CERTIFICO QUE ESTA MÁQUINA SE ENCUENTRA EN ÓPTIMAS CONDICIONES TÉCNICO MECÁNICAS DE ACUERDO A LOS PARÁMETROS ESTABLECIDOS POR EL FABRICANTE PARA GARANTIZAR UNA OPERACIÓN SEGURA Y ADECUADA"

Se expide este certificado a solicitud del interesado.

Atentamente:

JUAN PABLO OSORIO MARTINEZ
Ing. Mecánico/ Especialista Gerencia de Diseño/Ingeniero en confiabilidad
Matrícula Profesional: CN230-44828
Celular: 3144148097

Este certificado tiene validez de un (1) mes a partir de la fecha de emisión.
El presente certificado NO exonera al propietario del equipo de responsabilidades civiles y contractuales relacionados con daños a bienes y terceros, que puedan acaecer durante la operación del equipo . FAVOR CONSULTAR LA IDONEIDAD DEL DOCUMENTO

658

HERMANOS CEDIEL EXCAVACIONES	HERMANOS CEDIEL EXCAVACIONES S.A.S.			Código:	
Alquiler de maquinaria pesada 310 423 8945 - 302 490 5209	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO			FO-SST-HV-001	
	CICLO	ESTANDAR	ITEM	Versión:	2
	I. PLANEAR	RECURSOS	Formato de hoja de vida de maquinaria y equipos.	Vigencia:	05-04-2026
		GESTIÓN DE PELIGROS Y RIESGOS.		Página 1 de 2	

DATOS DEL EQUIPO		
Nombre del equipo:	Excavadora	**FOTO DEL EQUIPO**
Marca:	HITACHI	
Modelo:	ZAXIS 40U	
Serie de motor:	CC-4LE2	
Fecha de adquisición:	OCT/24/2018	
Serie	HCM1M100A00007085	
Placa o número de inventario:	MC036741	
Valor de compra:	215.000.000	
Valor de inventario:	215.000.000	
Operado por:	PABLO MENDEZ MORENO	
Numero de cedula:	79412091	



EXCAVADORA			
Profundidad de excavación en estado plegado			
PROFUNDIDAD	4,10 Mts	Tamaños Baldes	57CM DE ANCHO Y 41 CM DEANCHO
MOTOR	CC-4LE2		
Fabricante	IZUSU		
TAMANOS			
PESO	3980 Kg		
ALTO	3570MM		
ANCHO	1950 MM		

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

TARJETA DE REGISTRO DE MAQUINARIA

No. 14903

No. DE REGISTRO	MARCA	LINEA	AÑO MODELO
MC036741	HITACHI	ZX40U	2016

TIPO DE MAQUINARIA	CLASE	No. SERIE
CONSTRUCCION	MINI EXCAVADORA	HCM1M100A00007365

COLOR(ES)	No. MOTOR	RODAJE
NARANJA	4LE2-163814	ORUGAS

PESO Y MEDIDAS SIN ACCESORIOS

PESO	ALTO	ANCHO	LARGO
3980 Kg	2570 mm	1960 mm	5300 mm

PROPIETARIO APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACION
CEDIEL VILLAMIL ANA GABRIELA	C.C. 1.031.173.051

LOCATARIO APELLIDO(S) NOMBRE(S) — IDENTIFICACION

LIMITACIONES A LA PROPIEDAD
PRENDA PARTEQUIPOS MAQUINARIA S.A

ORGANISMO DE TRANSITO EXPEDIDOR
SOM - BOGOTA D.C

FECHA REGISTRO	FECHA EXPEDICIÓN	FECHA VENCIMIENTO
04-04-2016	07-05-2016	******

ORIGEN	DEC. IMPORTACIÓN	FECHA DE LEVANTE
IMPORTACIÓN	352016000062446	23/03/2016



ESTA TARJETA DE VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

TM01000008911

660

MANUAL DEL OPERARIO

Excavadora

SM1M7-EN1-1



ZX 30U-2

Numero de serie 0100001 y superiores

ZX 35U-2

Numero de serie 0100001 y superiores

ZX 40U-2

Numero de serie 0100001 y superiores

ZX 50U-2

Numero de serie 0100001 y superiores

HITACHI

661

ÍNDICE

DIAN

Declaración de Importación | Privada | **500**

1. Año 2016

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: **352016000082446-1**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 830116807 | 6. DV: 7 | 11. Apellidos y nombres o Razón Social: PARTEQUIPOS MAQUINARIA S.A.

12. Dirección: DG 16 96 G 85 BRR FONTIBON | 15. Teléfono: 8092070 | 12. Cód. Admón: 35 | 16. Cód. Dpto: 11 | 17. Cód. Ciudad/Municipio: 001

24. Número de Identificación Tributaria (NIT): 900398556 | 25. DV: 6 | 26. Razón social del declarante autorizado: AGENCIA DE ADUANAS ASENCOMEX SAS NIVEL 2 | 27. Tipo usuario: 26 | 28. Cód. usuario: 560

29. Número documento de identificación: 92027273 | 30. Apellidos y nombres: KLEBER HERNANDEZ CARLOS RAFAEL

31. Clase importador: 02 | 32. Tipo declaración: Anticipada | 33. Cód.: 3 | 34. No. Formulario Anterior: XXXXXXXXXXXXXXX | 35. Año - Mes - Día: XXXX - XX - XX | 36. Cód. Admón: XX | 37. Declaración de Exportación No.: XXXXXXXXXXXXXXX | 38. Año - Mes - Día: XXXX XX XX | 39. Cód. Admón: XX

40. Cód. lugar ingreso de las mercancías: BUN | 41. Cód. Depósito: 25136 | 42. Manifiesto de carga No.: 116575006803580 | 43. Año - Mes - Día: 2016 03 19 | 44. Documento de transporte No.: ATLUKB072811 | 45. Año - Mes - Día: 2016 02 07

46. Nombre exportador o proveedor en el exterior: HITACHI CONSTRUCTION MACHINERY TRADING CO., LTD | 47. Ciudad: TOKYO | 48. Cód. País Exportador: 399

49. Dirección exportador o proveedor en el exterior: 5-3-3 HIGASHI-UENO, TAITO-KU, TOKYO, 110-0015 | 50. E-mail: FAX 81-3-5826-5286

51. No. de factura: AN000NPC | 52. Año - Mes - Día: 2016 02 08 | 53. Cód. país procedencia: 399 | 54. Cód. Modo Transporte: 1 | 55. Código de bandera: 741 | 56. Cód. Dpto. destino: 11 | 57. Empresa transportadora: FRONTIER AGENCIA MARITIMA | 58. Tasa de cambio $ cvs.: 3,200.0[illegible]

S | 59. Subpartida arancelaria: 8429520000 | 60. Cód. Complementario: XX | 61. Cód. Suplementario: XX | 62. Cód. Modalidad: C100 | 63. No. cuotas o meses: XX | 64. Valor cuota USD: XXXX | 65. Periodicidad del pago de la cuota: XX | 66. Cód. país de origen: 399 | 67. Cód. Acuerdo: XXX

68. Forma de pago de la importación: 03 | 69. Tipo de importación: 01 | 70. Cód. país compra: 399 | 71. Peso bruto kgs. dcms.: 3,600.00 | 72. Peso neto kgs. dcms.: 3,600.00 | 73. Código embalaje: PK | 74. No. bultos: 4 | 75. Subpartidas: 1 | 76. Cód. unidad comercial: U | 77. Cantidad dcms.: 1.0[illegible]

78. Valor FOB USD: 13,404.75	79. Valor fletes USD: 551.65
80. Valor Seguros USD: 14.75	81. Valor Otros Gastos USD: 0.00
82. Sumatoria de fletes, seguros y otros gastos USD: 566.40	83. Ajuste valor USD: 0.00
84. Valor aduana USD: 13,971.15	85. Código registro o licencia: L / 86. Número: 21703050
87. Cód. oficina: 3 / 88. Año: 2016	89. Programa No.: XXXXXXXXXXX / 90. Cód. interno del Producto: 0

Autoliquidación

Concepto	%	Base	Total Liquidado ($)	Total a pagar con esta declaración ($)	Total Liquidado (USD)
Arancel	0.00	44,750,013	0	0	0
I.V.A.	16.00	44,750,013	7,160,000	0	0
Salvaguardia	0.00	0	0	0	0
Derechos Compensatorios	0.00	0	0	0	0
Derechos Antidumping	0	0	0	0	0
Sanción	0	0	0	0	
Rescate	0	0	0	0	
		Total	7,160,000		0

91. Descripción de las mercancías (inicie la descripción de las mercancías a importar con lo señalado en el arancel de aduanas en la subpartida arancelaria. Incluya marcas, seriales y otros) (Si el campo es insuficiente, continúe al respaldo de este formulario)

UO 3-9061-16 DECLARACION(1-2) MERCANCIA USADA. COD UAP 1245 PRODUCTO: MINI EXCAVADORA HIDRAULICA SOBRE ORUGAS (USED MINI EXCAVATORS) MARCA: HITACHI MODELO: ZX40U, REFERENCIA: ZX40U, USO O DESTINO: EXCAVACION DE TIERRAS, SERIAL: HCMIH100A00007085, PRECIO CUANDO NUEVA: USD 40.000. AÑO DE FABRICACION 2015 AÑO DEL MODELO 2016, COLOR: NARANJA, MOTOR: MODELO: CC-4LE2 MARCA: ISUZU, ENGINE S/NO: 163814 ENGINE ID NUMBER: 4LE2-163814 CANOPY (I) CANT (1) UNIDAD// NOS ACOGEMOS AL DECRETO 1625 DE 2015 TASA DEL YEN 0.00879 DEL 04/03/2016, CON SUS ACCESORIOS PARA SU NORMAL FUNCIONAMIENTO Y PUESTA EN MARCHA. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

127. Valor pagos anteriores: 0 | 128. Recibo oficial de pago anterior No.: XXXXXXXXXXXXXXX | 129. Fecha: XXXX XX XX

130. Espacio reservado DIAN - Actuación aduanera | 131. Espacio reservado uso exclusivo Ministerio de Relaciones Exteriores | 132. No. Aceptación declaración: 352016000082446 | 133. Fecha: 2016 03 10

134. Levante No. | 135. Fecha | Firma funcionario responsable | 136. Nombre | 137. C.C. No.

Firma declarante

ASENCOMEX S.A.S
AGENCIA DE ADUANAS NIVEL 2
NIT. 900.398.556 - 6 - COD. 560

997. Espacio exclusivo para el sello de la entidad recaudadora (Fecha efectiva de la transacción)

Coloque el timbre de la máquina registradora al dorso de este formulario

980. Pago Total $ 0

Fecha de Impresión: 2016-03-22 08:49:21

BANCO CORPBANCA 06806738 2
(415)7707212489953(8020)0630801305/1220

DIAN DIAN DIAN DIAN DIAN DIAN

BANCO CORPBANCA
BUENAVENTURA
22 MAR 2016
RECIBIDO SIN PAGO

663

HERMANOS
CEDIEL
EXCAVACIONES
Alquiler de maquinaria pesada
313 422 8945 - 312 490 5200

ANA GABRIELA CEDIEL VILLAMIL
NIT 1031173051-1
Regimen: Responsable del impuesto sobre las ventas - IVA
Persona Natural
CR 69 D 1 51 SUR CON TORRES DE SAN ISIDRO TO 3 AP 524
Tel. 3144148097
Email: gabrielacediel@outlook.com
Autorizacion factura electronica de venta No. 18764066038559

Bogotá, 24 de abril de 2025.

REF: CERTIFICADO DE IDEONEIDAD DE OPERADOR DE RETROEXCAVADORA SOBRE ORUGAS.

Por medio de la presente queremos certificar que el Sr PABLO MENDEZ MORENO con cedula de ciudadania No 79.412.091, se desempeña como operador de retroexcavadora sobre orugas, desempeñando sus funciones operativas, de mantenimiento operacional, de manejo preventivo y operativo de las retroexcavadoras sobre orugas en nuestra empresa.
Dando constancia de que tiene toda la capacidad, idoneidad y competencia, para realizar sus funciones como OPERADOR DE MAQUINARIA PESADA (retroexcavadoras sobre orugas), Con una experiencia operativa de más de 20 años, siendo una persona idónea en el manejo avanzado y operativo, relacionado con retroexcavadora sobre orugas, a la vez de cumplir con los mantenimientos, seguridad en las obras civiles y de construcción con los estándares operativos, administrativos y logisticos en el manejo y operación de mencionadas maquinas.

AGRADECIENDO LA ATENCION A LA PRESENTE Y QUEDANDO A SU ENTERA DISPOSICIÓN.

Atentamente

Representante legal
Ana Gabriela Cediel Villamil
C.C No 1.031.173.051 de Bogotá
CEL 3134228945

GESTION DE RIESGOS OPERADOR

	COMPROMISOS Y RESPONSABILIDADES	SST-FT-02 Fecha:01-Abr-2025 Versión: 01

Yo, Pablo Moreno, identificado con cédula de ciudadanía No. 79412091, en calidad de **operador de maquinaria Referencia** miniexcavadora Hitachi en la obra/proyecto COP 1013 2024, me comprometo de manera expresa a:

1. **Coordinar oportunamente la presencia de un paletero** (señalizador) cada vez que sea necesario movilizar o sacar maquinaria pesada del frente de trabajo, vías internas o zonas con circulación de personal y vehículos.
2. **No realizar maniobras sin el apoyo del paletero**, especialmente en áreas de riesgo o tránsito frecuente.
3. **Asumir la responsabilidad en caso de que, por no coordinar ni contar con el paletero, se presente algún accidente o incidente** que afecte la seguridad de personas, equipos o infraestructura.

Declaro que he sido informado sobre la importancia de esta medida de seguridad y acepto los lineamientos establecidos, asumiendo las responsabilidades que a mí me competen.

Firmo el presente documento como constancia de mi compromiso.

Firma del Operador: _____
Nombre Completo: Pablo Moreno
Cédula: 79412091
Fecha: 4-NOV-25

666

PREOPERACIONALES

FORMATO INSPECCION DE EXCAVADORA

EX7545 MODELO 2020 MARCA Hitachi TIPO DE MAQUINARIA/EQUIPO excavadora

No. INTERNO 07 CAPACIDAD 8.140KG PERIODO EVALUADO 4 - 8

CONTRATO Nº 1013 DE 2024 Noviembre

ITEM DE REVISION	BUENO	MALO	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
			BUEN	MAL	BUEN	MAL	BUEN	MAL	BUEN	MAL	BUEN	MAL	BUEN	MAL	BUEN	MAL
SISTEMA DE FRENOS Y DIRECCION																
LUCES																
HIDRAULICO																
GENERAL																
MECANICO																

Operador: carlos escobar

Operador Firma:

Responsable Firma:

Powered by CamScanner

FORMATO INSPECCION DE [redacted] EXCAVADORA

REFERENCIA ZX95US MODELO 2020 MARCA Hitachi TIPO DE MAQUINA/EQUIPO [redacted] excavadora

No. INTERNO 07 CAPACIDAD 8.140 kg PERIODO EVALUADO 10 AL 15

CONTRATO N° 1013 DE 2024

OBJETO DE CONTRATO

CATEGORIAS DE LA INSPECCION	ITEMS DE REVISION	MB	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
			BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL
ELEMENTOS DE CONTROL																
LUCES																
HERRAMIENTA																
GENERAL																
MECANICO																

Operador: Nombre carlos escobar Firma

Supervisor SST: Nombre Firma

Formato: [illegible] Versión 02

Página 1

669

FORMATO INSPECCION DE EXCAVADORA

REFERENCIA 7x75US MODELO 2020 MARCA Hitachi TIPO DE MAQUINA O EQUIPO excavadora

No. INTERNO 07 CAPACIDAD 8.140KG PERIODO EVALUADO 18 AL 22

CONTRATO N° 1013 DE 2024

OBJETO DEL CONTRATO

CATEGORIA DE LA MAQUINA	ITEM DE REVISION	Ref.	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, FRENOS DE SERVICIO																
LUBRIC																
HIDRAULICO																
GENERAL																
MECANICO																

Nombre carlos escobar

Tecnico Firma

Nombre

Responsable Firma

Powered by CamScanner

679

FORMATO INSPECCIÓN DE VIBROCOMPACTADORA

VEHÍCULO _____ MODELO _____ MARCA H. AMM TIPO DE MANTENIMIENTO BLVRO

No. INTERNO N.13 CAPACIDAD 1500 KG PERIODO EVALUADO 4 AL 8

CONTRATO Nº 10 13 DE 2024

OBJETO DE CONTRATO 10.13 2024

SISTEMA DE LA MÁQUINA	ITEM DE REVISIÓN	N/A	LUNES BUEN	LUNES MAL	MARTES BUEN	MARTES MAL	MIERCOLES BUEN	MIERCOLES MAL	JUEVES BUEN	JUEVES MAL	VIERNES BUEN	VIERNES MAL	SABADO BUEN	SABADO MAL	DOMINGO BUEN	DOMINGO MAL
ELECTRICO Y TABLERO DE CONTROL																
LUCES																
HIDRAULICO																
GENERAL																
MECÁNICO																

Operador Nombre _____ Firma _____

Auxiliar/SST Nombre _____ Firma _____

Formato-10.AC-07- Version-08

Página

Powered by CamScanner

FORMATO INSPECCION DE VIBROCOMPACTADORA

REFERENCIA _____ MODELO _____ MARCA H A M M TIPO DE MAQUINARIA VIVERO

No. INTERNO N-13 CAPACIDAD 1500 K.G PERIODO EVALUADO 10 AL 25

CONTRATO N° 10-13 DE 2024

OBJETO DE CONTRATO 1013 2024

SISTEMA DE LA MAQUINA	ITEM DE REVISION	MES	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
			BUEN	MAL	BUEN	MAL	BUEN	MAL	BUEN	MAL	BUEN	MAL	BUEN	MAL	BUEN	MAL
ELECTRICO Y ELECTRONICO ESTRUCTURAL					X		X									
LUCES					X		X									
HIDRAULICO					X		X									
GENERAL					X		X									
MECANICO					X		X									
	Operario				Julio		Julio									
Conductor	Firma															
Responsable(s)	Firma															

Powered by CamScanner

FORMATO INSPECCION DE VIBROCOMPACTADORA

REFERENCIA _____ MODELO _____ MARCA HAMM TIPO DE MANTENIMIENTO VIDYO

No INTERNO N-13 CAPACIDAD 15000 KG PERIODO EVALUADO 18 AL 22

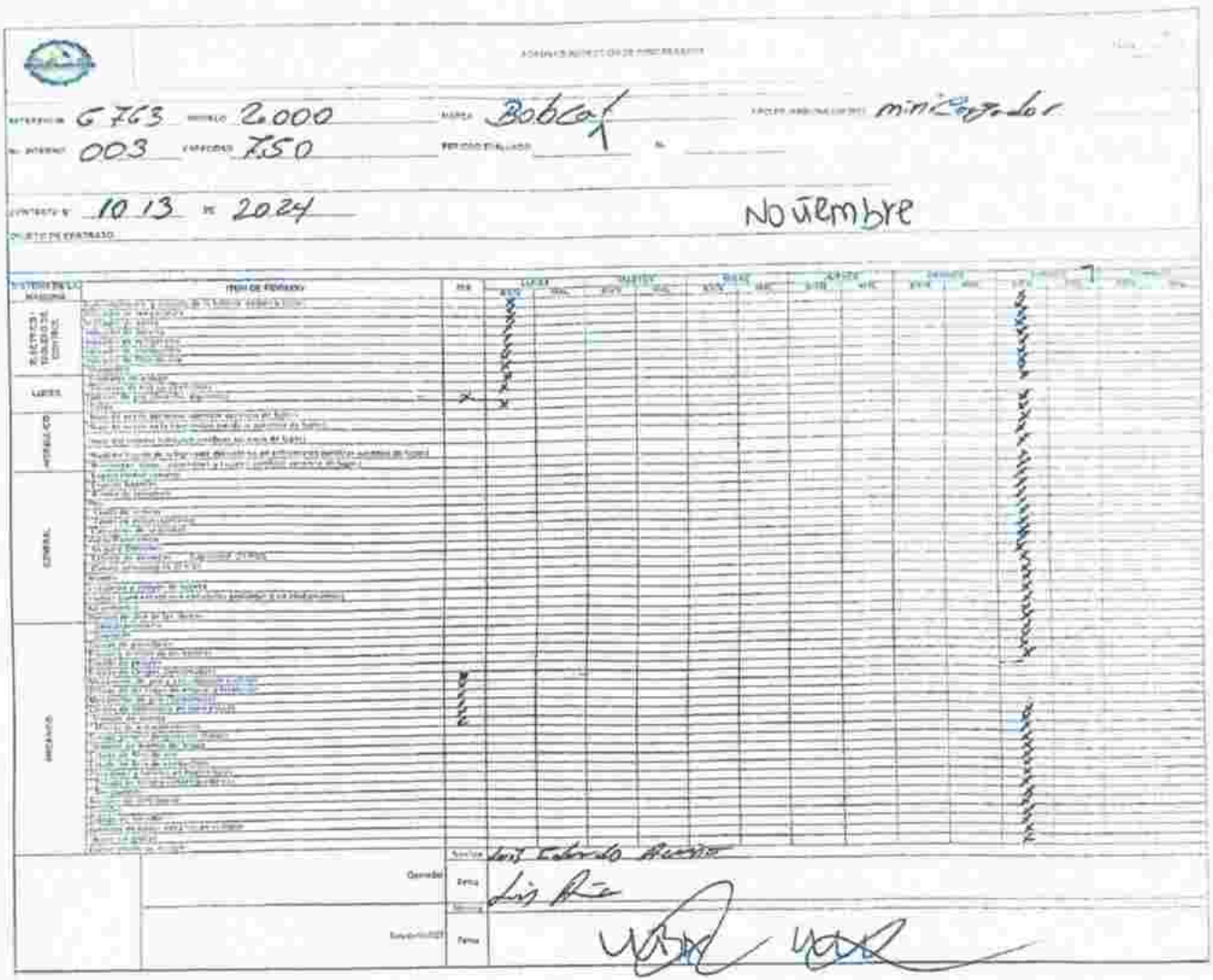
CONTRATO N° 10.13 - 2024

OBJETO DEL CONTRATO 10.13 2024

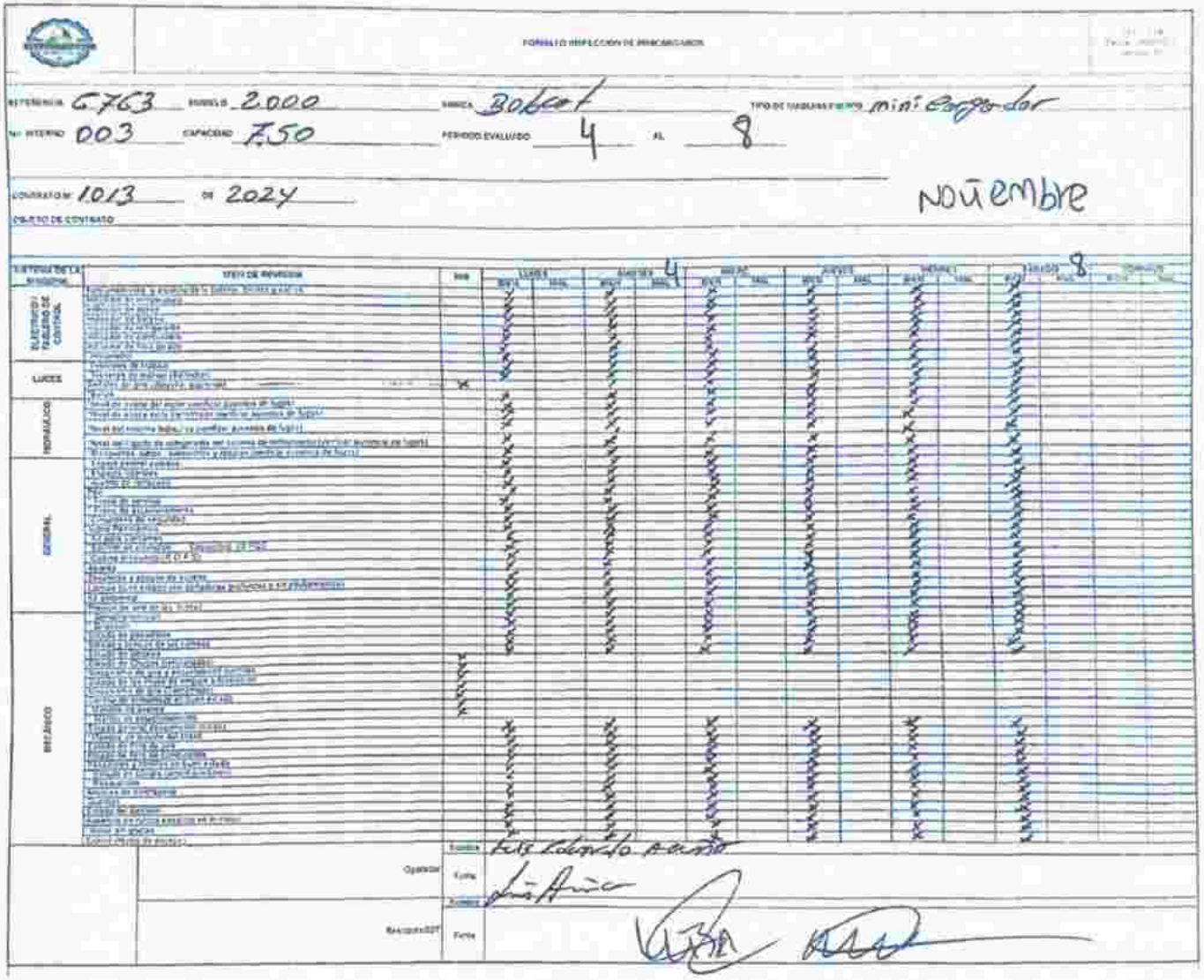
SISTEMA DE LA MAQUINA	ITEM DE REVISION	REF.	LUNES		MARTES		MIERC		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
			BIEN	REG.	BIEN	REG.	BIEN	REG.	BIEN	REG.	BIEN	REG.	BIEN	REG.	BIEN	REG.
ELECTRICO TABLERO CONTROL					X		X		X		X					
LUCES					X		X		X		X					
HIDRAULICO					X		X		X		X					
GENERAL					X		X		X		X					
MECANICO					X		X		X		X					
	Operador	Cedula			Julio		Julio		Julio		Julio					
	Encargado(a)	Firma														

Powered by CamScanner

623



Powered by CamScanner



FORMATO INSPECCIÓN DE MAQUINARIAS

REFERENCIA 6763 MODELO 2000 MARCA Bobcat TIPO DE MAQUINARIA/EQUIPO mini cargador

No. INTERNO 003 CAPACIDAD 750 PERIODO EVALUADO 4 AL 8

LOCALIDAD 1013 DE 2024 noviembre

OBJETO DE CONTRATO

SISTEMA DE LA MAQUINA	ITEM DE REVISION	BUE	LUNES 4		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO 8		OBSERVACIONES
			BUEN	MAL	BUEN	MAL	BUEN	MAL	BUEN	MAL	BUEN	MAL	BUEN	MAL	
ELECTRICO/ PANEL DE CONTROL															
LUCES															
HIDRAULICO															
GENERAL															
MECANICO															

Observaciones: Todo Estuvo bueno

Operador: Firma

Realizado por: Firma

Powered by CamScanner

1

FORMATO INSPECCION DE MAQUINARIAS

REFERENCIA G763 MODELO 2.000 MARCA Bobcat TIPO DE MAQUINA/EQUIPO

No. INTERNO 003 CAPACIDAD 750 PERIODO EVALUADO 10 AL 15

CONTRATO N° 1013 DE 2024

OBJETO DE CONTRATO

Noviembre

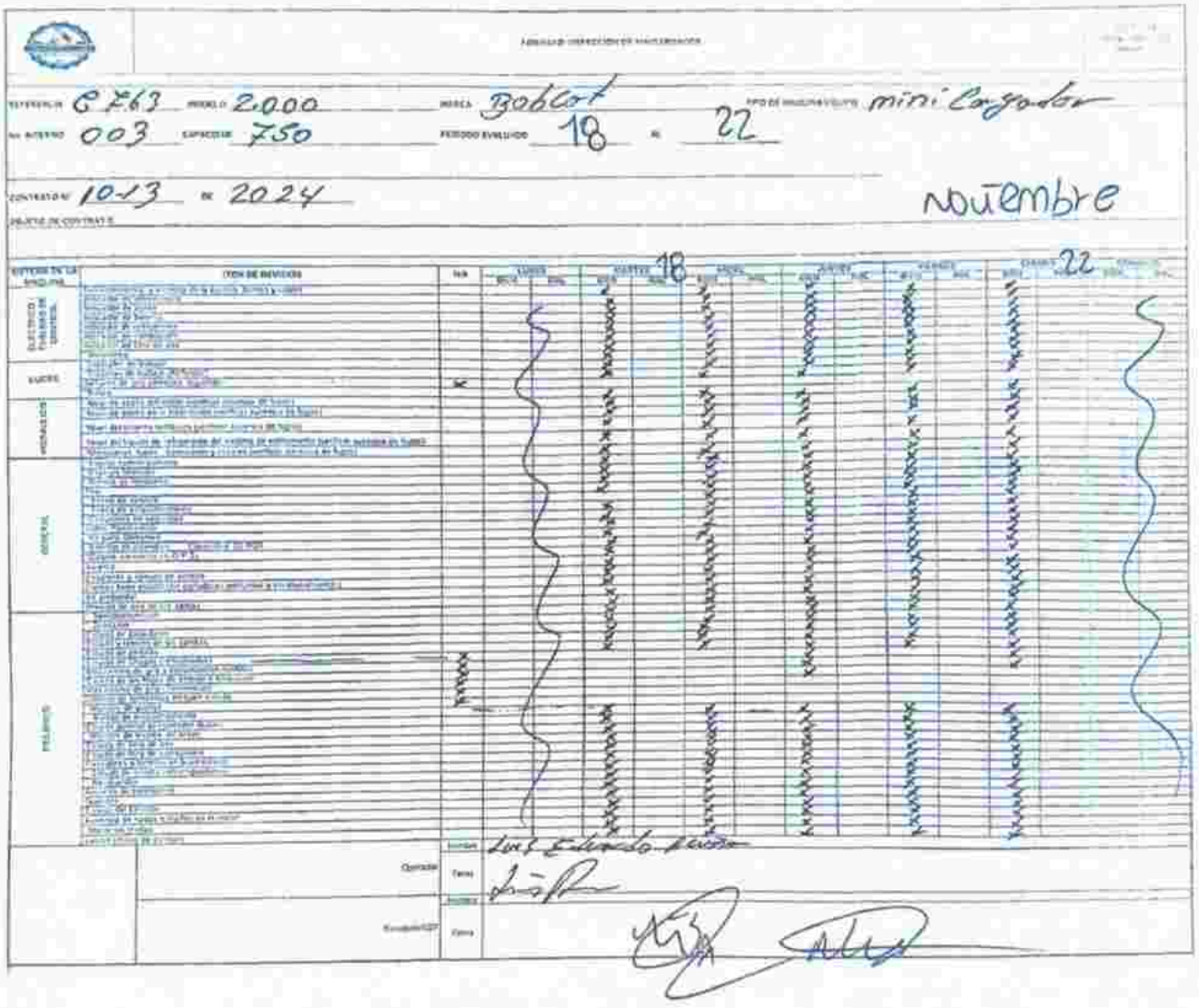
SISTEMA DE LA MAQUINA	ITEM DE REVISION	EVA	LUNES 10		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO 15		DOMINGO	
			BUEN	MAL	BUEN	MAL	BUEN	MAL	BUEN	MAL	BUEN	MAL	BUEN	MAL	BUEN	MAL
ELECTRICO Y TABLERO DE MANDOS																
LUCES		X														
HIDRAULICO																
GENERAL																
MECANICO																

Operador: Nombre Luis Eduardo Acosta Firma

Residente SST: Nombre Firma

Powered by CamScanner

969



REFERENCIA CZ63 MODELO 2.000 MARCA Bobcat TIPO DE MAQUINA/EQUIPO mini Cargador

No. INTERNO 003 CAPACIDAD 750 PERIODO EVALUADO 18 AL 22

CONTRATO Nº 10-13 DE 2024

noviembre

SISTEMA DE LA MAQUINA	ITEM DE REVISION	N/A	LUNES 18	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO 22
ELECTRICO TABLERO CONTROL								
AGUDO								
HIDRAULICO								
GENERAL								
PELIGROSO								

Nombre Luis Eduardo Rueda

Operador Firma

Nombre

Encargado SST Firma

Powered by CamScanner

FORMATO INSPECCION DE RETROEXCAVADORA

REFERENCIA _____ MODELO Hitachi MARCA Hitachi TIPO DE MAQUINA/EQUIPO minirexcavadora

No. INTERNO Alquilada CAPACIDAD 3480kg PERIODO EVALUADO 1 AL 2

CONTRATO Nº 1013 DE 2024

OBJETO DEL CONTRATO

REVISIÓN DE LA MAQUINA	ITEMS DE REVISIÓN	BUE.	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
			BUEN	MAL	BUEN	MAL	BUEN	MAL	BUEN	MAL	BUEN	MAL	BUEN	MAL	BUEN	MAL
ELECTRICO Y SISTEMA DE TRANSM.																
LUCES																
HIDRAULICO																
GENERAL																
MOTOR																

Operador: Nombre / Firma

Revisado por: Nombre / Firma

Powered by CamScanner

879

FORMATO INSPECCION DE RETROEXCAVADORA

GQ-F-17
Fecha: 15/Abr/2025
Versión: 01

REFERENCIA: _____ MODELO: Hitachi MARCA: Hitachi TIPO DE MAQUINA/EQUIPO: minirexcavadora

No. INTERNO: Alquilada CAPACIDAD: 3.980KG PERIODO EVALUADO: 10 AL 15

CONTRATO N°: 1013 DE: 2024

OBJETO DE CONTRATO:

SISTEMA DE LA MAQUINA	ITEM DE REVISION	N/A	LUNES 10 BIEN	LUNES MAL	MARTES BIEN	MARTES MAL	MIERCOLES BIEN	MIERCOLES MAL	JUEVES BIEN	JUEVES MAL	VIERNES BIEN	VIERNES MAL	SABADO 15 BIEN	SABADO MAL	DOMINGO BIEN	DOMINGO MAL
SISTEMA DE CONTROL																
LUCES																
HIDRAULICO																
GENERAL																
MOTOR																
Observaciones		Nombre														
		Firma														
Recibido (OT)		Cargo														

Powered by CamScanner

FORMATO INSPECCION DE RETROEXCAVADORA

MARCA: Hitachi | TIPO DE MAQUINARIA: minexcavadora

No. INTERNO: Alquilada | CAPACIDAD: 3.980KG | PERIODO EVALUADO: 18 AL 22

CONTRATO N°: 1013 DE 2024

OBJETO DE CONTRATO:

SISTEMA DE VERIFICAR	ITEM DE REVISION	SIM	LUNES		MARTES 18		MIERC		JUEVES		VIERNES		SABADO 22		DOMINGO	
			BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL
ALERTAS DE SEGURIDAD																
LUCES																
HIDRAULICO		X														
GENERAL		X														
		X														
		X														
		X														
MECANICO																
		X														
		X														

Operador: Firma:

Supervisor SST: Firma:

Powered by CamScanner

1100.

FORMATO INSPECCION DE MONTACARGAS

REFERENCIA _____ MODELO 7010 MARCA New Holland TIPO DE MONTACARGAS Montacargas

No. INTERNO _____ CAPACIDAD _____ PERIODO EVALUADO 04 AL _____

de Octubre

CONTRATO Nº _____ DE _____

OBJETO DE CONTRATO

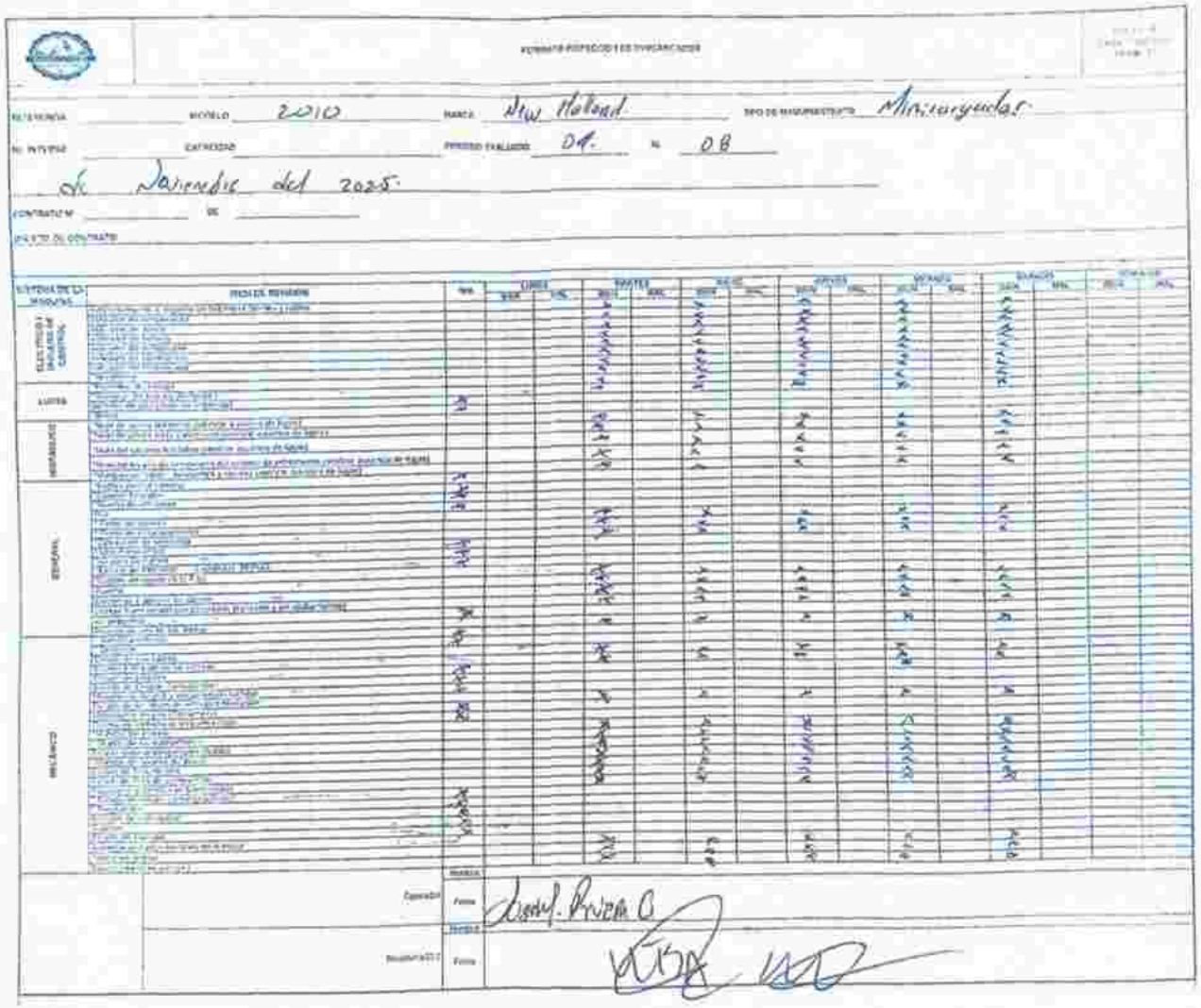
SISTEMA DE LA MAQUINA	ITEM DE REVISION	BIA	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
			BUEN	MAL	BUEN	MAL	BUEN	MAL	BUEN	MAL	BUEN	MAL	BUEN	MAL	BUEN	MAL
ELEMENTOS DE CONTROL																
LUCES																
INFORMATIVO																
GENERAL																
MECANICO																

Operador Firma

Supervisor Firma

Powered by CamScanner

Z089



FORMATO INSPECCION DE MAQUINARIA

REFERENCIA _____ MODELO 2010 MARCA New Holand TIPO DE MAQUINARIA Motoniveladora

No. INTERNO _____ CATEGORIA _____ PERIODO EVALUADO DE _____ AL 08

de Diciembre del 2025.

CONTRATO N° _____ DE _____

OBJETO DEL CONTRATO _____

SISTEMA DE LA MAQUINA	ITEMS DE REVISION	TIPO	CUMPLE BUEN	CUMPLE MAL	REPARTIR BUEN	REPARTIR MAL	NO SE BUEN	NO SE MAL	REPUESTOS BUEN	REPUESTOS MAL	MOTIVADO BUEN	MOTIVADO MAL	REVISADO BUEN	REVISADO MAL	OBSERVACION BUEN	OBSERVACION MAL
ELECTRICO Y SISTEMA DE CONTROL																
LLANTAS																
HIDRAULICO																
GENERAL																
MECANICO																

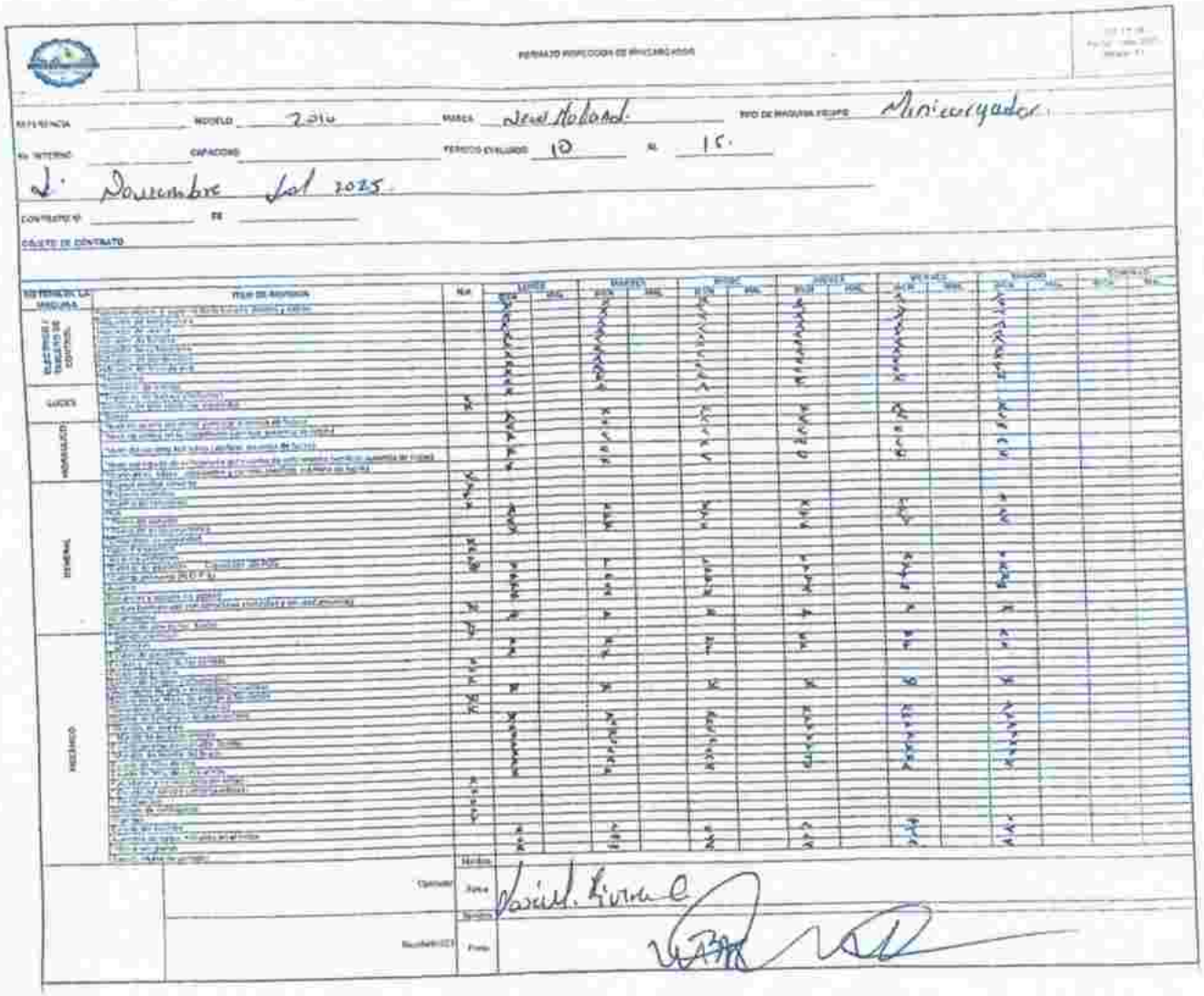
OBSERVACIONES

Operador Firma Daniel Rivera C

Supervisor

Residente SST Firma

Powered by CamScanner



FORMATO INSPECCION DE MAQUINARIA

REFERENCIA _____ MODELO 2016 MARCA New Holand TIPO DE MAQUINA EQUIPO Minicargador

No. INTERNO _____ CAPACIDAD _____ PERIODO EVALUADO 10 AL 15

1 Noviembre del 2025

CONTRATO N° _____ DE _____

OBJETO DE CONTRATO

ITEM	ITEM DE REVISION	N/A	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADOS		DOMINGOS	
			BUEN	MAL	BUEN	MAL	BUEN	MAL	BUEN	MAL	BUEN	MAL	BUEN	MAL	BUEN	MAL
ELEMENTOS / EQUIPOS DE CONTROL																
GUARDS																
HORMIGUETO																
GENERAL																
MECANICO																

Operador: Yasiel Rivero C

Supervisor/CCI: Firma

FORMATO INSPECCION DE MONTACARGAS

REFERENCIA _____ MODELO 2010 MARCA Nor Hyland TIPO DE MONTACARGAS Minicargador.

No. INTERNO _____ CAPACIDAD _____ PERIODO EVALUADO 18 AL 21

de Octubre.

CONTRATO N° _____ DE _____

OBJETO DE CONTRATO _____

SISTEMA DE CA...	ITEM DE REVISION	Bien	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
			HORA	FIRMA	HORA	FIRMA	HORA	FIRMA	HORA	FIRMA	HORA	FIRMA	HORA	FIRMA	HORA	FIRMA
ELEMENTOS Y SISTEMAS DE CONTROL																
LUCES																
HIDRAULICO																
GENERAL																
MECANICO																

Operador: Fecha: José L. Arana C.

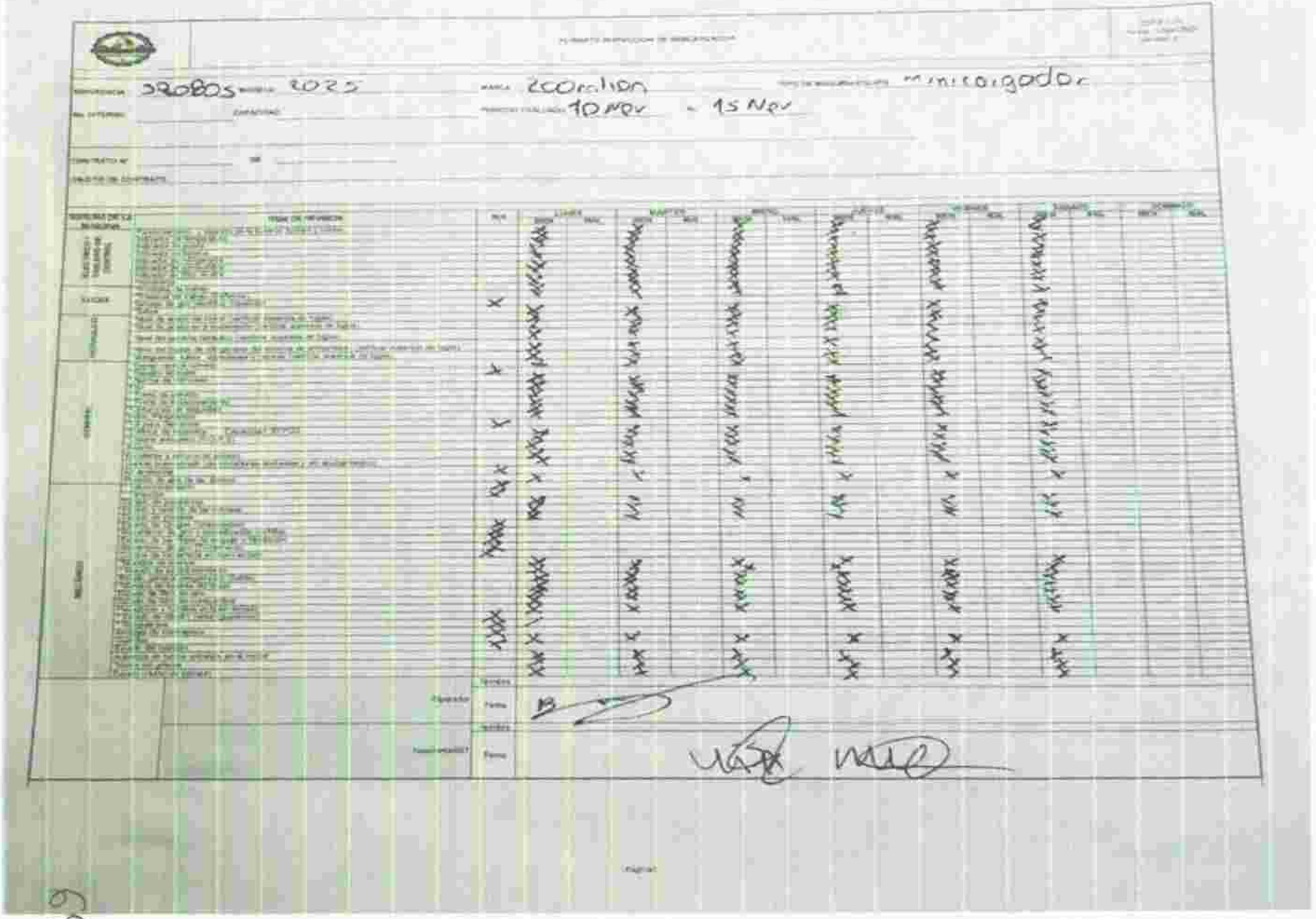
Supervisor/SST: Fecha:

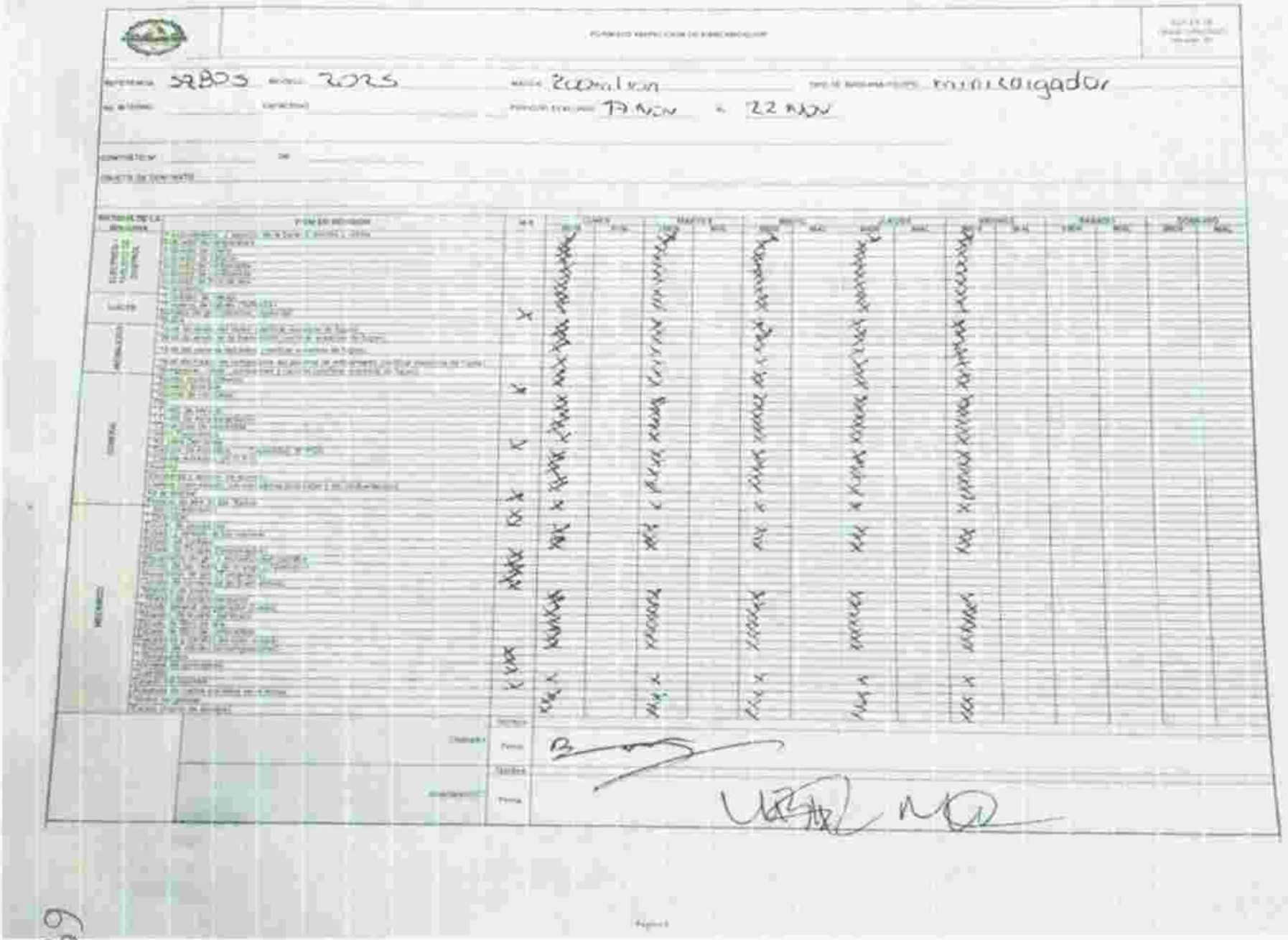
684

Powered by CamScanner

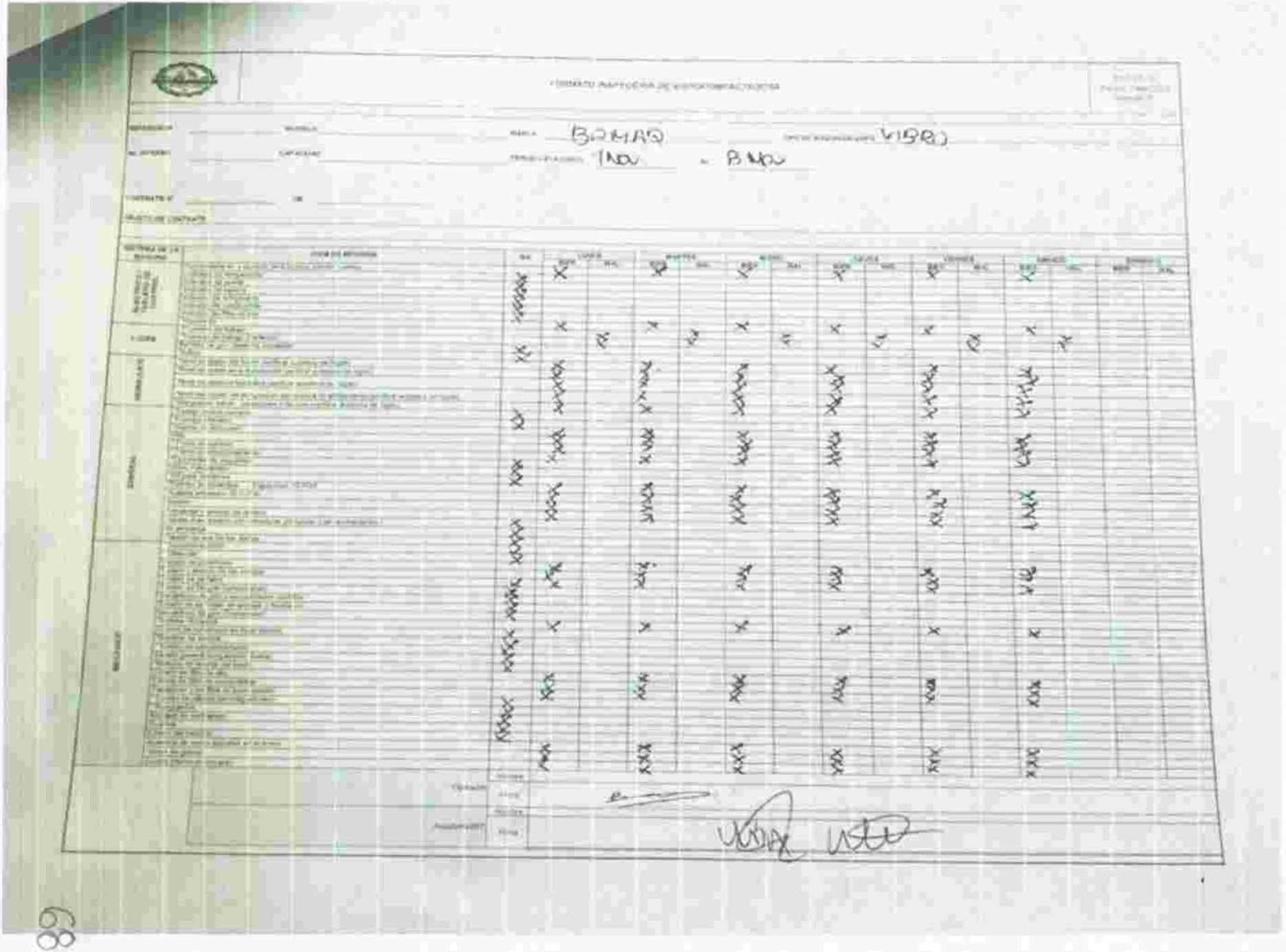
S2805 2025 ZOOMLION MINICARGADOR

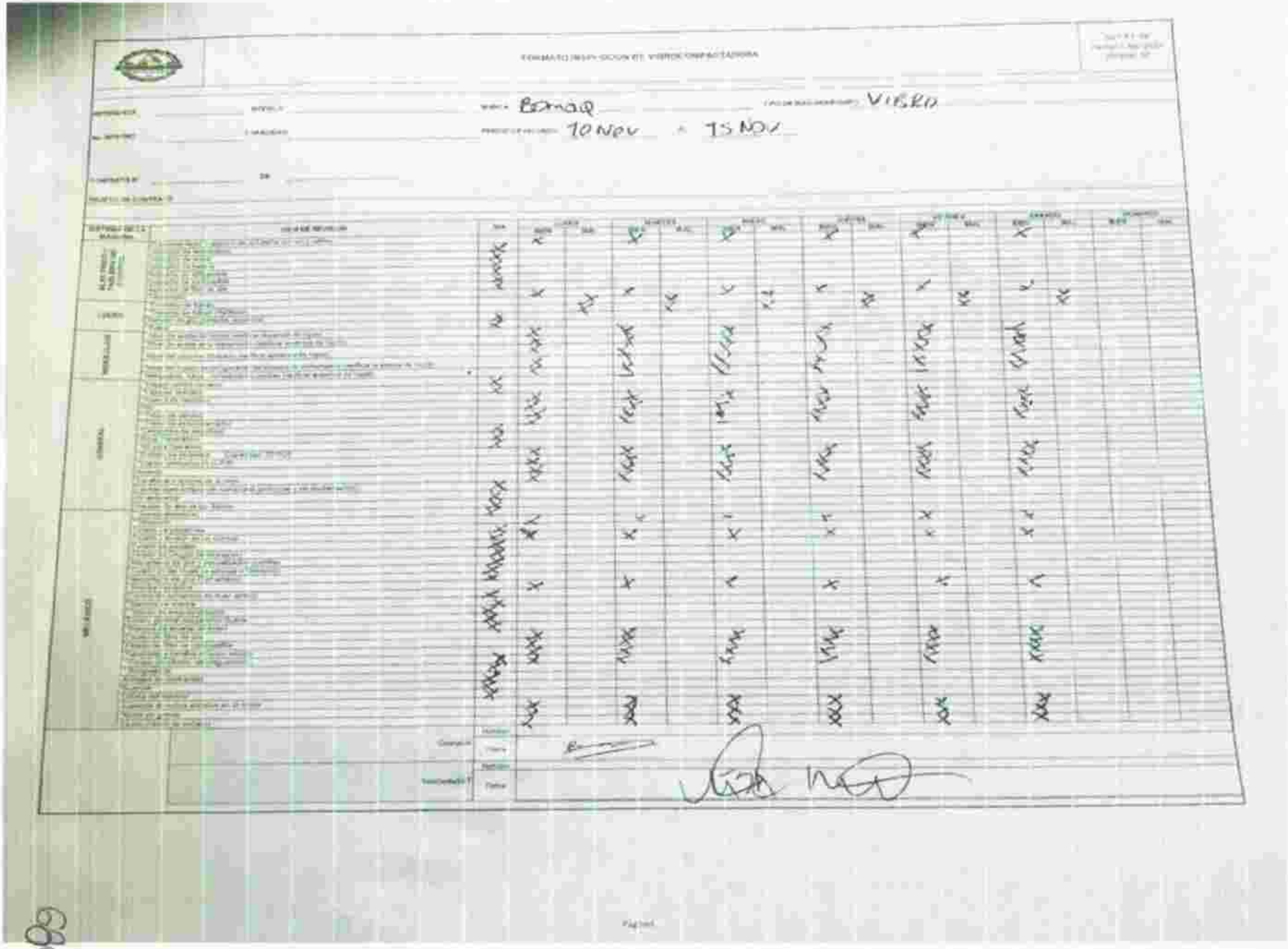
1 NOV - BADV


220805
2023
Ecoralion
minicargador
10 Nov
15 Nov



689




FORMATO INSPECCION ET. VIBROCOMPACTADORA
VIBRO
10 Nov
15 NOV


FORMATO AGREGADOS VIBROCOMPACTADOS
BOMBO
VIBRO
77 KN
22.90 kN

Anexo 14. Soporte de pago Bodega

Número de Transacción: APII5309320331880748

Pagos Servicios Electrónicos

Fecha: Noviembre 05 de 2025 03:10 pm

¡ El débito a la cuenta se ha realizado EXITOSAMENTE !
Número de Confirmación: 2931FZY0

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 tiene algún inconveniente, comuníquese con el operador de información en donde liquidó 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 *******1405
Comercio Virtual:	Banco Davivienda SA
Referencia de Pago:	11607086
Valor Pagado:	$3.500.000,00

Imprimir | Cerrar

Nequi



¡Recarga exitosa!

Valor
$ 500.000,00

Estado
Aprobada

Descripción
Recarga Nequi PSE

Número de celular
3232331081

Banco
BANCO CAJA SOCIAL

Fecha
12 Noviembre 2025 - 12:28 p.m.

Recargado en
Nequi

NIT
890903938

Dirección IP
181.61.247.121

Referencia
121991762968521105

Autorización
1923511000

693

Número de Transacción: APB52873251051038T8

Pagos Servicios Electrónicos

Fecha: Octubre 14 de 2025 02:38 pm

¡ El débito a la cuenta se ha realizado EXITOSAMENTE !
Número de Confirmación: 043014J0

Cuenta desde la cual se realizó el pago:	Cuenta Corriente ******6340
Comercio Virtual:	BANCOLOMBIA
Referencia de Pago:	123091760470460444
Valor Pagado:	$500.000,00

Imprimir Cerrar

694

Bienvenido al Módulo Empresarial:	Empresa:	Dependencia:	Dirección IP:	Fecha último ingreso al sistema:
Carlos Javier Bejarano	CONSORCIO SUBA MT	Mi Empresa	181.61.247.121	Noviembre 06 de 2025 01:46 pm

Número de Transacción: APWS31002545850258

Editor de Lotes

Fecha: Noviembre 06 de 2025 01:53 pm

Resumen del Lote

Estado:	Autorizado
Tipo de Movimiento:	Proveedores Interbancarios
Cuenta Origen:	Cuenta Corriente *******1425
Naturaleza:	Pagos
Nombre del Lote:	DIANA MEDINA ARRIENDO VERONA NOV
Fecha de Aplicación:	Noviembre 6 de 2025
Valor del Lote:	$1.500.000,00
Cantidad de Registros:	1

Detalle de Movimientos

Secuencia	Estado	Nombre Tercero	Identificación Tercero		Banco	Tipo Cuenta	Número Cuenta	Valor	Número de Transacción	Referencia Descripción	Causa de Error
1	Autorizado	DIANA MEDINA GOMEZ	CC 1030605859	Davivienda		Cuenta Ahorros	475800041372	$1.500.000,00	--	ARRIENDO ARRIENDO	--

Imprimir Cerrar

695